

Del C

Överväganden och förslag

14 Allmänna överväganden – behovet av en samlad vaccinreform

14.1 Allmänna utgångspunkter

14.1.1 Uppdraget och aktuella problemställningar

Av utredningens direktiv framgår att utvecklingen av nya vaccinpreparat hittills skett långsamt och att de hälsoeffekter som har kunnat undvikas med hjälp av nya vacciner varit betydande i ett historiskt perspektiv. Ett positivt hälsoekonomiskt utfall av nya allmänna vaccinationer har därmed ansetts vara mer eller mindre självklart.

Vidare konstateras att nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri medfört att frågor om vacciner och vaccination blivit högaktuella. Exempelvis har under den senaste tioårsperioden flera nya vacciner introducerats, som är betydligt dyrare än de som sedan tidigare ingår i de nationella vaccinationsprogrammen.

Framtidsutsikterna för vaccinindustrin bedöms numera vara ljusa. Ny kunskap inom immunologi och ny teknik för att framställa vaccin har skapat helt nya möjligheter. Nya, innovativa vacciner är dock dyrare än äldre produkter och folkhälsoeffekterna är ofta inte lika tydliga som för dessa. Det ställer större krav på utvärderingen av vacciner och deras effekter både i medicinska och ekonomiska aspekter.

Det kan då, enligt utredningsdirektiven, ifrågasättas om nuvarande reglering av de nationella vaccinationsprogrammen är tillräcklig. De riktlinjer som finns i smittskyddslagen (2004:168) är främst utformade med tanke på individinriktade åtgärder och ger begränsad vägledning vid beslutsfattande om befolkningsinriktade

åtgärder, t.ex. införande av ett nytt vaccin i de nationella vaccinationsprogrammen.

Slutligen konstateras att uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder är en hörnsten i ett framgångsrikt preventionsarbete, inte minst för att resurser inom området ska kunna användas på bästa sätt. Inom vaccinområdet finns, enligt direktiven, ett stort behov av en mer strukturerad och systematisk utvärdering än som hittills varit möjlig.

Närmare om utredningsuppdraget

Mot denna bakgrund har Vaccinutredningen till uppgift att närmare analysera omvärldsförändringar samt att se över *regleringen* av allmänna vaccinationsprogram och hur dessa tillkommer och beslutas. Målet ska vara en ”öppen och effektiv beslutsprocess”. Beslutsprocessen omfattar redan, i Sverige och i andra länder, bedömning av en rad *kriterier*, såsom sjukdomsbörda, vaccineffekt, vaccinsäkerhet och ekonomiska konsekvenser av vaccinationen. I uppdraget ligger emellertid att utvärdera behovet av *förtydligande* av dessa kriterier. Kriteriet *hälsoekonomi* utpekas särskilt. I den delen ska övervägas om det finns behov av att förbättra användbarheten av hälsoekonomiska analyser.

Vidare ingår i uppdraget att göra en översyn av *huvudmannaskapet* för vaccinationsverksamheten, i synnerhet kommunernas ansvar för vaccinationer i skolhälsovården, samt att föreslå principer för *finansiering* av vaccinationer i allmänna vaccinationsprogram. Utredningen ska också pröva om *informationsspridningen* och *kunskapsunderlagen* för allmänhetens, vårdens och myndigheternas behov är tillräckliga.

En särskild fråga att belysa är förhållandet mellan vaccinationsprogram och vacciner som finansieras delvis med allmänna medel i systemet med läkemedelsförmåner.

Utredningen ska också kartlägga behoven av *uppföljning och utvärdering* av utförda vaccinationer. Härvid ska bedömas vilka ytterligare åtgärder som behövs för att en effektiv uppföljning och utvärdering av vaccinationsverksamheten ska kunna säkerställas.

14.1.2 Nulägesanalys

Hittills har resultaten av svenska vaccinationsprogram varit goda i ett internationellt perspektiv. Vaccinationstäckningen i barnvaccinationsprogrammet varierar mellan 95 och 98 procent beroende vaccin och mätt med de metoder som för närvarande står till buds för sådana mätningar, dvs. en kombination av dataregistrerade och manuellt rapporterade vaccinationsdata jämförda med data ur befolkningsregistret. Uppgifterna bygger på skattningar och slutsatser av enkäter och liknande underlag. Helt säkra uppgifter saknas därför. Det är också svårt att direkt jämföra vaccinationstäckningen i två områden, där insamlingen av bedömningsunderlag sker på olika sätt. Det främsta problemet som ansvariga myndigheter framhåller i denna del är dock att arbetet med utvärdering av vaccinationstäckning i dag är tungrovt och ineffektivt.

Man kan dock fråga sig vilka problem som finns om vaccinationstäckningen, av allt att döma, är god? I det följande ska inledningsvis några av utredningens viktigare iakttagelser av relevanta förhållanden beskrivas. Därefter redovisas utredningens övergripande slutsatser. I kapitel 15 och 16 presenteras utredningens förslag.

Omvärldsfaktorer

I kapitel 3 redogörs för flera olika utvecklingstendenser, som kan ha betydelse för behovet av vaccinationer och som också kan utgöra drivkrafter för vaccinindustrin. Klimatförändringar, som i allt väsentligt kan antas innebära varmare och mer snöfattiga vintrar, är en sådan faktor. Denna är dock delvis omtvistad. Klart är att klimatförändringarna först på lång sikt, 50–100 år, kan leda till förändringar av större betydelse för förekomsten av infektionssjukdomar i Sverige.

Däremot har det internationella och interkontinentala resandet redan lett till att vi i högre grad än tidigare exponeras för smitta. Resandet fortsätter att öka, även om det tillfälligt motverkas av vikande konjunkturer. Det är inte bara behovet av resevacciner som ökar med denna trend. Barnsjukdomar kan vara vanligare i andra länder och på andra kontinenter. Dessa kan föras in i Sverige av ovaccinerade individer. Det innebär att ett ökat resande förstärker betydelsen av väl fungerande barnvaccinationsprogram. Den

globala urbaniseringen går allt fortare och en ökande andel av jordens befolkning bor i städer. Sådana miljöer underlättar smittspridning. I kombination med att människor rör sig mer och över längre avstånd, ökar urbaniseringen risken för att smittsamma sjukdomar förs in i landet. Det är ett skäl till att en hög och väl dokumenterad vaccinationstäckning är en viktig strategisk målsättning i smittskyddet.

En omvärldsfaktor av annat slag gäller den demografiska utvecklingen i Sverige. Den påverkar direkt behovet av vaccinationer i olika åldersgrupper. Antalet barn i olika åldrar, aktuella för barnvaccination, varierar över tiden. Några mer betydande förändringar kan dock inte ses i denna del. De årliga förändringarna är ganska små. En långsiktig, svag ökning av antalet nyfödda kan dock förutses.

Detsamma gäller de äldre över 64 år. De blir fler under den närmaste tioårsperioden. Antalet personer i dessa åldersgrupper ökar enligt SCB:s prognoser med mellan 300 000 och 400 000 individer fram till år 2020. För upphandlingen av vaccin mot *säsongsinfluensa* betyder det att årsförbrukningen av sådant vaccin uppgår till närmare två miljoner doser år 2020. De hittills genomförda, nationella upphandlingarna av sådant vaccin har omfattat ca 1,5 miljoner doser. En annan viktig trend är att äldre över 64 år upplever sig vara friskare i dag än motsvarande grupp för 20–30 år sedan.

Invandringen förväntas inte öka på något dramatiskt sätt i framtiden. Däremot kan konstateras att den andel av befolkningen som invandrat till Sverige ökat under en lång följd av år och förväntas fortsätta öka något enligt SCB:s analyser.

Nationella vaccinupphandlingar har blivit vanligare under senare år. Dessa har inneburit att Stockholms läns landsting, genom offentligt upphandlingsförfarande, köpt vissa vacciner för landets samlade behov. Det senaste exemplet gäller vaccinet mot HPV, som tillkommit i barnvaccinationsprogrammet från och med år 2010. Trenden med en ökad grad av regionalt samarbete, samverkan och samordning mellan olika län, landsting och kommuner kan ha betydelse för vaccinationsverksamheten. Lokala och regionala samarbeten mellan olika landsting och kommuner i upphandlingsfrågor har förekommit länge. Sammanlagt 33 av totalt 91 genomförda *offentliga* vaccinupphandlingar under perioden 2000–2009 har skett i lokal eller regional samverkan. En stor andel av det totala antalet vaccinupphandlingar är sannolikt direktupphandlingar.

Generellt bedömer utredningen att utvecklingen mot större administrativa enheter i form av t.ex. regionbildningar i framtiden kan underlätta en effektivare vaccinationsverksamhet genom synergier och stordriftfördelar.

Marknaden och vaccinutvecklingen

Vaccinmarknaden är mycket koncentrerad och domineras av två stora, multinationella företag. Förutsättningarna för att etablera nya vaccinföretag är starkt begränsade. Det beror bl.a. på att generika inte förekommer på denna marknad. Genom vaccinets egenskap av biologiskt läkemedel kan regelverket för godkännande av generika inte tillämpas, så som för kemiska substanser. Inträdesbarriärerna för vaccintillverkning är väsentligt högre än för ett läkemedel som baseras på en kemisk substans. Härtill kommer att kostnaderna för att ta fram nya produkter är höga i läkemedelsindustrin generellt och ännu högre i vaccinindustrin. Det beror bl.a. på att de kliniska vaccinprovningarna sker under längre tid och med väsentligt större populationer än för andra läkemedel.

På de enskilda produktmarknaderna för vacciner råder i många fall monopol. Det gäller även för vacciner som inte längre skyddas av patent. Nya vacciner har dock, som läkemedel i allmänhet, i regel patentskydd under en tjugoårsperiod räknat från dagen för patentansökan. Olika patentskyddade produkter kan dock, såsom de båda HPV-vaccinerna, konkurrera på samma produktmarknad. I några fall finns två eller möjligen tre konkurrerande produkter. På marknaden för influensavacciner finns fler än tre aktörer. Produktmarknaderna i en geografisk dimension är däremot vidsträckta och kan i många fall antas vara globala.

Sammantaget innebär detta att företagen har en betydande och bestående marknadsmakt. Denna kan dock i viss mån uppvägas av välinformerade köpare, som inte bara har en ingående kännedom om produkterna, utan också om konkurrensens mekanismer t.ex. i samband med offentlig upphandling.

På efterfrågesidan, som motpart till vaccinindustrin, står kommuner och landsting. Utredningens genomgång av vaccinupphandlingar under en tioårsperiod visar att möjligheterna till konkurrens inte alltid tillvaratas på bästa möjliga sätt i vaccinupphandlingar. Stockholms läns landsting har uppgivit att vaccinupphandlingar inte sällan överklagas och att då en "blåkopia"

används i alla överklagade upphandlingar i landet. Företrädare för Sveriges kommuner och landsting har understrukit att de problem utredningen påvisat inom området offentlig upphandling snarast är av generell art och gäller många andra marknader än vaccinn marknaden.

Vaccinutvecklingen

En viktig del av utredningsuppdraget vilar på föreställningen att det skett ett skifte i vaccinutvecklingen, som innebär att nya vacciner, andra typer av vacciner och mycket dyrare vacciner nu kommer in på marknaden efter en lång tid med små förändringar. Det gäller för övrigt inte bara i Sverige. Liknande intryck förmedlas i en rad artiklar i vetenskapliga tidskrifter under senare tid och från olika länder och världsdelar.

Från svensk synvinkel har tre olika produkter, som kan betecknas som nya i ett vaccinperspektiv, tillkommit under senare år. Det gäller konjugerat barnvaccin mot *pneumokockinfektion*, vaccin mot *humant papilomvirus* (HPV) och vaccin mot *rotavirus*, som kan orsaka magsjuka hos små barn. Av dessa har de två först nämnda införts i barnvaccinationsprogrammet. HPV-vaccinet har också lyfts in i systemet med läkemedelsförmåner. Analys av rotavirusvaccinets betydelse för svenska förhållanden pågår i industrin.

Någon ”våg” av nya vaccinprodukter, som kan få betydelse för svenska vaccinationsprogram, är inte att vänta under överskådlig tid. Med utgångspunkt från svenska förhållanden väntas inte vaccin mot någon ytterligare sjukdom under de närmaste 10 åren, möjligen med undantag för streptokock A och stafylokock A.

Längre fram i tiden ligger möjliga vacciner mot *hiv*, *klamydia*, *herpes simplex*, *RS-virus* och *Alzheimers sjukdom*. Den senare är dock ingen infektionssjukdom. Det är dock i hög grad osäkert om vaccin överhuvudtaget kommer att kunna tas fram mot dessa sjukdomar och i så fall när de kan godkännas för försäljning. Utvecklingsarbete pågår emellertid.

Däremot kan på kortare sikt förutses nya vacciner, mot sjukdomar, som redan nu kan förebyggas med vaccination. Även förbättrade versioner av äldre vaccinprodukter utvecklas. Det gäller bl.a. vacciner som skyddar mot fler stammar av smittämnet än äldre vacciner. Ett exempel är nya HPV-vacciner, som ger skydd mot fler

än fyra stammar av virus.¹ Valet mellan ett sådant, förbättrat, vaccin och ett äldre är dock inte aktuellt i samband med utformning av vaccinationsprogram. I dessa anges endast vilken sjukdom eller vilket smittämne programmet generellt ska ge skydd mot. Bedömningen av vilket vaccin som ska köpas in, t.ex. HPV-vaccin mot två eller fyra HPV-stammar, sker i landsting och kommuner och utifrån egna prioriteringar och ekonomiska värderingar.

Gemensamt för de vacciner som nyligen introducerats och för de som eventuellt kan tillkomma, är att de ger skydd, endera mot infektioner som allvarlig form drabbar få (pneumokock, meningokock, tuberkulos), eller mot mer allmänt utbredda, men mindre allvarliga infektioner (rotavirus, klamydia, herpes).

Kostnader för nya vacciner

Kostnaderna för de nya vaccinerna anges som ett särskilt problemområde, som kan motivera en översyn av beslutsprocesser och regelverk. Det finns dock ingen samlad statistik, vare sig offentlig eller annan, över vad vacciner faktiskt kostar i Sverige. Det gäller även, enligt SKL, det pneumokockvaccin, som år 2009 infördes i barnvaccinationsprogrammet. En beräkning utifrån apotekens försäljningspris (AUP) ger en totalsumma om ca 180 miljoner kronor för pneumokockvaccinet det första året.

Motsvarande beräkning för HPV-vaccinet ger en liknande totalsumma, drygt 180 miljoner kronor per år. I det senare fallet har en nationell upphandling skett, som resulterat i vaccinkostnad om 31 miljoner kronor för årsbehovet av HPV-vaccin i Sverige. Upphandlingen har överklagats. Apotekens priser säger dock ingenting om vad vaccinerna i vaccinationsprogrammen kostar.

Industrin uppger att rabattnivåer om ca 50 procent i förhållande till apotekspriserna är regel snarare än undantag vid upphandling av vacciner. Landstingen anser att detta är en överskattning och bedömer den genomsnittliga rabattnivån till ca 30 procent. Det står dock klart att de prisnivåer som förekommit i debatten, och som också ligger till grund för de samhällsekonomiska analyserna inför beslut, kan vara fiktiva och långt högre än de faktiska. Det gäller oavsett vilket av de båda konkurrerande anbuden som slutligen antas i upphandlingen av HPV-vaccin.

¹ Det båda nu tillgängliga HPV-vaccinerna skyddar mot två respektive fyra HPV-stammar.

De nya vaccinererna är dock, trots allt, dyrare än de äldre även om de faktiska priserna beaktas. Det gäller för övrigt praktiskt taget alla nya läkemedel. En genomsnittlig kostnad för barnvacciner är 40–50 kronor per dos enligt de landsting utredningen intervjuat. HPV-vaccinet kostar, om upphandlingsresultatet inte ändras, ca 180 kronor per dos. I apoteket kostar detta vaccin 1 118 kronor per dos. Till detta kommer, som redovisats i kapitel 11, att nya vaccinernas effekter i många fall inte är kända. Exempelvis kan en nyinförd vaccination ge effekter på andra stammar av smittämnet. Det kan leda till att den samlade effekten av vaccinationen blir noll. För att kunna klarlägga sådana samband krävs förhållandevis dyra uppföljande studier genom laboratorieanalys av smittämnenas mikrobiologiska epidemiologi. Kostnaderna för sådana uppföljningar måste kalkyleras, som en del av beslutsunderlaget, vid beslut om nya allmänna vaccinationer.

Tillkommande *vacciner* i barnvaccinationsprogrammet liksom kostnaden för *vaccinationen* betalas, i praktiken från och med år 2009, av staten enligt finansieringsprincipen. Sålunda bekostar staten vaccinationerna mot pneumokock- och HPV-infektion. Övriga barnvaccinationer, liksom vaccinationer som Socialstyrelsen rekommenderar, betalas av landsting och kommuner. Finansieringsprincipen tillämpas endast för kostnadsökningar i kommuner och landsting, som beror på tillkommande, obligatoriska åligganden. Därmed faller nya *rekommenderade* vaccinationer utanför finansieringsprincipens tillämpningsområde.

Beslut om allmänna vaccinationsprogram

Vaccinationsprogram eller rekommendation om vaccinationer beslutas i Socialstyrelsen. En plikt för kommuner och landsting att erbjuda vaccination kräver föreskriftsform. Sådana föreskrifter måste enligt regeringsformen vila på en konstitutionellt grundad rätt för myndigheten att utfärda bindande normer.

Socialstyrelsen har i smittskyddslagen och smittskyddsförordningen givits ett sådant bemyndigande. Det är på detta bemyndigande, i flera led, som de svenska vaccinationsprogrammen vilar i konstitutionellt avseende. Bemyndigandet är allmänt hållet och avser en rätt att utfärda ”*de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd*”. Inget sägs om vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att hälso- och sjukvården ska kunna åläggas

att genomföra ett vaccinationsprogram eller för att kostnaden för dem, så som nu sker, ska belasta statsbudgeten.

Socialstyrelsen granskar emellertid nya vacciner i en sammanhållen modell utifrån ett antal skilda kriterier. Det gäller t.ex. data om *sjukdomsbördan*, vaccinets *ekologiska effekter*, *acceptansen* hos allmänheten, *biverkningar*, *hälsoekonomiska konsekvenser* och behovet av *uppföljning*. Kriterierna tycks ha växt fram under hand och under inflytande motsvarande praxis i andra länder. Analysmodellerna är påfallande lika i de olika nationella system utredningen studerat. Beslutsunderlagen utgörs av studier och analyser av bl.a. vaccineffekt, säkerhet och hälsoekonomiska effekter utförda i Sverige eller i andra länder. Inslaget av beslutsunderlag från andra länder är påtagligt. Beslut om nya föreskrifter tas av Socialstyrelsens generaldirektör.

En liknande granskning sker i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) inför beslut om läkemedelsförmåner för ett vaccin. TLV:s prövning sker dock utifrån lagstadgade kriterier och i en formell process, som också reglerats i lag. En annan viktig skillnad är att TLV:s beslut fattas i en särskild beslutsnämnd, *Läkemedelsförmånsnämnden*, vars ordförande och ledamöter utses av regeringen. Processen i TLV innebär, i motsats till Socialstyrelsens motsvarande, en prövning på ansökan av en part. Den leder till ett beslut som kan överklagas i förvaltningsdomstol.

Attityder och information

Av utredningens direktiv framgår att vaccinationsfrågor blivit högaktuella. Sällan har vaccinationer dock varit så högaktuella som under hösten 2009, då massvaccinationen mot den nya influensan genomfördes. Under en följd av år har också intresset från politikerna ökat. Det visar en sökning i riksdagstrycket på ordet "vaccin". Under 1960-talet förekom ordet *vaccin* en gång, under 1970-talet 27 gånger, under 1980-talet 43 gånger, under 1990-talet 190 gånger och under 2000-talet 506 gånger. Socialstyrelsen uppger att information om vaccinfrågor nu är den mest eftersökta bland alla ämnen som rör smittskydd på myndighetens webbplats. Det gäller även nu, när den nya influensan inte längre är aktuell.

Erfarenheterna från den nya influensan visade att allmänhetens attityder till vaccinationer kan svänga snabbt. Det gäller även tidigare vaccinationskampanjer. Ett snabbt uppblossande rykte om

risker med mässlingvaccination ledde till att vaccinationstäckningen sjönk. Risken för sjukdomsutbrott ökade därmed.

I kapitel 3 har visats att användningen av Internet ökat dramatiskt på några få år. Det är numera praktiskt taget bara de allra äldsta som inte använder Internet som ett vardagligt verktyg för att skaffa aktuell information i viktiga frågor.

Ett sentida fenomen som snabbt blivit populärt och vida spritt är sociala medier. Olika nätfora, Facebookgrupper, vikier och bloggar används för att sprida personliga reflektioner och budskap i aktuella frågor. Sådan information sprids numera snabbt och till många. Det är en ny företeelse och för många är det svårt att kritiskt granska inlägg i sådana medier och skilja dem från saklig och opartisk myndighetsinformation. I kapitel 12 har också visats att myndighetsinformationen om vaccinationer och andra viktiga samhällsfrågor kräver informationsstrategiska analyser och en medveten utformning, för att nå fram till allmänheten i det nya informationslandskapet. Det gäller särskilt ungdomar och unga vuxna, som är de mest frekventa användarna av nya medier, men denna användning ökar allra mest i äldre åldersgrupper.

Det finns ett stort behov av att snabbt kunna möta felaktiga påståenden om nya vacciner. För närvarande finns i praktiken bara data från kliniska studier. Vaccinets effekter vid användning i större populationer och under längre tid är inte fullt kartlagda. Det aktualiserar behovet av effektiva uppföljningssystem.

Slutsatser i ett omvärldsperspektiv

Förändringar i omvärlden, som kan påverka sjukdomspanoramat och infektionshoten sker fortlöpande, men inte med någon större dramatik. Globalisering och urbanisering är inga nya fenomen. Nya, tidigare okända sjukdomar, kommer att spridas i världen också i framtiden. Då krävs en god beredskap, som dock inte i första hand kan omfatta vaccinationer. Det tar lång tid att utveckla vacciner mot nya smittämnen.

De viktigaste faktorerna för de svenska vaccinationsprogrammets framtida omfattning och utformning är den demografiska utvecklingen och vilka vacciner som kommer att vara tillgängliga på marknaden. Inga nya vacciner, mot sjukdomar som vi inte tidigare kunnat vaccinera mot, kan förväntas under överskådlig tid. Förväntas kan däremot bättre varianter av tidigare

använda vacciner och helt nya vaccinprodukter som ersätter sådana äldre vacciner.

På lång sikt kommer också ny medicinsk teknik att i grunden förändra vaccinationsverksamheten. Det gäller t.ex. vacciner som inte kräver kylförvaring och vacciner som den enskilde kan ta själv, genom mikroinjektor, vaccinplåster eller nässpray. Det har inte gått att närmare fastställa när i tiden sådana tekniker kan vara tillgängliga för allmänt bruk.

Sammantaget kan alltså inte några förändringar av större betydelse väntas inom överblickbara tidshorisonter.

Däremot finns påtagliga och snabbt framsprungna hot mot redan existerande vaccinationsprogram. Det gäller främst informations-spridningen via sociala medier såsom bloggar, facebook-grupper och liknande nya internetbaserade informationsfora. Sådan informations-spridning kan ge snabba genomslag och på kort tid förändra allmänhetens attityder till vaccinationer.

Vaccinationsprogram innebär att allmänheten avgiftsfritt erbjuds vaccination mot vissa sjukdomar. Beslut om vaccinationsprogram föregås redan i dag av en omfattande analys av en lång rad frågeställningar. Dessa har dock inte definierats i lag. Det har däremot de kriterier som gäller för att ett vaccin ska omfattas av läkemedelsförmånerna. Reglerna innebär i praktiken, och i motsats till vad som gäller för vacciner i vaccinationsprogram, att den enskilde i de flesta fall betalar huvuddelen av kostnaden för vaccinet. Sådana dubbla system för offentlig subvention av vacciner bör inte förekomma, om det inte finns goda folkhälsopolitiska eller statsfinansiella skäl för det.

14.2 Allmänna överväganden

En första utgångspunkt för utredningens bedömningar bör tas i *folkhälsopolitiken*. Det övergripande målet för denna är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.² I den struktur, som sedan år 2003 gällt för folkhälsoarbetet i Sverige, är de elva *folkhälsopolitiska målområdena* av central betydelse. Där anges under respektive målområde viktiga bestämningsfaktorer för folkhälsan.

Insatser för att förebygga *smittspridning* är en viktig del av folkhälsoarbetet med stor betydelse för att det övergripande

² Prop. 2007/08:110, En förnyad folkhälsopolitik.

folkhälsomålet ska kunna nås. *Skydd mot smittspridning* utgör därför ett separat folkhälsopolitiskt målområde. Härunder anges att samhällets skydd mot smittsamma sjukdomar måste hålla en fortsatt hög nivå, om inte de framsteg som gjorts ska gå förlorade. Det förutsätter, enligt utredningens mening, en effektiv vaccinationsverksamhet, som åtnjuter ett högt förtroende i befolkningen och får stor anslutning i målgrupperna.

Vidare anges i den folkhälsopolitiska propositionen att det är angeläget att öka kunskapen om vad som är ett *kostnadseffektivt folkhälsoarbete*. Här understryks vikten av att beslutsfattare vet vilka metoder som ger resultat, vilka sambanden är mellan olika typer av insatser och dess resultat och hur stora effekterna i så fall är. Förhållandet mellan åtgärd, effekt och kostnad är således centralt. Genom hälsoekonomisk analys och utvärdering av folkhälsoarbetet kan, enligt regeringen, olika insatsers effektivitet jämföras. Det är först då som de ekonomiska argumenten för t.ex. förebyggande insatser framträder tillräckligt tydligt. Kortsiktiga prioriteringar leder däremot till ineffektivt resursutnyttjande. En av de viktigaste aspekterna vid val av åtgärder i folkhälsoarbetet är således att klargöra vilka samhällsekonomiska konsekvenser olika handlingsalternativ får.³ Ett viktigt underlag för utvärdering av de samhällsekonomiska konsekvenserna är data om antalet vaccinationer, vilka individer som vaccinerats och vad vaccinationerna kostat. Sådana underlag saknas i dag i stora delar.

Kopplat till bl.a. ett kostnadseffektivt folkhälsoarbete är frågan om hur *hälso- och sjukvårdens resurser* ska fördelas i samhället. Sådana prioriteringar görs utifrån tre principer: *människovärdesprincipen*, som innebär att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, *behovs- och solidaritetsprincipen*, som innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården samt *kostnadseffektivitetsprincipen*, som innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter och åtgärder. De tre grundläggande principerna har lagstadgats i 2 § hälso- och sjukvårdslagen och gäller i princip även vaccinationer.

Det kan dock ifrågasättas om vaccinationsprogram bör inordnas i begreppet *hälso- och sjukvård* eller om de, likt försvars- kris och

³ Nämnda prop. sid. 15.

katastrofberedskap eller strävan mot en säkrare trafikmiljö, ska tillmätas en mer självständig betydelse som nationell, kollektiv åtgärd till skydd för befolkningen. Utredningen återkommer till denna fråga i det följande.

Det statliga åtagandet, i synnerhet hur den statliga verksamheten ska organiseras för att säkerställa hög samhällsnytta, har nyligen varit föremål för regeringens överväganden. I den förvaltningspolitiska proposition, som regeringen lade fram i mars 2010, framgår bl.a. att det övergripande målet för *förvaltningspolitiken* ska vara en innovativ och samverkande statsförvaltning som är rättssäker och effektiv.⁴ Statsförvaltningen ska vidare ha en väl utvecklad kvalitet, service och tillgänglighet och på då sätt bidra till Sveriges utveckling och till ett effektivt EU-arbete. Inte mycket sägs om det statliga ansvarets gränser.

När det gäller de statliga organens *informationsverksamhet* konstateras att vissa slag av opinionsbildning inte ska förekomma. Särskilt utpekats opinionsbildning som innebär att en myndighet tar ställning för den ena eller andra sidan i en partipolitisk kontroversiell fråga. Däremot ska myndigheter alltjämt kunna använda information som verktyg för att påverka kunskaper, attityder och beteenden. Det förutsätts att insatsen ligger inom myndighetens ansvarsområde och att den inte står i konflikt med någon annan uppgift eller roll som myndigheten har.⁵

Regeringen bedömer även att *samverkan* mellan myndigheterna behöver utvecklas av effektivitetsskäl, men också för att allmänheten, företagen och andra aktörer förväntar sig att staten uppträder samordnat. När det gäller förhållandet mellan staten och kommunerna sägs att en strategi för statens styrning av kommuner och landsting bör tas fram, men att hittills tillämpade former för samråd är tillräckliga.

Myndighetsstrukturen inom smittskyddet har också setts över under senare tid. I mars 2010 presenterade regeringens sina förslag om myndigheterna på smittskyddsområdet.⁶ Där konstateras, i likhet med vad vaccanutredningen anfört, att växande omvärldskrav, ökad rörlighet för människor, djur och varor, en ökande frekvens av sexuellt överförbara sjukdomar, en tilltagande problematik med antibiotikaresistens samt ett eventuellt förändrat

⁴ Prop. 2009/10:175 Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt.

⁵ a. Prop. sid. 40.

⁶ Prop. 2009/10:123 Myndigheterna inom smittskyddsområdet.

epidemiologiskt läge till följd av klimatförändringar är faktorer som har betydelse för smittskyddet i framtiden.

Regeringen konstaterar vidare att Socialstyrelsens och Smittskyddsinstitutets roller behöver förtydligas. Socialstyrelsen bör alltjämt ha ett övergripande ansvar för de smittskyddsåtgärder som vidtas i hälso- och sjukvården och en reglerande roll. Smittskyddsinstitutet föreslås ombildas för att förstärka och bredda myndighetens uppdrag med *kunskapsuppbyggnad* och *kunskapsspridning* inom smittskyddsområdet. Myndigheten bör ha till uppgift att ta fram kunskaps- och beslutsunderlag inför regeringens och andra myndigheters bedömningar och beslut och svara för epidemiologisk övervakning. Vidare ska myndigheten ha ett nationellt laboratorieansvar för diagnostik inom smittskyddsområdet. Forskningen inom Smittskyddsinstitutet ska begränsas till sådan som är nödvändig för myndighetens övriga uppdrag.

Frågan om vilka delar av det offentliga åtagande som ska vara ett *statligt ansvar* och vad som bör fullgöras av andra aktörer har främst aktualiserats i samband med statlig, kommersiell verksamhet. Från Vaccinutredningens utgångspunkter är emellertid gränslinjen mellan statlig verksamhet och verksamheter i kommuner och landsting av större intresse. Refererade propositioner ger ingen närmare vägledning i denna del. Det gäller för övrigt även äldre policydokument för statlig verksamhet.⁷

Ansvarskommittén och 2006 års Förvaltningskommitté har emellertid diskuterat ansvarsfördelningen mellan statliga och kommunala aktörer. Här framgår bl.a. att bedömningar av hur uppgifter bör fördelas mellan dessa måste göras från fall till fall och med iakttagande av de särskilda förutsättningar som råder vid bedömningstillfället. Såväl demokrati- rättsäkerhets- som effektivitetsargument måste beaktas. Vidare slås fast att en beslutsuppgift inte bör ligga på en högre beslutsnivå än nödvändigt i förhållande till dem som direkt berörs.

Praktiska och demokratiska skäl talar för att vissa verksamheter bör beslutas i lokala politiska församlingar och bedrivs i lokalt förankrade förvaltningar. Det är dock statens ansvar att svara för regelverk och riktlinjer i ett nationellt perspektiv. Vidare ska staten på en övergripande nivå svara för övervakning och tillsyn av efterlevnaden av lagar och regler. Till statens ansvar hör också att tillhandahålla viktiga, grundläggande samhällstjänster, såsom

⁷ Se t.ex. föregående förvaltningspolitiska proposition, prop. 1997/98:136 Statlig förvaltning i medborgarnas tjänst.

rättsväsende, polismyndigheter och försvarsmakt. Hit hör även infrastruktur av nationell betydelse, såsom vägar och järnvägar. Detta gäller även om vissa statliga verksamheter kan ha en påtagligt lokal prägel, såsom kvarterpolis och lokala försäkringskassor, och förutsätta en ingående lokalkännedom om verksamheten ska bli effektiv. Hälso- och sjukvård samt utbildningsverksamhet på grundnivå, som riktas till den lokala befolkningen, anses dock vara ett kommunalt ansvar. Orsaken härtill sägs i första hand vara att verksamheterna förutsätter lokal förankring och anpassning till lokala förhållanden.

Det är med andra ord vanskligt att formulera klara och allmängiltiga principer för ansvarsfördelningen mellan stat och kommun.

Enligt utredningens mening kan ett kärnområde för statligt ansvar definieras även utifrån perspektivet konkreta åtgärder. Staten bör svara för nationella insatser, som syftar till att skydda befolkningen i stort och där regionala eller lokala förhållanden och variationer inte spelar roll eller har en underordnad betydelse i förhållande till skyddsintresset. Tidigare har nämnts försvars- kris- och katastrofberedskap som exempel på sådana skyddsintressen. Det gäller även om lokala och regionala organ också har viktiga, operativa uppgifter för att säkerställa skyddet.

Staten har en central nivå med riksdagen, regeringen och de centrala förvaltningsmyndigheterna. En vägledande princip för fördelningen av beslutsmakt mellan regeringen och myndigheterna är att myndigheterna svarar för fortlöpande förvaltningsåtgärder, såsom tillsyn och uppföljning. De kan också bemyndigas att utfärda regler i form av tillämpningsföreskrifter och andra vägledande eller utfyllande författningar. De centrala förvaltningsmyndigheterna är dock inte folkvalda. Det innebär att de i princip inte ska ta beslut som innebär betydande utgifter för staten eller för offentliga aktörer utanför staten. Mot den bakgrunden bör policybeslut av större betydelse för landet och för statsbudgeten fattas av riksdag och regering.

14.2.1 Behovet av en samlad vaccinreform

Allmänna vaccinationer, dvs. vaccinationer som generellt erbjuds befolkningen eller grupper av befolkningen, är den i särklass viktigaste åtgärden av alla om ett effektivt skydd mot smitta ska kunna upprätthållas i Sverige. I utvecklingsländer är rent vatten till

alla medborgare in lika viktig åtgärd. I internationella studier har barnvaccinationsprogram, vid sidan av åtgärder för att minska tobaksbruket, rankats som den mest effektiva åtgärden vid en sammanvägning av faktorerna *folkhälsoeffekt* och *kostnads-effektivitet*. Allmän vaccination mot influensa ger också mycket goda resultat, men är inte fullt så effektiv som de nyss nämnda.⁸

Vaccinationer är speciella av flera skäl, om man jämför med andra verksamheter och åtgärder i hälso- och sjukvården. De ges till friska individer utan diagnos eller indikation på den sjukdom de ska ge skydd mot. De erbjuds till stora grupper av befolkningen, ibland till hela befolkningen, och ofta till hela årskullar av små barn. Det övergripande syftet är att säkerställa en god folkhälsa i ett brett samhällsperspektiv. De allmänna vaccinationernas huvudsyfte är därmed inte i första hand att förhindra sjukdom hos en enskild individ. Inte heller är det primära målet att avlasta enskilda landsting eller kommuner en kostnadsbörda eller ett vårdansvar. Vaccinationer har givetvis god effekt också i ett sådant mer begränsat, eller rent av individualpreventivt, perspektiv. Det övergripande målet med allmänna vaccinationer är nationellt eller internationellt och innebär att *samhället* ska skyddas mot smitta och sjukdom.

Flockimmunitet är ofta ett viktigt syfte med allmänna vaccinationer. Denna innebär bl.a. att ovaccinerade individer får skydd mot sjukdom genom att andra individer vaccineras. Det förutsätter en viss vaccinationstäckning. Om täckningen sjunker under en kritisk nivå, kommer flockimmuniteten i landet, och internationellt, att avta. Det leder till att människor drabbas av sjukdom, orsakad av smittämnen, som inte känner några administrativa gränser mellan landsting, kommuner eller länder. Även i fall där flockimmunitet inte är aktuell, kan en fortsatt hög vaccinationstäckning vara nödvändig om sjukdomen alltså ska vara under kontroll. Det gäller t.ex. difteri.

En ökad rörlighet och ett ökat internationellt resande är, som framgått, en tydlig och långsiktig trend. Invandring av individer, som kan ha ett annat riskpanorama än svenskfödda, ställer krav på utredning av vaccinationsstatus och på kompletterande vaccinationer. En viktig iakttagelse är också att vinsterna med allmän vaccination inte självklart kommer den tillgodo som utför och betalar för vaccinationen. Skolvaccination mot HPV- infektion ger

⁸ Maciosek MV, Coffield LI (2006) Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med.* 31:52–61.

i första hand positiva effekter för samhället i stort, för individerna och för landstingen. Fördelarna för kommunerna är mer otydliga.

Annorlunda förhåller det sig med vaccination mot annan sjuklighet än infektionssjukdomar. Terapeutiska vaccinationer mot diabetes eller cancer ges i behandlingssyfte för att bekämpa en viss diagnostiserad sjukdom. Sådana vacciner har ett rent individualpreventivt syfte och bör därför primärt vara en angelägenhet för hälso- och sjukvården.

Sammantaget innebär detta att ansvaret för vaccinationer, som ges i annat än behandlingssyfte, och för uppföljning av resultaten, drar mot den nationella och internationella nivån, snarare än mot den kommunala. Det bör rimligtvis också gälla ansvaret för finansiering av vacciner.

Utredningen ska göra jämförelser med andra, liknande medicinska interventioner. Några samhällsekonomiska utvärderingar av sådana insatser i *Sverige*, t.ex. screeningprogram, har utredningen dock inte kunnat finna.⁹

Det finns fler insatser än vaccinationer, som kan ha till syfte att minska dödlighet och sjuklighet i samhället, men som kan ske inom ramen för andra regleringssystem. Nära tillhands ligger t.ex. att jämföra allmänna vaccinationer med de insatser som görs för att främja *trafiksäkerheten*. Sådana insatser är inte av medicinskt slag, men de syftar i första hand till att höja folkhälsan genom att minska sjuklighet och dödlighet till följd av trafikolyckor. Ett typexempel på sådana insatser är när trafikerade landsvägar byggs om till mötesfria, s.k. 2+1-vägar, med körfältsskiljande vajerräcken. Sådana åtgärder påverkar inte nämnvärt fordonstrafikens hastighet, även om snitthastigheten sjunker under högtrafik. De motiveras i huvudsak av minskat antal döda och skadade, vilket leder till samhällsekonomiska fördelar och en lägre belastning på landstingens och kommunernas vård- och rehabiliteringsresurser. De samhällsekonomiska kostnaderna och vinsterna för investeringar i trafiksäkerhet beräknas på liknande sätt som för vaccinationsprogram. En skillnad är givetvis att trafiksäkerhetsarbetet inte innebär tillförsel av läkemedel och att det praktiskt utförs, inte av vårdpersonal, utan av montörer, ingenjörer, vägbyggare och informatörer. Av något skäl, som dock inte är helt uppenbart för utredningen, betalar staten för trafiksäkerheten ute i kommuner och landsting, men inte för de allmänna vaccinationerna

⁹ Se dock den i föregående not nämnda studien från USA.

i samma kommuner och landsting, trots att de i allt väsentligt har samma syfte.

Staten bidrar redan i dag till finansiering av vaccinationsprogrammen som en följd av finansieringsprincipen. Så är fallet med *nya*, tillkommande allmänna vaccinationer. För övriga vaccinationer ges inget ”öronmärkt” finansiellt stöd. Det är dock inte säkert att just den tillkommande vaccinationen är den från allmän samhällssynpunkt mest angelägna, om man jämför folkhälsoeffekterna av övriga vaccinationer. På motsvarande sätt sker ingen reduktion av de allmänna statsbidragen till ett landsting, när dess sjukvårdskostnader minskar genom statligt finansierade trafiksäkerhetsinsatser i det egna landstingsområdet. Det gäller oavsett hur motiverad insatsen är från samhällets, landstingets eller från den enskilda individens utgångspunkter.

Dessa skillnader i ansvarsgränser mellan olika typer av nationellt motiverade folkhälsoinsatser torde i allt väsentligt vara en följd av att de sker inom separata regleringssystem, som växt fram av tradition. Det innebär dock inte att skillnaderna i ansvar, för allmänna vaccinationer och för andra folkhälsoinsatser, inte kan ifrågasättas från principiella utgångspunkter. Utredningen menar att *syftet* med insatsen bör vara vägledande i ett framtidsytande perspektiv. Det finns knappast några vägande skäl för att landsting och kommuner ska ta över statens övergripande ansvar för trafiksäkerheten. Däremot finns principiella skäl för att staten bör ta ett mer direkt ansvar för allmänna vaccinationer än som hittills varit fallet.

Detta indikerar sammantaget en mer omfattande problematik med ansvarsgränser för olika typer av offentliga åtaganden och därmed också för finansiering av sådana åtaganden. Sådana frågor omfattas dock inte utredningens uppdrag. Vaccinutredningen utgår i stället från vad som ovan sagts om skiljelinjen mellan statlig och kommunal verksamhet och om statligt beslutsfattande på olika nivåer.

Den bild av nuvarande system som framträder för utredningen är splittrad och kännetecknas i flera avseenden av inkonsekvens. För läkemedelsförmåner krävs enligt lag en noggrann prövning utifrån likaså lagstadgade kriterier. Beslutet tas av ett särskilt beslutsorgan, som utses av regeringen. De enskilda individerna svarar normalt för huvuddelen av kostnaderna för sådana vacciner. Statens kostnader för vacciner med läkemedelsförmåner har också av regeringen bedömts bli ”ytterst begränsade”.

Mer omfattande kan statens kostnader antas bli för utvidgningar i vaccinationsprogrammen. Det gäller i vart fall om nya vacciner tillkommer, som visar sig vara väsentligt dyrare än de tidigare använda. Det finns dock ingen tydlig koppling mellan statens kostnadsansvar och vaccinationens angelägenhetsgrad från folkhälsosynpunkt. Ersättning för nya vaccinationsprogram betalas dock enligt finansieringsprincipen.

Det finns också inkomsekvenser i en annan dimension. Utvidgningar av kommunernas skyldigheter, som gör att finansieringsprincipen ska tillämpas, beslutas i regel av regeringen eller av riksdagen. I förevarande fall är det emellertid Socialstyrelsen som tar beslut med statsfinansiella konsekvenser långt utanför myndighetens egna budgetramar. Man kan också ifrågasätta varför sådana beslut får fattas av myndighetens generaldirektör, medan beslut om läkemedelsförmåner för vacciner, med ”ytterst begränsade” statsfinansiella konsekvenser, ska tas i ett särskilt av regeringen utsett beslutsorgan.

Mot den bakgrunden, och trots att omvärldsförändringar och vaccinutvecklingen kan antas ge mindre omvälvande effekter än som tidigare befarats, anser utredningen att det finns skäl att införa ett nytt mer sammanhållet system för beslut, genomförande och finansiering av allmänna vaccinationer. Detta bör vila på en avvägning av vad som lämpligen hanteras av statliga organ i olika nivåer, respektive av aktörer i kommuner och landsting. Ansvaret för allmänna vaccinationer rymmer flera olika komponenter. En första komponent gäller ansvaret för *beslut* om allmän vaccination.

I det föregående har framgått att en beslutsuppgift inte bör ligga på en högre beslutsnivå än nödvändigt i förhållande till dem som direkt berörs. Vaccinationsprogrammen berör enskilda individer, kommuner och landsting. Ett utvidgat vaccinationsprogram ger också direkta effekter i statbudgeten.

En huvudprincip bör därför vara att *beslut* om den allmänna vaccinationsverksamhetens huvudinriktning bör tas av regering och riksdag. Den praktiska verksamheten med vaccinationer bör alltså utföras av vårdgivare, som finns nära medborgarna. Lösningen bör vidare ligga i linje med vad som i den förvaltningspolitiska propositionen understrukits om en effektiv offentlig verksamhet. Det innebär bl.a. att överlappande funktioner undviks och att samordningsfördelar utnyttjas.

Beslutsmodellen ska vara ägnad att säkerställa förtroende och integritet och därmed upplevas som legitim av befolkningen och av

olika intressenter, både inom och utom offentlig sektor. Den ska vidare ge goda förutsättningar för kontroll av hur allmänna medel används och för uppföljning av resultaten av resursanvändningen. Förutsättningarna för nationella vaccinationsprogram, såsom kriterier för en ny vaccination, bör därmed bestämmas, inte i en förvaltningsmyndighet, utan av riksdag och regering.

Vaccinationsansvaret rymmer emellertid även komponenter som *finansiering*, *genomförande* och *uppföljning* av allmänna vaccinationer. Information till allmänheten om vaccinationer är också en strategisk fråga om vaccinationsprogrammen ska ge gott resultat. I dessa delar anser utredningen att landsting och kommuner alltjämt bör svara för verksamheten med att ge vaccinationer. Staten bör svara för vaccinkostnaderna. Då uppnås en rimlig balans mellan de nationella folkhälsointressena och de fördelar som allmänna vaccinationer för med sig landsting och kommuner. De informationsinsatser som krävs är av sådant slag att de bör hanteras på central statlig nivå, men i nära samarbete med kommuner och landsting. Uppföljning av vaccinationer är redan i dag i huvudsak ett statligt ansvar och bör alltjämt vara det.

Gemensamt för praktisk taget alla här berörda aspekter på allmänna vaccinationer är att uppföljningssystemen spelar en central roll. I det föregående har i olika sammanhang pekats på att underlagen för uppföljning och utvärdering är ofullständiga. Ett område gäller vaccinationstäckningen. Det är nu förenat med stort administrativt arbete, i landstingen och hos Smittskyddsinstitutet, att manuellt rapportera och sammanställa vaccinationsdata. Flera rapporteringsmetoder används. Resultaten har ifrågasatts i vår omvärld. Även de epidemiologiska utvärderingarna av vacciners skyddseffekter kan effektiviseras med ett bättre dataunderlag om genomförda vaccinationer.

Vidare har konstaterats att rykten om biverkningar snabbt måste kunna mötas med statistiskt säkerställda data, inte bara från kliniska studier, utan från vaccinanvändning i ”skarpt läge” och i stora folkgrupper. Minst lika viktigt är att ha en beredskap för en eventuell, allvarlig och oväntad biverkning. Risken för en sådan är liten, men kan aldrig helt uteslutas. Med effektiva uppföljningssystem kan vi få en tidig varning och skadeverkningarna kan då minimeras. Neurosedynkatastrofen var den direkta orsaken till att missbildningsregistret infördes i början av 1960-talet. För närvarande saknas specifika varningssystem för vacciner i Sverige.

Till detta kommer behovet av uppföljning av vaccinationernas effekter från ett folkhälsopolitiskt, samhällsekonomiskt och statsfinansiellt perspektiv. I dag saknas helt samlade data på nationell nivå om faktiska volymer och kostnader i vaccinationsverksamheten.

Mot den bakgrunden anser utredningen att det finns mycket starka skäl att införa en registrering av vaccinationer på det sätt som redan tillämpas för annan läkemedelsanvändning. Vacciner ges i stora befolkningsgrupper, bl.a. till praktisk taget alla barn. Därför är ett effektivt system för uppföljning och utvärdering minst lika angeläget för vacciner som för läkemedel i övrigt.

15 Ett regelverk för nationella vaccinationsprogram

Utredningen har i uppdrag att göra en översyn av nuvarande regelverk kring beslut om att föra in nya vacciner i de allmänna eller riktade vaccinationsprogrammen. Med det får närmast förstås regler som definierar hur vaccinationsprogram ska *beredas* och *beslutas*. Några sådana regler finns emellertid inte i svensk rätt. Den som i smittskyddslagen, eller i andra lagar och förordningar, söker efter regler om hur beslutsprocessen ska gå till kommer inte att finna någon vägledning. Det gäller även Socialstyrelsens interna anvisningar för handläggning, med undantag för en punkt i delegationsordningen. Däremot finns, som framgått i kapitel 5, en diffust formulerad konstitutionell grund för Socialstyrelsens beslutskompetens i aktuell del.

I kapitel 14 har konstaterats att det finns exempel på att nya vacciner blir långt billigare än som förutsetts. De är ändå väsentligt dyrare än tidigare använda vacciner. Detta säger dock ingenting om den kommande prisnivån på vacciner som är under utveckling. Nya läkemedel är i regel dyrare än de som använts länge. En situation där konkurrerande produkter saknas eller där fåtalskonkurrens råder, verkar också drivande på priset. Mot den bakgrunden, och med hänsyn till vad som i övrigt anförts i föregående kapitel, är en närmare reglering av tillkomstprocessen för vaccinationsprogram en angelägen åtgärd av flera skäl.

I utredningens direktiv används begreppen "allmänna" och "riktade" vaccinationsprogram. Här används istället samlingsbegreppet *nationella vaccinationsprogram*. Härmed avses ett för vårdgivarna obligatoriskt vaccinationsprogram, som erbjuds hela befolkningen eller en i förväg definierad grupp av befolkningen, som genomförs i organiserade former och vars resultat i olika avseenden följs upp i efterhand.

I det följande behandlas först förutsättningarna för ändring av nationella vaccinationsprogram, närmare bestämt de frågeställningar som behöver belysas inför ett sådant beslut. Därefter behandlas frågan om vilket organ som bör fatta beslut om nationella vaccinationsprogram. Slutligen ska några frågor med en nära koppling till de nyss nämnda behandlas. Det gäller t.ex. finansiering och upphandling av vacciner, frågan om läkemedelsförmåner för vacciner och vad som kan krävas av samhället när det gäller information om vaccinationer i ett medielandskap i snabb förändring.

15.1 Kriterier för nationella vaccinationsprogram

Utredningens förslag: Grundläggande kriterier för beslut om de nationella vaccinationsprogrammets utformning, som speglar samhällets prioriteringar och värderingar, regleras i lag.

Regeringen bemyndigas att med utgångspunkt från de grundläggande kriterierna utfärda närmare anvisningar om vilka frågor som ska belysas i beslutsunderlagen.

Beslut om en skyldighet för vårdgivare att erbjuda allmänheten vaccinationer fattas för närvarande av Socialstyrelsen. Beslutskompetensen omfattar såväl beslut om nya vaccinationer som beslut om närmare anvisningar, t.ex. hur och när vaccinationerna ska genomföras. Besluten ges i form av föreskrifter, som ska följas av vårdgivarna. Myndigheten redovisar på sin hemsida ett antal frågeställningar som ska gås igenom och bedömas innan beslut av här avsett slag kan tas.

Vaccinationer kan också *rekommenderas* av Socialstyrelsen.¹ Sådana rekommendationer ges för närvarande om bl.a. vaccination mot influensa. I det följande fokuseras på vaccinationer, som enligt gällande författningar *ska* tillhandahållas av vårdgivarna, t.ex. i barn- och skolhälsovård.

Den internationella utblicken i kapitel 13 och redovisningen av olika internationella diskussioner om bedömningsgrunder för nya vacciner i kapitel 4, avsnitt 4.2.3, visar att frågan om beslutskriterier för vaccinationsprogram inte är ett specifikt svenskt fenomen. I

¹ Rekommendationer utfärdas av Socialstyrelsen i formerna allmänna råd eller "rekommendationer". Distinktionen saknar emellertid betydelse från konstitutionella utgångspunkter, t.ex. när det gäller inbördes dignitet.

många länder, såväl i Europa som i Australien, Kanada och USA, har frågan om bedömningsgrunder för nya vacciner varit föremål för diskussioner och utredningsarbete. I Finland har ett system för sådant beslutsfattande införts sedan en tid. Så är fallet även i Nederländerna. I Norge och Danmark finns, såvitt utredningen kunnat finna, inga officiella beskrivningar av beslutsprocessen. Av olika dokument från ansvariga myndigheter framgår dock att besluten tas utifrån en modell, som företer stora likheter med dem som tillämpas på andra håll.²

Beslutsmodellerna omfattar i princip samma frågeställningar i alla länder utredningen studerat, men med varierande detaljeringsgrad. En global kartläggning av beslutsmodeller för vaccinationsprogram gjordes år 2008 av forskare i Österrike.³ Studien genomfördes med systematiserad litteratursökning i flera led och visade på en stor samstämmighet mellan de olika beslutsmodellernas utformning när det gäller beslutskriterier. Däremot finns, vilket också utredningen konstaterat, en klar skiljelinje mellan hur kriterierna tillämpas. Två huvudprinciper finns. I den ena, som tillämpas i t.ex. Sverige och Kanada, utvärderas kriterierna i en sammanvägd bedömning. I den andra principen, som tillämpas i bl.a. Nederländerna och Finland, ges kriterierna olika vikt och prövas i en särskild ordning.

Med varierande detaljnivå behandlas frågor om bl.a. vaccin-effekt, säkerhet, etik och samhällsekonomiska effekter. Följande sammanställning över aspekter att bedöma är hämtad från det s.k. analytiska ramverk, som utvecklats i Kanada och som tillämpas även i Schweiz

- *Sjukdomsbördan*, dvs. de påfrestningarna sjukdomen ger för vården och bland enskilda individer.
- *Vaccinets egenskaper* i avseende på förebyggande effekt och säkerhet.
- *Vaccinets roll i rådande vårdstrategi*. Finns t.ex. andra förebyggande insatser som är att föredra?
- *Vaccinets kostnadseffektivitet*, dvs. kostnader och vinster för vårdapparaten och för samhället.

² Ett sådant exempel är norska Folkhälsoinstitutets samlade värdering av för- och nackdelar med vaccination mot HPV med diarienummer 05/1620-13 av den 12 april 2007.

³ B. Pisco, C. Wild, Decision support in vaccination policies, Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessment, Wien, 2008.

- *Allmänhetens förväntade acceptans* av vaccinet, som kan ha betydelse för anslutningen till programmet och även för attityder till vaccination på ett mer generellt plan.
- *Vaccinets lämplighet* i existerande vaccinationsprogram. Kan det t.ex. minska effekterna av andra vacciner? Kan det ges i kombinationsdos med andra vacciner?
- Möjligheten till *uppföljning*, dvs. kan effekterna följas upp i fråga om immunitet, kostnader och biverkningar?
- *Rättvisaspekter* i ett folkhälso- och fördelningspolitiskt perspektiv, exempelvis om alla i den definierade målgruppen i praktiken får tillgång till vaccinet på lika villkor.
- *Etiska överväganden*, som kan avse frågor om samtycke till vaccination och information om vaccinationen.
- *Rättsliga frågor* om skadestånd och andra legala effekter av t.ex. bristande funktion hos vaccinet.
- *Vaccinationens effekter för vårdgivare* av olika slag och i olika delar av landet när det gäller t.ex. arbetsbörda.
- *Politiska överväganden*, som kan omfatta politiska fördelar och risker med vaccinationen.

Som närmare redovisats i kapitel 13 används regelverket som en *checklista*, där punkterna i det föregående utgör rubriker, formulerade som frågor att besvara med ja eller nej. Under varje frågeställning, eller huvudrubrik, finns ett antal mer detaljerade frågeställningar, sammanlagt 53 stycken.⁴

De skillnader som finns mellan olika länder avser i huvudsak hur och i hur många punkter de nyss nämnda kriterierna presenteras. Som framgått i kapitel 8, avsnitt 8.1.1, ryms praktiskt taget samtliga av de kanadensiska kriterierna i den beslutsmodell Socialstyrelsen tillämpar, dock med undantag för *rättsliga* och *politiska* överväganden. Dessa båda aspekter förekommer i regel inte i de beslutsmodeller som tillämpas i europeiska länder. De har däremot en klar koppling till kanadensiska förhållanden, med en federal struktur med stora skillnader mellan provinserna i hur hälso- och sjukvården organiseras. Frågor om produktansvar hanteras också på ett annat sätt än i Europa.

⁴ De kanadensiska beslutskriterierna redovisas i sin helhet i bilaga 6.

Ett annat sätt att hantera en liknande kriteriesamling tillämpas i Nederländerna sedan början av 2000-talet. Modellen bygger på ett förfarande i flera steg, som inleds med en bedömning av sjukdomsbördan och avslutas med en bedömning av vaccinets prioritet i förhållande till andra vaccinationer. De olika bedömningskriterierna vilar på två etiska principer. Den första principen innebär att bästa tänkbara skydd ska tillhandahållas *befolkningen som helhet*. Den andra principen innebär att vaccinationer ska *fördelas rättvist i befolkningen* med utgångspunkt från ett behovsperspektiv.

Metoden innebär att utvärderingen kan avbrytas när som helst i beslutskedjan, om vaccinet inte motsvarar krav som givits högre prioritet. De sju kriterierna, med sin inbördes rangordning, är följande:

- Sjukdomens allvarlighetsgrad för individen,
- Sjukdomsbördan för samhället,
- Vaccinets effektivitet,
- Vaccinets säkerhet,
- Allmänhetens acceptans av vaccinet,
- Vaccinationens kostnadseffektivitet samt
- Vaccinationens prioritet i förhållande till andra vaccinationer.

Om ett vaccin bedöms lämpligt i alla nämnda avseenden kan det tas in i vaccinationsprogrammet.

Detta spektrum av viktiga frågeställningar inför introduktion av nya vacciner belyses även i ett av standardverken inom vaccinologi från senare tid.⁵ Bland annat behandlas frågan om vaccinationens ekonomiska effekter samt redovisas olika metoder för att bedöma sådana effekter. Frågan om etiska överväganden behandlas utförligt, dels i fråga om etiska dilemman i samband med utveckling och klinisk prövning av nya vacciner, dels när det gäller att introducera godkända vacciner i vaccinationsprogram. I den senare delen pekas bl.a. på avvägningen mellan risken för sjukdom och risken för biverkning. I ett samhälle där i stort sett alla individer är vaccinerade mot t.ex. polio, är risken att få sjukdomen praktiskt taget obefintlig. Befintlig, men mycket liten, är däremot risken för biverkningar. Ungefär en individ av en miljon vaccinerade drabbas

⁵ B. R. Bloom, P-H Lambert m.fl., *The Vaccine Book*, Academic Press, USA 2003.

av förlamning, som kan kopplas till det orala dricksvaccinet mot polio. Sådana etiska bedömningar måste göras i dimensionen mellan samhällets skyddsintresse och hänsynen till den enskildes säkerhet och integritet.

15.1.1 Utredningens överväganden om beslutskriterier för nationella vaccinationsprogram

Som visats i det föregående är frågan om kriterier och beslutsstöd vid utformning av vaccinationsprogram inte ny och inte heller ett svenskt fenomen. Det finns i vår omvärld mycket erfarenhet att stödja sig på. Så har också uppenbarligen redan skett, genom den beslutsmodell Socialstyrelsen tillämpat, t.ex. i fallen med konjugerat pneumokockvaccin och vaccin mot HPV, båda i barnvaccinationsprogrammet. Företrädare för Socialstyrelsens smittskyddsfunktion har också medverkat i internationella diskussioner och aktivt deltagit i internationellt utvecklingsarbete, som direkt berör här aktuella frågor.

Vaccinutredningen ser ingen anledning att föreslå förändringar i de ganska likartade bedömningsmetoder som utvecklats internationellt och under en följd av år tid och som redan tillämpas i Sverige. Utredningen har inte heller förutsättningar att tillföra kunskap eller erfarenhet utöver vad som förmedlas bl.a. i den litteratur och de artiklar som refererats i det föregående och i kapitel 4, avsnitt 4.2.3. Utredningen anser också att de kriterier som Socialstyrelsen tillämpar, med undantag för kriteriet hälsoekonomi, synes väl avvägda och tillräckligt tydliga. En brist är däremot att bedömningskriterier för beslut, som berör så många människor, som påverkar verksamheten i landsting och kommuner och som orsakar stora utgifter för staten, inte är bättre demokratiskt förankrade.

Mot den bakgrunden anser utredningen att grundläggande förutsättningar för ändringar i vaccinationsprogram bör lagregleras. Därutöver bör anvisningar för beredning av underlag inför sådana beslut preciseras närmare i förordning. Motivet är att öka transparensen i beslutsfattandet och, från demokratiska utgångspunkter, tydliggöra de förutsättningar som ska gälla för samhällsinvesteringar i vaccinationsprogram. Utredningen återkommer till detta nedan i avsnitt 15.3.

Kriteriet *hälsoekonomi* bör emellertid utvecklas. Även i andra länder finns här otydligheter och behov av preciseringar. Mot bakgrund av analysen i kapitel 14 är nationella vaccinationsprogram i första hand angelägna från allmän samhällssynpunkt. De ger externa effekter långt utanför hälso- och sjukvårdens arbetsfält. Om detta ska, med en rimlig grad av säkerhet, kunna bedömas krävs en noggrann analys av vaccinationens ekonomiska effekter i ett brett samhällsperspektiv. Mot den bakgrunden redovisas i det följande vissa grundläggande riktlinjer för sådana samhälls-ekonomiska analyser.

15.1.2 Närmare om kriteriet samhällsekonomisk effektivitet

Utredningens förslag: Kriteriet samhällsekonomisk effekt ska bedömas i ett brett samhällsperspektiv, varvid beaktas även kostnader och intäkter, som uppstår utanför vårdsektorn.

Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram riktlinjer för hur den samhällsekonomiska analysen av nationella vaccinationsprogram ska genomföras.

En generell modell för samhällsekonomisk analys av nationella vaccinationsprogram bör utvecklas i internationellt samarbete.⁶ Socialstyrelsen får i uppdrag att i samråd med bl.a. Statens beredning för medicinsk utvärdering inleda ett arbete med att ta fram en sådan modell.

Nya vacciner innebär, trots allt, ökade kostnader för samhället. Hur stora dessa kostnader blir i framtiden är okänt. Vaccinationen mot den nya influensan beräknas totalt kosta ungefär 2,7 miljarder kronor. HPV-vaccinet blir, oavsett det slutliga resultatet av upphandlingen, väsentligt billigare än vad som budgeterats. Upphandlingen av HPV-vaccin resulterade preliminärt i en kostnad om ca 32 miljoner kronor.⁷ Den totala kostnaden för vaccinerna i barnvaccinationsprogrammet kan antas uppgå till drygt 200 miljoner kronor per år.

I syfte att utvärdera effektiviteten av olika vaccinationsprogram kan, som närmare beskrivits i kapitel 9, hälsoekonomiska (samhällsekonomiska) analyser användas. Analysen i kapitel 14 leder till

⁶ Inom det samhällsekonomiska området benämns detta ofta som en "generisk analysmodell".

⁷ Upphandlingen har överklagats.

slutsatsen att bedömningen av kostnader och intäkter inte bör begränsas till vårdsektorn. Utgångspunkten för den hälsoekonomiska analysen bör vara ett *samhällsperspektiv*, vilket betyder att alla kostnader och intäkter bör ingå i analysen, oavsett för vem och var i samhället de uppstår. Begreppet *samhällsekonomisk analys* är därför mer relevant än begreppet *hälsoekonomisk analys* och används därför i det följande.

Om värdet av vaccinets positiva effekter, dvs. värdet av eventuella hälsovinster och andra vinster för samhället i stort, är större än samhällets kostnader för en viss vaccination, är vaccinationsprogrammet samhällsekonomiskt lönsamt i den delen. Samhällsekonomiska analyser används, som berörts i kapitel 14, även för att bedöma lönsamheten av insatser inom transportsektorn, som syftar till en ökad folkhälsa. Även inom miljöområdet används sådana analyser som beslutsunderlag inför investeringar. Det innebär att kostnaderna för ett vaccinationsprogram kan jämföras med, och konkurrera om allmänna medel med, andra investeringar i samhället, som har samma eller i allt väsentligt samma syfte.

De metoder som ligger till grund för samhällsekonomiska analyser av vaccinationsprogram är i huvudsak desamma som för utvärdering av läkemedel och andra teknologier i sjukvården. Det som främst skiljer vaccinationsprogram från andra program inom sjukvården är de särskilda krav som ställs på *modellering*. Ett skäl till detta är att vacciner mot smittsamma sjukdomar ger externa effekter. En individ som vaccinerar sig minskar inte enbart sin egen risk för att bli sjuk, men också risken för att ovaccinerade individer insjuknar. Denna positiva externa, eller indirekta, effekt av vaccinering är en *intäkt* i ett samhällsperspektiv, som ska beaktas i samhällsekonomiska analyser av vaccinationsprogram. I annat fall riskerar samhället att satsa resurser på ineffektiva åtgärder. En *dynamisk modell* är, enligt utredningens bedömning, och mot bakgrund av vad som anförts i kapitel 9, nödvändig om smittspridningen över tiden ska kunna återges korrekt. Det innebär att även de indirekta effekterna av vaccinationerna kan bedömas.

Samhällsekonomiska utvärderingar av vaccinationsprogram är i dag i allt större utsträckning baserade på *dynamisk modellering*. De första utvärderingarna av vaccinationer, fram till i slutet av 1970-talet, tog inte hänsyn till flockimmunitet i beräkningen av vacciners samhällsekonomiska effektivitet. Senare har allt fler av de samhällsekonomiska utvärderingarna även inkluderat indirekta effekter av vaccination till följd av generellt minskad smittorisk. Använd-

ningen av dynamiska modeller har gjort det möjligt att beakta denna effekt. Att så sker kan ha stor betydelse vid utvärdering av nya vacciner, eftersom graden av flockimmunitet kan vara avgörande för om vaccinet är samhällsekonomiskt kostnads-effektivt eller inte. Faktorn flockimmunitet spelade inte en lika avgörande roll för kostnadseffektiviteten av tidigare sedan lång tid använda vacciner, eftersom samhällets intäkter så tydligt översteg kostnaderna för vaccinerna. Utvärdering av nya vacciner kräver däremot en mer detaljerad och bredare analys av konsekvenserna och att samtliga effekter och kostnader tas med i beräkningen.

Om en sådan samhällsekonomisk utvärdering av ett vaccinationsprogram ska vara möjlig krävs samarbete över disciplinränsor. *Ekonomisk, medicinsk, epidemiologisk, och modellteknisk* kompetens är alla väsentliga för den ekonomiska utvärderingens kvalitet. För att underlätta modellutveckling och framtagning av kliniska, epidemiologiska och ekonomiska data, är det viktigt med ett väl utvecklat internationellt samarbete.

Ett sådant samarbete kan underlätta utveckling av en *generell modell*, som kan anpassas till respektive lands regionala data. Fördelen är att endast en modell behöver utvecklas. Det ger ökade möjligheter till en snabb utvärdering av nya vacciner när de blir tillgängliga. En utvärdering behöver även följas upp i takt med att nya, bättre data blir tillgängliga. När så är fallet kan en ny samhällsekonomisk utvärdering göras i samma modell för att uppdatera beslutsunderlaget.

Riktlinjer för samhällsekonomisk bedömning av vaccinationsprogram

I syfte att förbättra användbarheten av samhällsekonomiska analyser som beslutsunderlag inom vaccinområdet specificerar utredningen i det följande några allmänna riktlinjer avseende analysmetod, perspektiv, kostnader, modellering, diskontering, hantering av osäkerhet i resultatet, presentation av metod och resultat, internationellt samarbete och utveckling av en generell analysmodell.

Riktlinjerna är rekommendationer, baserade på aktuell kunskap och erfarenhet av samhällsekonomiskt analysarbete för vaccinationer och avsedda att fungera som stöd vid samhällsekonomisk utvärdering av vaccinationsprogram. Riktlinjerna följer de metodo-

logiska rekommendationer för samhällsekonomiska analyser i allmänhet.⁸ Rekommendationerna ansluter nära till de allmänna råd för ekonomisk utvärdering som TLV tillämpar.⁹

Analysmetod

Den analysmetod som rekommenderas är kostnadseffektanalys där hälsoeffekterna mäts i kvalitetsjusterade vunna levnadsår (QALYs). En sådan analysmetod benämns även kostnadsnyttoanalys. QALY-vikter bör i första hand baseras på Standard Gamble (SG) eller Time-Trade-Off (TTO) metoden. I andra hand bör QALY-vikter baseras på Rating Scale metoden. QALY-vikterna kan baseras antingen på direkta mätningar med ovanstående metoder eller indirekta mätningar (där ett hälsoklassificeringssystem såsom EQ-5D länkats till QALY-vikter). QALY-vikter baserade på värderingar av personer i det aktuella hälsotillståndet föredras framför vikter som beräknats utifrån ett genomsnitt av en population som värderat ett tillstånd som beskrivits för dem (t.ex. den "sociala tariffen" från EQ5D). Att använda vikter för aktuella hälsotillstånd hämtade från tidigare studier kan vara en lösning.

Perspektiv

Grunden för den samhällsekonomiska analysen bör vara ett samhällsperspektiv. Det innebär att alla relevanta kostnader och hälsoeffekter och samhällsvinster i övrigt som uppstår i samband med ett vaccinationsprogram ska ingå i analysen. Både kostnader som uppkommer inom och utanför hälso- och sjukvårdssektorn bör inkluderas. Ett exempel är produktionsbortfall som är en följd av sjuklighet (skattat med humankapital-metoden). Det gäller givetvis även produktionsbortfall hos någon annan än den sjuke, men som är en följd av sjukligheten, t.ex. föräldrars frånvaro vid vård av sjuka barn. *Kostnader* och *intäkter* för *vaccination* och *sjuklighet* oavsett vem de faller på bör beaktas. Ingående uppgifter ska beskriva svenska förhållanden.

Ett samhällsperspektiv innebär även att positiva externa effekter i form av flockimmunitet bör beaktas. I vissa fall kan denna effekt

⁸ Se kapitel 9, Gold m.fl. 1996; Johannesson m.fl. 1996; Drummond m.fl. 2005.

⁹ Läke-medelsförmånsnämndens allmänna råd om ekonomiska utvärderingar (LFNAR 2003:2).

vara betydande. Samtliga kostnader oavsett vem de faller på (landsting, kommun, stat, patient, anhörig, arbetsgivare) bör inkluderas. Den samhällsekonomiska analysen kan kompletteras med en analys av konsekvenserna för olika budgetar.

Kostnader för vaccination

Samtliga relevanta kostnader förknippade med vaccination och sjukdom bör identifieras, kvantifieras och värderas. Styckkostnader och kvantiteter bör presenteras separat så långt som möjligt, så att distinktion mellan pris och kvantitet kan göras. Så långt möjligt bör faktiska eller realistiska skattningar av faktiska priser på vacciner användas. Hittills har data i dessa delar byggts på skattningar. Effektivare upphandlings- och uppföljningssystem, som beskrivs i avsnitt 15.2.3 och i kapitel 16, kan dock antas leda till bättre underlag i dessa delar. Det bör framgå vilket år priserna representerar. Om behandlingen påverkar överlevnaden bör kostnader för den ökade överlevnaden (total konsumtion minus total produktion under de vunna levnadsåren) ingå.

Modellering

En samhällsekonomisk utvärdering av vaccinationsprogram förutsätter alltid modellering. En modell bör vara utformad på ett sådant sätt att alla relevanta kostnader och hälsoeffekter av vaccinationsprogrammet i ett samhällsperspektiv tas i beaktande. I detta ingår att definiera vilka sjukdomsrisker som vaccinationsprogrammet påverkar. Vidare ska modellen vara baserad på ett tillräckligt långt tidsperspektiv (ofta livslångt). Detta eftersom effekterna av vaccinationsprogram i många fall uppstår först flera år efter att vaccinationsprogrammet introducerats. Modellen bör vara dynamisk vilket innebär att eventuella externa effekter av vaccinationsprogrammet beaktas. En statisk modell kan i vissa fall vara tillräcklig om effekterna av flockimmunitet är försumbara. Modellen bör så långt som möjligt valideras internt och externt.

Diskontering

Såväl kostnader som hälsoeffekter bör diskonteras med 3 procent. I känslighetsanalysen bör beräkning också göras med 0 och 5 procent, samt en beräkning där kostnader diskonteras med 3 procent och hälsoeffekter med 0 procent.¹⁰

Hantering av osäkerhet i resultatet

Känslighetsanalys av centrala antaganden och parametrar är ett viktigt moment vid samhällsekonomiska analyser. En samhällsekonomisk analys av ett vaccinationsprogram kan t.ex. redovisa resultaten med och utan inkludering av flockimmunitet.

Presentation av metod och resultat

Metoder, gjorda antaganden och ingående data ska redovisas så tydligt att de olika stegen i analysen lätt går att följa. Kostnadseffektkvoter ska beräknas utifrån de skillnader i kostnader respektive effekter (QALYs) som finns mellan behandlingsalternativen (s.k. inkrementell analys). Modellen bör utförligt presenteras och beskrivas. T.ex. bör det anges vilken typ av modell som har använts (statisk eller dynamisk). Vidare bör ingående data (övergångssannolikheter, kostnader, vikter för justering av livskvalitet) tydligt beskrivas och refereras. Grunden för den samhällsekonomiska analysen bör beskrivas i en modellrapport. En sådan rapport bör innehålla en utförlig beskrivning av grundläggande antaganden, data, modell och modellens interna och externa validitet (i det fall studien är publicerad i en vetenskaplig tidskrift är det ofta inte möjligt att i detalj redovisa grunderna för den samhällsekonomiska analysen).

Internationellt samarbete och utveckling av en generell analysmodell

För att underlätta och påskynda modellutveckling och framtagning av kliniska, epidemiologiska och ekonomiska data är det viktigt med ett väl utvecklat internationellt samarbete. Utveckling av en

¹⁰ Motsvarar punkt 9 i Läkemedelsförmånsnämndens allmänna råd om ekonomisk utvärdering (LFNAR 2003:2).

gemensam generell modell som kan tillämpas för olika vaccinationsprogram och olika vacciner, och som kan anpassas till respektive lands nationella förutsättningar och regionala data, innebär ökade möjligheter att påskynda genomförandet av den samhälls-ekonomiska bedömningen. Däremot kan det ta tid att utveckla en sådan modell, vilket förutsätts ske i internationellt samarbete. Med en färdig modell ökar dock förutsättningarna för snabbare uppföljning och utvärdering av resultaten, när nya data och ny kunskap blir tillgänglig, t.ex. genom effektiva registreringsfunktioner för vaccinationer. Frågan om sådana registreringsfunktioner behandlas närmare i kapitel 16.

15.2 Beslutsnivå och ansvarsfördelning mellan offentliga aktörer

I kapitel 14 har framgått att vaccinationsprogrammets egenskaper och effekter, sedda mot bakgrund av vaccinutvecklingen och kostnaderna för nya vacciner, talar för att nationella vaccinationsprogram bör beslutas på en hög nivå i samhället. För det talar också att fler offentliga aktörer än staten i hög grad berörs av besluten. Det innebär att regering eller riksdag bör bestämma, i vart fall, vaccinationsprogrammets *huvudsakliga* inriktning och omfattning. Frågan är då vilka typer av vaccinationsbeslut som kräver en sådan särskild behandling?

Alla beslut om de nationella vaccinationsprogrammets utformning är inte av sådan karaktär att de behöver tas av regering eller riksdag. En utgångspunkt är givetvis att sedvanliga förvaltningsbeslut ska fattas av myndigheter. Det gäller även beslut om *föreskrifter* i frågor som bör hanteras på myndighetsnivån. I detta sammanhang kan sådana föreskrifter avse mer detaljerade anvisningar om hur nationella vaccinationsprogram ska genomföras, t.ex., *tidsangivelser* för när olika vaccindoser ska erbjudas en individ, liksom föreskrifter om *förvaring* av vacciner, om injektionsteknik och om ett vaccin ska ges som *fullvaccin* eller med *reducerad antigenhalt*. Gemensamt för dessa frågor är att de har mindre betydelse för statens och kommunsektorns kostnader för vaccinationer.

Särskilda regleringar behövs dock, enligt utredningens mening, för beslut som i praktiken innebär att ett *nytt vaccin införs* i vaccinationsprogrammet eller att ett *äldre vaccin tas bort* från

programmet. Det är i de fallen de största effekterna för statsbudgeten och för verksamheterna inom hälso- och sjukvården kan antas uppstå. Det är också i de fallen de författningsreglerade beslutskriterierna, som beskrivits i det föregående, är avsedda att tillämpas.

Utredningen ser inga skäl att ändra förutsättningarna för Socialstyrelsens möjlighet att ge rekommendationer om vaccination. Det är frivilligt att följa rekommendationer och de bör därför alltså kunna utfärdas om det av olika skäl bedöms lämpligt. Det gäller även rekommendationer som ges av andra aktörer, t.ex. arbetsgivare, landsting och kommuner. I vissa geografiska områden kan t.ex. vaccination mot fästingburen encefalit vara motiverad för hela eller delar av lokalbefolkningen. Om en sådan vaccination inte tas in i ett nationellt vaccinationsprogram, kan den rekommenderas av Socialstyrelsen eller av lokala myndigheter. Den skiljelinje, som med utredningens förslag uppstår mellan nationella vaccinationsprogram och rekommenderade vaccinationer, belyses närmare i avsnitt 15.3.

Utredningen anser att synergieffekter ska utnyttjas och att dubbla myndighetsfunktioner för likartade uppgifter ska undvikas. Härtill kommer en bärande princip som innebär att ansvar för beslut, beslutsunderlag, uppföljning och utvärdering och, inte minst, verksamheten med vaccinationer, vilar på en avvägning av vad som lämpligen hanteras av statliga organ i olika nivåer, respektive av aktörer i kommuner och landsting. I det följande ska frågor om ansvarsfördelning mellan olika offentliga aktörer behandlas. En första sådan fråga gäller vilket offentligt organ som ska fatta bindande beslut om nationella vaccinationsprogram i de avseenden som berörts ovan.

15.2.1 Beslut om nationella vaccinationsprogram

Utredningens förslag: Beslut om att vaccination mot en sjukdom införs i nationella vaccinationsprogram eller att vaccination ska upphöra att vara del av ett sådant program, ska fattas av regeringen.

Socialstyrelsen får utfärda närmare föreskrifter i övriga frågor som rör nationella vaccinationsprogram.

Ett särskilt råd med oberoende expertis, som regeringen utser, inrättas vid Socialstyrelsen med uppgift att inför regeringsbeslut om nationella vaccinationsprogram granska beslutsunderlagen och lämna rekommendation om beslut till regeringen.

Utredningen kan se i huvudsak tre olika modeller för beslutsfattande om vilka vaccinationer som ska erbjudas befolkningen eller olika grupper av befolkningen enligt bindande regler. En utgångspunkt för samtliga tre alternativ är att en tydligare reglering av *förutsättningarna* för beslutet införs, så som närmare utvecklas i avsnitt 15.1.

En annan utgångspunkt är att den ansvarsfördelning mellan Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet, som regeringen föreslagit riksdagen i mars 2010, ska beaktas. Det innebär bl.a. att Socialstyrelsen har reglerande och samordnande uppgifter inom smittskyddsområdet, medan Smittskyddsinstitutet svarar för kunskapsunderlag, uppföljning och viss angelägen information till allmänheten om smittsamma sjukdomar. Samtliga alternativ innebär att beslutskompetensen i aktuella avseenden flyttas till ett separat beslutsorgan, inom eller utom Socialstyrelsen.

De tre alternativen avser i korthet följande:

1. *Läkemedelsförmånsnämnden* är beslutande organ efter beredning av beslutsärendet i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).
2. Ett särskilt av regeringen utsett *beslutsråd* inom Socialstyrelsen beslutar om nationella vaccinationsprogram.
3. *Regeringen* beslutar om nationella vaccinationsprogram på ett underlag som tas fram av Socialstyrelsen eller av ett expertråd, som utfärdar rekommendationer till regeringen.

Alternativ 1 – Beslut i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Mot bakgrund av det anförda bör flera olika statliga centra för samhällsekonomiska bedömningar av läkemedelsanvändning undvikas. Det har också, bl.a. i utredningens expertgrupp, framhållits att tillgången till expertis inom området är mycket begränsad i Sverige. Det har rentav antytts att TLV:s kompetensbehov på området närmast ”dränerat” den svenska arbetsmarknaden på samhällsekonomisk sakkunskap inom läkemedelsområdet. Det är antagligen en överdrift och en tillspetsad beskrivning, men det står ändå klart att kompetensförsörjningen på det aktuella området är en smal sektor.

TLV:s beslutsprocess företer vissa likheter med den som leder till vaccinationsprogram. Bl.a. görs en ingående utvärdering av läkemedlets ändamålsenlighet och av samhällsekonomiska effekter. Som framgått i bl.a. kapitel 5 sker prövningen utifrån två huvudkriterier:

1. Kostnaden för användning av läkemedlet ska framstå som rimliga från *medicinska, humanitära* och *samhällsekonomiska* synpunkter.
2. Det får inte finnas andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som är att bedöma som *väsentligt mer ändamålsenliga* än läkemedlet.

Båda kriterierna gäller förmånligheten av en viss läkemedelsanvändning från ett ekonomiskt perspektiv i vid mening. Förutom det samhällsekonomiska perspektivet finns också en i praktiken statsfinansiell dimension. Allmänna medel ska användas på bästa sätt och det saknas i regel anledning att subventionera behandlingsmetoder som ger väsentligt sämre effekt än de redan tillämpade.

Även vaccinationsprogram skulle kunna beslutas i de former som gäller för beslut om läkemedelsförmåner, dvs. i *Läkemedelsförmånsnämnden*, som utses av regeringen, sedan ärendet beretts i TLV. Beredningen sker i en sådan lösning med utgångspunkt från författningsreglerade kriterier, som i detta alternativ bör inordnas i lagen om läkemedelsförmåner.

Ett ärende om förändrade vaccinationsprogram skulle eventuellt kunna inledas antingen genom en ansökan från ett läkemedelsföretag eller på myndighetens eget initiativ.

Alternativ 2 – Beslut i separat beslutsråd inom Socialstyrelsen

Som närmare beskrivits i kapitel 8 finns för närvarande ingen fast organisation inom Socialstyrelsen för handläggning av ärenden om vaccinationsprogrammets utformning. Det finns heller inga fasta rutiner för hur beredning av sådana ärenden ska gå till, vare sig i författning eller i myndighetens interna arbetsordning. Beslut fattas av generaldirektören efter föredragning, enligt de rutiner som generellt tillämpas i föredragningsärenden och som sådana är reglerade i föreskrifter. Det finns inte heller, såvitt utredningen kunnat utröna, någon särredovisning av kostnader och resultat i den del som avser föreskrifter eller allmänna råd om vaccinationer.

Av skäl som redovisats i det föregående bör processen kring beslut om nya vaccinationer ges en fastare form än vad som nu är fallet. Det skulle kunna åstadkommas genom att besluten fattas av ett särskilt beslutsråd knutet till Socialstyrelsen.

En förebild för ett sådant beslutsråd är *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* (JCVI) i Storbritannien. Som beskrivits i kapitel 13 ska JCVI på förfrågan från regeringen, i praktiken ansvarig minister, utfärda rekommendationer om nya vaccinationer. Regeringen disponerar således över om en rekommendation ska ges. När rekommendationen väl utfärdats av JCVI finns emellertid en skyldighet för regeringen att ändra vaccinationsprogrammet på föreslaget sätt. Underlaget för rekommendationen bereds i praktiken i olika underkommittéer, specialiserade på det enskilda vaccinet och i de olika relevanta avseenden, som berörts ovan i avsnitt 15.1. Dessa underkommittéer har inget eget beslutsmandat. Uppgiften är att sammanställa ett gott underlag för JCVI:s slutliga och självständiga rekommendation.

Allt underlag, liksom JCVI:s interna diskussioner, är föremål för sekretess under prövningen. JCVI ska hålla ordinarie sammanträden tre gånger årligen. Besluten om rekommendationer ska publiceras enligt särskilda regler. Ledamöterna i JCVI utses av departementet, normalt för en fyraårsperiod. Ledamot kan befrias från sitt uppdrag om det finns skäl härtill, såsom vid otillfredsställande närvaro vid kommittémöten.

Särskilda krav ställs på ledamöterna när det gäller *opartiskhet*. Det innebär att ledamöterna inte får engagera sig i t.ex. kommersiell eller politisk verksamhet, som kan vara ägnad att rubba tilltron till JCVI:s bedömningar. Utförliga jävsdeklarationer ska redovisas av varje ledamot. Sådana deklarationer är dels generella, dels mötesspecifika. En skyldighet föreligger alltså att inför varje möte redovisa de särskilda intressekonflikter, som kan föranledas av frågorna på dagordningen.

En svensk modell med JCVI som förebild kan innebära att ett beslutsråd, *Vaccinationsrådet*, inrättas inom Socialstyrelsen. Rådet utses av regeringen på motsvarande sätt som nu gäller för t.ex. ledamöterna i Läkemedelsförmånsnämnden och för ledamöterna i Socialstyrelsens råd för specialisttjänstgöring. I författning bör även anges antalet ledamöter, vilka intressen som ska representeras, t.ex. företrädare för statliga myndigheter och kommunsektorn, samt krav på kompetens.

Socialstyrelsens generaldirektör bör vara ordförande i vaccinationsrådet. Dessutom bör generaldirektörerna för Läkemedelsverket, Smittskyddsinstitutet och TLV ingå i vaccinationsrådet. I Vaccinationsrådet bör, enligt utredningens mening, också finnas ledamöter med expertkunskaper inom berörda medicinska specialiteter t.ex. *epidemiologi, virologi, pediatrik och vaccinologi, samt expertis inom samhällsekonomi och medicinetiska frågor*. Slutligen bör Sveriges kommuner och landsting, vara företrädade i rådet.

Särskilda författningsreglerade krav ställs på opartiskhet och oberoende i förhållande till läkemedelsindustrin. Det innebär i praktiken att ledamöterna öppet ska deklarerat bindningar och relationer till industrin, som kan vara ägande att undergräva förtroendet för dem.

Det praktiska arbetet med att ta fram beslutsunderlag sker i detta alternativ, liksom nu, i Socialstyrelsen och enligt de kriterier som föreslås komma att gälla för beslut om ändring i vaccinationsprogrammet.

Alternativ 3 – Regeringsbeslut om vaccinationsprogram

Det tredje alternativet innebär att beslutsfrågan lyfts till regeringsnivån. I denna lösning bemyndigar riksdagen regeringen att besluta om vaccinationsprogrammets utformning. Underlagen för

besluten tas fram av Socialstyrelsen i allt väsentligt på det sätt som beskrivs i föregående alternativ inför beslut i ett Vaccinationsråd.

I kapitel 13 har framgått att en sådan ordning gäller i alla länder utredningen studerat i Norden, i övriga Europa och i Australien, Kanada och USA. I Finland fattar regeringen beslut på underlag som sammanställts av Folkhälsoinstitutet och enligt en särskild kriteriemodell för bedömning av nya vacciner. Flera expertorgan finns inom, eller samordnade av, Folkhälsoinstitutet, t.ex. *Nationella sakkunniggruppen för vaccinationsfrågor*, *Folkhälsoinstitutets arbetsgrupp för vaccinationsrekommendationer* samt olika *sakkunniggrupper för de specifika vaccinerna*. De senare sakkunniggrupperna arbetar i projektform med uppgift att göra en bred utvärdering av ett visst vaccins effekter.

Sådana sakkunniggrupper arbetar också under JCVI i Storbritannien och på uppdrag av Socialstyrelsen i Sverige. En skillnad mot i Sverige är att *framtagning av underlag* och *beslut* i Storbritannien sker i olika organ, där det beslutande organet har en författningsreglerad, fristående, ställning och funktion i förhållande till myndigheterna. Detsamma gäller i Finland. Där meddelas beslut om vaccinationsprogram genom förordning. Systemet med lag och förordning och den konstitutionella skillnaden mellan dessa författningstyper är i allt väsentligt den samma som i Sverige.

I Norge beslutas i praktiken vaccinationsprogrammets utformning genom regeringsbeslut om statlig finansiering av det aktuella vaccinet. Underlaget för beslutet utgörs av en utredning inom norska Folkhälsoinstitutet, där för- och nackdelar samt kostnader för den nya vaccinationen behandlas. Utredningen görs av en för ändamålet särskilt tillkallad expertgrupp, som administreras inom Folkhälsoinstitutet. Institutet köper sedan in de vacciner, som regeringen beslutat att finansiera, för vidare distribution till kommunerna där vaccinationerna sker.

I Danmark beslutar ansvarigt departement genom förordningar (bekanntgørelser) om vilka sjukdomar och målgrupper som ska omfattas av regionernas (landstingens) lagstadgade vaccinations-skyldighet. Sundhetsstyrelsen har bemyndigats att utfärda föreskrifter om regionernas skyldighet att lämna *information* om vaccinationer som omfattas av nationella vaccinationsprogram i Danmark. Vaccinerna tillverkas eller upphandlas av Statens seruminstitut, varifrån vårdgivarna beställer vacciner.

En svensk modell, med de nu refererade internationella lösningarna som förebild, kräver att nya regler och bemyndiganden

införs. Regeringens beslutskompetens måste regleras i lag. Även i detta fall kan det vara lämpligt att ett särskilt expertorgan inrättas. Detta skulle, i motsats till det ovan i alternativ två beskrivna Vaccinationsrådet, inte ha beslutsfunktioner med konsekvenser för bl.a. statsbudgeten. Dess funktion skulle istället vara att, så som i andra jämförbara länder, ge en rekommendation till regeringen utifrån ett närmare underlag som tagits fram i Socialstyrelsen.

15.2.2 Utredningens överväganden om beslutsordningen

Beslut om nationella vaccinationsprogram omfattar en lång rad aspekter, som inte behandlas, eller som är mer perifera i TLV:s och Läkemedelsförmånsnämndens prövningsverksamhet.

En sådan fråga gäller vaccinets möjlighet att passa in bland de vacciner som redan används i vaccinationsprogrammet. Ett nytt vaccin kan minska effekten av sedan tidigare använda vaccinsorter och omvänt. Bedömningen måste göras utifrån vilka vacciner som ingår i vaccinationsprogrammet. Dessa varierar från land till land. Vid varje förändring av vaccinationsprogrammet måste därför effekterna för de redan ingående vaccinerna undersökas på kort och lång sikt. Eftersom beslut om vaccinationsprogram i praktiken har karaktären av "massordination" från central, statlig nivå, måste dessa aspekter analyseras i förväg och belysas i beslutsunderlaget. För receptförskrivna läkemedel är det den förskrivande läkaren, som utifrån tillgänglig tillverkarinformation tar ställning i sådana frågor i ett enskilt fall.

Frågan om ett nytt vaccin, i förhållande till existerande vaccinationsprogram, omfattar även ett flertal praktiska och logistiska ställningstaganden. Ett nytt singelvaccin ger helt andra effekter i distributionskedjan, och hos vårdgivarna, än ett nytt vaccin som kombineras, dvs. ges i samma injektion som tidigare använda vaccinsorter. En ny vaccination kan också leda till ökad sjuklighet i andra sjukdomar. I diskussionen om en eventuell allmän vattkoppsvaccination har t.ex. anförts att en sådan skulle kunna leda till en ökad förekomst av bältros.

En annan frågeställning gäller etiska infallsvinklar på vaccinationer. Dessa omfattar en rad delfrågor. Förutom avvägningen mellan nytta och risk kan hänsyn behöva tas också till gränsdragning mellan, och särbehandling av, olika grupper, t.ex. utrikes födda barn i förhållande till barn födda i Sverige. Nya regler om

etisk bedömning i vården träder i kraft den 1 juli 2010. I en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att introduktion av nya diagnos- och behandlingsmetoder bör föregås av individ- och samhällsetiska bedömningar. Med lagändringen följer vidgade uppgifter för sjukvårdshuvudmännen, Socialstyrelsen och Statens medicinetiska råd.¹¹

Sjukdomsbördan bedöms i ett annat perspektiv i samband med vaccinationsprogram än vad som är fallet inför beslut om läkemedelsförmåner. I det senare fallet ska fastställas om läkemedlet är ändamålsenligt, dvs. har god effekt till rimlig kostnad, i huvudsak kopplat till den enskilde patienten. I ett vaccinationsprogram ska den samlade sjukdomsbördan i ett nationellt perspektiv utvärderas och jämföras med de förväntade skyddseffekterna och kostnaderna för en allmän, kollektivt genomförd vaccination.

TLV prövar ärenden på formell ansökan av den som har rätt att sälja läkemedlet. Prövningen av nya vacciner inför en eventuell introduktion i nationella vaccinationsprogram måste ske fortlöpande genom bevakning av nya vacciner och en successiv bedömning av nationella och internationella utvärderingar av dem i den takt de färdigställs.

I det föregående har antytts att även prövning av ett nytt vaccin för införande i vaccinationsprogram eventuellt skulle kunna ske på ansökan av ett läkemedelsföretag. Något sådant förfarande förekommer inte i de länder utredningen studerat. Det beror på det behov av fortlöpande bevakning som nyss nämnts. Därigenom är ett ansökningsförfarande, eventuellt med lagstadgade gränser för handläggningstider, inte en lämplig lösning i ärenden om utvidgning eller begränsning av nationella vaccinationsprogram.

I en internationell kartläggning, som genomförts av European Vaccine Manufacturers (EVM), framgår att det tar lång tid att införa nya vacciner i nationella vaccinationsprogram.¹² I studien mättes tiden mellan godkännande för försäljning och implementering i vaccinationsprogram för vaccin mot rotavirus, HPV och konjugerat pneumokockvaccin i europeiska länder och USA. Det senare vaccinet godkändes för försäljning år 2001 och de två förstnämnda år 2006. Processen med att utvärdera dessa nya vacciner, mellan godkännande och implementering, tar i genomsnitt

¹¹ Prop. 2009/10:83.

¹² Access time to new vaccinations in Europe – EVM Survey, July 2009. European Vaccine Manufacturers är en underavdelning av European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA).

4,4 år. Snabbast i Europa var Belgien med 1,9 år. Långsammast var Polen, Finland, Tjeckien och Bulgarien där det i vardera landet tog i genomsnitt 4,9 år. I Sverige, som bedömts utifrån HPV- och pneumokockvaccinerna, var genomsnittstiden 4,7 år. I USA infördes dessa vacciner i vaccinationsprogrammen, med liknande beslutskriterier som tillämpas i Europa, inom sex månader efter det att den amerikanska läkemedelsmyndigheten (FDA) godkänt dem för försäljning.

Genomsnittet för läkemedel i övrigt, när det gäller tiden mellan godkännande och beslut om läkemedelsförmåner eller motsvarande beslut om tillgängliggörande för befolkningen genom offentlig subvention, är ca sex månader och inte i något land längre än nio månader. Studien har, enligt utredningens mening, vissa metodologiska brister men den bedöms ändå indikera att samma skillnad i tidshorisont föreligger i andra europeiska länder mellan beslut om läkemedelsförmåner och beslut om vaccinationsprogram som förekommer i Sverige. Detta beror i allt väsentligt på att analysen inför vaccinationsprogram omfattar flera, andra, och mer svårbedömda faktorer, kopplade till folkhälsa, den offentliga sektorns organisation, epidemiologi, logistik, etik etc., än som är fallet vid prövningen inför beslut om läkemedelsförmåner.

En ytterligare viktig skillnad är att vaccinationsprogrammets utformning behöver övervakas fortlöpande och på eget initiativ av ansvariga myndigheter. Även marknaden måste bevakas och nya vacciner granskas underhand. Det gäller även om regeringen, liksom i Storbritannien, kan ge en myndighet i uppdrag att granska ett nytt vaccin och lämna förslag till beslut.

I det föregående har framhållits att synergier bör utnyttjas och att dubbelarbete och överlappande funktioner mellan myndigheterna bör undvikas så långt det är möjligt. Detta ligger också i linje med de principer för statlig organisation, som regeringen lagt fast i 2010 års förvaltningspolitiska proposition.

I förevarande fall finns synergier mellan Socialstyrelsen och TLV, främst när det gäller den samhällsekonomiska kompetensen. Utredningen har i det föregående lämnat förslag till riktlinjer avsedda som ett ramverk för hur sådana analyser bör genomföras inför beslut om vaccinationsprogram. Utredningen har svårt att se hur sådana analyser helt skulle kunna ske inom myndigheternas ram eller ens genom forskare på uppdrag av myndigheterna. Det kommer även i framtiden vara nödvändigt att delvis grunda beslut på samhällsekonomiska utredningar, som tagits fram inom eller på

uppdrag av läkemedelsindustrin. I ett sådant läge är det emellertid av stor vikt att myndigheterna har kompetens att utvärdera sådana studier och vid behov begära eller ta fram kompletterande utredning. Förslagen till riktlinjer för samhällsekonomisk analys är avsedda att säkerställa att bedömningsunderlagen redan från början är kompletta. Den samhällsekonomiska analysen är också, som framgått i det föregående, en nyckelfaktor för fungerande vaccinationsprogram. Detta, samt strävan efter synergieffekter, är det huvudsakliga argumentet för att överväga TLV som beslutsinstans för nationella vaccinationsprogram. En möjlighet är också att TLV lämnar rekommendationer till regeringen inför regeringsbeslut om nationella vaccinationsprogram.

Det finns emellertid även andra synergieffekter, som kan ha nog så stor betydelse. Socialstyrelsen ska alltså ha ett ansvar för samordning och central övervakning av smittskyddet. I 2010 års smittskyddsproposition framhålls att smittskyddsområdet är påfallande komplext med allt fler aktörer och att alltmer samarbete regionalt, nationellt och internationellt förekommer och krävs för att smittskyddet ska vara effektivt. Det gäller inte minst på vaccinområdet. Vaccinationer är en viktig del av det arbete inom smittskyddets många olika områden, som Socialstyrelsen redan bedriver. Det är mot den bakgrunden mindre lämpligt att bryta ut frågor om vaccinationer och lägga ansvaret för dessa på en annan myndighet.

I smittskyddspropositionen konstateras också att det är av stor vikt att det är en och samma aktör som svarar för den statliga styrningen i alla frågor som berör hälso- och sjukvården. Förutsättningarna för att åstadkomma detta finns nu i Socialstyrelsen. Det är också, enligt regeringen, olämpligt att splittra upp de statliga uppgifterna inom smittskyddsområdet utifrån vilken lag som tillämpas, t.ex. smittskyddslagen, hälso- och sjukvårdslagen eller annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Vaccinationer inom vaccinationsprogrammen sker inom hälso- och sjukvården inklusive skolhälsovården. Verksamheten regleras delvis i hälso- och sjukvårdslagen och i föreskrifter om behörighet att ge injektioner, ordinationer m.m., som Socialstyrelsen utfärdar.

Mot den bakgrunden, och då de flesta av de frågor som ska bedömas vid beslut om vaccinationsprogram lämpligen prövas inom Socialstyrelsen, anser utredningen att det inte finns tillräckligt goda skäl för att överföra dessa besluts- och beredningsfunktioner till Läkemedelsförmånsnämnden. Härtill kommer att synergieffekter inom det samhällsekonomiska området kan uppnås

genom samarbete mellan myndigheter. Tydliga krav ska ställas på myndigheterna att tillvarata sådana samarbetsmöjligheter.

Frågan är då hur de två återstående alternativen, med ett beslutsråd inom Socialstyrelsen eller med regeringsbeslut om vaccinationsprogram, bör bedömas? En kombination av dem kan också övervägas.

En utgångspunkt är alltså att Socialstyrelsen ska ha ett sammanhållet ansvar för smittskyddsarbetet och närliggande områden och att Smittskyddsinstitutet ges ett breddat och fördjupat ansvar för utveckling, utvärdering och uppföljning inom för smittskyddet relevanta områden.

Båda alternativen, två och tre, bygger på att *beslutsfunktionen* i fråga om in- och utsättning av vacciner i vaccinationsprogrammen lyfts från Socialstyrelsens generaldirektör och placeras endera i ett separat vaccinationsråd inom Socialstyrelsen (alternativ två) eller hos regeringen (alternativ tre). På motsvarande sätt bygger båda alternativen på att beredningsarbetet alltså ska ske inom Socialstyrelsen.

Antalet ärenden om nya vaccinationer, som är obligatoriska att utföra i landsting och kommuner, har inte varit stort under senare år. I praktiken har två sådana ärenden avgjorts under 2000-talet. Tillströmningen av nya vacciner, som kan vara aktuella att överväga, är inte heller betydande. Exempel på sådana kan vara vaccination mot *rotavirusinfektion* och *bältros*. På längre sikt kan vaccination mot herpes simplex möjligen bli aktuell att överväga. Däremot ska den resursinsats som krävs för att i varje enskilt ärende ta fram ett allsidigt beslutsunderlag inte underskattas. Den är sannolikt betydande men har, som framgått, inte varit möjlig att närmare definiera. De alternativa lösningarna, med ett vaccinationsråd respektive regeringsbeslut, innebär inga stora förändringar i detta avseende. Den huvudsakliga resursanvändningen kommer i båda fallen att ske inom Socialstyrelsen. Arbetsbördan för det beslutande organet bör därför bli mycket begränsad. Det gäller även det antal beslutssituationer som kan förutses inom överskådlig tid.

I 2010 års smittskyddsproposition har angivits att *särskilda inrättningar* inom myndigheterna bör undvikas.¹³ Det framgår inte klart vad som menas med sådana särskilda inrättningar. Som exempel anges dock verksamheten inom Hivrådet och arbetet med

¹³ Prop. 2009/10:123.

antibiotikaresistensfrågor, som också bedrivs som fristående former (STRAMA). Sådan verksamhet bör, enligt regeringen, bedrivs inom linjen och därmed integreras med myndigheternas övriga verksamhet.

Däremot berörs inte flertalet av de olika separata beslutsråd och rådgivande organ, som finns inom Socialstyrelsen och som beskrivits närmare i kapitel 6, avsnitt 6.2.1. Socialstyrelsens *rättsliga råd* är ett exempel på ett sådant organ, som har både beslutande och rådgivande uppgifter. Skillnaden mellan dessa och de först nämnda är att Hivrådet och STRAMA bedriver en löpande, operativ verksamhet, medan så i huvudsak inte är fallet med de övriga rådsfunktionerna. Regeringen har under senare tid också beslutat om nya statliga, beslutande organ med funktioner som liknar beslutsråd. En sådan konstruktion, med regional förankring och verksamhet, är *viltförvaltningsdelegationerna* inom länsstyrelserna.¹⁴ Till skillnad från de tidigare nämnderna ska viltförvaltningsdelegationerna inte enbart vara rådgivande, utan också beslutande. Landshövdingen ska vara ordförande i delegationen. Det ska i dessa delegationer finnas fem ledamöter som är politiska företrädare och som utses efter förslag av landstinget och en ledamot som har särskild kunskap i frågor om trafiksäkerhet och illegal jakt och som utses av polismyndigheten i länet. Ytterligare ett antal ledamöter, som representerar areella näringar, naturvård och andra sår-intressen, ska enligt regeringens förordning finnas representerade.

Sammantaget finner utredningen att det inte finns några formella hinder mot alternativet med ett Vaccinationsråd. Ett sådant råd skulle emellertid inte lösa problematiken med att en enskild myndighet beslutar om utgifter och andra pålagor för stat, kommuner och landsting. I praktiken kommer dock utgifterna för nya vaccinationer med en hög grad av sannolikhet att belasta statsbudgeten. Kostnaderna för sådana vaccinationer avräknas nämligen enligt finansieringsprincipen. Hur denna tillämpas i enskilda fall är ett resultat av förhandlingar mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting. Utgången är därför inte given. Utgifter som kan bli aktuella för sådana förhandlingar beslutas dock normalt av regeringen eller av riksdagen.

En genomgång av 2010 års budgeterade regleringar enligt finansieringsprincipen visar att ersättningen för en av posterna, *pneumokockvaccinationen*, som Socialstyrelsen införde från och

¹⁴ Regeringsbeslut den 10 december 2009. Se förordningen (2009:1474) om viltförvaltningsdelegationer.

med år 2009, skiljer sig från de övriga i två viktiga avseenden.¹⁵ Den avser för det första ett ovanligt stort belopp, 150 miljoner kronor, och överträffas därmed endast av kostnaderna för den allmänna förskoleverksamheten för treåringar, som regeringen föreslog skulle införas från den 1 juli 2010 (220 miljoner kronor). För det andra är det den enda post som beslutats på myndighetsnivå. Övriga kostnadsökningar i kommunsektorn, som bedömts föranleda tillämpning av finansieringsprincipen, följer av regeringsbeslut och i ett fall av en lagändring. Den senare gäller kostnader för en kommunal rapporteringsskyldighet, som införts i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kostnaderna i den delen är dock förhållandevis små, ca 15 miljoner kronor per år.

Gemensamt för de nyss nämnda exemplen är att de avser kostnader i landsting och kommuner, som är en följd av statliga beslut. Det finns även inom staten regler som innebär att *regeringen* ska fatta beslut i frågor som anses ge betydande effekter i statsbudgeten. Enligt 10 § förordningen (1993:527) om förvaltning av statliga fastigheter m.m. får statliga myndigheter inte besluta om fastighetsinvesteringar för högre belopp än 10 miljoner kronor. Om den beräknade investeringskostnaden överstiger detta belopp ska myndigheten överlämna frågan till regeringens prövning.

Frågan är då om en lösning med beslut i ett beslutsråd, utifrån lagstadgade kriterier, och med extern oberoende expertis som regeringen utsett, innebär att riksdag och regering därmed tagit sitt nationella ansvar för folkhälsan i den del som avser nationella vaccinationsprogram?

Med hänsyn till att nationella samhällsinsatser ska prioriteras inom begränsade ekonomiska ramar kvarstår, vid en sådan lösning, ett ansvar hos riksdag och regering. En enskild myndighet eller ett råd, kan inte rimligtvis ta ett sådant ansvar. I det föregående har också konstaterats att kostnaderna för ett vaccinationsprogram kan jämföras, och konkurrera om allmänna medel, med andra investeringar i samhället, som har samma eller i allt väsentligt samma syfte. Sådana åtgärder kan i många fall vara aktuella även i andra samhällssektorer än hälso- och sjukvårdsområdet, såsom vid investeringar i trafiksäkerhet. Även detta talar för att nationella vaccinationsbeslut inte ska fattas i en myndighet med sektorsansvar, eller i ett specialiserat beslutsråd, utan på regeringsnivå.

¹⁵ Prop. 2009:1, utgiftsområde 25, Allmänna bidrag till kommunerna, sid. 15 f.

När det gäller nationella vaccinationsprogram berör finansieringsfrågan för övrigt inte bara staten, utan även kommuner och landsting. Det är rimligtvis bara regeringen som kan ha en helhetssyn på dessa frågor. Det är därför bara regeringen som kan bära det fulla ansvaret för en så central del av folkhälsoarbetet som de nationella vaccinationsprogrammen utgör.

Slutsatsen är att det är svårt att delegera beslut om omfattningen av nationella vaccinprogram till en myndighet eller till ett beslutsråd. Utredningen föreslår därför att beslut om in- och utsättning av vacciner i nationella vaccinationsprogram ska tas av regeringen.

En sådan ordning ställer särskilda krav på beslutsunderlagen. Dessa bör därför kvalitetsgranskas av oberoende expertis. Sådana funktioner finns de flesta länder utredningen studerat. I Finland finns *Nationella sakkunniggruppen för vaccinationsfrågor* och *Folkhälsoinstitutets arbetsgrupp för vaccinationsrekommendationer*. I Storbritannien finns *The Joint Committee on Vaccination and Immunisation*. I Kanada tar *The National Advisory Committee on Immunization* (NACI) fram beslutsunderlag inför beslut av förevarande slag. Det som kännetecknar dessa organ är att de har en fristående ställning från myndigheterna och lämnar förslag till det beslutsfattande organet, i regel regeringen. De ska också svara för rådgivning till regeringarna i frågor som gäller vaccinationsprogram. Endast i Norge bedrivs arbetet med att ta fram underlag inom en myndighet i projektform och i expertgrupper, som liknar den metod Socialstyrelsen för närvarande tillämpar. Beslut om det norska vaccinationsprogrammet tas däremot av regeringen, i praktiken genom tilldelning av medel i statsbudgeten för inköp av vacciner.

Vaccinutredningen föreslår att en liknande funktion införs i Sverige. Här finns redan Referensgruppen för vaccinationsfrågor (REFVAC). Denna är dock i första hand ett diskussions- och informationsforum. Syftet är att belysa och diskutera aktuella frågor inom vaccinologi i ett brett perspektiv och i en bred krets av experter, myndighetsföreträdare och andra intressenter. REFVAC har därmed inte förutsättningar att fylla det behov av oberoende granskning som här identifierats. Här ska också nämnas att Smittskyddsinstitutet för närvarande prövar om REFVAC ska finnas kvar och i så fall i vilken form.

Däremot kan en rådsfunktion inom Socialstyrelsen vara en lämplig lösning. Ett sådant råd skulle inte, såsom det tidigare berörda beslutsrådet, ha till uppgift att fatta beslut om nya

vaccinationer, men däremot granskande och rådgivande uppgifter. Tanken är att beslutsunderlaget även i en sådan lösning skulle tas fram i Socialstyrelsen. Rådet utfärdar dock en formell rekommendation till regeringen t.ex. om att ta in, eller inte ta in, ett visst vaccin i vaccinationsprogrammet. På så vis erhålls en andra och mer allsidig granskning, som kan säkerställa att alla viktiga frågor och kriterier blivit tydligt belysta och rimligt analyserade.

Rådets sammansättning och representation bör likna den som beskrivits i alternativ två (beslutsråd). Av skäl som utvecklats i det föregående kan antalet ärenden antas bli begränsat. Ett rimligt antagande är att rådet sammanträder en eller ett par gånger per år. Inte vid alla sammanträden kommer det finnas förslag om nya vaccinationer att ta ställning till. Det innebär också att kostnaden för rådet kommer att bli begränsade.

Det förutsätts att närmare instruktioner för rådets verksamhet utfärdas av regeringen. Det gäller bl.a. frågor om deltagande i beslut och om omröstning. En utgångspunkt bör därvid vara att ordföranden har utslagsröst.

15.2.3 Relationen stat – kommun – landsting

I det föregående har slagits fast att utredningen eftersträvar en rimlig ansvarsfördelning mellan olika statliga organ, mellan staten och aktörerna i kommunsektorn och mellan kommuner och landsting inbördes. Hittills redovisade förslag innebär att ansvaret för *reglering av vaccinationsprogram* delas mellan riksdag, regering och en central statlig myndighet enligt de principer som normalt tillämpas på andra områden. Då återstår att se närmare på frågor om finansiering, upphandling och vilka aktörer som ska utföra vaccinationer i framtiden.

Finansiering av vaccinationsprogram och upphandling av vacciner

Utredningens förslag: Vacciner som ingår i nationella vaccinationsprogram ska bekostas av staten och upphandlas centralt.

Utredningen avvisar en lösning med avgiftsfinansiering av nationella vaccinationsprogram.

I det föregående har framgått att kostnaderna för *nya* vaccinationer i nuvarande vaccinationsprogram betalas av staten enligt finansieringsprincipen, men att de vaccinationer som sedan tidigare omfattas av programmet betalas av kommuner och landsting. Denna uppdelning mellan statligt och kommunalt finansierade vacciner är en effekt av finansieringsprincipens tillämpning. Det är med andra ord inte så, som man lätt kan tro, att de statligt finansierade vaccinerna skulle vara särskilt betydelsefulla och viktigare än de övriga. Det finns givetvis inte några folkhälso-politiska överväganden bakom denna konstruktion. Alla vaccinationer, som efter noggrann prövning ska omfattas av vaccinationsprogrammet, är viktiga från ett nationellt folkhälsoperspektiv.

I vår omvärld, i de länder utredningen granskat, finansieras vacciner i nationella vaccinationsprogram alltid av staten. Det gäller oavsett om vaccinationerna i sig är ett statligt ansvar i en sjukvårdsorganisation med statligt huvudmannaskap, såsom i Storbritannien, eller om vaccinationerna är ett ansvar för regionala, icke statliga, offentliga organ, såsom kommuner och regioner i Danmark, Finland eller Norge.

Kostnaden för *vacciner* i det norska vaccinationsprogrammet betalas t.ex. i sin helhet av staten via ett särskilt anslag i Folkhälsoinstitutets budget, men det är ett kommunalt, lagstadgat ansvar att *vaccinera*. En liknande ordning gäller i Finland. Kommunernas skyldighet att *vaccinera* är lagstadgad, men finska staten finansierar *vaccinerna*. I Danmark gäller i princip detsamma, dock med den skillnaden att det är regionerna, närmast jämförbara med svenska landsting, som har det lagstadgade ansvaret att utföra *vaccinationerna*.

I alla undersökta länder är detta ett uttryck för att nationella vaccinationsprogram har en folkhälso-politisk dimension, i ett nationellt perspektiv, som går utöver vad en finsk kommun, en dansk region eller ett svenskt landsting rimligen kan förväntas ta ett eget, samlat samhällsansvar för.¹⁶ Men det är också tydligt att lokala och regionala sjukvårdshuvudmän, i alla länder, får fördelar av nationella vaccinationsprogram. Det visar flera av de samhälls-ekonomiska analyser av vaccin användningen, som genomförts i olika delar av världen och som refereras i kapitel 9. De svenska förutsättningarna liknar i hög grad förhållandena i våra nordiska

¹⁶ Se kapitel 13, avsnitt 13.3, tabell 13.2.

grannländer. Utredningen anser att det finns goda skäl för att de huvudprinciper för ansvars- och kostnadsfördelning, som tillämpas i våra grannländer, bör vara vägledande även i Sverige. Det gäller inte bara beslutsordningen, utan även fördelningen av kostnader och andra åligganden inom nationella vaccinationsprogram.

Om ansvarsförhållandena mellan staten och kommunsektorn regleras i lag på föreslaget sätt, kommer vaccinationer, som i framtiden tillförs de nationella vaccinationsprogrammen, inte längre att bli föremål för förhandlingar om kostnadsfördelning enligt finansieringsprincipen. Ansvaret för finansiering fördelas då i stället enligt mönster från andra jämförbara länder och utifrån de huvudprinciper utredningen presenterat i kapitel 14. Det innebär att kommunsektorn har ett i hälso- och sjukvårdslagen grundat ansvar för att genomföra *vaccinationer*, medan staten åläggs ett ansvar för finansiering av *vacciner*, som ingår i nationella vaccinationsprogram. Statens ansvar baseras då, liksom i andra länder, på dess roll i att genomföra den nationella folkhälsopolitiken.

Däremot borde den avlastning för kommunsektorn, som ett statligt övertagande av kostnadsansvaret för de vacciner som *nu* ingår i vaccinationsprogrammen, behöva hanteras enligt finansieringsprincipen. Det leder till att kommunernas och landstingens ersättning inom ramen för den kommunalekonomiska utjämningen ska minskas med ett belopp mellan 200 miljoner och 250 miljoner kronor. Det är vad den samlade vaccin användningen i enbart barnvaccinationsprogrammet kan antas kosta, givet att en genomsnittlig rabattnivå om ca 30 procent tillämpas på det angivna inköpspriset (AIP). Ytterst avgörs finansieringsprincipens tillämpning dock i förhandlingar mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting. Med lägre vaccinkostnader, som sannolikt blir en effekt av effektivare vaccinupphandlingar, bör statens kostnader för de nationella vaccinationsprogrammen långsiktigt minska i förhållande till om nuvarande ordning behålls.

Avgiftsfinansiering av vaccinationer i nationella vaccinationsprogram

Utredningen ska också överväga om det är lämpligt att avgiftsfinansiera vaccinationer i nationella vaccinationsprogram. En utgångspunkt ska dock, enligt direktiven, vara att sådana vaccinationer ska vara kostnadsfria för den enskilde.

I olika sammanhang har betydelsen av en hög vaccinations-täckning framhållits. Det är en strategisk faktor för framgångsrika vaccinationsprogram. Viss avgiftsfinansiering inom nationella vaccinationsprogram förekommer i andra länder. I Norge är t.ex. vaccinet mot den nya influensan gratis för allmänheten, men kommunerna har rätt att ta ut en avgift för *vaccinationen* med ett belopp som inte får överstiga 50 norska kronor. Anslutningen till detta vaccinationsprogram har tidvis sviktat både i Sverige och i andra länder. Utredningen menar att en avgift, av en sådan storlek att den täcker mer än administrativa kostnader för avgiftsuttaget, kan utgöra ett påtagligt hot mot ett gott resultat av vaccinationsprogrammen. Det gäller såväl barnvaccinationer som andra angelägna vaccinationsinsatser. Detta har också med en betydande styrka understrukits av företrädare för barn- och skolhälsovård, som utredningen intervjuat. Mot den bakgrunden ska nationella vaccinationsprogram även i framtiden erbjudas utan kostnad för allmänheten.

Upphandling av vacciner

Frågan om statlig finansiering av vacciner i nationella vaccinationsprogram har, som nyss berörts, en nära koppling till upphandling av vacciner. I den delen anser utredningen, som närmare utvecklas i det följande, att det finns mycket starka skäl att införa en central upphandlingsfunktion för vacciner som används i vaccinationsprogram. Även detta är ett skäl för den ovan föreslagna finansieringsordningen.

Upphandlingsverksamhetens struktur har belysts i kapitel 4. Där framgår att enskilda kommunala upphandlingar av vacciner är den klart vanligaste typen av *offentlig* vaccinupphandling. Dessa upphandlingar avser i nästan samtliga fall barnvacciner för skolhälsovårdens behov och svarar därför för en liten andel av den samlade vaccin användningen.

En vanlig form är också *regionala offentliga upphandlingar* där flera landsting och i bland även ett stort antal kommuner inom eller utom landstingens område kan omfattas.

Tre nationella upphandlingar har hittills genomförts. Två av dem avsåg influensavaccin. Den tredje avsåg HPV-vaccin. Alla de tre nationella upphandlingarna genomfördes av Stockholms läns landsting.

Sammantaget har under den tioårsperiod utredningen kartlagt knappt hundra offentliga vaccinupphandlingar genomförts. Det är sannolikt att till det detta kommer ett relativt stort antal *direktupphandlingar*, dvs. upphandlingar där köparen vänder sig direkt till en säljare och beställer vaccin. Ett sådant förfarande är möjligt vid mindre upphandlingar. Vanliga gränser för när direktupphandling ska vara tillåten är att kontraktssumman är mindre än fyra alternativt sex basbelopp. Varje myndighet får själv bedöma vilka villkor som ska vara uppfyllda för att direktupphandling ska vara möjlig.

Erfarenheterna av centrala upphandlingar är i huvudsak goda, även om den upphandling som avsåg pandemivaccin mot den nya influensan ännu inte kunnat utvärderas i alla avseenden.

I kapitel 4 har konstaterats att kvaliteten på förfrågningsunderlag och övriga handlingar, t.ex. specifikationer, varierar betydligt. Det finns bara svaga samband mellan storleken på den upphandlande enheten, respektive på upphandlingen, och kvaliteten på underlagen. Ett allmänt intryck är att objektet för upphandlingen i många fall specificeras så konkret, att endast en leverantör kan bli aktuell. Det är då i praktiken fråga om en direktupphandling. Ett sådant förfarande är för övrigt, och förutsatt att värdet av upphandlingen inte är litet, oförenligt med regeln i 6 kap 4 § lagen (2007:1091) om offentlig upphandling. Det är också, från konkurrenssynpunkt, mycket olämpligt på en marknad med de karaktäristika som präglar vaccinmarknaden.

Vaccinmarknaden kännetecknas av få stora, internationella aktörer med en betydande marknadsmakt. Inträdesbarriärerna är höga. Det betyder att denna marknadsordning kan antas bli bestående. Det kan dock inte uteslutas att konkurrens med tiden kan komma från nya vaccintillverkare i Asien på liknande sätt som skett inom t.ex. fordons- och elektronikindustrin. Högteknologisk sakkunskap och forskning utvecklas snabbt i länder som Kina och Indien. Än så länge har dock ingen utvecklingsverksamhet av betydelse för den globala vaccinmarknaden skett i dessa länder. Vaccinproduktion har förekommit i Indien, delvis av vacciner som där saknat patentskydd, men dessa produkter har inte nått vaccinmarknaderna i västvärlden.

De möjligheter till konkurrens, som trots allt finns, behöver därför tas väl tillvara. Genomgången av svenska vaccinupphandlingar under 2000-talet, som redovisas i kapitel 7, ger dock snarast vid handen att det finns möjligheter till konkurrens, som nu försummas i upphandlingsverksamheten. Det finns här också

anledning att erinra om de riskfaktorer för karteller som också belysts i kapitel 7. Vaccinmarknaden kännetecknas av flera sådana riskfaktorer. Det gäller inte minst risken för anbudskarteller. Det finns därför skäl att vidta åtgärder för att säkerställa en effektiv och högt kvalificerad vaccinupphandling med internationellt konkurrenskraftiga upphandlingsvolymmer. Sådana volymer kan inte förväntas i enskilda kommuner och inte heller i större upphandlingssamarbeten mellan flera olika kommuner och landsting. Även den samlade svenska efterfrågan på vacciner är liten i ett internationellt perspektiv.

Det är en svår uppgift som upphandlare står inför när de ska hantera ett komplicerat regelverk och där de också måste ha stora kunskaper på ett smalt specialområde inom läkemedelssektorn. Det är således viktigt att resurser finns för att upphandlande myndigheter har och kan upprätthålla den kompetens som behövs för att genomföra sådana upphandlingar. Detta är svårare ju mindre en upphandlande enhet är och ju mer generalist en upphandlare därmed måste vara.

Ungefär samma vacciner upphandlas överallt i landet till skolor, barnvårds- och vårdcentraler. Stockholms läns landsting (SLL) har uppgivit för utredningen att också samma överklaganden förekommer i olika upphandlingar, som gått den klagande emot. Leverantörerna kopierar, enligt SLL, i princip sin argumentation i de olika landstingen eller grupperna av landsting. SLL menar också att leverantören snart ”vet precis vilka knappar de ska trycka på och det blir sedan samma resultat överallt där upphandlingen överklagats”.

Utredningen anser att detta splittrade upphandlingsmönster ska ersättas med en central upphandlingsfunktion. För det talar i princip två starka argument. För det första kan konkurrensen stärkas genom en central upphandlingsorganisation med kvalificerad och specialiserad upphandlingspersonal. Möjligheten till fortbildning förbättras. Sverige är en liten aktör på den globala vaccinmarknaden. Lokala och regionala vaccinupphandlingar är därför inte ägnade att pressa priserna i den utsträckning som detta trots allt bör vara möjligt. En ordning med centrala upphandlingar kommer därför, med en hög grad av sannolikhet, att leda till lägre vaccinpriser. Det gäller i synnerhet i förhållande till de prisnivåer som kan antas råda i direktupphandlingar av enskilda kommuners vaccinbehov. För det andra finns betydande effektiviseringsvinster att uppnå. Ett stort antal upphandlingsunderlag, med i allt

väsentligt samma innehåll, kan ersättas med ett. Det gäller också den administrativa bördan vid eventuella överprövningar av vaccinupphandlingar.

En central upphandlingsfunktion bör enligt utredningens mening åstadkommas genom ett direkt uppdrag till en myndighet att inrätta en sådan funktion. Hittills har de nationella upphandlingarna skett genom Stockholms läns landstings försorg. Socialstyrelsen hade i uppdrag att i samråd med landstinget i Stockholms län upphandla leveransgarantier för vaccinet mot den nya influensan, Pandemrix. Liknande lösningar kan förekomma också vid nationell upphandling av de vacciner som ska användas i de nationella vaccinationsprogrammen. Befintliga organisationer bör om möjligt utnyttjas. Mot den bakgrunden bör en statlig myndighet, t.ex. Socialstyrelsen, få i uppdrag att se till att landets behov av vacciner inom vaccinationsprogrammen upphandlas centralt. Socialstyrelsen har redan regeringens uppdrag att upphandla försörjningen av vissa vacciner och antidoter samt att ansvara för att sjukhus, andra sjukvårdsinrättningar och hälso- och sjukvårdspersonal är informerade om vart man ska vända sig för leverans.¹⁷ Vidare har Socialstyrelsen det övergripande ansvaret för beredskapslagring av vissa läkemedel. Det är verksamheter som ligger i linje med ett uppdrag om nationell vaccinupphandling för de nationella vaccinationsprogrammets behov. Upphandlingsverksamheten kan sedan bedrivas i egen regi eller i samarbete med t.ex. ett eller flera landsting.

Huvudmannaskapet för vaccinationsverksamheten

Utredningens förslag: Skolhälsovården ska även i framtiden utföra barnvaccinationer i de delar som berör skolbarn. Samverkan mellan barn- och skolhälsovård bör ske när det finns synergieffekter.

En särskild fråga om ansvarsfördelning gäller det praktiska arbetet med att utföra vaccinationer inom de nationella vaccinationsprogrammen. Detta ansvar är för närvarande delat mellan landsting och kommuner när det gäller barnvaccinationer. Socialstyrelsen har föreskrivit vilka vaccinationer som ska ske i barnhälsovården

¹⁷ Socialstyrelsens diarienummer Dnr: 00-6628/2009.

respektive i skolan. Riktade vaccinationer för vuxna, t.ex. mot influensa, tuberkulos och hepatit B, sker normalt i primärvården. Sådana riskgruppsspecifika vaccinationer av vuxna föranleder inga gränsdragningsproblem. Däremot kan ifrågasättas om det finns några rimliga alternativ till den nuvarande ordningen med landstingens och kommunernas delade ansvar för barnvaccinationer.

De offentliga aktörer som rent teoretiskt skulle kunna ifrågakomma som huvudmän för vaccinationsverksamheten är *staten*, *kommunerna* och *landstingen*. Det är inte realistiskt att tänka sig ett statligt huvudmannaskap för vaccinationsverksamheten. Det är också svårt att se hur några effektiviseringar skulle kunna uppnås genom att kommunerna övertar ansvaret för vaccinationer i barnhälsovården. I praktiken gäller frågan därför om det finns fördelar med att landstingen utför alla vaccinationer i nationella vaccinationsprogram, dvs. även vaccinationer av skolbarn. Landstingen hanterar huvuddelen av svensk primärvård och svarar redan för den klart övervägande andelen av alla vaccinationer som utförs i anledning av föreskrifter eller allmänna råd. Även huvuddelen av barnvaccinationerna utförs av landstingen i barnavårdscentraler och av distriktssköterskor.

I utredningens förstudie redovisade företrädare för barn- och skolhälsovården att det kan finnas fördelar med ett samlat huvudmannaskap för *verksamheterna i stort*. Denna slutsats bygger således på att hela verksamheten med skolhälsovård förs över i landstingens regi. En viktig förutsättning var dock, enligt intervjupersonerna, att verksamheterna bedrevs på samma platser och i samma omfattning som tidigare.

Fördelar med en sådan ordning skulle bl.a. vara att skolsköterskorna blir anställda i en organisation med huvudsyfte är att bedriva hälso- och sjukvård. Det skulle innebära att möjligheten till professionellt stöd förbättras. Vidare pekades på att samma journalsystem skulle användas i barn- och skolhälsovården, vilket bedömdes bli effektivare. Det skulle också bli lättare att designa tjänster. En skolsköterska skulle t.ex. kunna arbeta 60 procent i en skola och 40 procent vid en vårdcentral, t.ex. vid en barnavårdscentral. Även det skulle verka kompetenshöjande. Det skulle också innebära att skolsköterskan i många fall redan känner, eller känna till, barnen när de börjar skolan.

Resultaten av vaccinutredningens *enkätstudie* visar dock att det samlade stödet för en sådan reform är begränsat i barn- och skolhälsovården. Bland de fördelar som där framträder, och får

mest stöd, bör nämnas tillgången till ett gemensamt journalsystem. Som beskrivits i kapitel 12 bedrivs emellertid i Sveriges kommuner och landsting ett utvecklingsarbete, som syftar till att uppnå just till denna funktion.

Det finns bland personalen i barn- och skolhälsovården ett visst, men inte särskilt starkt, stöd för ett sammanhållet huvudmannaskap när det gäller verksamheten i stort. Det skulle t.ex. kunna åstadkommas genom att skolhälsovården övertogs av landstingen. Det är emellertid en fråga som ligger utanför utredningens uppdrag.

Uppdraget omfattar däremot att se över huvudmannskapet för *vaccinationsverksamheten* och då i första hand de vaccinationer som sker i skolan. I den delen är stödet för ett förändrat huvudmannaskap ännu svagare i utredningens enkätundersökning. Svaren drar mot "varken för- eller nackdelar".

Denna uppfattning är, enligt utredningens mening inte förvånande. Det är svårt att se vilka fördelar som finns med att bryta ut vaccinationerna ur skolhälsovården. Det kan genomföras rent praktisk så att personal från landstinget, t.ex. en närliggande vårdcentral, kommer till skolan och utför vaccinationerna. Alternativt måste skolbarnen komma till vårdcentralen.

I kapitel 10 har redogjorts för hur det kan gå till vid skolvaccination. Det händer att kallade barngrupper inte kommer och att enskilda barn inte kan vaccineras på grund av kontra-indikation. Så kan vara fallet om barnet fått ett resevaccin eller annan medicin, som gör att barnvaccinationen måste skjutas upp. Skolhälsovården kan antas ha bättre möjligheter att följa upp sådana fall och ha en samlad överblick över vaccinationsläget än extern sjukvårdspersonal. Skolsköterskorna känner också i många fall barnen sedan tidigare. Det har också anförts att vaccinationsomgångarna i skolan är ett bra tillfälle för skolsköterskorna att träffa barnen och göra andra kontroller som sker i skolhälsovården.

I regel är arbetssituationen vid vaccination i skolan sådan att skolsköterskor inte vaccinerar ensamma. Det är vanligt att två skolsköterskor samarbetar i vaccinationsarbetet och med ordningshållning i samband med vaccinationen. Det förekommer också att skolläkaren finns på plats under vaccinationen. Detta samarbete skulle kunna åstadkommas om en eller flera skolsköterskor bistår personal från vårdcentralen vid vaccinationen. I så fall uppstår dock knappast några effektiviseringar.

Sammantaget finner utredningen att ett ändrat huvudmannaskap för vaccinationer i skolan inte bidrar till att ansvarsfördelningen

mellan olika offentliga aktörer blir klarare och inte heller till effektiviseringar i verksamheterna. Det saknas också stöd i de berörda personalgrupperna för en sådan förändring. Till detta kommer ett administrativt arbete med ersättning och avräkning av kostnaderna för landstingets vaccinationsinsats i skolan eller på annan plats.

I debatten har argumenterats för att skolhälsovården bör befrias från vaccinationerna, så att resurser kan frigöras för andra angelägna uppgifter. I utredningens förstudie framgår att arbetet i och förväntningarna på skolhälsovården har förändrats och belastningen uppges ha ökat under senare år. Utredningen menar dock att denna utveckling vid behov bör mötas med en ökad resurstilldelning och inte med en uppsplittring av verksamheten mellan landstingen och kommunerna. Det kan också ifrågasättas om skolhälsovården skulle få behålla de resurser som där frigörs om vaccinationerna lyfts ut ur verksamheten. Resursbrist är därför ett dåligt argument för en förändring av skolhälsovårdens ansvar för vaccinationer. Det kan dock på många håll finnas synergieffekter mellan skol- och barnhälsovård, som behöver inventeras och tas tillvara. Det kan också finnas skäl att se närmare på en lösning som innebär att hälso- och sjukvården övertar det fulla ansvaret för skolhälsovården. Den frågan behöver i så fall utredas närmare.

15.3 En lag om nationella vaccinationsprogram

En lag och en förordning om nationella vaccinationsprogram införs.

I lagen definieras, förutom grundläggande kriterier för ändring av vaccinationsprogram, också beslutskompetensen för beslut om vaccinationsprogram och andra övergripande frågor om ansvarsfördelning mellan olika offentliga aktörer.

I förordningen ges närmare anvisningar för hur beslutsunderlagen ska beredas och om ett råd för nationella vaccinationsprogram, som ska granska underlagen och lämna rekommendation om beslut till regeringen.

Utredningen ska se över nuvarande regelverk kring beslut om att föra in nya vacciner i de *allmänna* eller *riktade vaccinationsprogrammen*. Begreppet vaccinationsprogram har hittills inte helt klart och entydigt. Med "allmänna vaccinationsprogram" brukar

avses de vaccinationsåtgärder som riktar sig generellt till personer i en viss målgrupp, t.ex. barn. Med ”riktade vaccinationsprogram” menas i regel vaccinationer som erbjuds individer i en riskgrupp, inom eller utom målgruppen för ett allmänt vaccinationsprogram. Båda typerna av vaccinationer kan grunda sig endera på en bindande föreskrift, såsom allmänna och riktade barnvaccinationer, eller på en rekommendation, såsom vaccination mot pneumokocker, hepatit B och influensa bland vuxna i riskgrupper. De senare vaccinationerna återfinns också i det riktade barnvaccinationsprogrammet.

Under utredningsarbetet har dessa indelningar, även bland utredningens experter, förorsakat oklarheter och gränsdragningsproblem. Vad menas med ett vaccinationsprogram?

Utredningen föreslår att en gemensam lagstiftning införs för allmänna, samhällsviktiga vaccinationer, här kallade *nationella vaccinationsprogram*. Nationella vaccinationsprogram föreslås kunna förekomma av två typer: *allmänt vaccinationsprogram* som erbjuds hela befolkningen, t.ex. barnvaccinationer som erbjuds samtliga medborgare i barndomen, samt *särskilt vaccinationsprogram*, som erbjuds barn och vuxna i riskgrupper.

Regeringen disponerar över vilka vaccinationsprogram som ska tillämpas enligt regelverket och över vilka sjukdomar programmen ska ge skydd mot. Regeringen kan t.ex. besluta om enbart ett *allmänt vaccinationsprogram*. Inget hindrar heller att regeringen för in t.ex. influensavaccination i ett *särskilt vaccinationsprogram*, förutsatt att en sådan vaccination visat sig uppfyller de lagstadgade kriterierna. Om regeringen beslutar om ett vaccinationsprogram, eller om vaccination mot en viss sjukdom, utlöser det enligt den föreslagna lagen, i kombination med utredningens övriga förslag, flera effekter. Landstingen får en lagstadgad skyldighet att erbjuda de föreskrivna vaccinationerna utan avgift för den enskilde. Vaccinet ska omfattas av central vaccinupphandling samt ska nödvändiga resurser tilldelas i statsbudgeten för de vaccininköp beslutet föranleder.

Oavsett om ett eller två vaccinationsprogram införs, och oberoende av vilka sjukdomar dessa ger skydd mot, innebär den föreslagna systematiken att förutsättningarna för vaccinationer som inte ingår i nationellt vaccinationsprogram förblir oreglerade i de nyss nämnda avseendena. Detta hindrar inte att de alltjämt kan rekommenderas och erbjudas allmänheten enligt de rutiner som nu tillämpas för rekommenderade vaccinationer. Sådana rekom-

mendationer är frivilliga att följa för vårdgivarna, som också har frihet att helt eller delvis avgiftsfinansiera de rekommenderade vaccinationerna. Det krävs inget författningsreglerat bemyndigande för att rekommendationer om vaccination ska kunna utfärdas. Förslagen innebär således att en tydlig skiljelinje uppstår mellan *nationella vaccinationsprogram*, som ska bedömas och beslutas i särskild ordning, och *övriga vaccinationer*, som kan rekommenderas av myndigheter, arbetsgivare och andra aktörer. Liksom i dag uppställs inga särskilda förutsättningar för att Socialstyrelsen ska kunna rekommendera en vaccination.

Genom en den föreslagna regleringen undanröjs den osäkerhet som hittills rått kring definitionen av begreppet vaccinationsprogram och kring de olika följder som beslut om vaccinationsprogram kan medföra för offentliga aktörer, t.ex. när det gäller framtida kostnadskonsekvenser.

En tänkbar lösning skulle kunna vara att reglera här aktuella frågor i *Smittskyddslagen*. Från lagtekniska och systematiska utgångspunkter är detta, enligt utredningens mening, dock mindre lämpligt. Smittskyddslagen har genomgående en tydlig inriktning mot personinriktade insatser. Nationella vaccinationsprogram är däremot en fråga allmän folkhälsosynpunkt påkallad, kollektiv skyddsåtgärd utan föregående diagnos. Smittskyddslagens systematik är därför mindre väl ägnad för att reglera frågor om hur nationella vaccinationsprogram ska tillkomma.

Området för regeringens beslutskompetens definieras i den föreslagna lagen till *vilka sjukdomar* som ska omfattas av nationella vaccinationsprogram. En liknande systematik finns i Smittskyddslagen, där regeringen under vissa förutsättningar beslutar om vilka sjukdomar som ska anses allmänfarliga m.m. Dessa anges i bilagor till smittskyddslagen. Huvudregeln är dock att riksdagen beslutar om innehållet i bilagorna.

Härutöver krävs en rad ytterligare bestämmelser, som mer i detalj definierar de nationella vaccinationsprogrammen. Exempel på frågor som behöver regleras är det antal doser som vaccination mot en sjukdom ska omfatta samt när i tiden de olika doserna ska ges för att effektivast möjliga skydd ska uppnås. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen utfärdar sådana föreskrifter.

Tre huvudkriterier, eller grundförutsättningar, för vaccinationsprogrammen definieras också i lagen. Nationella vaccinationsprogram ska utformas så att de kan antas effektivt *motverka sjuklighet i samhället*, vara *samhällsekonomiskt kostnadseffektiva* samt

hållbara från *etiska och humanitära utgångspunkter*. Under dessa huvudkriterier ryms den vidare samling av aktuella frågeställningar, som beskrivits i avsnitt 15.1, t.ex. bedömningar av sjukdomsbördan. Detaljerade anvisningar för framtagning av beslutsunderlag regleras närmare i den föreslagna förordningen.

I förordningen om nationella vaccinationsprogram ges regler om det föreslagna rådet för nationella vaccinationsprogram, t.ex. om dess sammansättning och uppgifter. Slutligen bör här införas de regler om ett hälsodataregister som krävs för att ett sådant ska kunna etableras. Frågan om ett hälsodataregister för vaccinationer behandlas i kapitel 16.

Principerna för den föreslagna författningsregleringen och de lagtekniska lösningarna för denna framgår närmare av förslagen till lag och förordning om nationella vaccinationsprogram och av författningskommentarerna i kapitel 18.

15.4 Förhållandet mellan vaccinationsprogram och läkemedelsförmåner

Utredningens förslag: Vacciner av det slag som avses i den föreslagna lagen om nationella vaccinationsprogram, dvs. vacciner som ges för förebygga sjukdom i hela eller delar av befolkningen, ska inte kunna komma i fråga för läkemedelsförmåner.

Förhållandet mellan *vaccinationsprogrammen* och *läkemedelsförmånerna* bygger inte på någon genomtänkt systematik, eller ens på några egentliga överväganden från ett folkhälsoperspektiv. Av förarbetena till lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) framgår att vacciner och andra förebyggande läkemedel förts in i läkemedelsförmånssystemet, eftersom det är förenat med betydande svårigheter för den enskilde läkaren att vid varje förskrivningstillfälle dra en gräns mellan förebyggande åtgärder och sjukdomsbehandling.¹⁸ I praktiken hade, konstateras vidare, i stort sett all förebyggande läkemedelsbehandling, med undantag för resevacciner, redan ”kommit att ingå” i förmåner, dvs. redan innan ett sådant förfarande var tillåtet. Det är således huvudskälet till att vacciner nu kan subventioneras inom systemet med läkemedels-

¹⁸ Prop. 2001/02:63, sid. 51 f.

förmåner. Ett tillkommande skäl är att kostnaderna i den aktuella delen bedömdes bli ytterst begränsade.

Frågan är då om läkemedelsförmånerna fyller någon funktion som komplement till nationella vaccinationsprogram och de eventuella vaccinationsåtgärder som alltjämt kan komma att ske med stöd av rekommendationer.

Det ställs i lagstiftningen stora krav på dokumenterad effektivitet, både när det gäller skyddseffekt och samhällsekonomisk kostnadseffektivitet, för att läkemedelsförmåner ska vara möjliga. Det gäller även vacciner. Vidare tillämpas behovs- och solidaritetsprincipen, som innebär att de mest behövande ska tillföras mest av samhällets vårdresurser.

En annan iakttagelse är att bifallsbesluten i Läkemedelsförmånsnämnden, som hittills enbart gällt vaccin mot humant papilomvirus (HPV), har avsett grupper av individer, som i eget och samhällets intresse bör vaccineras, men som inte har utsikt att omfattas av ett vaccinationsprogram. Det gäller flickor i åldersgruppen 13–17 år. För unga kvinnor över 17 år, som riskerat att exponeras för HPV är HPV-vaccinering, enligt utredningen i TLV, inte en kostnadseffektiv åtgärd.

Därmed kan de aktuella besluten om läkemedelsförmåner, som framgått i kapitel 8, sägas syfta till att ”täcka tillfälliga luckor” i vaccinationstäckningen. I takt med att HPV-vaccineringen i skolorna fortskrider kommer dock behovet av HPV-vaccin via recept att minska.

Detta är emellertid inte ett särskilt effektivt sätt att bättra på vaccinationstäckningen. Denna bör vara hög för att positiva folkhälsoeffekter i befolkningen ska uppnås. Om det ska kunna åstadkommas krävs en vaccinationsinsats i den aktuella målgruppen, som sker i organiserade former, utan avgift för den enskilde och på ett sätt så att resultaten kan följas upp i ett brett perspektiv.

Företrädare för vaccinindustrin har för utredningen argumenterat för att läkemedelsförmåner för vacciner ska behållas. De viktigaste faktorerna som, enligt industrin, talar för en sådan ordning är att den samhällsekonomiska nyttan med att förebygga eller behandla sjukdomar bör bedömas på samma grunder för vacciner som för andra läkemedel. Om det finns ett vaccin som på ett för samhället kostnadseffektivt sätt kan förebygga eller utrota en sjukdom, anser vaccinindustrin att vaccinet även fortsättningsvis ska omfattas av läkemedelsförmånssystemet. Vidare har anförts att försäljningsstatistiken visar att nya, innovativa och därmed dyra

vacciner nästan enbart används i områden som huvudsakligen bebos av välutbildade personer med höga inkomster. Att vacciner ingår i läkemedelsförmånssystemet skulle därmed kunna bidra till att utjämna socioekonomiska skillnader och göra vaccinations-skyddet mer tillgängligt i samhället.

Det har, enligt industrin, också visat sig att majoriteten av de flickor som vaccinerat sig mot HPV är mellan 13 och 17 år, dvs. den åldersgrupp som TLV har godkänt ska ingå i läkemedelsförmånssystemet. Det har också, enligt industriföreträdarna, visat sig att om vacciner ingår i läkemedelsförmånssystemet påbörjar och fullföljer fler individer vaccinationen.

15.4.1 Utredningens överväganden om läkemedelsförmån för vacciner

Under överskådlig tid kommer vacciner i huvudsak att kunna ges i form av injektioner eller, undantagsvis, som dricksvacciner. Vacciner är receptbelagda läkemedel. Endast läkare får förskriva läkemedel på recept. Ett läkarbesök kostar omkring 200 kronor i sjukvården. Vaccinet ska därefter hämtas ut i apotek. Många vacciner ska ges i flera doser. Därigenom kan flera besök i apoteket bli aktuella. Alternativt hämtas alla doser vid ett tillfälle. I så fall ska vaccinet kylförvaras i hemmet i noggrant reglerad kylskåpstemperatur, om det inte ska förstöras. Injektioner får bara ges av behörig sjukvårdspersonal. Varje enskild injektion föranleder således ett nytt besök hos en vårdgivare med tillkommande kostnader.

Sammantaget innebär detta en för den enskilde kostsam och besvärlig hantering, som kan motverka en god vaccinations-täckning. Kostnaderna för det allmänna kan också antas bli väsentligt högre än om vaccinet erbjuds i ett nationellt vaccinationsprogram. Erfarenheterna från upphandlingen av HPV-vaccin visar att varje dos som ges i vaccinationsprogrammet kan komma att kosta knappt 200 kronor, medan kostnaden för vaccinet i apoteket är 1 118 kronor per dos, dvs. sammantaget mer än 3 300 kronor per individ. De ska finnas starka skäl om en sådan extra kostnad för staten och för medborgarna ska kunna motiveras. Utredningen har inte kunnat finna några sådana skäl.

Det som företrädarna för vaccinindustrin anfört om strävan att utjämna socioekonomiska skillnader är emellertid värt att beakta. En sådan strävan talar dock snarast mot att samhällsviktiga

vaccinationer subventioneras genom läkemedelsförmånerna. Kostnaden för vaccinet är hög för de flesta, även efter subvention. Om inga andra läkemedel tagits ut under den senaste tolv-månadersperioden kostar enbart HPV-vaccinet 1 800 kronor per individ efter subvention. Till detta kommer som sagt kostnader för läkarbesök m.m. Det är ett högt pris för många och i synnerhet om flera vuxna medlemmar i en familj ska vaccineras, så som kan bli fallet med andra vacciner än HPV-vaccinet. Frågan har hittills endast varit aktuellt för vaccination mot HPV, men samma resonemang kan föras för andra tillkommande och dyra vacciner. Utredningen menar att kostnads- och rättviseaspekter, liksom samhällets intresse av en hög vaccinationstäckning, entydigt talar för att nationella vaccinationsprogram är den form i vilken samhällsviktiga vacciner ska subventioneras av det allmänna.

Praktisk går det till så att personer i målgruppen som vill vaccinera sig besöker en vårdcentral eller läkarmottagning och får där sin vaccination. Så fungerar det i praktiken redan med influensavaccinationer och andra riskgruppspecifika vaccinationer, som i dag rekommenderas och ges till närmare två miljoner personer årligen.

Mot den föreslagna ordningen kan dock anföras att det hittills tagit väsentligt längre tid att besluta om vaccinationsprogram än vad de lagstadgade handläggningstiderna i TLV medger. Det skulle kunna fördröja användningen av nya vacciner jämfört med nuläget. Här ska dock noteras att processen med utvärdering av nya vacciner kan gå väsentligt fortare än i dag. Det visar erfarenheterna från t.ex. Tyskland, Frankrike och Belgien, där det gå mer än dubbelt så fort att implementera nya vacciner i vaccinationsprogrammen jämför med i Sverige. Det förutsätter dock en mer aktiv marknadsbevakning och utvärderingsverksamhet än som hittills tycks ha förekommit i Sverige.

En del av orsaken till att prövningen av vaccinationsprogram, även internationellt, är tidskrävande är att det tar tid att få fram konkreta bedömningsunderlag. Det är, å andra sidan, en begränsande faktor även inför ett beslut om läkemedelsförmåner. Inför beslut om vaccinationsprogram samlar en myndighet utvärderingar och analyser. Liknande underlag ska sammanställas av sökanden i den prövningsprocess som sker i TLV.

Skillnaden i handläggningstid kan också vara ett tecken på att den handläggnings- och beslutsmodell som tillämpas i TLV, och i första hand är avsedd för behandlande läkemedel, är mindre väl

ägnad att fånga alla de aspekter som är nödvändiga att belysa om ett gott resultat av en nationell vaccinationsinsats ska kunna säkerställas. Detta har närmare utvecklats i avsnitt 15.2.1.

15.5 Information och kunskapsspridning

Utredningens förslag: Staten genom Smittskyddsinstitutet ska ta ett centralt ansvar för saklig information till allmänheten om vacciner och vaccinationer och i samråd med andra berörda myndigheter och offentliga organ utarbeta en modern kommunikationsstrategi för nationella vaccinationsprogram.

Utredningens förslag syftar genomgående till att förtydliga fördelningen av ansvar för vaccinationsverksamheten mellan olika offentliga aktörer. Kontroll över vaccinationernas effekter på folkhälsan och i ekonomiska termer är ett annat huvudsyfte.

Som visats i kapitel 12 är det dock svårt att råda över attityder och opinioner om vaccinationer. Erfarenheterna av vaccinationen mot den nya influensan visar att starka opinioner svängde snabbt under hösten 2009 och tidvis hotade en hög vaccinationstäckning. Så var fallet även ute i världen. Trots en mycket intensiv kampanj vaccinerade sig endast 5,6 miljoner fransmän mot den nya influensan, dvs. ca 7 procent av den franska befolkningen. 94 miljoner doser hade beställts i Frankrike. 50 miljoner doser kunde efter förhandling avbeställas. Kostnaden för hela det franska vaccinationsprogrammet har i pressen uppskattats till 1,2 miljarder Euro.¹⁹

Det visar att en negativ attityd, som snabbt sprids i det moderna IT-baserade informationslandskapet, riskerar att helt omkullkasta ett vaccinationsprogram. Det innebär stora risker för spridning av sjukdom och för förluster av allmänna medel.

Ett motstånd mot vaccination kan ha många olika orsaker och kan bli särskilt starkt om det råder osäkerhet, t.ex. om sjukdomens allvar, smittsamheten och smittspridningens hastighet, om vaccinets effektivitet och om biverkningar. Myndigheternas expertis har i det moderna mediasamhället konkurrens med många andra mer eller mindre trovärdiga auktoriteter, organisationer eller

¹⁹ *La Tribune* och *Le Journal de Dimanche*.

Se <http://www.enviro2b.com/2010/03/23/la-fievre-monte-dans-laffaire-de-la-grippe-a/> och <http://www.latribune.fr/actualites/economie/france/20100307trib000484767/la-facture-de-la-grippe-h1n1-pourrait-depasser-le-milliard-d-euros.html>

privatpersoner, som sprider egna funderingar och slutsatser via bloggar och sociala medier. Dessutom kan ny kunskap tillkomma under beslutsprocessens gång. Oron kan tillta, men också avta, som illustreras av de färska erfarenheterna av den nya influensan. Liknande erfarenheter finns beträffande barnvaccinationer, där okunighet och felaktiga föreställningar, i kombination med omsorg om barnets bästa, har lett till ett motstånd mot vissa barnvaccinationer på osakliga grunder.

Efter händelserna med fågelinfluensan år 2005 studerades hur attityder till sjukdomen uppkom och förändrades, främst med utgångspunkt från rapporteringen i traditionella massmedier.²⁰ Sedan dess, dvs. under ett fåtal år, har mycket hänt som helt förändrat medielandskapet. I kapitel 3 har visats att antalet Internetanvändare ökat kraftigt under senare år och mest i de äldre åldersgrupperna. Hälso- och sjukvårdsinformation är en av de vanligare ämnena som efterfrågas. Bloggvärlden har uppstått och vuxit, användningen av sociala medierna likaså. Även här ökar användningen mest i äldre åldersgrupper. De flesta barn, ungdomar och unga vuxna mellan 10 och 30 år använder redan sociala medier regelbundet.

Sökfunktioner gör att vad som helst, som innehåller ett sökord eller en eftersökt textsträng, presenteras. Det ställer stora krav på källkritik och en sådan förutsätter att en viss kunskapsnivå redan finns. Utredningens egna undersökningar visar att mycket osaklig och skrämmande vaccininformation är lätt tillgänglig via Internet. Mycket tyder också på att sådan desinformation sprids snabbt. Under våren 2010 har samma fenomen kunnat iakttas i samband med två medialt uppmärksammade våldsbrott, ett i norra Sverige och ett i Skåne, där allmänhetens attityder blixtnabbt förändrats, och svängt fram och åter, genom elektronisk ryktesspridning och desinformation.

Allt detta visar på ett stort, och på kort tid uppblossat, behov av effektiv, samordnad vaccininformation och av strategiska överväganden om hur denna information ska kunna nå allmänheten i olika grupper. Presentationen av fattade vaccinationsbeslut kräver en väl övervägd och väl övad kommunikationsstrategi. Inte minst viktig är gruppen barn och ungdom, som i huvudsak kan antas söka information via Internet. Det gäller för övrigt också, enligt ny

²⁰ När hoten kommer nära – Fågelinfluensa och tuberkulos i svensk medierapportering, Institutionen för journalistik och masskommunikation vid Göteborgs universitet i samarbete med Krisberedskapsmyndigheten, 2008.

statistik från SCB, föräldrar till barn som omfattas av barnvaccinationsprogrammet, dvs. i huvudsak personer mellan 25 och 35 års ålder.

I synnerhet i ett sådant läge är det olämpligt med oklara ansvarsgränser för vilka offentliga aktörer som ska ansvara för nationell vaccininformation till allmänheten. Än värre är det, vilket förekom under hösten 2009, om olika myndigheter ger motstridiga budskap.

I 2010 års smittskyddsproposition ges vissa riktlinjer för samhällets information om smittsamma sjukdomar. Regeringen konstaterar bl.a. att det enligt 2 kap 3 § smittskyddslagen är landstingen, och under dem smittskyddsläkaren, som ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta. Sådan information till allmänheten bör därför, enligt regeringen, inte vara en uppgift för Smittskyddsinstitutet. Smittskyddsinstitutet bör alltså så långt möjligt hänvisa allmänheten till landstingens tjänster. Smittskyddsinstitutet bör dock bistå smittskyddsläkarna med den information som de behöver för denna uppgift. Emellertid konstateras också att det finns ett stort allmänintresse kring smittsamma sjukdomar som samhällsproblem. Detta visar sig, enligt regeringen, bl.a. i det stora genomslag som nyheter om smittsamma sjukdomar ofta får i medierna. I propositionen konstateras därför att Smittskyddsinstitutet bör, i lämplig utsträckning, tillgodose detta allmänintresse, t.ex. via Internet.

Utredningen har i kapitel 12 visat att det knappast existerar någon information om vaccinationer på landstingens webbplatser, om man bortser från upplysningar om var och hur vaccinationer ges. I ljuset av den senaste tidens utveckling på medieområdet, främst internetbaserade, interaktiva informationstjänster, framstår också smittskyddsläkarnas lagstadgade informationsansvar som helt otillräckligt i vaccinationssammanhang. Vad som nu krävs är ett tydligt, centralt, ansvar för en saklig informationsspridning i vaccinfrågor.

Man kan tänka sig olika slag av konkreta åtgärder för att möta detta behov av vaccinationsinformation. Ett exempel är centrala informationsportaler, som finns i flera länder, bl.a. i Storbritannien.²¹ Detta var till för inte så länge sedan en modern komponent i en informationsstrategi. Nu krävs mycket mer än så.

²¹ Se www.immunisation.nhs.uk

Framförallt krävs proaktiva insatser för att nå ut med budskapen. Utredningen vill inte avfärda möjligheten med en central webbportal för vaccinationer. En sådan kan alltså tjäna ett syfte, om den blir allmänt känd. Därutöver krävs dock att en samlad strategi tas fram, som bygger på aktiva, uppsökande åtgärder och på deltagande i de Internetbaserade informationsfora där attityder växer fram. Det ställer nya krav på myndigheterna. Det finns också en osäkerhet om myndighetsrollen i de sociala medierna.²²

Mot den bakgrunden föreslås att Smittskyddsinstitutet få i uppdrag att svara för utveckling av en sådan informationsstrategi. Flera aktörer t.ex. Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Sveriges kommuner och landsting bör medverka då strategin tas fram.

Utredningen har inte kunnat identifiera något behov av förstärkningar när det gäller vaccininformation till hälso- och sjukvårdspersonalen. I den delen tycks informationsförsörjningen fungera väl. En allmän reflektion är dock att en handbok som t.ex. Socialstyrelsens "Vaccinationsbok" bör tillhandahållas i form av en webbok med kapitelrubriker som länkar. Inte minst från kommunalt håll har anmärkts att den aktuella boken är dyr att köpa och krånglig att skriva ut från PDF-formatet.

²² Regeringen beslutade den 25 mars 2010 att ge E-delegationen i uppdrag att ta fram riktlinjer för hur myndigheter ska använda sociala medier, som till exempel Internetfora, bloggar, wikier, poddradio och artikelkommentarer. En wiki är en sökbar webbplats där sidorna enkelt och snabbt kan redigeras av besökarna själva via ett webbgränssnitt.

16 Ett hälsodataregister för vaccinationer

16.1 Inledning

Utredningens förslag: Ett hälsodataregister för vaccinationer införs i vilket vårdgivarna ska registrera alla vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram. Registreringsplikten föreslås på sikt utvidgas till att omfatta alla vaccinationer som ges i Sverige.

I kapitel 11 har beskrivits vilka behov av uppföljning av vaccinationer som utredningen identifierat och hur uppföljningen går till i nuläget. Där har också framgått att det finns uppföljningsbehov som inte för närvarande kan tillgodoses. En viktig orsak till detta är att de registreringsfunktioner som används för läkemedel, genom läkemedelsregistret, bara omfattar en liten andel av de vacciner som används i Sverige. Vacciner som ingår i stora, organiserade vaccinationsprogram och därmed används mest, faller praktiskt taget alltid utanför registreringsrutinerna. Hittills gjorda försök att skapa ett liknande, datoriserat uppföljningssystem för vaccinationer har av olika skäl inte lett till resultat.

16.2 Utredningens överväganden

Vacciner ges till friska individer i stora befolkningsgrupper. De injiceras i de flesta fall direkt i kroppen, vilket väcker obehag hos många. Det innebär att vaccinationskampanjer lätt blir föremål för ryktesspridning i traditionella massmedier och i bloggar och sociala medier på internet. Det kan äventyra ett gott resultat av kampanjen. Det visar inte minst erfarenheterna av vaccinationskampanjen

mot den nya influensan, som närmare beskrivits i kapitel 12. Liknande erfarenheter finns från barnvaccinationsprogrammet. Med effektiva uppföljningssystem hade snabbt kunnat påvisas att något samband mellan MPR-vaccin och autism inte finns. Uppföljningen i detta aktuella fall hade inte bara gått snabbare, med följd att den vikande i vaccintäckningen kunnat motverkas, den hade också med en hög grad av sannolikhet blivit mindre kostsam. Resultaten av Vaccinutredningens enkätstudie visar att allmänhetens engagemang och intresse i vaccinationsfrågor, men även ifrågasättandet av vacciner, har tilltagit under en följd av år. En sådan trend måste mötas med en ökad mängd saklig information, som förmedlas effektivt och grundas på statistiskt säkerställda fakta. Till detta kommer risken för en allvarlig biverkning. Om missbildningsregistret och medicinska födelseregistret funnits år 1960, hade enligt Socialstyrelsen merparten av de barn som drabbades av Neurosedynets skadeverkningar fått födas utan missbildningar.

Insamlingen av data för myndigheternas uppföljning av vacciner i aspekter som täckningsgrad, vaccineffekt och som underlag för analys av misstänkta biverkningar, sker f.n. på ett splittrat sätt. När det gäller underlagen för beräkning av täckningsgrad finns, som framgått i kapitel 11, stora olikheter mellan landstingen och olika delar av landet i fråga om hur datafångsten går till. Det leder till osäkra underlag och kräver ett ineffektivt och mödosamt arbete med sammanställning av data på nationell nivå. Till detta kommer att nya vaccinernas effekter och bieffekter behöver utvärderas mer noggrant än tidigare. För det talar inte minst vad som anförts om de nya vaccinernas egenskaper i kapitel 4. Där framgår bl.a. att de nya vaccinerna ofta är avsedda att motverka från samhällets utgångspunkter mindre allvarliga sjukdomshot, såsom bältros och rotavirus, medan de äldre vaccinerna förhindrade svåra folksjukdomar med hög dödlighet eller utbredd risk för allvarliga komplikationer. De nya vaccinerna kräver därför en noggrannare och bredare nyttoanalys innan de införs i vaccinationsprogrammen. De behöver också av samma skäl fortlöpande utvärderas. Det ställer nya krav på uppföljningssystemen.

Sammantaget bedömer utredningen att behovet av effektiva uppföljnings- och övervakningssystem för vaccinationer är minst lika uttalat som för andra läkemedel. I själva verket finns skäl att ha en effektivare uppföljning av vacciner. Det gäller i synnerhet snabbheten i datafångsten. Det är, i ett läge med plötsligt

uppkomna rykten om vacciners påstådda farlighet, som sprids snabbt med modern teknik, inte tillräckligt med månadsvisa uppdateringar av vilka vacciner som getts och till vem. Mot bakgrund av det hittills sagda kan ingen annan slutsats dras än att nuvarande system och metoder för uppföljning av vaccinationer är otillräckliga.

Frågan är då om det behövs ett nationellt *dataregister* för vaccinationer och, i så fall, i vilken form och vilka vaccinationer som bör registreras i registret. I utredningens uppdrag ligger att utvärdera vilka *olika alternativ* som står till buds för att möta de behov av uppföljning som identifierats. Utredningen ska särskilt pröva om det finns skäl att inrätta ett *hälsodataregister* med inriktning mot kunskapsuppbyggnad avseende *vissa vaccinationer* eller om dessa behov kan tillgodoses med *andra insatser*.

Först kan konstateras att något alternativ till ett *dataregister*, som alltså skulle innebära manuell registrering, inte skulle svara mot kravet på snabb och effektiv uppföljning. Det är alltså inget realistiskt alternativ. Dataregister används redan framgångsrikt, enligt berörda myndigheter, för uppföljning av andra läkemedel än vacciner.

Redan nu registreras vaccinationer i Svevac i vissa områden. Svevac har dock, trots goda föresatser, inte kunnat användas för uppföljning i alla de avseenden som krävs. Det beror på att registrets uppbyggnad inte anpassats till gällande regler om sekretess vid t.ex. samkörning och annan databehandling av känsliga personuppgifter. Patientdatautredningen pekade på att bestämmelserna i 7 kap. 1 c § och 9 kap. 4 § i den då gällande sekretesslagen (1980:100) gjorde det omöjligt att använda Svevac på avsett sätt, om man bortser från funktionen som journalsystem. Den nya offentlighets- och sekretesslag som trädde i kraft 2009 innehåller motsvarande bestämmelser och rättsläget på denna punkt har således inte förändrats. Utredningen har inte anledning att ifrågasätta Patientdatautredningens slutsatser i denna del.

I praktiken är Svevac således ett datoriserat journalsystem. Det finns en kommersiell marknad för sådana, som av allt att döma är fungerande. Det kan därför inte rimligen vara Smittskyddsinstitutets (SMI) ansvar att tillhandahålla journalsystem till vården.

Mot den bakgrunden måste ett vaccinationsregister, som är användbart för de identifierade uppföljnings- och utvärderingsbehoven, förses med en särskild författningsreglering, alternativt

anpassas till de regelverk som i övrigt tillämpas för dataregister avsedda för uppföljningsändamål inom hälso- och sjukvård.

I Norge har, som närmare utvecklats i kapitel 13 ett nationellt vaccinationsregister, SYSVAK, upprättats för de uppföljningsändamål som beskrivits ovan. Frågor om registrets användning regleras i en särskild författning, som bl.a. innehåller bestämmelser om skydd för den personliga integriteten. Bl.a. finns regler om ändamålet med registret och om vilka uppgifter som får registreras. Det finns också regler om i vilka specifika situationer samtycke krävs respektive inte behövs. Vidare finns detaljerade bestämmelser om hur, i vilken form och av vem personuppgifter får behandlas och utlämnas. Det norska systemet är ett exempel på särreglering för det specifika ändamålet. Utredningen bedömer att SYSVAK i praktiken utgör ett exempel på vad som i Sverige kallas *hälsodataregister*. I Danmark vilar vaccinationsregistret inte på någon särskild reglering. Det har däremot utformats så att användningen inte står i strid med allmänna bestämmelser om skydd för den personliga integriteten.

Mot den bakgrunden finns anledning att se närmare på vilka regler som införts i Sverige för att möjliggöra registrering av hälsodata på ett från integritetssynpunkt godtagbart sätt.

16.2.1 Regler för datoriserade uppföljningsregister inom hälso- och sjukvård

Dataregistrering av personuppgifter har förekommit länge inom vården. Syftet är att ge underlag för förbättringar av vårdkvalitén och för effektivisering av verksamheterna. Vidare ger dataregister med hälsostatistik viktiga underlag för den medicinska forskningen.

Det första registret av detta slag är cancerregistret, som inrättades redan år 1958. Inom hälso- och sjukvården används numera ett stort antal dataregister. Patientdatautredningen angav år 2006 att mer än 80 olika s.k. kvalitetsregister används inom sjukvården på nationell eller regional bas.

Personuppgifter som databehandlas inom sjukvården är typiskt sett av känslig eller mycket känslig natur. Med tiden, och genom datateknikens utveckling, har frågor om människors personliga integritet kommit alltmer i fokus. För att skydda enskildas integritet har flera olika regelverk införts under åren. Ett viktigt

syfte med dessa har varit att säkerställa allmänhetens förtroende för verksamheten med databehandling. I annat fall kan inte systemen fungera effektivt. Exempel på sådana regelverk är den numera upphävda, datalagen samt personuppgiftslagen (1998:204) och patientdatalagen (2008:355).

I personuppgiftslagen finns generella bestämmelser om skydd för den personliga integriteten i samband med databehandling av personuppgifter. Av 18 § framgår att känsliga personuppgifter får behandlas för hälso- och sjukvårdsändamål, om behandlingen är nödvändig för förebyggande hälso- och sjukvård, medicinska diagnoser, vård eller behandling eller för administration av hälso- och sjukvård. Av 2 § framgår att om det i en annan lag, eller i en förordning, finns bestämmelser som avviker från personuppgiftslagen, skall de bestämmelserna gälla.

I lagen om offentlighet och sekretess (2009:400), som år 2009 ersatte sekretesslagen (1980:100), ges grundläggande regler till skydd för känsliga uppgifter av olika slag. Dessa generella regler anses dock inte fullt ut och på alla områden leda till en ändamålsenlig avvägning mellan, å ena sidan, den enskildes behov av integritetsskydd och, å andra sidan, samhällets behov av effektiva, datoriserade uppföljnings- och utvärderingssystem.

År 1990 antog därför regeringen, på förslag av Data- och offentlighetskommittén, en allmän princip om att vissa register hos statliga myndigheter och kommuner bör regleras, inte i generella regelverk, utan i särskilda författningar. Syftet härmed angavs vara att ytterligare stärka skyddet för de registrerades integritet i samband med nödvändig registrering av känsliga personuppgifter i vissa myndighetsregister, t.ex. hos Socialstyrelsen, landstingen, kommunerna och Riksförsäkringsverket.¹

Flera sådana speciallagar, s.k. *registerförfattningar*, har genom åren införts, t.ex. socialförsäkringsregisterlagen (1997:934), lagen (2001:182) om behandling av personuppgifter i skatteförvaltningens folkbokföringsverksamhet och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Inom hälso- och sjukvården gäller lag (1998:543) om hälsodataregister. I patientdatalagen finns vidare särskilda regler om s.k. kvalitetsregister. Sedan den 1 januari 1997 gäller även lag (1996:1156) om receptregister.

¹ Prop. 1990/91:60, sid. 56 ff.

Register för uppföljningsändamål inom hälso- och sjukvård utformas i många fall som ett *hälsodataregister* enligt lagen om hälsodataregister eller som ett *kvalitetsregister* enligt patientdatalagen.

Kvalitetsregister

Kvalitetsregister regleras i 7 kap. patientdatalagen. Med ett kvalitetsregister avses enligt 1 § en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter, som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande *utveckla och säkra vårdens kvalitet*.

Personuppgifter får inte behandlas i ett kvalitetsregister om den enskilde motsätter sig det. Om den enskilde motsätter sig personuppgiftsbehandlingen sedan den påbörjats, ska personuppgifterna utplånas ur registret så snart som möjligt.

Syftet med ett kvalitetsregister ska vara att möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Personuppgifter i kvalitetsregister får därmed behandlas för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet.

Personuppgifter som behandlas för de kvalitetssäkrande ändamålen får också behandlas för

1. framställning av statistik,
2. forskning inom hälso- och sjukvården,
3. utlämnande till den som ska använda uppgifterna för ändamål som anges i 1 och 2 eller i 4 §, och
4. fullgörande av någon annan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning än den som anges i 6 kap. 5 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Till detta kan läggas att det ska vara frivilligt att föra ett kvalitetsregister enligt patientdatalagen.

Hälsodataregister

Ett hälsodataregister är ett register där data om enskilda individers hälsotillstånd registreras för uppföljningsändamål. Det äldsta hälsodataregistret är *cancerregistret*. Fram till slutet av 1990-talet

fanns ingen särskild lagreglering av hälsodataregistren. En sådan infördes dock år 1998 genom lagen om hälsodataregister (1998:543).

I förarbetena till lagen konstateras att all behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården rörande enskilda individer ofta är av känslig eller mycket känslig natur. Att behandlingen av sådana personuppgifter reglerades i lag framstod därför som ett angeläget led i arbetet med att stärka skyddet för den personliga integriteten.²

En första viktig bestämmelse anger att *centrala förvaltningsmyndigheter* får utföra automatisk databehandling av personuppgifter i hälsodataregister och att förvaltningsmyndigheten i denna roll är personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen. I lagen ges ramregler för registrering av personuppgifter. Det finns bl.a. begränsningar när det gäller *ändamålet* med registreringen, dvs. det sätt på vilket sätt personuppgifterna får användas. I ett hälsodataregister får enligt 3 § personuppgifter behandlas *endast* för ändamålen

1. framställning av statistik,
2. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården samt för
3. forskning och epidemiologiska undersökningar.

Registret får endast innehålla de uppgifter som *krävs* för att ändamålen ska kunna uppfyllas. Det är därför inte tillåtet att i ett hälsodataregister föra in uppgifter som "kan vara bra att ha", om de faller utanför ändamålet med registret. Den som bedriver hälso- och sjukvård är skyldig att lämna de uppgifter som krävs till registret.

Regeringen bestämmer genom särskild förordning i varje enskilt fall om en myndighet ska få föra ett hälsodataregister. Regeringen får meddela begränsningar i de ovan angivna ändamålen med registret. Regeringen får också besluta om begränsningar i fråga om vilka uppgifter registret får innehålla, vårdgivarnas uppgiftsskyldighet till registret, möjligheten till samkörning samt i rätten att bevara uppgifter. Den lagstadgade ändamålsbestämningen är således central i lagen. Det finns därför skäl att se närmare på vad

² Prop. 1997/98:108, sid. 24.

som avses med t.ex. statistik, forskning och epidemiologiska undersökningar.

Statistik

I förarbetena till lagen om hälsodataregister framgår att framställning av statistik har varit en viktig anledning till att många av nuvarande register har inrättats. Statistikframställning är i dag än mer betydelsefull för att myndigheterna skall kunna beskriva den verklighet i vilken de arbetar och för att visa hur verksamheten påverkas av olika åtgärder som myndigheten företar.

Som en tillåten ändamålsbestämmelse för hälsodataregister anges därför att behandling får ske för framställning av statistik. Däri inbegrips såväl officiell statistik som t.ex. sådan som tas fram för myndigheternas interna behov av planering. Enligt Vaccinutredningens mening är data om *vaccintäckning* för landet eller ett visst område ett typiskt exempel på statistik av den typ som här avses.

Uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring

Uppföljning avser, enligt förarbetena, att fortlöpande och regelbundet mäta och beskriva behov, verksamheter och resursåtgång angivet i termer av t.ex. behovstäckning, produktivitet och nyckeltal. Uppföljning syftar till att ge en översiktlig bild av verksamhetens utveckling och att fungera som en signal för avvikelser som bör beaktas.

Utvärdering avser analys och värdering av kvalitet, effektivitet och resultat hos en verksamhet i förhållande till de mål som bestämts för denna.

Kvalitetssäkring är en utvärderingsprocess där man fortlöpande och systematiskt beskriver, mäter och värderar kvaliteten i den egna verksamheten i relation till de mål som har lagts fast.

Forskning och epidemiologiska undersökningar

Hälsodataregister används i mycket hög grad som underlag för olika forskningsuppgifter. Registren används i detta syfte såväl av den myndighet som för registret som av andra. Begreppet

forskning torde emellertid inte förorsaka några oklarheter. Emellertid framgår av förarbetena att de forskningsändamål som här avses ska rymmas inom myndighetens verksamhetsområde. Detta bestäms i första hand av myndighetens instruktion.³ Det innebär att myndighetsinstruktionen och eventuella andra författningar där myndighetens verksamhet definieras, avgör för vilka forskningsändamål registret får användas.

Däremot bedömdes att hälsodataregister ska, förutom forskning och i motsats till kvalitetsregistren, även kunna användas för *epidemiologiska undersökningar*. Många sådana undersökningar sker genom framtagning av statistik och fångas därmed upp av den särskilda ändamålsbestämmelsen om statistikproduktion. Emellertid kan, enligt förarbetena till lagen, det också finnas andra viktiga ändamål inom området epidemiologi, som varken utgör statistik eller forskning. Det finns alltså ett utrymme för tolkningssvårigheter. Epidemiologi är vetenskapen om hälsoförhållanden i befolkningen och de faktorer som påverkar eller bidrar till olika typer av ohälsa. Epidemiologin har en central betydelse för att påvisa riskfaktorer för en lång rad sjukdomar hos befolkningen och ge underlag för systematiskt genomförda försök med förebyggande insatser. Ett viktigt exempel på förebyggande insatser inom vården är vaccinationer. Epidemiologiska undersökningar som resulterar i andra former av redovisningar än ren statistik bör i många fall kunna täckas av ändamålsbestämmelsen forskning. För att undvika tillämpningsproblem genom svårigheten att dra en exakt gräns för vad som skall avses med forskning respektive epidemiologisk undersökning, har ändamålsbestämmelsen för hälsodataregister utformats så att det är tillåtet att behandla uppgifter för forskning och epidemiologiska undersökningar.⁴

Samkörning med andra register

I 5 § finns regler om *samkörning* med andra register, som kan vara hälsodataregister eller register av annat slag. Med samkörning mellan två personregister menas en maskinell bearbetning av uppgifter i ett register tillsammans med uppgifter i ett annat register hos den personuppgiftsansvarige eller hos annan person-

³ Prop. 1997/98:108, sid. 50.

⁴ Prop. 1997/98:108, sid. 48 ff.

uppgiftsansvarig. Även annan direkt överföring av uppgifter från ett personregister till ett annat räknas som samkörning.

Regeringen konstaterade i förarbetena till lagen om hälsodataregister att samkörning är från integritetssynpunkt känslig verksamhet, som dock är nödvändig för att registrens ska kunna användas på ett effektivt sätt. Möjligheten till samkörning borde därför, enligt regeringen, regleras närmare i lagtexten. Ändamålsbestämmelsen utgör därvid den grundläggande bestämmelsen för integritetsskyddet vid behandlingen av uppgifter i ett hälsodataregister. Mot den bakgrunden har möjligheten till samkörning kopplats till ändamålet med registret. Den myndighet som är personuppgiftsansvarig för hälsodataregistret får därför, för de ovan definierade ändamålen, hämta personuppgifter till registret från andra register genom samkörning. Samkörning för andra ändamål än de författningsreglerade är dock inte tillåten.⁵

Utlämnning av uppgifter

Endast den personuppgiftsansvariga myndigheten får ha direktåtkomst till personuppgifterna i registret. Personuppgifter i ett hälsodataregister får emellertid lämnas ut i datamedium till annan. En förutsättning för att sådant utlämnande ska vara möjligt är att ändamålet faller inom de ovan nämnda.

Regeringen övervägde möjligheten att i klartext ange kretsen av de mottagare som ska kunna få tillgång till uppgifter med hjälp av medium för automatiserad behandling. En sådan avgränsning bedömdes dock, med tanke på de olika nyttjare som hälsodataregister kommer att ha, vara mindre lämplig. Tillskott och bortfall av nyttjare skulle bl.a. kunna föranleda ett ständigt pågående ändringsarbete i registerförfattningarna. Möjligheten till utlämnning av personuppgifter på datamedium har därför begränsats till de ändamål för vilka databehandling får ske. Härigenom uppnås en samstämmighet med ställningstagandena beträffande innehåll i och inhämtande av uppgifter till ett hälsodataregister.⁶

⁵ a. prop. sid. 52 f.

⁶ a. prop. sid. 58 f.

16.2.2 Samlad bedömning

Vaccinutredningen bedömer att kvalitetsregistren har ett annat fokus och delvis andra syften än vad som skulle vara fallet med ett vaccinationsregister. Huvudsyftet ska, för att registrering ska vara möjlig, vara att utveckla *kvaliteten i verksamheten med hälso- och sjukvård* och ge underlag för jämförelser mellan olika landsdelar och olika tidsperioder. Vidare kräver registrering i ett kvalitetsregister att den registrerade inte motsätter sig registrering.

I ett hälsodataregister ska registrering ske oavsett den registrerades inställning till registreringen. Det innebär för ett vaccinationsregister att den enskilde kan undgå registrering endast genom att motsätta sig vaccineringen, som ju är frivillig. Det kan eventuellt i sig utgöra en risk för att människor låter bli att vaccinera sig själva eller sina barn. På samma sätt kan man undgå registrering i läkemedelsregistret genom att låta bli att hämta ut sin medicin. Erfarenheten talar dock för att det inte är registreringen, utan själva vaccinationen, som leder till tveksamhet hos vissa individer. Om dessutom en effektiv uppföljningsfunktion kan inrättas, bör denna på sikt bidra till att höja förtroendet för vaccinationer i samhället. Här ska också noteras att bestämningen av de ändamål som ett kvalitetsregister kan användas för omfattar forskning, men inte epidemiologiska studier. Sådana studier är en viktig del i arbetet med uppföljning av vaccinationer.

De behov av vaccinuppföljning som avser *täckningsgrad* för vacciner kan tillgodoses helt genom statistiska data. Studier av *vaccineffekt* sker redan i dag genom epidemiologiska studier. Även uppföljning av biverkningar kan göras med hjälp av epidemiologiska studier, stödda av statistiska data. Som framgått i det föregående används läkemedelsregistret i hög grad i arbetet med säkerhetsövervakning, både av Läkemedelsverket och av industrin. Sammantaget, och med hänsyn till att ändamålsregleringarna i lagen om hälsodataregister avsiktligt gjorts vida, finner Vaccinutredningen att behoven av uppföljning av vaccinationer kan ske på ett tillfredsställande sätt genom ett hälsodataregister, men inte genom ett kvalitetsregister.

En särreglering så som skett i Norge, vid sidan av lagen om hälsodataregister är i och för sig möjlig, men lagtekniskt komplicerad att genomföra. Utredningen ser heller inga skäl för att de regelverk, som särskilt inrättats och sedan lång tid tillämpats för dataregister av förevarande slag, inte ska användas i detta fall. Mot

den bakgrunden bör ett nationellt hälsodataregister för vaccinationer införas enligt lagen om hälsodataregister.

Ett sådant register skulle ge de funktioner myndigheterna behöver för uppföljning av vaccinationer. Däremot skulle registret inte möta de behov som finns, i första hand i vården, men också för de enskilda. Det handlar i denna del främst om att kunna se vilka vaccinationer som getts tidigare till en viss individ.

Patientdatautredningen konstaterade att de av utredningen föreslagna reglerna om *sammanhållen journalföring*, som senare infördes, skulle ge möjlighet till kontroll av tidigare vaccinationer. Som närmare beskrivits i kapitel 12 pågår nu ett arbete med att utveckla och ta i bruk system för sammanhållen journalföring. Arbetet har dessutom gått fortare än vad som tidigare beräknats. Systemet förväntas nu vara fullt utbyggt år 2012. Systemet innebär att en vårdgivare får tillgång till journaldata, t.ex. vaccinationer, som registrerats, även av andra vårdgivare. Vaccinutredningen anser, i likhet med Patientdatautredningen, att detta inom överskådlig tid kommer att ge de önskade funktionerna. Det saknas därmed skäl att för dessa specifika ändamål inrätta ett särskilt, statligt journalsystem för just vaccinationer.

16.3 Närmare om ett hälsodataregister för vaccinationer

16.3.1 Ändamålen med registret

Som framgått i det föregående krävs att ett hälsodataregister upprättas genom en förordning i vilken en myndighet ges rätt att föra registret. Vidare finns möjlighet att begränsa bl.a. ändamålen med registret och de slag av uppgifter som får registreras. Ändamålet med vaccinationsregistret fångas i det föregående, där behoven av uppföljning definierats. Det handlar i allt väsentligt om produktion av statistik, forskning och epidemiologiska studier. Härutöver visar utredningsresultaten på stora skillnader i vaccinationsverksamhetens villkor. Det gäller i synnerhet mellan barn- och skolhälsovård. Ett vaccinationsregister kan användas också för uppföljning av kvalitetsaspekter i de verksamheter där vaccinationer utförs. Det finns därför inte skäl anledning att begränsa ändamålen med ett vaccinationsregister i förhållande till vad som är möjligt enligt 3 § lagen om hälsodataregister.

16.3.2 Data som behöver registreras

För de angivna ändamålen med vaccinationsregistret krävs inte många typer av data. Redan tidigt i utredningsarbetet stod klart att följande data skulle vara fullt tillräckliga:

1. Datum för vaccination.
2. Personnummer.
3. Folkbokföringsort.
4. Vaccintyp och batchnummer.
5. Vaccinatör och plats för vaccination.

Detta är väsentligt färre data än som nu registreras, eller kan registreras, i Svevac. Det finns emellertid ingen anledning att registrera fler data än nödvändigt. Detta är också en viktig förutsättning för att registret ska kunna föras och användas som ett hälsodataregister enligt de intentioner lagen vilar på och de särskilda skyddsintressen som lagen ska värna.

Födelseland m.m.

Utöver vad företrädare för berörda myndigheter framfört kan övervägas om det finns skäl att också registrera data som underlättar uppföljning av vaccinationer bland barn födda i andra länder än Sverige. Om en sådan funktion är önskvärd kan tandhälsoregistret tjäna som förebild. Detta är avsett för uppföljning av effekterna av insatser som görs inom ramen för det nya tandvårdsstöd, som gäller från den 1 juli 2008. Av förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen framgår att bl.a. *födelseland, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet* registreras.

Även vaccinationsregistret kan omfatta dessa eller några av dessa uppgifter, t.ex. födelseland, om det bedöms önskvärt att kunna utvärdera vaccinationer bland t.ex. svenska barn födda i andra länder. Enligt SCB, som svarar för inrapportering av här aktuella data, är det också möjligt att rapportera data om *föräldrarnas födelseland*. Vaccinutredningen lägger dock inga förslag av denna innebörd. Om emellertid rapporteringsskyldigheten bedöms behöva omfatta även

data av här avsedd typ bör Statistiska centralbyrån, liksom i tandhälsoregistret, vara ansvarig för rapporteringen.

Bevarande och gallring av data

En viktig aspekt för ett vaccinationsregister är dataunderlaget måste finnas tillgängligt under lång tid, om eventuella långsiktiga effekter av vaccinationer ska kunna följas upp.

Lagen om hälsodataregister innehåller inga regler om gallring av personuppgifter. I förarbetena hänvisas till allmänna gallringsbestämmelser i personuppgiftslagen. Vidare anförs att en alltför omfattande gallring i hälsodataregister kan få till följd att det inte kommer att finnas tillräckligt material för t.ex. epidemiologiska undersökningar eller utvärderingar av olika slag. En alltför begränsad gallring kan å andra sidan medföra att känsliga uppgifter om den enskilde onödigtvis sparas, vilket kan upplevas som ett intrång i den personliga integriteten.⁷

Av 9 § första stycket personuppgiftslagen framgår att personuppgifter inte får bevaras under längre tid än vad som är *nödvändigt med hänsyn till ändamålen* med databehandlingen. Viktiga ändamål med databehandlingen är i förevarande fall att genom forskningsprojekt eller epidemiologiska studier utvärdera t.ex. vaccin-effekt och förekomst av biverkningar i ett långtidsperspektiv. Det innebär att personuppgifterna om vaccinationer kommer att lagras under lång tid. Det åligger den personuppgiftsansvariga myndigheten att se till att gallring sker när ändamålen med registret inte längre föranleder att uppgifterna bevaras.

16.3.3 Avgränsningar

Frågan är då om i princip alla vaccinationer som utförs i Sverige behöver registreras, vilket varit målsättningen med Svevac, eller om registreringskyldigheten ska inskränkas till vaccinationer som ingår i nationella vaccinationsprogram?

I första hand är det angeläget att registrera de vaccinationer som f.n. med automatik faller utanför registreringsplikten för läkemedelsregistret. Det gäller samtliga barnvaccinationer som sker i barn- och skolhälsovård. Det gäller även vaccinationer mot

⁷ a. prop. sid. 58 f.

influenza, som sker i vårdcentraler. Dessa vacciner upphandlas direkt av landstingen och passerar inte via apoteken. I läkemedelsregistret registreras emellertid de HPV-vacciner, som den enskilde hämtar ut i apotek och som därefter ges i t.ex. en vårdcentral. Om utredningens förslag att avskaffa möjligheten till läkemedelsförmån får vacciner genomförs, kommer dock även dessa vacciner att falla utanför registreringen i läkemedelsregistret.

Mot bakgrund av det hittills anförda bör *i första hand* registreras de vaccinationer som omfattas av nationella vaccinationsprogram enligt utredningens förslag om sådana program. Därigenom kommer uppskattningsvis mellan 70 och 80 procent av de vaccinationer som utförs i Sverige att registreras i registret. Någon närmare bedömning av antal eller andel vaccinationer i nationella program är inte möjlig att göra med hänsyn till bristerna i vaccinationsstatistiken.

Övriga vaccinationer, dvs. de som inte ges inom ramen för nationella vaccinationsprogram, avser främst resevacciner, vaccination mot t.ex. TBE och de hepatitvaccinationer som sker vid sidan av vaccinationsprogrammen. Det är av nyss angivna skäl oklart i vilken utsträckning dessa tas ut av enskild i apotek. I kapitel 5 har dock framgått att den som får driva partihandel med läkemedel också har rätt att sälja vacciner direkt till läkar- och vaccinationsmottagningar. Utredningen bedömer att detta är den vanligaste distributionskanalen även för vacciner som ges utom ramen för nationella vaccinationsprogram. En begränsning av registreringsplikten till vaccinationer i nationella vaccinationsprogram skulle således innebära att möjligheten till uppföljning av vaccinationer alltjämt skulle saknas för uppskattningsvis 20–30 procent av de vaccinationer som varje år ges i Sverige. Mot den bakgrunden, och då det här handlar om en mindre andel av det samlade antalet vaccinationer, anser utredningen att registreringsplikten i vart fall på sikt bör omfatta samtliga vaccinationer som ges i Sverige. Att införa ett vaccinationsregister är emellertid en omfattande uppgift. Det gäller inte minst funktionen inmatning av data. Det kommer därför ta tid att upprätta och implementera de dataregistrerings- och lagringsfunktioner som krävs. Det gäller redan vaccinationer inom vaccinationsprogrammen.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att registreringskyldigheten *i ett första steg* begränsas till att omfatta den merpart av svenska vaccinationer som torde komma att ske inom nationella vaccinationsprogram enligt den föreslagna lagstiftningen. Det innebär att t.ex. influensavaccinationer i riskgrupper inte kommer

att registreras, om inte vaccinationerna lyfts in i ett nationellt vaccinationsprogram. Sedan implementeringen i det första steget kunnat följas upp och utvärderas, kan tiden vara mogen för en utvidgning av vaccinationsregistret till att omfatta även vaccinationer utanför de nationella vaccinationsprogrammen och då med prioritet för de vaccinationer som sker eller rekommendation från Socialstyrelsen.

Rapporteringskyldigheten

För läkemedel gäller rapporteringskyldighet för apoteken. För att ett vaccinationsregister ska kunna fungera på avsett sätt krävs att varje vaccindos, av de vacciner som önskas rapporterade, registreras separat av den som ger vaccinationen. Det innebär att sjuksköterskor inom barn- och skolhälsovården och inom den öppna vården i övrigt ska registrera vaccinationen i anslutning till att injektionen ges. Så sker redan i de län där Svecac används och så sker, i nationell skala, i Norge och Danmark där nationella vaccinationsregister redan inrättats. Emellertid kan som närmare redovisas i det följande även en automatisk hämtning av aktuella data åstadkommas. Målsättningen är att en sådan ska tillämpas av alla rapporteringskyldiga vårdgivare. Under en tid kan dock en separat registrering behöva förekomma.

Med den heltäckande registrering av vaccinationer, som utredningen föreslagit ska införas på sikt, kommer även privata vaccinatörer, t.ex. vaccinationsmottagningar, att omfattas av skyldigheten att rapportera de vaccinationer som ges i verksamheten.

I första hand ska rapporteringskyldigheten således omfatta vårdgivare som utför vaccinationer. SCB hanterar emellertid Registret över totalbefolkningen (RTB) som bl.a. innehåller uppgifter om folkbokföring. Mot den bakgrunden bör SCB, liksom är fallet med andra hälsodataregister, svara för rapporteringen i denna del.

16.3.4 Vaccinationsregistrets hemvist

En särskild fråga gäller vilken myndighet som ska ges rätt att föra vaccinationsregistret, dvs. vara *personuppgiftsansvarig* för registret.

De flesta hälsodataregister, t.ex. läkemedelsregistret, förs av Socialstyrelsen. Ett hälsodataregister för biverkningsregistrering

(SWEDIS) förs emellertid av Läkemedelsverket. Såvitt utredningen erfarit har de olika hemvisterna för dessa båda hälsodataregister inte inneburit några praktiska problem när det gäller t.ex. samkörning och korsanalyser mellan registren. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har också, i syfte att underlätta uppföljningen av läkemedel, bildat en gemensam arbetsgrupp för registeranvändningen. Det kan då te sig naturligt att data om all läkemedelsanvändning, även vaccinanvändningen, samlas in av en och samma administrativa enhet. Socialstyrelsen svarar också för den officiella läkemedelsstatistiken, som med ett vaccinationsregister och i motsats till i nuläget, kommer att kunna sammanställas för vacciner på ett minst lika effektivt sätt som beträffande övriga läkemedel.

Här finns emellertid anledning att erinra om uppföljningsbehoven för vacciner, som är mer mångfacetterade än för läkemedel i allmänhet. Förutom analys av biverkningar, som gäller alla läkemedel, ska vaccinationsregistret kunna ge underlag för analyser av *vaccintäckning* och *vaccineffekt*. Båda dessa uppföljnings- och utvärderingsuppgifter faller sedan lång tid inom SMI:s ansvarsområde. Regeringen har nyligen föreslagit att myndigheten ges ett bredare uppdrag för kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning inom smittskyddsområdet. Härvid understryks att den kunskapsuppbyggnad som sker vid myndigheten huvudsakligen bör ske med utgångspunkt från behoven i regeringen, Socialstyrelsen, de operativt ansvariga myndigheterna och andra berörda. Det är t.ex. av stor vikt med en bättre återföring av resultat till berörda inom hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg samt andra berörda än vad som hittills varit möjlig, med de prioriteringar SMI hittills gjort.⁸

Uppföljning av vaccinationer torde, med hänsyn till vaccinationernas betydelse för att minska smittspridningen, vara en central del av SMI:s arbete med kunskapsuppbyggnad, framtagning av beslutsunderlag och erfarenhetsåterföring till såväl centrala statliga aktörer som till kommuner och landsting. Ett vaccinationsregister kan antas bli ett viktigt verktyg i detta arbete. Mot den bakgrunden talar övervägande skäl för att vaccinationsregistret bör hanteras av SMI, som därmed också blir personuppgiftsansvarig myndighet.

Det finns ingen anledning anta att ett samarbete om analyser av *vacciners* effektivitet och säkerhet mellan Läkemedelsverket och SMI skulle löpa mindre effektivt än som nu är fallet beträffande

⁸ Prop. 2009/10:123, sid. 23 ff.

övriga läkemedel. Sådana analyser sker redan i samarbete mellan Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Sedan länge finns också, i andra frågor, ett etablerat samarbete mellan Socialstyrelsen och SMI.

Utredningen har tagit del av förslag om att en *särskild akutgrupp*, eller "haverikommission", borde bildas med företrädare för de tre myndigheterna Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och SMI. Syftet med en sådan grupp skulle vara att skapa förutsättningar för snabba och effektiva åtgärder vid plötsliga larm om misstänkta biverkningar av vaccinationer, bl.a. skulle tillgängliga registerresurser kunna användas på ett effektivare sätt. Regeringen har nyligen konstaterat att det finns ett etablerat samarbete mellan de nationella myndigheterna inom smittskyddsområdet när det gäller kriskommunikation, men att samarbetet i vardagen skulle kunna utvecklas på fler områden.⁹ Utredningen ser inga hinder mot att myndigheterna, inom ramen för sina respektive uppdrag, inrättar en sådan gemensam samarbetsfunktion för vaccinuppföljning. Några särskilda förslag behöver därmed inte läggas fram i denna del.

Sammantaget finner utredningen att övervägande skäl talar för att SMI genom särskild förordning ska ges rätt att föra det föreslagna hälsodataregistret för vaccinationer samt att erforderliga samarbeten med övriga berörda myndigheter bör etableras för att de samlade uppföljningsbehoven för vaccinationer ska kunna tillgodoses på ett effektivt sätt. Avslutningsvis finns i denna del anledning återknyta till vad som framgått i avsnitt 16.2.1 om ändamålet med registret. De forskningsändamål som får tillgodoses med ett hälsodataregister avgränsas i praktiken av myndighetens verksamhet sådan den definierats i myndighetens instruktion och andra författningar. I nuläget gäller att SMI ska bedriva forskning inom smittskyddsområdet samt analysera det epidemiologiska läget beträffande smittsamma sjukdomar och skyddet efter genomförda vaccinationsprogram. Detta är såvitt utredningen kan bedöma oproblematiskt och innebär inga begränsningar i vaccinationsregistrets önskade användningsområde. Som framgått i kapitel 6, avsnitt 6.2.2, förväntas inom kort beslut om en ny instruktion för SMI. Det är givetvis angeläget att här aktuella frågor beaktas när den nya instruktionen utformas.

⁹ a. prop. sid. 12.

16.4 Praktiska frågor

En grov uppskattning, och det är alltså bara sådana som är möjliga, ger vid handen att drygt tre miljoner vaccinationer utförs årligen i Sverige. Det innebär att omkring 10 miljoner enskilda uppgifter, t.ex. personnummer, batch, vaccinatör m.m., ska registreras varje år. Det är en ansevärd mängd data, men långt färre än vad som registreras i läkemedelsregistret. I det senare registret registrerades år 2007, för enbart de 20 vanligaste läkemedlen, över sex miljoner personer med data om läkemedel, dos, handelsnamn, antal, styrka och prisinformation samt personnummer, hemlän, förskrivare och dennes verksamhetsområde. Datalagringen för ett vaccinregister blir betydligt mindre omfattande och kräver därmed avsevärt mindre lagringskapacitet.

Annorlunda förhåller det sig med *inmatningen* av data. Denna sker, för läkemedelsregistrets del, automatiskt genom streckkodsavläsning. Någon form av automatiserad överföring av journaluppgifter till vaccinationsregistret är önskvärd, men data kan också matas in manuellt. Så sker t.ex. i det danska vaccinationsregistret.

SMI har genom verksamheten med Svevac redan byggt upp erfarenheter av praktiska frågor kring dataregistrering av vaccinationer, liksom om systemlösningar, kostnader och andra praktiska frågor med koppling till uppbyggnad av ett sådant register. Mot den bakgrunden har Vaccinutredningen uppdragit åt SMI att översiktligt belysa frågor av detta slag. Den följande framställningen bygger i huvudsak på underlaget från SMI.

16.4.1 Närmare om registrering i vaccinationsregistret

Försörjning med data sker i huvudsak från vården, t.ex. barn- och skolhälsovård. Vaccinationsdata kan genereras från journalsystem och levereras till hälsodataregistret dygnsvis från respektive vård-enhet eller vårdgivare. Detta kan ske i ett standardiserat, krypterat dataformat till vaccinationsregistret. För detta ändamål måste ett särskilt program, en s.k. agent, tas fram och införas i journalsystemen. Praktiskt går det till så att vårdgivaren laddar ned agenten via Internet på samma sätt som sker för andra program och uppdateringar till sådana.

De data som överförs innehåller individuppgifter, uppgifter om vårdenhet, vaccinatör och vaccinationen. Grunduppgifter avseende

vaccin (vaccin och satsnummer) kan tas fram av Läkemedelsverket och levereras till hälsodataregistret för överföring till alternativt hämtas av vårdenheterna. Det kan även finnas andra uppgifter, som behöver överföras, men dessa får identifieras efter hand. Designen av registret bör medge flexibilitet för att ta emot nya variabler eller ta bort ej erforderliga variabler.

Det finns åtskilliga fungerande tekniker för datafångst, vilket gör att ett särskilt analysarbete erfordras för detta. Det kan antingen ske genom automatisk överföring i realtid, eller med olika intervaller. Som framgått i kapitel 10 är det ett förhållandevis stort antal vårdgivare inom barnvaccinationsverksamheten som alltså saknar datoriserade journalsystem. Det är vanligare med pappersjournaler i barnhälsovården än i skolhälsovården. Mot den bakgrunden måste det också, antagligen under en relativt lång övergångsperiod, finnas möjlighet att endera mata in uppgifter via ett webbaserat användargränssnitt eller att rapportera uppgifter på pappersblankett. Båda möjligheterna kan finnas parallellt. Det ska understrykas att det är vårdgivarna inom kommuner och landsting som ska vara skyldiga att mata in vaccinationsuppgifter. Det är därmed också ett ansvar för vårdgivarna att ta fram de funktioner som kan underlätta en kostnadseffektiv inrapportering av data.

16.4.2 Kritiska tekniska faktorer

Vaccinregistrets konstruktion kräver i och för sig ingen besvärlig och konstig teknik. Generella komponenter används och anpassas till registret. Det finns emellertid ett antal kritiska punkter som bör nämnas här.

Datafångsten sker genom att data hämtas från journalsystemen. Det går till så att en fråga skickas till dessa system varefter data levereras exempelvis en gång per dygn. Detta kräver en anpassning i förhållande till journalsystemen.

Kommunikationen behöver inte vara omfattande i tekniska termer, eftersom datafångsten bygger på ett styrt informationsutbyte. Däremot behövs tillräckligt med kapacitet för användarna. Den kapacitet som för närvarande finns tillgänglig för Svevac bör vara tillräcklig.

Lagringskonstruktionen är viktig, för att få en effektiv analys- och hantering. Själva lagringen är omfattande och den måste synkroni-

seras mellan flera databaser med snabb åtkomst. Särskilt viktigt är det om långa tidsserier med historisk information ska presenteras.

Utdatadelen behöver anpassas till användarna. Det innebär dock inte några tekniska problem. Erfarenheter visar dock att det är mycket svårt att fånga in dessa krav, dvs. vilka funktioner hos myndigheterna systemet ska tillgodose. Möjligheterna blir ju helt andra än i dag. Exempelvis kan en allvarlig ny biverkning finnas för analys hos Läkemiddelsverket redan dygnet efter inmatningen i vården. Sammantaget krävs en närmare analys i denna del.

16.4.3 Utveckling och drift

Utvecklingen av ett hälsodataregister för vaccinationer bör ske i nära samråd mellan de myndigheter, som är huvudintressenter för registret och med företrädare för Sveriges kommuner och landsting. Det gäller oavsett vilken myndighet som är personuppgiftsansvarig administratör och ägare av registret. I utvecklingsfasen gäller det att i detalj definiera hårdvara och mjukvara samt att ta vara på tidigare erfarenheter inom området.

I princip kan ett vaccinationsregister byggas upp endera med värdmyndighetens egna eller delvis egna resurser, men med upphandling av programmeringen, eller kan registret specificeras varefter utveckling sker genom upphandling. Oavsett vilken metod som väljs, är det viktigt att tillräcklig beställarkompetens finns tillgänglig inför utvecklingen. I annat fall kan utvecklingskostnaderna bli onödigt höga. Det är dessutom viktigt att myndigheten har full kontroll över registret, ända ner till källkod, för att stärka sin möjlighet till effektiva upphandlingar. Mot den bakgrunden anser utredningen att

1. En ansvarig styrgrupp, som representerar berörda myndigheter samt rapporteringsansvariga vårdgivare, bör bildas för att förankra och säkerställa uppbyggnaden av registret. Denna förankring bör ske i myndigheternas ledningsgrupper.
2. En *projektorganisation* bör bildas inom den tilltänkta värdmyndigheten. Tillräcklig kompetens för statistikutveckling och teknisk kommunikation tillförs projektgruppen. programmeringskompetens bör finnas, men den kan i huvudsak upphandlas.

Utvecklingsarbetet kan förslagsvis genomföras i följande faser:

1. Kunskapsuppbyggnad kring registrets kontext, där erfarenheter och verksamhetskunskap är viktigaste delar.
2. Design av datafångst och samordning av data. Resultatet är en teknisk design av datahanteringen.
3. Utformning av datalager och dataflöden. Resultatet blir ett samordnat och fungerande datalager.
4. Utformning av analysverktyg och utdatahantering. Detta är den viktigaste delen i registerdesignen, där registret synliggörs. Här behövs ett omfattande verksamhetsstöd, så att de nödvändiga analyserna och rapporterna kan tas fram.
5. Implementering och införande av registret till användarna. Detta omfattar etablering mot samverkande system, datafångst samt utbildning, information och användarhantering. Här kommer även viss kompletterande design och utveckling att ske. Härfter övergår systemet i driftfas.

17 Konsekvenser av förslagen

17.1 Formella förutsättningar

När en statlig utredning lägger fram förslag till förändringar ska konsekvenserna av förslagen analyseras och beskrivas i en rad avseenden och enligt olika författningar.

I första hand regleras kommittéernas verksamhet i kommittéförordningen (1998:1474). Enligt 14 § ska förslagens eventuella påverkan på *kostnaderna* eller *intäkterna* för staten, för kommuner och landsting samt för företagen och enskilda individer redovisas i betänkandet. Om förslagen medför *samhällesekonomiska konsekvenser* ska dessa också beskrivas. Om förslagen leder till kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska en *finansiering* föreslås.

Enligt 15 § kommittéförordningen ska förslagens konsekvenser beskrivas om de har betydelse för den *kommunala självstyrelsen*. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten eller för det *brottsförebyggande arbetet*, för *sysselsättning* och *offentlig service* i olika delar av landet, för *små företags* arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt, för *jämställdheten* mellan kvinnor och män samt för möjligheterna att nå de *integrationspolitiska målen*.

Regeringen kan med stöd av 16 § kommittéförordningen, i utredningsdirektiven ange ytterligare krav på vilka konsekvensbeskrivningar som ska finnas i betänkandet. Så har dock inte skett i detta fall.

Enligt 15a § kommittéförordningen, jämförd med 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning, ska vidare *författningsförslag* analyseras i en rad tillkommande avseenden. Det gäller t.ex. beskrivning av det *problem* som ska lösas med regelgivningen, beskrivning av *alternativa lösningar* av problemet, uppgifter om vilka som berörs av de föreslagna

reglerna, reglernas *förhållande till EG-rätten* etc. Dessutom ska en mer detaljerad analys göras av reglernas effekter för *företagen* än som krävs enligt 15 § kommittéförordningen, t.ex. konkurrens-effekter, vilka branscher de berörda företagen är verksamma i och storleken på företagen, vilken tidsåtgång reglernas tillämpning kan föra med sig för företagen och vad regleringen innebär för företagens administrativa kostnader, vilka andra kostnader den föreslagna regleringen medför för företagen och vilka förändringar i verksamheten som företagen kan behöva vidta till följd av de föreslagna reglerna, hur regleringen i andra avseenden kan komma att påverka företagen, samt om särskilda hänsyn behöver tas till små företag vid reglernas utformning.

17.2 Konsekvenser av utredningens förslag

17.2.1 Övergripande konsekvenser för staten, landstingen och kommunerna

Förslagen får övergripande konsekvenser för offentliga aktörer främst genom en tydligare reglering av ansvarsförhållanden när det gäller beslut, finansiering, förutsättningar för och genomförande av nationella vaccinationsprogram. Konkreta regler införs om villkoren för att ett nationellt vaccinationsprogram ska införas eller ändras på ett sätt som kan ges kostnadskonsekvenser för landsting och kommuner. Det innebär att sådana framtida förändringar lättare kan förutses än tidigare. Förslagen leder också till en förstärkt demokratisk förankring, i första hand av det regelverk som styr tillkomstprocessen för vaccinationsprogram, men också i viss mån av besluten i sig. Dessa föreslås tas av regeringen i delar som avser huvudsaklig omfattning och inriktning av de nationella vaccinationsprogrammen.

17.2.2 Kostnader och intäkter i staten, landstingen och kommunerna

Administrativa kostnader

Det har inte gått att identifiera vilka kostnader som i dag är förenade med beslutsprocessen kring vaccinationsprogram. Denna omfattar fortlöpande marknadsbevakning av nyheter på vaccinområdet samt utredning, analys och framtagning av underlag för Socialstyrelsens beslut om föreskrifter eller allmänna råd. Här ingår också viss metodutveckling. Som tidigare konstaterats har företrädare för Socialstyrelsen aktivt medverkat i ett internationellt arbete med att ta fram kriterier för allmän vaccination. Samråd och överläggningar med andra berörda myndigheter inom landet och med kommuner och landsting ingår också i arbetet med att förbereda, besluta och implementera vaccinationsprogram.

Beslut om vaccinationsprogram

Det är inte möjligt att i annat än kvalitativa termer beskriva konsekvenserna för offentliga aktörer av den föreslagna ordningen. När det gäller den administrativa bördan i staten innebär förslagen i huvudsak att ett expertråd inrättas inom Socialstyrelsen. Rådets huvuduppgift föreslås vara att granska beslutsunderlagen utifrån de aspekter som anges i förslagen till lag och förordning om nationella vaccinationsprogram samt att lämna rekommendationer om beslut. Till detta kommer utredningsresurser inom Socialstyrelsen för analys av nya vacciner och för marknadsbevakning m.m. Det är en verksamhet som i huvudsak redan bedrivs och utredningen bedömer inte att förslagen leder till ett ökat resursbehov i Socialstyrelsen. Emellertid ställs i den föreslagna ordningen nya och högre krav på analys av de samhällsekonomiska effekterna av förändrade vaccinationsprogram. Sådana ärenden kan dock förväntas, även i framtiden, bli relativt sällsynta. Det finns därför ingen anledning att bygga upp en särskild funktion inom Socialstyrelsen för samhällsekonomisk analys av vaccinationsprogrammets effekter. Samarbete bör i första hand sökas med befintliga, statliga kompetenscentra inom det samhällsekonomiska området, t.ex. TLV, högskolor och universitet. Sådana samarbeten kan förväntas kräva en kostnadsreglering mellan myndigheterna. I denna del, och när det gäller utveckling av metoder för samhällsekonomisk analys

av vaccinationsprogram, bedömer utredningen att Socialstyrelsen behöver ett resurstillskott motsvarande mellan 500 000 och en miljon.

Beslut föreslås ska fattas av regeringen. Antalet ärenden om ändringar av vaccinationsprogram, som är av sådan art att den nya beslutsordningen ska tillämpas, kommer att vara mycket begränsat under de närmaste 5–10 åren. Rådet behöver dock med vissa intervaller diskutera utvecklingen och även finna former för samarbete och sammanträden. Mot den bakgrunden bedöms att rådet behöver sammanträda 1–2 gånger per år, dvs. även då konkreta förslag till ändrade vaccinationsprogram inte finns att behandla. Vidare behövs vissa begränsade sekretariatsresurser inom Socialstyrelsen, som sannolikt inte behöver omfatta mer än en person på deltid. Kostnaderna för rådets verksamhet torde därför stanna vid ett par hundratusen kronor per år. Kostnaderna för Socialstyrelsens operativa arbete med anknytning till vaccinationsprogrammen torde inte förändras som en följd av förslagen. Till detta kommer beslutsärenden i regeringen, som dock kan förväntas förekomma sällan och därför inte innebär nämnvärda kostnader i ett längre perspektiv.

Upphandling av vacciner

Utredningen har lämnat ett utrymme för olika tänkbara konstruktioner av den föreslagna centrala upphandlingsfunktionen för vacciner. Däremot har föreslagits att en myndighet får ett ansvar för att sådana centrala upphandlingar genomförs. Detta uttrycks i förordningsförslaget så att den myndighet regeringen bestämmer ska *se till* att de vacciner som omfattas av allmänna vaccinationsprogram upphandla centralt och distribueras till de vårdgivare som utför vaccinationer. I praktiken kommer distributionen, liksom i dag, att ske genom vaccintillverkarnas och partihandelsföretagens försorg.

Oavsett om upphandlingarna sker i en myndighets egen regi eller t.ex. genom avtal med en icke statlig aktör, såsom ett landsting, kommer verksamheten att kosta pengar. Utredningen bedömer att det krävs 3–4 kvalificerade upphandlare, där expertkunskaper inom vaccinområdet representeras. Däremot torde inte krävas att dessa arbetar heltid med enbart vaccinupphandling.

Sammantaget bedöms den centrala upphandlingsfunktionen använda 1,5 heltidstjänster till en kostnad av ca 800 000 kronor.

Det är inte mer resurskrävande att administrera en central, nationell upphandling av t.ex. ett visst antal barnvacciner, än om samma vacciner upphandlas i ett landsting eller i flera landsting i samverkan. Skillnaden ligger i huvudsak i antalet doser som upphandlas. I det senare fallet finns dessutom en administrativ börda med att sammanställa underlag för upphandlingen genom identifiering av respektive landstings behov. Detta blir än mer komplicerat om även ett antal kommuner ingår i upphandlingen.

Jämfört med det nuvarande systemet kan flera vaccinupphandlingar, av ett angivet antal olika vaccinsorter, som nu sker parallellt i flera delar av landet och med varierande storlek, ersättas med en. Detsamma gäller hanteringen av överklaganden, som inte längre behöver ske parallellt i likartade ärenden på flera olika håll. Det finns inga data om de samlade administrativa kostnaderna för vaccinupphandlingar i Sverige. En central upphandlingsfunktion bör dock leda till att dessa kostnader, oavsett storlek, kommer att minska med mellan 60 och 80 procent.

Kostnader och intäkter för ett vaccinationsregister

Den registreringsverksamhet för vaccinationer Smittskyddsinstitutet hittills bedrivit med vaccinationsregistret Svevac har hittills kostat ca 3,8 miljoner kronor per år att bedriva.¹ Härav har hälften finansierats av Läkemedelsverket. Från och med år 2010 bär Smittskyddsinstitutet hela kostnaden. Enligt institutet finns inte någon formell budget för verksamheten, som i dag dessutom uppges gå på "sparlåga" i avvaktan på Vaccinutredningens förslag. För år 2010 har dock avsatts ca 2,5 miljoner kronor. För år 2011 finns enbart medel för utvecklingskostnader reserverade.

Ett hälsodataregister för vaccinationer kommer att innebära en kraftig ambitionshöjning och kräver givetvis att medel avsätts för detta ändamål. De samlade *utvecklingskostnaderna* för Svevac har hittills uppgått till ca 8,5 miljoner kronor och de aggregerade kostnaderna för utveckling, drift och underhåll har hittills uppgått till ca 20 miljoner kronor.

¹ Smittskyddsinstitutets verksamhet med vaccinationsregistret Svevac beskrivs i kapitel 11, avsnitt 11.3.4.

Kostnaderna för ett hälsodataregister för vaccinationer kan i viss mån bedömas utifrån de kostnader som de tidigare införda läkemedels- och tandhälsoregistren gett upphov till i Socialstyrelsen. Resursåtgången för läkemedels- och tandhälsoregistret, som är de senast tillkomna hälsodataregistren, är ca 3–4 heltidstjänster per år för vart och ett av registren. Registren administreras på hel- eller deltid av 4–5 personer med olika kompetens, t.ex., statistisk och epidemiologisk expertis samt kommunikatör, administratör och registeransvarig. Till detta kommer vissa kostnader för medicinska konsulter, datakonsulter, tillskott av förvaltningsmedel samt overheadkostnader. Kostnaderna för att driva de båda registren beräknas till mellan sex och åtta miljoner kronor per register och år. Utvecklingskostnaderna har uppgått till ca sex miljoner kronor per register.

Smittskyddsinstitutet bedömer att de redan nedlagda kostnaderna för Svevac i stora delar kan nyttiggöras vid utvecklingen av ett hälsodataregister för vaccinationer. Det gäller inte minst den kunskap om registrering av just vaccinationer, som byggts upp inom Smittskyddsinstitutet. Det förutsätter dock att Smittskyddsinstitutet ansvarar för registret. Den befintliga databasen bedöms också kunna ligga till grund för vaccinationsregistret. Storleken på dessa vinster är svåra att uppskatta men torde, enligt Smittskyddsinstitutet, bli betydande.

Utredningen bedömer mot den bakgrunden att utvecklingskostnaderna för ett hälsodataregister för vaccinationer bör stanna kring 4–5 miljoner kronor. Då omfattas även kostnader i landsting och kommuner för att ansluta till vaccinationsregistret. SKL har dock anfört att detta troligen innebär en underskattning av kostnaderna i kommuner och landsting. Detta föreslås ske genom att ett specialprogram, en s.k. agent, laddas ned till det befintliga journalprogrammet via Internet. De årliga driftkostnaderna torde inte överstiga kostnaderna för Svevac, dvs. mellan tre och fyra miljoner kronor per år.

När det gäller det löpande arbetet uppstår besparingar i Smittskyddsinstitutet jämfört med den relativt omständliga process som i dag krävs för uppföljning av *vaccinationstäckning*. Besparingen kan uppskattas till ca en halv miljon kronor årligen i Smittskyddsinstitutet. Ett lika stort belopp bör kunna tillgodogöras i verksamheten med utvärdering av vaccinernas *långtidseffekter*, genom att de epidemiologiska studier som krävs i denna del kan effektiviseras. Effektiviseringar uppstår emellertid även i

Läkemedelsverket, t.ex. med uppföljning av *misstänkta biverkningar*, som med ett vaccinationsregister inte behöver föregås av en etisk prövning eller den enskildes medgivande.

Smittskyddsinstitutet har aviserat att ambitionsnivån avseende seroepidemiologiska studier och framför allt avseende uppföljning av den mikrobiologiska epidemiologin för sjukdomar inom de allmänna vaccinationsprogrammen behöver höjas. Kostnaderna för dessa insatser är svåra att beräkna, men borde i allmänhet kunna rymmas inom ramen för myndighetens förvaltningsbudget. För vissa sjukdomar kan dock extrainsatserna bli betydande och kräva extra tillskott i Smittskyddsinstitutets budget. Det är därför viktigt att en beräkning av samtliga uppföljningskostnader, i enlighet vad som anförs i kapitel 11, avsnitt 11.2.2, görs i samband med att nya vacciner inkluderas i nationella vaccinationsprogram.

De huvudsakliga vinsterna kommer emellertid att uppstå i ett bredare samhällsperspektiv och dessa går inte att beskriva i annat än kvalitativa termer. Sålunda innebär vaccinationsregistret att ett trovärdigare underlag kan tas fram snabbare än tidigare för att bemöta rykten om biverkningar och vacciners påstådda farlighet. Data och rapporter om genomförda vaccinationer kommer att finnas tillgängliga praktiskt taget i realtid. Det innebär lättnader i den börda som information om vaccinationer innebär.

Möjligheten till tidig varning om en eventuell allvarlig biverkning förbättras också väsentligt. Kostnaderna vid en sådan händelse, för samhället och för staten, landstingen och kommunerna, kan i annat fall bli betydande.

Exakta data om vaccinationstäckning innebär att riktade insatser kan göras i befolkningsgrupper eller i områden där vaccinationstäckningen av något skäl är otillfredsställande. Eventuella plötsliga förändringar kan också iakttas så snart de uppträder. Täckningsdata kommer att kunna tas fram, och följas dag för dag, i mycket begränsade geografiska områden, t.ex. ett postnummerområde. Det innebär en påtaglig kvalitetshöjning i uppföljningsarbetet. Registerdata kan även utgöra ett viktigt verktyg i *smittskyddsläkarens* arbete med övervakning av de nationella vaccinationsprogrammets funktionssätt. En stor del av effektiveringen bör därmed ske i landstingen, men även i kommunerna, där skolhälsovården kan få data om vaccinationstäckning och skillnader i denna mellan olika elevgrupper och kommundelar.

I allt väsentligt innebär vaccinationsregistret en avsevärd ambitionshöjning och kvalitetsförbättring i ett nationellt

perspektiv, snarare än i förväg kalkylerbara besparingar i de statliga myndigheterna.

För statens del bedöms vaccinationsregistret inte leda till några ökade kostnader jämfört med Svevac, bortsett från engångskostnader för investeringen. Vaccinationsregistret kommer dock, i motsats till vad som varit fallet med Svevac, också att generera effektiviseringar i den statliga verksamheten.

Arbetsituationen i kommuner och landsting

Verksamheten med vaccinationer kommer inte att påverkas på något nämnvärt sätt om förslagen genomförs. Socialstyrelsen föreslås alltså ansvara för närmare föreskrifter för vaccinationsarbetet. Det innebär t.ex. att ange vilka vaccinationer som ska erbjudas i barn- respektive i skolhälsovården.

Särskilt i barnhälsovården förekommer alltså att vaccinationer endast dokumenteras i pappersjournal.² Då krävs att inmatningen i vaccinationsregistret sker separat, via en webbansluten dator. Så sker redan i dag i Svevac och även i de danska och norska vaccinationsregistren. Det är troligt att inmatning i vaccinationsregistret på vissa håll och under en övergångstid måste ske "manuellt". Det innebär ett visst merarbete för vårdgivarna. Avsikten är dock att inmatning av data i registret på relativt kort sikt ska ske automatiskt. Den föreslagna skyldigheten att registrera vaccinationer kan förväntas driva på utvecklingen mot en fullt datoriserad journalhantering. Detta är för övrigt också en förutsättning för att målet med en nationell patientöversikt ska kunna nås. Det förutsätts vidare att registreringskyldigheten införs stegvis och så att inte omotiverade, om än tillfälliga, administrativa bördor uppstår i kommuner och landsting.

Kostnader för vacciner

Vid sidan av de *administrativa* kostnaderna för upphandling av vacciner, är givetvis kostnaderna för vaccinerna *i sig* betydande. Av tillgängliga underlag kan dras slutsatsen att dessa kostnader uppgår till drygt 200 miljoner per år enbart i *barnvaccinationsprogrammet*. Från och med år 2010 då vaccinationer mot HPV införs, kan

² Se kapitel 10, tabell 10.5.

kostnaden bedömas till ca 250 miljoner kronor per år. Många offentliga vaccinupphandlingar är små. Ett okänt antal är dessutom direktupphandlingar, där kommuner eller landsting beställer vaccin till rådande dags- eller listpris. En central upphandlingsfunktion kommer att ha helt andra förutsättningar att utnyttja fördelen med offentlig upphandling än vad som råder i nuläget.

Det är naturligtvis svårt att bedöma hur stor denna effekt kan komma att bli. Vaccinindustrins företrädare har uppgivit att en rabattnivå kring ca 50 procent i dag tillämpas av vaccintillverkarna. Landstingen uppskattar att genomsnittliga rabatter om ca 30 procent är en mer realistisk bedömning. Med professionellt genomförda nationella upphandlingar, som bygger på ingående kunskap om vaccinmarknaden och på strategiska överväganden av bl.a. konkurrensrelaterade faktorer, torde en genomsnittlig rabattnivå om ytterligare ca 10–15 procent inte vara omöjlig. Det innebär en besparing om 25–35 miljoner kronor per år på nationell nivå och enbart i barnvaccinationsprogrammet. Till detta kommer de eventuella *övriga* vaccinationer, som de nationella vaccinationsprogrammen i framtiden kan komma att omfatta. Den samlade årskostnaden för landets behov av vaccin mot säsongsinfluensa torde exempelvis uppgå till ca 40 miljoner kronor.

Utredningen har föreslagit att kostnadsansvaret för vacciner i nationella vaccinationsprogram ska överföras från kommunerna till staten. En sådan lättnad i kommunernas och landstingens åligganden ska föranleda en reglering enligt finansieringsprincipen. Vid en sådan reglering är förslaget kostnadsneutralt för staten, kommunerna och landstingen. I fråga om nationella vaccinationsprogram ska den föreslagna ansvarsfördelningen tillämpas. Regeringens ansvar för statsfinanserna, och de förutsättningar som följer av budgetlagen och gällande budgetpolitiska beslut, kräver att regeringen vid sin prövning av nya nationella vaccinationsprogram ställer sådana mot andra angelägna samhällsinsatser statliga och kommunala.

Kostnader för läkemedelsförmåner

Genom förslaget att vacciner av vissa slag inte längre ska subventioneras inom systemet med läkemedelsförmåner, minskas statens kostnader i denna del. Hittills har dock endast vaccin mot HPV finansierats med läkemedelsförmån. Som vistas i det föregående

svarar staten för 1 500 kronor av den individuella kostnaden för en fullt genomförd HPV-vaccination om tre doser. Det förutsätter att den enskilde individen inte tagit ut andra läkemedel med läkemedelsförmån under den senaste tolv månaders perioden. I annat fall ökar statens kostnader. En motsvarande vaccinationsomgång i ett vaccinationsprogram skulle däremot, med den lösning utredningen föreslår, för närvarande kosta mellan 500 och 750 kronor per person beroende på hur vaccinupphandlingen till slut utfaller. Den samlade effekten i framtiden är helt beroende av vilka vacciner som, om förslaget inte genomförs i denna del, skulle komma att säljas med läkemedelsförmån och av priset på dessa vacciner.

Kostnader för information

Utredningen har föreslagit att Smittskyddsinstitutet får ett samlat ansvar för samordning av informationen till *allmänheten* om vaccinationer och för att ta fram en modern kommunikationsstrategi för sådan information. Detta arbete bör bedrivas i nära samråd med övriga berörda myndigheter och med expertis inom området samhällsinformation och kommunikation, t.ex. inom forskning och högskolor. Utredningen bedömer att de föreslagna informationsinsatserna bör kunna genomföras inom befintliga, samlade budgetramar. Inga förändringar föreslås när det gäller information till hälso- och sjukvårdspersonalen.

Samhällsekonomiska effekter

Uppföljningssystemen effektiviseras. Det innebär att också de samhällsekonomiska effekterna av vaccinationer på sikt kommer att kunna följas upp på ett noggrannare sätt än som hittills varit möjligt.

Utredningen föreslår också att de samhällsekonomiska effekterna av ändringar i vaccinationsprogrammen ska bedömas i ett bredare samhällsperspektiv än som hittills vanligen förekommit. Det kan, i kombination med lägre vaccinkostnader, förväntas leda till ökad samhällsekonomisk effektivitet.

17.2.3 Effekter för företagen och för allmänheten

Förslagen ger få effekter för företagen. De små och medelstora företagen bedöms i huvudsak inte beröras. Så kan emellertid ändå bli fallet på sikt, om kraven på registrering i vaccinationsregistret kommer att omfatta också privata läkar- och vaccinationsmottagningar, såsom vid vaccination inför en resa. Det förutsätts dock att privata vårdgivare kan anslutas via en nedladdad programvara på samma sätt som hos offentliga vårdgivare. Därigenom torde registreringsplikten inte leda till några ytterligare administrativa bördor av betydelse för dessa aktörer.

Förslaget om nationella vaccinupphandlingar torde leda till motsvarande minskning av den administrativa börda för vaccintillverkare och partihandelsföretag, som blir följderna för det allmänna. Det innebär t.ex. ett mindre antal men större anbud och, i förekommande fall, färre tilldelningsbeslut att överklaga.

Ett vaccinationsregister blir vidare ett viktigt verktyg i uppföljningen och utvärderingen av vacciner, inte minst från säkerhetssynpunkt. Som framgått i kapitel 5 har företagen ett stort och utökat ansvar för egenåtgärder i samband med sådan uppföljning. Vaccinregistret kommer att medföra effektiviseringar i vaccintillverkarnas verksamhet med biverkningsuppföljningar.

I övrigt kan utredningen inte se några effekter för företagen av förslagen.

För enskilda medborgare kan pekas på flera olika positiva effekter. Genom att vacciner, som det finns skäl för samhället att subventionera, inte ska tillhandahållas med läkemedelsförmån utan avgiftsfritt direkt via vården krävs inte längre läkarbesök och att vaccinet hämtas i apotek. Inte heller behöver vaccinet kylförvaras i hemmet. Informationen om vaccinationer förbättras. Ett tydligare ansvar för informationsinsatser bör på sikt leda till att också informationen blir tydligare och att inbördes motstridiga budskap kan undvikas. Även för den enskilde bör förslagen leda till en ökad tydlighet med klara gränser för vad som, å ena sidan, är samhällsviktiga, programenliga vaccinationer och, å andra sidan, vaccinationer som var och en utan subvention får bekosta själv. Förtroendet för nationella vaccinationsprogram kan förväntas öka i befolkningen genom en tydligare demokratisk förankring och genom att beslutsunderlagen ska granskas av ett särskilt expertorgan. Även vaccinationsregistret är ägnat att höja allmänhetens

förtroende för nationella vaccinationsprogram och för vacciner i allmänhet.

17.2.4 Effekter för jämställdheten m.m.

I den mån frågor om effekter för jämställdheten mellan kvinnor och män, och mellan flickor och pojkar, är aktuella är de genomgående av positivt slag. Vaccinationsregistret kan snabbt ge aktuell information om omotiverade skillnader i vaccinations-täckning mellan könen. Därigenom kan goda underlag, på en detaljerad nivå i en geografisk dimension, tillhandahållas för att undanröja sådana skillnader.

Detsamma gäller även i andra dimensioner. Det kommer att gå att ta fram statistik för olika vacciner och i vad mån de når olika grupper i samhället. Det kan t.ex. gälla skillnader mellan barn födda i Sverige och i utlandet eller mellan befolkningsgrupper med varierande socioekonomiska förutsättningar. Det ger sammantaget förbättrade möjligheter att fördela vacciner i målgrupperna utifrån behov och inte från ovidkommande hänsyn eller som en effekt av t.ex. etnisk bakgrund eller sociala och ekonomiska förhållanden.

En annan effekt som här förtjänar att framhållas är att vacciner, som efter noggrann prövning befunnits viktiga att erbjuda en i viss målgrupp, i utredningens förslag är kostnadsfria för den enskilde oavsett betalningsförmåga.

Sammantaget bedöms att förslagen leder i riktning mot samhällets fördelnings- jämställdhets- och integrationspolitiska mål.

17.2.5 Författningsförslagen

Inledningsvis har framgått att författningsförslag ska konsekvens-beskrivas i särskilt angivna aspekter. Utredningen lägger i huvudsak förslag till en lag och en förordning om nationella vaccinations-program. Övriga lagförslag avser följdändringar. Effekterna av författningsförslagen har i allt väsentligt redan berörts, dock med undantag för eventuella alternativ till regleringar, som kan komma i fråga att uppnå det önskade resultatet.

De föreslagna författningarna ska tillämpas i huvudsak av regeringen, Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. I författningarna ges anvisningar för den administrativa hanteringen av de

nationella vaccinationsprogrammets tillkomstprocess och för beslut om sådana program. Både Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet förutsätts utfärda de närmare tillämpningsföreskrifter som krävs i anledning av det nya regelverket. Härtill kommer vissa regler i förordning, som är nödvändiga för att det föreslagna nationella vaccinationsregistret ska kunna fungera på avsett sätt. Dessa berör i första hand Smittskyddsinstitutet och de instanser, främst, vårdgivare, som ska vara skyldiga att mata in data i registret.

I kapitel 15 har inledningsvis konstaterats att det i praktiken saknas författningsregleringar om hur vaccinationsprogram ska beredas och beslutas. Det är i grunden ett demokratiskt och konstitutionellt problem. Ett ökat demokratiskt inflytande kan, från konstitutionella utgångspunkter, enbart åstadkommas genom lag. I lag kan riksdagen också bemyndiga regeringen, som ansvarar för statsbudgeten, att utfärda närmare regler om tillämpning m.m.. Därmed krävs lagstiftning om en bättre demokratiska förankring av nationella vaccinationsprogram och tydligare konstitutionellt grundade förutsättningar för dessa ska kunna uppnås.

Någon EG-lagstiftning som berör utformningen av nationella vaccinationsprogram finns för närvarande inte. Sådan lagstiftning finns däremot i flera EG-direktiv inom området *offentlig upphandling*. Förslagen om nationella vaccinupphandlingar är dock helt förenliga med gällande svenska och internationella regler på upphandlingsområdet.

17.2.6 Sammanfattande slutsatser

Sammanfattningsvis kan konstateras att förslagen leder till ett tydligare författningsreglerat ansvar för olika offentliga aktörer, tydliga, författningsreglerade förutsättningar för nya vacciner i vaccinationsprogrammen och ett ökat inflytande för riksdag och regering vid utformning av nationella vaccinationsprogram.

Kostnadskonsekvenserna är svåra att kvantifiera. De största positiva effekterna nås genom ökad tydlighet, bättre förutsättningar för förtroende, snabbare och effektivare uppföljningar och förbättrade underlag för information och utvärdering.

De nyss redovisade, samlade kostnaderna för det allmänna kan beräknas till mellan tre och sex miljoner kronor jämfört med nuvarande situation. Om de nuvarande kostnaderna för Svevac beaktas blir kostnadsökningen mellan två och tre miljoner kronor.

Kostnadsbesparingarna kan bedömas bli omkring 30 miljoner kronor per år i enbart barnvaccinationsprogrammet. Huvuddelen av denna besparing förväntas uppstå i form av billigare vacciner genom nationella vaccinupphandlingar. Därtill kan besparingar uppstå genom att vacciner inte längre ska finansieras i systemet med läkemedelsförmåner.

Vid en tillämpning av finansieringsprincipen leder förslagen inte till någon överföring av faktiska kostnader från kommunsektorn till staten. De samlade vaccinkostnaderna kan också förväntas sjunka jämfört med om förslagen inte genomförs. Effekten uppnås, förutom genom lägre vaccinpriser, även genom en väsentligt kostnadseffektivare upphandlingsverksamhet med en högre kvalitet än vad som hittills varit möjlig att nå.

18 Författningskommentar

18.1 Förslaget till lag om nationella vaccinationsprogram

1 §

Lagrummet är avsett som en portalparagraf med inledande information om vad som i lagen menas med nationella vaccinationsprogram. Här fastslås att det är staten som beslutar om vaccinationsprogram enligt lagen och att hälso- och sjukvården ska svara för att programmen genomförs avgiftsfritt för allmänheten. Vidare framgår att nationella vaccinationsprogram avser vaccination av människor och att lagen därmed inte är tillämplig på vaccinationsprogram inom djurens hälso- och sjukvård.

2 §

I paragrafen anges att nationella vaccinationsprogram kan vara av två slag. Med allmänt vaccinationsprogram avses ett program som erbjuds hela eller praktiskt taget hela befolkningen. Så är t.ex. fallet med vaccinationer inom nu gällande barnvaccinationsprogram. Med särskilt vaccinationsprogram avses vaccinationer som erbjuds personer i riskgrupper.

3 §

I paragrafen definieras vilka typer vacciner som kan komma ifråga att bedöma för införlivande i nationella vaccinationsprogram. Med begreppet "vaccin" avses humanvacciner enligt definition i den

europiska farmakopé, som utarbetats enligt Europarådets konvention om en europeisk farmakopé från år 1975. Ett sådant vaccin ska t.ex. vara ägnat att skapa immunitet mot smittsam sjukdom genom att inducera en kroppsegen produktion av antikroppar eller andra skyddsmekanismer.

Inte alla sådana vacciner kan dock bli aktuella att överväga för introduktion i nationella vaccinationsprogram. För det första krävs, enligt den föreslagna regeln, att vaccinet är avsett att ges utan föregående diagnos av den sjukdom det ska ge skydd mot. Därigenom utesluts s.k. terapeutiska vacciner från lagens tillämpningsområde.

Vaccinet ska dessutom vara avsett att ge mer än kortvarigt skydd mot smittsam sjukdom i hela eller delar av befolkningen. Därigenom utesluts vacciner som ges till enstaka individer av individualpreventiva skäl eller till mindre grupper av individer, t.ex. inför en utlandsresa. Delar av befolkningen kan t.ex. utgöras av en eller flera riskgrupper eller av befolkningen i en viss region.

Definitionen i 3 § har, jämförd med utredningens förslag till ändring i 15 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., betydelse för vilka vacciner som kan omfattas av läkemedelsförmånerna.

4 §

I paragrafen definieras tre huvudvillkor som nationella vaccinationsprogram ska uppfylla. Villkoren ska bedömas enskilt för varje sjukdom eller smittämne programmet omfattar eller kan komma att omfatta, t.ex. när en ny vaccination övervägs för införande i ett nationellt vaccinationsprogram.

Med effektivt motverkande av sjuklighet i samhället avses att programmet ska ha en positiv medicinsk effekt på sjukdomsördan i ett brett samhällsperspektiv. Det förutsätts att en avvägning sker mellan sjukdomens allvarlighet och dess utbredning. En mycket utbredd, men mindre allvarlig infektionssjukdom, kan ge en hög sjukdomsörda i samhället. Det kan även mer ovanliga infektioner om de riskerar att leda till dödsfall eller allvarliga komplikationer. Bedömningen bör också omfatta frågan om vaccinets förväntade förmåga att förebygga sjukdom. Det är inte bara är den sjukdom eller det smittämne som vaccinet direkt förebygger som här kan

beaktas. Eventuella sekundära effekter av vaccinationen på sjukligheten ska därmed också vägas in.

För det andra krävs att vaccination mot en sjukdom, som ingår i ett nationellt vaccinationsprogram, ska vara kostnadseffektiv från samhällsekonomiska utgångspunkter. Det förutsätter att en samhällsekonomisk analys genomförs. Denna ska ske i ett brett samhällsperspektiv. Det innebär att alla relevanta kostnader, hälsoeffekter och samhällsvinster i övrigt, som uppstår i samband med ett vaccinationsprogram, ska ingå i analysen. Kostnader som uppkommer inom och utanför hälso- och sjukvårdssektorn bör inkluderas. Ett exempel är produktionsbortfall som blir en följd av sjuklighet.

Slutligen ska vaccinationer som sker enligt nationella vaccinationsprogram vara hållbara från etiska och humanitära utgångspunkter. Det kräver bl.a. bedömningar av vaccinets säkerhet och risken för biverkningar. Sådana risker måste vägas mot vaccinationens positiva effekter.

Det förutsätts således att de tre kriterier, som ska gälla för nationella vaccinationsprogram, utvärderas i en samlad bedömning.

Om ett nationellt vaccinationsprogram i någon del inte längre motsvarar kriterierna i första stycket, ska det enligt andra stycket ändras så att överensstämmelse med kriterierna uppnås. Av andra stycket följer att en fortlöpande övervakning av vaccinationsprogrammen är nödvändig i aktuella avseenden.

Beslutskriterierna i 4 § är avsedda att fyllas ut med närmare tillämpningsföreskrifter. Sådana föreskrifter kan gälla vilka olika delfrågor som bör belysas i anslutning till respektive kriterium. Regeringen bemyndigas i 5 § att utfärda sådana föreskrifter.

5 §

Av paragrafen framgår i punkt 1 att i nationella vaccinationsprogram ska anges vilka sjukdomar (kikhosta, polio) eller smittämnen (humant papilomvirus, pneumokocker) som programmet ska ge skydd mot. Dessutom behöver en rad andra bestämmelser beslutas, t.ex. det antal vaccindoser som ska ges mot en sjukdom och de intervall med vilka doserna ska ges. Detta framgår av 5 § 2. Bemyndiganden att ta beslut enligt respektive punkt ges i 6 §.

6 §

I paragrafen bemyndigas regeringen att besluta om vilka sjukdomar och smittämnen de nationella vaccinationsprogrammen från tid till annan ska omfatta samt att utfärda närmare föreskrifter om de underlag som besluten ska grundas på. Sådana föreskrifter kan t.ex. avse mer detaljerade frågställningar som behöver belysas inom ramen för de i 4 § angivna kriterierna.

Socialstyrelsen bemyndigas att utfärda de bestämmelser i övrigt som krävs för att de nationella vaccinationsprogrammen ska kunna genomföras. Exempel på sådana bestämmelser har nämnts i det föregående under 5 §. En fråga som också kan behöva regleras gäller vilka barnvaccinationer som ska ske i skolan respektive i barnhälsovården. Om särskilda vaccinationsprogram beslutas enligt 2 och 5 §§, behöver riskgrupperna närmare definieras i särskilda bestämmelser. Sådana bestämmelser omfattas av Socialstyrelsens bemyndigande enligt lagrummet.

7 §

I paragrafen anges att landsting och kommuner ska svara för det praktiska genomförandet av nationella vaccinationsprogram. Barnvaccinationer förutsätts alltså ske inom barnhälsovården och i skolan. Övriga vaccinationer, som kan komma att omfattas av nationella vaccinationsprogram, förutsätts i huvudsak genomföras inom primärvården. Vidare stadgas att kommuner och landsting ska bära kostnaderna för den vaccinationsverksamhet, som nationella vaccinationsprogram orsakar eller i framtiden kan komma att orsaka. Från denna princip undantas kostnader för vacciner, som regleras separat i 8 §.

Enligt andra stycket är det inte tillåtet för vårdgivarna att ta ut avgifter av allmänheten för vaccinationer som omfattas av nationella vaccinationsprogram.

8 §

I paragrafen stadgas att staten kostnadsfritt för landsting och kommuner ska tillhandahålla de vacciner som behövs för att vårdgivarna ska kunna uppfylla skyldigheterna enligt 6 §.

18.2 Ändringen i 9 kap 4 § smittskyddslagen (2004:168)

Genom tillägg i första stycket undantas frågor om nationella vaccinationsprogram från Socialstyrelsens bemyndigande att utfärda föreskrifter enligt lagrummet.

18.3 Ändringen i 15 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Genom tillägg i första stycket undantas från lagens om läkemedelsförmåner m.m. tillämpningsområde sådana vacciner som avses i 3 § i den föreslagna lagen om nationella vaccinationsprogram. Det krävs således inte att ett vaccin faktiskt tagits in i ett sådant program för att lagen om läkemedelsförmåner m.m. inte ska vara tillämplig för vaccinet. Ändamålet med regelringen är att utesluta möjligheten till läkemedelsförmåner för vacciner som kan prövas för införlivande i ett nationellt vaccinationsprogram.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av professor Bengt Jönsson

Hur skall staten betala för nationella vaccinationsprogram?

Utredningen föreslår en kostnadsfördelning mellan staten och landstingen som innebär att staten betalar för vaccinet medan landstingen betalar för själva vaccineringen. Denna princip kan synas rationell och enkel, speciellt om den kombineras med central upphandling av vaccinerna för det nationella programmet. Problemet med denna princip är att ett delat kostnadsansvar på detta sätt innebär ett försvagat kostnadsansvar och leder till att kostnaderna för de nationella vaccinationsprogrammen blir högre än de skulle behöva vara. Det är viktigt att den som har ansvaret för genomförande av vaccinationsprogrammen också har det fulla ansvaret för kostnaderna. Det är viktigt för få så låga kostnader för programmet som möjligt att förhandlingarna om pris och kvantiteter för vaccinet kan ske samtidigt med att andra tjänster som leverantörerna kan erbjuda, t.ex. distribution, förpackning etc. tas med i diskussioner och kontrakt. Om inte alla kostnader beaktas vid upphandlingen kommer programmets kostnader att bli högre än de annars skulle vara. En speciellt viktig punkt är sambandet mellan pris och levererade kvantiteter. Det är i många fall svårt att beräkna hur många vaccindoser som kommer att efterfrågas. Det är också beroende av hur vaccinationerna ges och den information som sker för att stimulera befolkningen att acceptera det erbjudande som det nationella vaccinprogrammet utgör. Om betalningen delas på det sätt som utredningen föreslår så kan följden bli att stora mängder vacciner som beställts inte kommer att användas, eller att staten får betala ett högt pris för flexibla leveranskontrakt. Erfarenheterna från olika länders upphandling av influensavaccin illustrerar detta.

Hur skall då staten betala för det nationella vaccinationsprogrammet? Den grundläggande principen för kostnadsansvaret inom sjukvården är att detta åligger landstingen. Enligt finansieringsprincipen skall dock staten bidra till kostnader som uppstår genom statlig beslut. Beslut om nationella vaccinationsprogram är ett sådant. Utredningen föreslår förtjänstfullt att statens beslut om nationella vaccinationsprogram skall ske med beaktande av de samhällsekonomiska kostnaderna och vinsterna. Vinsterna utgörs av hälsovinsterna för befolkningen, men också minskade kostnader till följd av minskad sjuklighet och dödlighet, med en vid spridning i samhället. Kostnaderna är på samma sätt spridda i samhället och är relaterade till de risker och biverkningar som vaccinerna kan ha, och till individens res- och tidskostnader för att bli vaccinerade. Kostnaderna för vaccinerna och deras administration är bara en del av de samhällsekonomiska konsekvenserna. Principen att staten betalar för vaccinet har ingen samhällsekonomisk rationalitet och baseras inte heller på överväganden om finansieringsprincipens innebörd.

En möjlig tolkning av finansieringsprincipen är att staten skall betala för de extra kostnader som det nationella vaccinationsprogrammet leder till för landstingen. Vaccinkostnaden skulle kunna vara en rimlig approximation i vissa fall, men då mera av en tillfällighet. Ett bättre alternativ skulle vara att göra en översiktlig beräkning av dessa kostnader. Detta kan göras om en del av den samhällsekonomiska analysen. En exakt beräkning är knappast av intresse eftersom det bara rör sig om en fördelning mellan två olika representanter för medborgarna, och vad den ena parten vinner, förlorar den andra. Den viktigaste samhällsekonomiska aspekten på betalningen är att den medverkar till att ge landstingen incitament att genomföra programmet, så att inte det faktum att landstingen tar merparten av kostnaden, medan vinsterna sprids i samhället, minskar antalet personer som vaccineras. Betalningen är ett sätt för staten att skapa incitament för implementeringen av programmen. Detta är en viktig aspekt som också tas upp i ett särskilt yttrande av Daniel Tarschys.

Men det är inte bara viktigt att staten betalar, lika viktigt är hur betalningen sker. Genom att t.ex. betala landstingen en ersättning per utförd vaccination skapas incitament för en hög täckningsgrad, och för att inte köpa in större kvantiteter av vaccinet än vad som beräknas kunna användas i praktiken. En sådan betalning ger också landstingen möjlighet och incitament öka kostnadseffektiviteten

genom att kontraktera andra utförare om de kan utföra vaccinationerna till lägre kostnad. Ett alternativ till att betala per utförd vaccination är att göra en budget för vaccinationsprogrammet, som innehåller regler om att under- eller överskott gentemot de faktiska kostnaderna, delas lika mellan staten och landstingen. Detta är den modell som används för den gemensamma finanseringen av läkemedel inom läkemedelsförmånen. Fördelen med denna modell är att den tvingar fram en noggrann kostnads- och effektivitetsredovisning för de nationella vaccinationsprogrammen; till priset av ökade administrativa kostnader jämfört med att betala per vaccination.

Central upphandling av vaccinerna till det nationella vaccinationsprogrammet är inte nödvändigtvis knuten till att staten betalar för vaccinet. Central upphandling kan ske även med andra principer för hur staten betalar. Frågan om vilken grad av centralisering som landstingen väljer för upphandlingen bör inte preciseras i förväg. Det kan i olika situationer finnas anledning att välja den ena eller den andra modellen för upphandling. Det är upp till den som har kostnadsansvaret att i varje situation välja den metod som är mest fördelaktig.

Kommittédirektiv



Översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen, m.m.

Dir.
2008:131

Beslut vid regeringssammanträde den 30 oktober 2008

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare får i uppdrag att göra en översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen, hanteringen av vacciner inom ramen för läkemedelsförmånssystemet och förhållandet mellan dessa system. I uppdraget ingår att

- kartlägga de omvärldsförändringar som skett eller är på gång inom vaccinationsområdet och bedöma hur dessa påverkar de nationella vaccinationsprogrammen och läkemedelsförmånssystemet,
- pröva om det finns skäl för att göra förändringar eller förtydliganden av nuvarande ordning i syfte att säkerställa en öppen och effektiv beslutsprocess,
- överväga om det finns behov av tydligare kriterier för vilka vaccin som bör ingå i de nationella vaccinationsprogrammen samt i så fall lämna förslag till utformning av sådana,
- göra en översyn av huvudmannskapet för de nationella vaccinationsprogrammen och då främst kommuners ansvar för den vaccination som sker inom skolhälsovården,
- lämna förslag till principer för hur de nationella vaccinationsprogrammen ska finansieras,
- göra en översyn av förhållandet mellan läkemedelsförmånssystemet och de nationella vaccinationsprogrammen,
- pröva om den information och det kunskapsunderlag som förmedlas till individen eller föräldrarna vid vaccination av barn är tillräcklig,

- pröva om nuvarande insatser för att ta fram ett kunskapsunderlag är tillräckligt för att myndigheterna ska kunna göra en oberoende bedömning av vacciner som lanseras på marknaden,
- överväga om det finns behov av insatser för att förbättra användbarheten av hälsoekonomiska analyser som beslutsunderlag inom vaccinområdet,
- pröva vilka behov av uppföljning och utvärdering som finns av de nationella vaccinationsprogrammen,
- redovisa hur förslagen påverkar kostnader för staten, landstingen, kommunerna samt lämna förslag till finansiering av eventuella kostnadsökningar, samt
- lämna de författningsförslag som är nödvändiga med anledning av uppdraget.

Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 maj 2010.

Bakgrund

Vanliga barnvacciner är billiga att framställa, har få och lindriga biverkningar och ger ett effektivt skydd mot sjukdomar. Genom sådana vacciner har sjukdomar som difteri, polio, mässling, pås-sjuka och röda hund så gott som helt försvunnit i Sverige, vilket medfört omfattande positiva konsekvenser för individer, samhälle och hälso- och sjukvård.

Under 1980- och 1990-talen introducerades få nya vacciner. Lönsamheten i branschen har varit måttlig jämfört med övrig läkemedelsindustri. Kostnadspressen från köpare av vaccin i olika länder har efterhand resulterat i få återstående vaccinfabriker, vilket ibland t.o.m. lett till leveranssvårigheter när någon fabrik drabbats av kvalitetsproblem.

Under senare år har nya infektionshot och en mer innovativ vaccinindustri medfört att frågor om vacciner och vaccination blivit högaktuella. Ett viktigt skäl till att vacciner uppmärksammas är att flera nya vacciner introducerats på marknaden. Ett exempel är ett nytt vaccin mot pneumokocker som ger möjlighet att reducera antalet svåra pneumokockinfektioner bland barn. Ett annat exempel är vaccin mot humant papillomvirus (HPV) som kan orsaka cancer. Ytterligare nya vacciner är på väg, åtminstone på sikt.

Framtidsutsikterna för vaccinindustrin bedöms numera vara ljusa. Ny kunskap inom immunologi och ny teknik för att framställa vaccin har skapat helt nya möjligheter jämfört med tidigare. Bättre och säkrare vacciner kommer på sikt att ersätta gamla vacciner. Det pågår även flera projekt som syftar till att ta fram s.k. terapeutiska vaccin för behandling av inte minst cancer och autoimmuna sjukdomar.

Vaccination – ett samhälligt och ett enskilt ansvar

I Sverige finns det under normala förhållanden ingen skyldighet för den enskilde att låta sig vaccineras. Det finns dock en möjlighet att införa obligatorisk vaccination vid krig, krigsfara eller andra utomordentliga förhållanden för personal inom försvarsväsendet.

Även om det inte finns någon skyldighet att låta sig vaccineras, verkar samhället i vissa fall för att vaccinationer ska erbjudas medborgarna. De fall där samhället normalt sett tar ett ansvar för att enskilda erbjuds vaccination är:

- vaccination inom det nationella vaccinationsprogrammet för barn,
- vaccination inom de nationella vaccinationsprogrammen riktade mot särskilda riskgrupper,
- vaccination som en åtgärd enligt smittskyddslagen för att förebygga en specifik smittrisk, samt
- vaccination som en åtgärd enligt arbetsmiljölagen för att förebygga arbetsrelaterade smittrisker.

I övrigt kan vaccinationer bl.a. äga rum i form av en individuellt upplagd förebyggande behandling på eget initiativ inför en utlandsresa, på grund av att stater ställer krav enligt det internationella hälsoreglementet på att vaccination ska vara genomförd för att inresa ska beviljas (i nuläget enbart gula febern), eller vid specifika smittrisker, t.ex. fästingburen encefalit (TBE).

Nuvarande reglering

I 1 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168) (SL) anges att samhällets smittskydd ska tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar. I 1 kap. 4 § SL anges bl.a. att smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och att åtgärderna inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Vidare ska åtgärderna vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. När åtgärder rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver. Av 1 kap. 8 § SL framgår att landsting ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, i den mån annat inte följer av lagen.

När det är frågan om en allmänfarlig sjukdom kan i vissa fall vaccinering i det enskilda fallet anses vara en behövlig smittskyddsåtgärd och därför vara kostnadsfri enligt 7 kap. 1 § SL.

Enligt 9 kap. 4 § SL får regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda. Ett sådant bemyndigande finns i 12 § smittskyddförordningen (2004:255).

Enligt 14 kap. 2 § skollagen (1985:1110) har skolhälsovården till ändamål att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Skolhälsovården ska främst vara förebyggande. Den ska omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. Enligt 6 § samma kapitel ska den skolhälsovård som eleverna har rätt till vara kostnadsfri för dem. Skolhälsovård är en hälso- och sjukvårdsverksamhet och omfattas därför också av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Med hänsyn till ansvaret enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) för vidtagande av åtgärder mot hälsorisker i arbetet kan arbetsgivare i vissa fall vara skyldiga se till att arbetstagare erbjuds vaccination.

De nationella vaccinationsprogrammen

Det nationella vaccinationsprogrammet för barn

Den 21 november 2006 fattade Socialstyrelsen beslut om föreskrifter om vaccination av barn (SOSFS 2006:22). Enligt föreskrifterna ska barn- och skolhälsovården till alla vårdnadshavare erbjuda

vaccination av de barn som är födda år 2002 eller senare enligt följande program:

- vid 3, 5 och 12 månaders ålder ges en dos av vaccin mot stelkramp, difteri, polio, kikhosta och *Haemophilus influenzae* typ b,
- vid 18 månaders ålder ges en första dos av vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund,
- vid 5–6 års ålder ges en fjärde dos av vaccin mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio,
- vid 6–8 års ålder ges en andra dos av vaccin mot mässling, påssjuka och röda hund, samt
- vid 14–16 års ålder ges en femte dos av vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta.

Utgångspunkten för beräkningen av tidpunkten för vaccination ska, även om barnet är för tidigt fött, vara ett barns kronologiska ålder. Vidare ska barn upp till 18 års ålder, om de inte tidigare har vaccinerats i enlighet med vaccinationsprogrammet, erbjudas kompletterande vaccination.

Förändringar av det nationella vaccinationsprogrammet för barn

Socialstyrelsen beslutade den 12 maj 2008 att vaccination mot pneumokocker ska föras in i det nationella vaccinationsprogrammet för barn (SOSFS 2008:7). Beslutet, som träder i kraft den 1 januari 2009, innebär att barn ska erbjudas vaccination mot pneumokocker vid 3, 5 och 12 månaders ålder.

Den 26 februari 2008 remitterade Socialstyrelsen ett förslag om vaccinering av flickor i åldern 10–12 år mot humant papillomvirus (HPV). Remisstiden löpte ut den 28 april 2008. Socialstyrelsen har ännu inte tagit slutlig ställning i frågan.

Nationella vaccinationsprogram riktade till särskilda riskgrupper

När det gäller vaccination av personer med s.k. risksjukdomar (t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar och sjukdomar som nedsätter immunförsvaret) och personer som är över 65 år mot influensa och

pneumokocker har Socialstyrelsen utfärdat allmänna råd (SOSFS 1997:21 och 1994:26). Allmänna råd finns även för difteri och stelkramp (SOSFS 1990:21). Allmänna råd utgör emellertid inga tvingande föreskrifter. I fråga om hepatit B och tuberkulos har Socialstyrelsen utfärdat rekommendationer, som ger sjukvårdshuvudmännen ännu större frihet att göra en egen bedömning.

Anslutning till de nationella vaccinationsprogrammen

Vaccinationsstatistik från barnavårdscentralerna och skolhälsovården visar god anslutning till det nationella vaccinationsprogrammet för barn (cirka 95 procent av alla barn får full vaccinationsserie). Förtroendet för vaccinet mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR), som under några år sviktat till följd av en påstådd risk för autism, har återgått till samma nivå som observerades före den dramatiska nedgången för åtta år sedan.

Kostnadsreglering enligt lagen om läkemedelsförmåner

Fram till år 2002 subventionerades inte läkemedel som förskrevs för att förebygga sjukdom eller symtom på sjukdom, t.ex. vacciner, enligt läkemedelsförmånssystemet. När subventionssystemet för läkemedel ändrades år 2002, togs begränsningen bort och därmed finns det inte längre några rättsliga hinder för att vaccin ska omfattas av läkemedelsförmånerna. Därmed kan enskilda vacciner prövas enligt det system som gäller enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. för att införliva ett läkemedel i läkemedelsförmånssystemet. Enligt förarbetena till lagen om läkemedelsförmåner m.m. (prop. 2001/02:63) hör emellertid vacciner i samband med utlandsresor till de typer av läkemedel som inte bör subventioneras inom förmånen.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fattar beslut om huruvida ett läkemedel eller vissa varor ska ingå i läkemedelsförmånerna och fastställer försäljningspris för varan. Den som marknadsför ett läkemedel eller vissa varor får ansöka om att läkemedlet eller varan ska ingå i läkemedelsförmånerna. Sökanden ska visa att villkoren är uppfyllda och lägga fram den utredning som behövs för att ett försäljningspris ska kunna fastställas.

Enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. kan dock ett läkemedel enbart ingå i läkemedelsförmånerna om de uppfyller vissa kriterier som anges i lagen. Dessa kriterier innebär att kostnaderna för användning av läkemedlet, med beaktande av bestämmelserna i 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), ska framstå som rimliga från medicinska, humanitära och samhällsekonomiska synpunkter, och att det inte ska finnas andra tillgängliga läkemedel eller behandlingsmetoder som enligt en sådan avvägning mellan avsedd effekt och skadeverkningar som avses i 4 § läkemedelslagen (1992:859) är att bedöma som väsentligt mer ändamålsenliga.

TLV har hittills enbart prövat tre ansökningar som avser vaccin. Den 9 maj 2007 beslutade nämnden att ett vaccin mot humant papillomvirus (HPV), Gardasil, ska ingå i läkemedelsförmånerna, men bara för unga kvinnor i åldrarna 13–17 år. I TLV:s beslut hänvisas till den utredning som görs av Socialstyrelsen om huruvida HPV-vaccin ska ingå i det nationella vaccinationsprogrammet för barn. TLV kan komma att ompröva sitt beslut när Socialstyrelsen tagit ställning till om vaccination mot HPV ska ingå i det nationella vaccinationsprogrammet för barn. Den 26 mars 2008 beslutade TLV att ett annat vaccin mot HPV, Cervarix, också skulle godkännas med samma begränsning. TLV beslutade däremot den 14 november 2007 att avslå ansökan om subvention för ett vaccin mot rotavirus, Rotarix. TLV:s beslut grundades på att magsjuka orsakad av rotavirus ger upphov till kortvariga besvär och att kostnaden för vaccinet är högt.

Landstingen svarar enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. för kostnader för läkemedelsförmånen. Landstingen får emellertid ersättning från staten för sina kostnader för läkemedelsförmånerna i enlighet med en särskild överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Behovet av översyn

Omvärldsförändringar

Utvecklingen av nya vaccinpreparat har hittills skett långsamt. De hälsoeffekter som har kunnat undvikas med hjälp av nya vacciner har ofta varit betydande, och ett positivt hälsoekonomiskt utfall har ansetts vara mer eller mindre självklart. Introduktionen av nya

vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen har därför hittills inte varit särskilt kontroversiella beslut.

De omvärldsförändringar som skett medför emellertid att de överväganden som i framtiden behöver göras i samband med att nya vacciner förs in i de nationella vaccinationsprogrammen är långt ifrån självklara. Flera av de nya vaccinerna är betydligt dyrare än de vacciner som i dag ingår i de nationella vaccinationsprogrammen. För flera av de nya vaccinerna är hälsovinster inte lika omfattande som för de vacciner som i nuläget ingår i de nationella vaccinationsprogrammen eller så ligger de långt fram i tiden. Vissa av de nya vaccinerna syftar inte heller primärt till att ge skydd mot den smittsamma sjukdomen i sig utan mot de långsiktiga effekterna i form av t.ex. cancer. En påtaglig förändring har även skett av den marknadsföring som sker av de nya vaccinpreparat som utvecklas.

Behov av tydligare reglering

Det kan ifrågasättas om nuvarande reglering av de nationella riktade vaccinationsprogrammen är tillräcklig. De riktlinjer som finns i smittskyddslagen (2004:168) är främst utformade med tanke på individinriktade åtgärder och ger begränsad vägledning vid beslutsfattande om befolkningsinriktade åtgärder, t.ex. införande av vaccin i de nationella vaccinationsprogrammen.

Även om de vaccinationer som erbjuds inom ramen för de nationella programmen är frivilliga för den enskilde aktualiseras en del etiska avvägningar. I dessa frågor ger nuvarande lagstiftning begränsad vägledning och det kan därför finnas behov av förtydliganden.

Vidare kan det ifrågasättas om denna typ av beslut med stora kostnadskonsekvenser för huvudmännen och staten bör fattas i föreskriftsform. Nuvarande ordning leder i vissa fall till situationer där den som är ansvarig för åtgärden tjänar relativt sett lite på att den genomförs i förhållande till andra aktörer. Detta gäller bl.a. i de fall då skolhälsovården har att vidta åtgärder som kan leda till besparingar inom hälso- och sjukvården. Det finns därför behov att se över nuvarande reglering, huvudmannskapet för vaccinationsverksamheten samt överväga om tydligare kriterier för vilka vaccin som bör ingå i de nationella programmen bör utarbetas.

Framtagande av kunskapsunderlag

I dag är de flesta av de kunskapsunderlag som finns tillgängliga vid bedömningar av enskilda vacciner framtagna på uppdrag av industrin. Det finns ett stort behov av oberoende studier där industrin inte medverkar.

När det gäller hälsoekonomiska bedömningar saknas i dag tillräckligt genomarbetade riktlinjer för vaccinområdet. Därför är det många gånger svårt att göra jämförelser mellan olika hälsoekonomiska studier av nya vacciner.

Information

En viktig uppgift för hälso- och sjukvårdspersonalen är att förmedla information om de vacciner som ingår i de nationella vaccinationsprogrammen till de individer som erbjuds vaccination. Landstingen kan sägas ha uppgiften att förse hälso- och sjukvårdspersonalen med det kunskapsunderlag som de behöver för att fullgöra denna uppgift. Många gånger upplever hälso- och sjukvårdspersonalen inte att de får det stöd som de behöver. Särskilt med tanke på att producenternas information dominerar inom vaccinområdet i Sverige är det angeläget att det även finns tillgång till oberoende information.

Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering av insatta åtgärder är en hörnsten i ett framgångsrikt preventionsarbete, inte minst för att säkerställa att man på bästa sätt använder tillgängliga resurser inom området. Inom vaccinområdet finns det ett stort behov av en mer strukturerad och systematisk utvärdering. För att justera och anpassa vaccinationsprogrammen finns det behov av information på nationell nivå när det gäller bl.a. hur stor andel som vaccineras och om vissa grupper är mindre väl skyddade. Det finns också behov av att kunna bedöma effekt och eventuella bieffekter av vaccinationen. Vidare kan riktade studier behöva göras för att bedöma oväntade och misstänkta effekter av vaccinet. Det nuvarande systemet för att utvärdera vaccinationstäckningen kan enbart till viss del ge den information som skulle kunna behövas.

Patientdatautredningen (dir. 2003:42, 2004:95 och 2005:150) har haft i uppdrag att utreda hur ett nationellt vaccinationsregister bör utformas och regleras. I sitt slutbetänkande Patientdata och läkemedel m.m. (SOU 2007:48) konstaterade utredningen att den journalföring av vaccinationer som i dag sker med hjälp av den programvara som utvecklats under namnet SVEVAC framgent bör ske i enlighet med de bestämmelser som finns i den patientdatalag som utredningen föreslagit i delbetänkandet Patientdatalag (SOU 2006:82) och som ligger till grund för den nya patientdatalagen (2008:355), som trädde i kraft den 1 juli 2008. Vid en bedömning utifrån ett integritetsperspektiv ansåg utredningen dock att övervägande skäl talar för att ett hälsodataregister inrättas vid Smittskyddsinstitutet med inriktning på kunskapsuppbyggnad med avseende på vissa vaccinationer. Innan detta kan ske ansåg utredningen att ramarna och innehållet i verksamheten måste utredas ytterligare. Det hittillsvarande utvecklingsarbetet har enligt utredaren inte på ett tillräckligt tydligt sätt preciserat syftet med de uppgifter som samlas in.

Uppdraget

En särskild utredare får i uppdrag att göra en översyn av regleringen av de nationella vaccinationsprogrammen, hanteringen av vacciner inom ramen för läkemedelsförmånssystemet och förhållandet mellan dessa system.

Utredaren ska kartlägga de omvärldsförändringar som skett eller är på gång inom vaccinationsområdet och bedöma hur dessa påverkar de nationella vaccinationsprogrammen och läkemedelsförmånssystemet. I detta ingår bl.a. att kartlägga och analysera den utveckling av nya vacciner som för närvarande sker eller kan förväntas ske i framtiden. Vidare ska utredaren kartlägga hur andra jämförbara länder hanterar frågor som rör vaccin, särskilt frågor som rör införlivande av nya vacciner i allmänna och riktade vaccinationsprogram och inom ramen för nationella läkemedelsförmånssystem. I uppdraget ligger även att göra jämförelser med hur andra typer av befolkningsinriktade och riskgruppspecifika hälsointerventioner introduceras i hälso- och sjukvården.

Uppdraget är avgränsat till vacciner mot infektionssjukdomar eller effekter av infektionssjukdomar i enlighet med den definition av vaccin som utarbetats inom ramen för Europarådets konvention om utarbetandet av en europeisk farmakopé från år 1975.

Införande av nya vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen

Utredaren ska göra en översyn av nuvarande regelverk kring beslut om att föra in nya vacciner i de allmänna eller riktade vaccinationsprogrammen. I uppdraget ingår att pröva om det finns skäl för att göra förändringar eller förtydliganden av nuvarande ordning i syfte att säkerställa en öppen process och effektiv beslutsprocess.

Utredaren ska överväga om det finns behov av tydligare kriterier för vilka vacciner som bör ingå i de nationella vaccinationsprogrammen, samt om så är fallet lämna förslag till utformning av sådana. I detta ligger bl.a. att göra en bedömning av vilka faktorer som bör vägas in vid beslut om ett vaccin ska ingå i de nationella vaccinationsprogrammen, t.ex. sjukdomsburden, vaccinets skyddseffekt, eventuella biverkningar och acceptansen hos barn, föräldrar och hälso- och sjukvårdspersonal. Utredaren ska också överväga vilka krav som bör ställas på dokumentationen av effekterna med vaccinet samt hur samhälls- och hälsoekonomiska bedömningar bör användas som en del av beslutsunderlaget. Kriterierna bör vid behov anpassas till de olika syften som finns för allmänna respektive riktade vaccinationsprogram.

I uppdraget ligger även att pröva vilka frågor rörande de allmänna och riktade vaccinationsprogrammen som bör beslutas av riksdag och regering respektive vilka frågor som bör beslutas på myndighetsnivå. I detta ligger bl.a. att ta ställning till om beslut om införande av nya vacciner även fortsättningsvis bör regleras i form av föreskrifter, allmänna råd och rekommendationer från Socialstyrelsen eller om de i stället bör regleras i lag eller förordning. Utredaren ska redovisa vilka för- och nackdelar som är förknippade med att reglera de nationella vaccinationsprogrammen i lag eller förordning i förhållande till nuvarande ordning. I uppdraget ingår även att göra en översyn av nuvarande användning av föreskrifter respektive allmänna råd och rekommendationer inom ramen för de nationella vaccinationsprogrammen och överväga om det finns behov av tydligare riktlinjer för i vilka fall som bindande respektive icke bindande regler bör tillgripas.

Utredaren ska även överväga om det finns behov av särskilda ikraftträdandebestämmelser eller tidsfrister för att ge huvudmännen och andra som berörs möjlighet att förbereda genomförandet.

Utredaren ska mot denna bakgrund överväga om det finns behov av ett tydligare regelverk eller andra förändringar och vid behov lämna förslag till hur en sådan reglering bör utformas.

Huvudmannskapet för vaccinationsverksamheten

Utredaren ska göra en översyn av huvudmannskapet för de nationella vaccinationsprogrammen och då främst kommuners ansvar för den vaccination som sker inom skolhälsovården. I detta ligger bl.a. att kartlägga och analysera dagens system med delat huvudmannskap mellan kommuner och landsting, analysera fördelarna och nackdelarna med ett samlat huvudmannskap samt att belysa vilka effekter ett förändrat huvudmannskap skulle kunna få för de nationella vaccinationsprogrammen respektive skolhälsovårdens verksamhet i stort. Vid behov ska utredaren lämna förslag till förändringar eller förtydliganden.

Utredaren ska även överväga om det finns behov av att förtydliga ansvaret för kommuner respektive landsting att erbjuda barn som inte är fullständigt vaccinerade, de vacciner som saknas ända tills de fyller 18 år och vid behov lämna sådana förslag.

Principer för finansiering

Utredaren ska lämna förslag till principer för hur de allmänna och de riktade vaccinationsprogrammen ska finansieras. En utgångspunkt ska vara landstingens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och smittskyddslagen (2004:168). Utredaren ska även beakta vilka huvudmän och andra aktörer som tjänar på att vaccination genomförs.

I uppdraget ligger även att se över om det finns behov av öppna upp en möjlighet för huvudmännen att ta ut avgifter för vissa av de vaccinationer som erbjuds inom ramen för de nationella vaccinationsprogram. Utredaren ska dock utgå från att vacciner som ges i syfte att skydda befolkningen i stort eller grupper av befolkningen, t.ex. på grund av s.k. flockimmunitet, och inte enbart med syfte att skydda den som vaccineras även fortsättningsvis bör vara kostnadsfria för den enskilde.

Förhållandet mellan läkemedelsförmånssystemet och de nationella vaccinationsprogrammen

Utredaren ska göra en översyn av förhållandet mellan läkemedelsförmånssystemet och de nationella vaccinationsprogrammen. I detta ingår att kartlägga och utvärdera nuvarande hantering av vac-

ciner inom ramen för läkemedelsförmånssystemet i förhållande till de allmänna och de riktade vaccinationsprogrammen. Analysen ska beskriva vilka för- och nackdelar som finns för samhälle och enskilda med att vacciner kan ingå såväl i de allmänna och riktade vaccinationsprogrammen som i läkemedelsförmånerna. Mot denna bakgrund ska utredaren ta ställning till och motivera varför vacciner även i framtiden ska kunna ingå i läkemedelsförmånssystemet alternativt uteslutas från läkemedelsförmånerna. I detta ligger även att ta ställning till om de vacciner som ingår i de allmänna och riktade vaccinationsprogrammen även fortsättningsvis ska kunna ingå i läkemedelsförmånerna. Om analysen resulterar i ståndpunkten att vacciner även fortsättningsvis bör ingå i läkemedelsförmånssystemet, ska en bedömning göras av om de i så fall ska ingå på samma grunder som övriga läkemedel eller om det finns behov av särskilda kriterier för vacciner. Om utredningen kommer fram till att vacciner inte ska ingå i läkemedelsförmånerna, ska förslag lämnas om alternativa förfaranden, bl.a. vem som ska finansiera vaccinerna. Redovisningen ska generellt innehålla uppgifter om vilka fördelar, nackdelar respektive kostnader som följer av de olika förslagen. Vidare ska utredaren vid behov lämna förslag till författningsreglering av hanteringen av vacciner inom ramen för läkemedelsförmånssystemet.

Individens behov av information m.m.

Utredaren ska kartlägga den information och det kunskapsunderlag som förmedlas till individen eller föräldrarna vid vaccination av barn inom ramen för de allmänna och de riktade vaccinationsprogrammen. Utredaren ska mot denna bakgrund pröva om nuvarande ordning är tillräcklig för att främja en hög vaccinationstäckning och för att individen ska kunna fatta ett självständigt beslut om deltagande i vaccinationsprogram och vid behov lämna förslag till förändringar. I detta ligger bl.a. att ta ställning till om det finns behov av förtydligande av huvudmännens ansvar att förse hälso- och sjukvårdspersonalen med den information och det kunskapsunderlag som de behöver respektive om de statliga myndigheternas arbete med att ta fram kunskapsunderlag behöver utvecklas.

I uppdraget ingår även att kartlägga hur frågor om samtycke och andra integritetsaspekter hanteras inom ramen för de nationella vaccinationsprogrammen. Utredaren ska överväga om det finns

behov av ett tydligare regelverk kring de etiska avvägningar som kan bli aktuella i samband med vaccination, t.ex. krav på samtycke och andra integritetsaspekter, och vid behov lämna sådana förslag.

Kunskapsunderlag

Utredaren ska pröva om nuvarande insatser för att ta fram ett kunskapsunderlag är tillräckligt för att myndigheterna ska kunna göra en oberoende bedömning av vacciner som lanseras på marknaden och vid behov lämna förslag på förändringar. I detta ingår att överväga om det föreligger ett behov av att förbättra möjligheterna att göra relevanta och jämförbara hälsoekonomiska bedömningar som beslutsunderlag inom vaccinområdet, t.ex. genom att utarbeta riktlinjer för att genomföra sådana bedömningar och vid behov lämna sådana förslag. I uppdraget ingår även att pröva i vilka delar och på vilket sätt det kunskapsunderlag som de statliga myndigheterna tar fram bör göras tillgängligt för allmänheten.

Uppföljning och utvärdering av de nationella vaccinationsprogrammen

Utredaren ska analysera vilka behov av uppföljning och utvärdering som finns av de nationella vaccinationsprogrammen och mot denna bakgrund pröva om de uppföljnings- och utvärderingsinsatser som för närvarande genomförs är tillräckliga eller om de behöver kompletteras eller ges annan inriktning.

Vid behov ska utredaren identifiera och analysera vilka möjligheter som står till buds för att fullgöra de behov av uppföljning och utvärdering som identifierats. I detta ligger att särskilt pröva om det finns skäl att inrätta ett hälsodataregister med inriktning på kunskapsuppbyggnad med avseende på vissa vaccinationer för att kunna hantera de behov av uppföljning och utvärdering som finns eller om dessa behov kan tillgodoses med andra insatser.

Utredaren ska redovisa fördelar och nackdelar samt vilka kostnader som följer av de olika alternativen och då särskilt ställa tillskapandet av ett hälsodataregister i relation till andra möjliga insatser.

I uppdraget ingår att pröva om de olika alternativen kan hanteras inom ramen för befintligt regelverk eller om kompletterande lag-

stiftning behövs. Om utredaren kommer fram till att det finns behov av kompletterande lagstiftning, ska utredaren lämna sådana förslag. Om utredaren bedömer att hälsodataregister behövs ska, ett förslag till författningsreglering av ett hälsodataregister med detta syfte lämnas. Utredaren ska överväga registrets ändamål, vilka uppgifter som är nödvändiga att registrera för att uppnå ändamålet och andra frågor som behöver regleras i ett sådant register. Eventuella möjligheter att överföra information från Läkemedelsverkets biverkningsregister och de register som finns inom Socialstyrelsen bör särskilt övervägas för att undvika dubbelarbete.

Övriga frågor

Utredaren ska särskilt beakta pojkars och flickors hälsa, skillnader i hälsa mellan män och kvinnor samt de behov som kan finnas hos personer med bakgrund i länder med hög förekomst av de sjukdomar som kan förebyggas genom vaccination.

Vid behov ska utredaren även beakta frågor som rör vaccination som erbjuds med stöd av föreskrifter som grundar sig på arbetsmiljölagen (1977:1160).

Om förslagen påverkar kostnader för staten, landstingen, eller kommunerna ska en beräkning av dessa kostnader redovisas. Om förslagen medför kostnadsökningar för stat, landsting, eller kommuner, ska utredaren föreslå en finansiering av dessa. Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474).

Utredaren ska lämna förslag till de författningsförändringar som är nödvändiga med anledning av uppdraget.

Avgränsning av uppdraget

Den övergripande ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet är föremål för en översyn inom ramen för Utredningen om översyn av myndigheterna inom smittskyddsområdet (S 2008:06) med anledning av det ska utredaren inte lämna förslag till förändringar av ansvarsfördelningen mellan de berörda myndigheterna.

Genomförande av uppdraget

Utredaren ska samråda med Utredningen om översyn av myndigheterna inom smittskyddsområdet (dir 2008:06). Utredaren ska i den mån det berör utredningen beakta det slutbetänkande som lämnas av Utredningen om en nationell cancerstrategi för framtiden (dir 2007:110). Utredaren ska även beakta de delar av Patientdatautredningens slutbetänkande Patientdata och läkemedel m.m. (SOU 2007:48) som rör ett hälsodataregister med inriktning på kunskapsuppbyggnad med avseende på vissa vaccinationer.

Utredaren ska samråda med Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Arbetsmiljöverket och Datainspektionen samt hålla övriga berörda myndigheter, företrädare för regionala och lokala huvudmän och intresseorganisationer informerade om arbetet och bereda dem tillfälle att framföra synpunkter.

Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 maj 2010. Om utredaren bedömer det lämpligt att redovisa förslagen i den del som rör förhållandet mellan läkemedelsförmånerna och de nationella vaccinationsprogrammen innan slutbetänkandet överlämnas, står det utredaren fritt att när det bedöms vara lämpligt komma in med sådana förslag.

(Socialdepartementet)

Kostnadsutvecklingen för vacciner i Sverige 1992–2009

**Anna Häger Glenngård,
IHE – Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund**

2010-01-29

Tabell 1. Kostnadsutveckling 1992–2009 för vacciner i Sverige, Apotekets inköpspriser (AIP)

År	Vaccinkostnader, löpande priser, AIP (tkr)	Vaccinkostnader, fasta priser, år 1992 AIP (tkr)	Vaccinkostnader per invånare, fasta priser (kr)	Andel av totala läkemedelskostnader, AIP (%)
1992	101 445	101 445	12	1,1
1993	160 198	157 988	18	1,6
1994	145 098	138 687	16	1,3
1995	171 688	160 829	18	1,3
1996	196 157	181 476	21	1,3
1997	201 359	185 349	21	1,4
1998	214 741	197 116	22	1,3
1999	236 152	216 286	24	1,3
2000	281 743	258 186	29	1,4
2001	308 315	283 802	32	1,4
2002	318 011	291 910	33	1,4
2003	327 536	309 465	34	1,4
2004	389 118	372 574	41	1,6
2005	435 831	416 815	46	1,8
2006	459 911	441 386	48	1,8
2007	620 012	596 780	65	2,2
2008	822 193	804 574	87	2,8
2009	898 744			3,0

Källor: IMS Health & Läkemedelsindustriföreningen (Lif).

Tabell 2. Kostnadsutveckling löpande priser, AIP (tkr) samt som andel av totala vaccinkostnader (%) 1992–2009 för olika grupper av vacciner i Sverige.

År	Barnvaccinationsprogrammet tkr	Tuberkulos tkr	%	Vaccin mot hepatit	tkr	%	Resevacciner tkr	%	Inflensa tkr	%	Vaccin mot TBE tkr	%	Pneumokocker (ej konjugerande) tkr	%	Humant papillomavirus tkr	%	Rotavirus tkr	%	Vattkoppor tkr	%
1992	75 173	74,1	395	0,4	5 570	5,5	4 322	4,3	10 587	10,4	5 256	5,2	142	0,1	0	0	0	0	0	0,0
1993	104 302	65,1	442	0,3	7 717	4,8	7 031	4,4	34 471	21,5	6 080	3,8	155	0,1	0	0	0	0	0	0,0
1994	93 592	64,5	360	0,2	13 713	9,5	7 099	4,9	26 106	18,0	3 952	2,7	257	0,2	0	0	0	0	19	0,0
1995	99 520	58,0	357	0,2	20 943	12,2	7 158	4,2	26 480	15,4	8 374	4,9	8 732	5,1	0	0	0	0	123	0,1
1996	118 716	60,5	338	0,2	25 967	13,2	9 351	4,8	27 004	13,8	8 398	4,3	6 276	3,2	0	0	0	0	107	0,1
1997	108 485	53,9	336	0,2	33 348	16,6	11 484	5,7	31 235	15,5	11 744	5,8	4 527	2,2	0	0	0	0	200	0,1
1998	92 047	42,9	305	0,1	43 338	20,2	15 009	7,0	35 025	16,3	15 845	7,4	12 997	6,1	0	0	0	0	172	0,1
1999	100 967	42,8	434	0,2	57 621	24,4	22 291	9,4	33 822	14,3	15 144	6,4	5 667	2,4	0	0	0	0	201	0,1
2000	98 591	35,0	632	0,2	81 948	29,1	34 211	12,1	39 926	14,2	19 721	7,0	6 544	2,3	0	0	0	0	170	0,1
2001	112 873	36,6	583	0,2	80 926	26,2	33 538	10,9	45 287	14,7	26 875	8,7	8 058	2,6	0	0	0	0	176	0,1
2002	117 181	36,8	635	0,2	78 824	24,8	35 385	11,1	50 643	15,9	28 532	9,0	6 610	2,1	0	0	0	0	201	0,1
2003	123 163	37,6	710	0,2	74 882	22,9	37 890	11,6	53 527	16,3	28 445	8,7	8 724	2,7	0	0	0	0	195	0,1
2004	130 515	33,5	656	0,2	101 064	26,0	54 057	13,9	52 450	13,5	37 081	9,5	13 084	3,4	0	0	0	0	211	0,1
2005	134 501	30,9	885	0,2	123 533	28,3	62 382	14,3	58 360	13,4	44 036	10,1	11 887	2,7	0	0	0	0	247	0,1
2006	142 662	31,0	888	0,2	143 863	31,3	64 356	14,0	53 751	11,7	43 140	9,4	9 566	2,1	1 311	0,3	31	0,01	342	0,1
2007	180 925	29,2	970	0,2	175 565	28,3	75 321	12,1	63 442	10,2	55 329	8,9	13 086	2,1	54 482	8,8	315	0,05	578	0,1
2008	241 497	29,4	992	0,1	208 384	25,3	82 750	10,1	76 720	9,3	81 596	9,9	17 297	2,1	111 934	13,6	245	0,03	780	0,1
2009	312 648	34,8	977	0,1	189 737	21,1	62 725	7,0	58 902	6,6	122 929	13,7	10 409	1,2	139 269	15	276	0,03	873	0,1

Källa: IMS Health.

*Exklusive hexavalenta vaccin. **Med resevacciner avses vaccin mot Rabies, Gula Febern, Tyfoid, Kolera och Meningokocker.

Tabell 3. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) 1992–2009 för det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

År	H1B, Difteri & Tetanus		Stelkramp & Difteri		Mässling, Röda Hund & Pässjuka		Röda hund		Difteri, Pertussis, Polio & Tetanus		5-valent (difteri, Hib, Pertussis, Polio, (5-valent + HepB)		Pneumo-kocker (konju-gerande) & Hib		Pneumo-kocker (konju-gerande) & Hib		Andel av totala vaccin-kostnader	
	Difteri	H1B	Tetanus	Pertussis	Tetanus	Mässling	Röda Hund	Pässjuka	Polio	Röda hund	Pertussis, Polio & Tetanus	H1B & Polio	Pertussis, Hib, Polio, (5-valent + HepB)	Pneumo-kocker (konju-gerande) & Hib	Pneumo-kocker (konju-gerande) & Hib	Totalt	Andel av totala vaccin-kostnader	
1992	133 25 267	0	268	8 287	11	22 228	37 18 848	94	0	0	0	0	0	0	0	75 173	74,1	
1993	227 44 246	402	0	12 183	10	26 175	27 20 651	91	0	0	0	0	0	0	0	104 302	65,1	
1994	637 29 307	8 251	0	253 10 044	7	24 934	22 20 078	61	0	0	0	0	0	0	0	93 592	64,5	
1995	1 925 21 395	18 285	0	218 16 748	6	23 967	18 16 888	71	0	0	0	0	0	0	0	99 520	58,0	
1996	1 333 31 733	3 741	37 001	187 10 231	4	23 140	12 11 281	54	0	0	0	0	0	0	0	118 716	60,5	
1997	347 19 698	0	34 022	165 5 783	5	22 389	13 9 124	49	0	16 891	0	0	0	0	0	108 485	53,9	
1998	172 13 930	0	26 046	128 5 622	1	19 990	1 7 024	80	0	13 931	5 122	0	0	0	0	92 047	42,9	
1999	188 2 438	0	8 767	135 7 202	0	23 523	0 5 290	103	0	11 370	41 951	0	0	0	0	100 967	42,8	
2000	145 321	0	1 343	157 6 949	0	20 673	0 4 574	135	0	1 504	62 791	0	0	0	0	98 591	35,0	
2001	281 303	0	131 400	9 460	0	27 341	0 4 444	134	0	4	70 323	0	53	0	0	112 873	36,6	
2002	324 218	0	35 0	16 048	0	25 505	0 4 689	147	0	0	70 098	14	104	0	0	117 181	36,8	
2003	0 215	0	59 0	14 910	0	27 128	0 6 662	28	0	0	73 845	193	123	0	0	123 163	37,6	
2004	0 227	0	78 0	15 663	0	27 552	0 8 236	0	0	0	76 692	1 909	158	0	0	130 515	33,5	
2005	0 249	0	7 004	8 789	0	27 096	0 9 250	0	2 456	0	70 159	9 268	230	0	0	134 501	30,9	
2006	0 214	0	12 746	6 853	0	25 002	0 9 160	0	5 632	0	66 091	15 261	1 703	0	0	142 662	31,0	
2007	0 277	0	10 977	7 221	0	26 986	0 4 940	0	19 476	0	62 730	24 665	23 654	0	0	180 925	29,2	
2008	0 383	0	10 851	7 184	0	27 110	0 4 238	0	22 750	0	60 044	29 294	79 642	0	0	241 497	29,4	
2009	0 391	0	9 352	5 869	0	23 952	0 3 118	0	21 989	0	58 611	37 488	150 026	1 852	0	312 648	34,8	

Källa: IMS Health.

Tabell 4. Volymutveckling (antal förpackningar) 1992–2009 för det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

År	HiB, Difteri & Tetanus		Stelkramp & Difteri		Mässling, Röd hund & Pässjuka		Polio		Difteri, Pertussis, Polio & Tetanus		Pneumokocker (konjugerande) & HiB				
	HiB	Difteri	Tetanus	Stelkramp & Difteri	Mässling	Röd Hund	Pässjuka	Polio	Röda hund	Polio	HIB & Tetanus	5-valent	6-valent	Pneumokocker (konjugerande)	Pneumokocker & HiB
1992	3 993	117 397	0	6 084	88 055	251	43 608	758	128 743	3 211	0	0	0	0	0
1993	6 664	62 758	629	6 630	278 482	247	48 196	538	132 376	3 073	0	0	0	0	0
1994	25 222	171 897	12 714	6 169	259 097	174	45 870	431	128 703	2 036	0	0	0	0	0
1995	78 231	178 063	28 388	9 963	342 249	131	43 996	368	85 265	2 390	0	0	0	0	0
1996	54 180	191 459	5 757	60 610	8 920	92 604	104	42 645	238	27 477	1 822	0	0	0	0
1997	14 123	157 142	1	38 504	7 849	35 421	112	41 190	269	28 586	1 631	0	12 700	0	0
1998	6 945	111 127	0	34 892	6 047	27 105	22	19 703	13	27 991	1 477	0	10 346	0	0
1999	6 958	19 447	0	24 308	5 872	44 495	0	21 462	0	21 644	1 575	0	8 444	2 853	0
2000	5 354	2 557	0	19 500	6 827	52 060	0	18 862	0	20 657	1 799	0	1 117	8 814	0
2001	7 261	2 413	0	18 548	11 617	43 204	0	24 946	0	17 662	1 787	0	3	10 803	0
2002	7 365	1 736	0	179	0	44 342	0	23 271	0	16 510	1 954	0	0	28 658	45
2003	0	1 570	0	528	0	41 133	0	24 752	0	16 932	372	0	0	30 190	605
2004	0	1 624	0	708	0	43 209	0	25 139	0	15 711	0	0	0	31 354	5 990
2005	0	1 779	0	47 543	0	24 246	0	24 723	0	26 294	0	12 030	0	28 683	20 125
2006	0	1 525	0	31 922	0	18 905	0	22 812	0	31 333	0	28 028	0	27 020	13 701
2007	0	1 870	0	29 599	0	19 920	0	24 622	0	18 327	0	102 082	0	25 646	25 640
2008	0	2 061	0	13 900	0	19 818	0	24 735	0	13 368	0	92 087	0	24 548	15 906
2009	0	2 103	0	12 942	0	15 867	0	21 854	0	12 110	0	47 284	0	23 962	37 093
															495

Källa: IMS Health.

Tabell 5. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) för vacciner mot hepatiter exklusive hexavalenta vaccin 1992–2009.

År	Hepatit B (singel)	Hepatit A (singel)	Hepatit A & B (kombi)	Totalt	Andel av totala vaccinkostnader
1992	4 161	1 409		5 570	5,5
1993	4 669	3 048		7 717	4,8
1994	4 991	8 722		13 713	9,5
1995	6 259	14 685		20 943	12,2
1996	6 723	19 243		25 967	13,2
1997	6 427	25 453	1 468	33 348	16,6
1998	7 006	31 476	4 857	43 338	20,2
1999	8 133	42 165	7 324	57 621	24,4
2000	9 221	62 125	10 602	81 948	29,1
2001	9 110	61 206	10 611	80 926	26,2
2002	9 477	56 054	13 294	78 824	24,8
2003	9 993	50 197	14 692	74 882	22,9
2004	11 656	68 268	21 141	101 064	26,0
2005	13 555	81 446	28 532	123 533	28,3
2006	16 164	87 156	40 544	143 863	31,3
2007	21 372	83 335	70 859	175 565	28,3
2008	26 279	68 432	113 673	208 384	25,3
2009	24 366	46 913	118 458	189 737	21,1

Källa: IMS Health.

Tabell 6. Volymutveckling (antal förpackningar) för vacciner mot hepatiter exklusive hexavalenta vacciner 1992–2009.

År	Hepatit B (singel)	Hepatit A (singel)	Hepatit A & B (kombi)	Totalt
1992	10 664	10 096	0	20 760
1993	12 035	21 834	0	33 869
1994	11 919	42 583	0	54 502
1995	13 922	65 074	0	78 996
1996	15 851	84 795	0	100 646
1997	16 151	107 437	4 750	128 338
1998	20 755	124 598	15 884	161 237
1999	26 675	168 977	23 988	219 640
2000	38 095	171 708	20 219	230 022
2001	37 160	157 009	12 403	206 572
2002	40 762	87 752	15 565	144 079
2003	27 478	88 710	17 132	133 320
2004	24 028	120 674	25 181	169 883
2005	26 683	132 398	27 315	186 396
2006	29 306	121 153	33 014	183 473
2007	41 015	115 039	62 949	219 003
2008	46 542	84 433	88 743	219 718
2009	36 388	56 834	86 071	179 293

Källa: IMS Health.

Tabell 7. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) för vaccin mot influensa 1992–2009.

År	Kostnad för influensavaccin	Andel av totala vaccinkostnader
1992	10 587	10,4
1993	34 471	21,5
1994	26 106	18,0
1995	26 480	15,4
1996	27 004	13,8
1997	31 235	15,5
1998	35 025	16,3
1999	33 822	14,3
2000	39 926	14,2
2001	45 287	14,7
2002	50 643	15,9
2003	53 527	16,3
2004	52 450	13,5
2005	58 360	13,4
2006	53 751	11,7
2007	63 442	10,2
2008	76 720	9,3
2009	58 902	6,6

Källa: IMS Health.

Tabell 8. Volymutveckling (antal förpackningar) för vaccin mot influensa 1992–2009.

År	Influensa
1992	37 275
1993	92 840
1994	62 561
1995	63 299
1996	54 272
1997	63 289
1998	62 931
1999	67 714
2000	130 747
2001	121 823
2002	158 851
2003	173 292
2004	200 182
2005	262 078
2006	333 045
2007	i.u.
2008	280 516
2009	269 292

Källa: IMS Health.

Tabell 9. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) för resevacciner, exklusive vaccin mot hepatiter och japansk encefalit 1992–2008.

År	Kolera	Meningo- kocker	Tyfoid	Rabies	Gula Febern	Totalt	Andel av totala vaccinkostnader
1992	1 546	0	1 777	480	519	4 322	4,3
1993	2 918	0	3 046	604	463	7 031	4,4
1994	2 688	147	2 919	641	704	7 099	4,9
1995	2 985	275	2 475	555	868	7 158	4,2
1996	4 486	416	2 618	825	1 007	9 351	4,8
1997	6 300	502	2 795	923	965	11 484	5,7
1998	10 218	414	2 730	922	726	15 009	7,0
1999	17 049	500	3 218	710	815	22 291	9,4
2000	27 212	711	3 422	1 698	1 169	34 211	12,1
2001	26 632	729	3 524	1 511	1 141	33 538	10,9
2002	27 022	772	3 449	1 694	2 448	35 385	11,1
2003	28 549	506	3 465	1 703	3 667	37 890	11,6
2004	44 419	549	4 018	873	4 197	54 057	13,9
2005	51 851	583	4 331	i.u	5 618	62 382	14,3
2006	52 465	1 538	4 397	516	5 441	64 356	14,0
2007	60 042	756	4 377	3 902	6 244	75 321	12,1
2008	68 286	481	3 944	3 901	6 137	82 750	10,1
2009	51 273	665	3 866	1 600	5 321	62 725	7,0

Källa: IMS Health.

Tabell 10. Volymutveckling (antal förpackningar) för resevacciner exklusive hepatiter och japansk encefalit 1992–2009.

År	Kolera	Meningokocker	Tyfoid	Rabies	Gula Febern
1992	17 155	0	19 786	1 500	2 479
1993	30 873	0	27 271	1 767	2 396
1994	28 435	1 228	24 250	1 842	2 014
1995	31 590	2 294	21 577	1 594	1 795
1996	21 529	3 469	17 293	2 370	2 275
1997	21 598	4 095	12 076	2 588	2 425
1998	33 908	3 320	11 280	2 549	3 131
1999	48 707	3 978	12 749	1 953	1 972
2000	65 077	5 005	14 387	4 256	2 166
2001	55 161	5 084	17 192	3 702	1 738
2002	45 661	4 973	17 665	3 868	1 990
2003	49 852	3 366	22 120	3 889	2 073
2004	85 767	3 541	30 891	1 992	4 096
2005	186 236	3 780	27 301	i.u.	3 080
2006	198 366	8 250	22 247	1 177	2 894
2007	226 873	4 878	21 335	8 670	3 277
2008	187 547	3 376	19 055	7 881	3 084
2009	102 612	3 671	18 688	3 232	2 674

Källa: IMS Health.

Tabell 11. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) för vaccin mot fästingburen encefalit 1992–2009.

År	Kostnad för TBE vaccin	Andel av totala vaccinkostnader
1992	5 256	5,2
1993	6 080	3,8
1994	3 952	2,7
1995	8 374	4,9
1996	8 398	4,3
1997	11 744	5,8
1998	15 845	7,4
1999	15 144	6,4
2000	19 721	7,0
2001	26 875	8,7
2002	28 532	9,0
2003	28 445	8,7
2004	37 081	9,5
2005	44 036	10,1
2006	43 140	9,4
2007	55 329	8,9
2008	81 596	9,9
2009	122 929	13,7

Källa: IMS Health.

Tabell 12. Volymutveckling (antal förpackningar) för vaccin mot fästingburen encefalit 1992–2009.

År	TBE vaccin
1992	50 061
1993	57 908
1994	37 638
1995	79 311
1996	73 666
1997	103 021
1998	138 995
1999	132 845
2000	172 992
2001	210 451
2002	223 324
2003	222 286
2004	291 904
2005	319 574
2006	317 205
2007	374 188
2008	535 596
2009	578 627

Källa: IMS Health.

Tabell 13. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) för ej konjugerande vacciner mot pneumokocker 1992–2009.

År	Kostnad för ej konjugerade vacciner mot pneumokocker	Andel av totala vaccinkostnader
1992	142	0,1
1993	155	0,1
1994	257	0,2
1995	8 732	5,1
1996	6 276	3,2
1997	4 527	2,2
1998	12 997	6,1
1999	5 667	2,4
2000	6 544	2,3
2001	8 058	2,6
2002	6 610	2,1
2003	8 724	2,7
2004	13 084	3,4
2005	11 887	2,7
2006	9 566	2,1
2007	13 086	2,1
2008	17 297	2,1
2009	10 409	1,2

Källa: IMS Health.

Tabell 10. Volymutveckling (antal förpackningar) för vaccin mot pneumokocker 1992–2009.

År	Ej konjugerade vaccin mot pneumokocker
1992	1 916
1993	2 089
1994	3 478
1995	95 886
1996	54 929
1997	20 461
1998	50 970
1999	35 909
2000	41 445
2001	91 289
2002	77 224
2003	76 019
2004	113 772
2005	97 994
2006	76 529
2007	98 413
2008	104 829
2009	63 085

Källa: IMS Health.

Tabell 15. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) för vacciner mot HPV 1992–2009.

År	Kostnad för HPV vaccin	Andel av totala vaccinkostnader
1992		0,0
1993		0,0
1994		0,0
1995		0,0
1996		0,0
1997		0,0
1998		0,0
1999		0,0
2000		0,0
2001		0,0
2002		0,0
2003		0,0
2004		0,0
2005	0	0,0
2006	1 311	0,3
2007	54 482	8,8
2008	111 934	13,6
2009	139 269	15,5

Källa: IMS Health.

Tabell 16. Volymutveckling (antal förpackningar) för vaccin mot HPV 1992–2009.

År	HPV vaccin
1992	0
1993	0
1994	0
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	0
2006	1 249
2007	51 151
2008	106 562
2009	132 552

Källa: IMS Health.

Tabell 17. Kostnadsutveckling (AIP, löpande priser, tkr) och volymutveckling (antal förpackningar) för vacciner mot rotavirus 1992–2009.

År	Kostnad (tkr)	Volym (antal förpackningar)
1992	0	0
1993	0	0
1994	0	0
1995	0	0
1996	0	0
1997	0	0
1998	0	0
1999	0	0
2000	0	0
2001	0	0
2002	0	0
2003	0	0
2004	0	0
2005	0	0
2006	31	57
2007	315	573
2008	245	445
2009	276	507

Källa: IMS Health.

Rapport från ARS Research AB

Enkätundersökning om vaccinering av barn

SAMMANFATTNING

Undersökningen är genomförd på uppdrag av Vaccinutredningen, en utredning inom Socialdepartementet. Vaccinutredningen ska bland annat föreslå hur de allmänna vaccinationsprogrammen ska beslutas, organiseras och finansieras i framtiden. För att få ett bra underlag om hur arbetssituationen i fråga om vaccinationer inom barnhälsovården, har Vaccinutredningen uppdragit åt ARS Research AB att utföra denna undersökning. Undersökningens huvudsyfte är att i kvantitativa termer undersöka vaccinationsverksamhetens villkor ute i verksamheterna, det vill säga på BVC och inom skolan.

Målgruppen för undersökningen är "Barn-/BVC-sjuksköterskor och Skolsköterskor som är medlemmar i Riksföreningen för Barnsjuksköterskor eller Riksföreningen för skolsköterskor" och som har egen e-postadress.

Undersökningen är genomförd som en kvantitativ total undersökning inom målgruppen. Datainsamlingen har skett genom e-postenkät. Fältarbetet är genomfört under perioden 11 november 2009 till 11 januari 2010. Fältarbetet genomfördes parallellt med massvaccinationerna mot influensa A (H1N1).

Undersökningens resultat baseras på 2 833, insamlade enkätsvar (varav 2 027 helt kompletta) från sjuksköterskor inom barnhälsovården. Svarsfrekvensen är 72 procent. 56 procent av svaren är lämnade av sjuksköterskor inom BVC (distriktssköterskor och BVC-sjuksköterskor) och 44 procent är lämnade av sjuksköterskor verkamma som skolsköterskor.

Undersökningen visar att föräldrarnas engagemang och intresse för vaccinationsfrågor har ökat under de senaste 5 till 10 åren. Främst är det barnsjuksköterskorna inom BVC, som märker denna ökning.

Undersökningssvaren visar att sjuksköterskorna känner en säkerhet och trygghet i sitt arbete. De känner stöd från såväl arbetsgivare som från centrala myndigheter. De ger också uttryck för att de får god information i frågor som berör vaccinationsverksamheten.

Undersökningen visar att en sjuksköterska inom barnhälsovården vaccinerar cirka 200 barn per år i genomsnitt. Barn-/BVC-sjuksköterskorna något fler (243 barn i genomsnitt) jämfört med skolsköterskorna (177 barn i genomsnitt). Undersökningen innehåller också uppgifter om vaccinationspopulationernas samman-

sättning, med avseende på härkomst och uppskattningar av flytt-
rörelser inom olika delar av vaccinationspopulationen.

Det arbetsmoment inom vaccinationsarbetet som tar störst tid i
anspråk är själva vaccinationen och information i samband med
vaccinationstillfället. Insamling av samtycke till vaccination från
föräldrar tar stor tid från skolsköterskorna. Skolsköterskorna gör
oftast detta skriftligt, medan barn-/BVC-sjuksköterskorna van-
ligen får det muntligt. Dokumentation av gjorda vaccinationer sker
vanligen manuellt på papper av barn-/BVC-sjuksköterskorna,
medan skolsköterskorna gör detta arbete på dator, med olika gra-
der av åtkomlighet.

Vaccinationen mot influensa A (H1N1) beräknas i genomsnitt
ta 18 dagar för varje sjuksköterska (16 dagar för barn-/BVC-sjuk-
sköterskor, 20 dagar för skolsköterskor).

Ett nationellt vaccinationsregister, bedömer majoriteten, skulle
spara tid i verksamheten. Skolsköterskorna tillmäter vaccinations-
registret större betydelse än vad barn-/BVC-sjuksköterskorna gör.
65 procent respektive 45 procent bedömer att ett nationellt vac-
cinationsregister skulle spara tid i verksamheten.

En av tre (33 procent) sjuksköterskor svarar att en gemensam
huvudman för all barnhälsovård i huvudsak skulle innebära fördel-
delar. Tre procent svarar ”i huvudsak nackdelar”. Barn-/BVC-sjuk-
sköterskorna är mer positiva än skolsköterskorna till detta förslag.
Ett gemensamt journalsystem skulle innebära de största effektivit-
etsvinsterna av de förslag vi frågar om.

Datorvanan är hög inom svarspopulationen. Samtliga som be-
svaret svarar på frågan svarar att de använder dator dagligen. Vi tydliggör att
målgruppen utgörs av sjuksköterskor med egen e-postadress.

ARS Research AB
STOCKHOLM 2010-01-27

Michael Söderström

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	602
1.1 Bakgrund.....	602
1.2 Syfte.....	603
1.3 Målgrupper.....	603
1.4 Metod och omfattning	604
1.5 Register och urvalsbaser.....	604
1.6 Metoddiskussion	605
1.7 Frågeformulär	607
1.8 Genomförande.....	609
1.9 Kommentarer till fältarbetet, svarsfrekvensen och diskussion kring bortfallsanalys	610
2. RESULTATREDOVISNING	611
2.1 Inledning.....	611
2.2 Sysselsättning och anställning	613
2.3 Vaccinationssituationen i dagens barnhälsovård	619
2.4 Yrkesrollen för sjuksköterskor inom barnhälsovården	625
2.5 Socialstyrelsens informationsmaterial.....	629
2.6 Vaccinationspopulationens sammansättning.....	633
2.7 Vaccinationens arbetsmoment	639
2.7.1 Samtycke.....	640
2.7.2 Tidsåtgång	642
2.7.3 Dokumentation av givna vaccinationer	647
2.7.4 Vaccination mot influensa A (H1N1).....	649
2.8 Informationsinsamling.....	650
2.9 Tidsåtgång för olika arbetsmoment	654

2.10	Framtid	657
2.11	Huvudmannskapet	660
2.12	Bakgrundsfrågor om de intervjuade.....	668
2.12.1	Inledning	668
2.12.2	Datorstöd	669
2.12.3	Utbildning.....	670
3.	ANALYS OCH KOMMENTARER	675

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund

Vaccinutredningen (S 2008:10) är en statlig utredning, som bland annat ska föreslå hur de allmänna vaccinationsprogrammen ska beslutas, organiseras och finansieras i framtiden.

En viktig fråga gäller förhållandet mellan Socialstyrelsens beslut om föreskrifter om vaccinationer och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) beslut om att vissa vacciner ska omfattas av den allmänna läkemedelsförmånen. Utredningen ska också behandla frågor om information om vaccinationer till allmänheten och till sjukvårdspersonalen och om systemen för uppföljning av vaccinationernas effekter för individerna och för samhället. Vaccinutredningens uppdrag beskrivs närmare i en PM från 14 maj 2009.

Ett område som omfattas av utredningen gäller vaccination av barn. En viktig fråga gäller huvudmannskapet för de allmänna barnvaccinationsprogrammen, som i dag är delat mellan landstingen (Barnvårdscentralerna – BVC) och kommunerna (Skolhälsovården). Utredningen ska lämna förslag om huruvida vacciner ska kunna omfattas av läkemedelsförmånen, om hur information om vacciner ska ges till allmänhet och vårdpersonal och om nya uppföljningssystem, t.ex. ett nationellt vaccinationsregister.

För att få ett bra underlag om hur arbetssituationen i fråga om vaccinationer ser ut inom BVC och inom Skolhälsovården, har utredningen bedömt det nödvändigt att genomföra en enkätundersökning bland dem som praktiskt arbetar i verksamheterna, det vill säga barnsjuksköterskorna som arbetar inom BVC och Skolhälsovården.

ARS Research AB är ett undersökningsinstitut med specialisering på undersökningar för offentlig sektor, Sveriges näringsliv och media. Vi har genomfört ett stort antal undersökningsuppdrag för olika statliga utredningar, bland annat för Veterinärutredningen, Assistans och LSS-utredningen, Medierådet, Delegationen för romska frågor med flera. ARS gavs i uppdrag att genomföra denna studie av barn-/BVC- och skolsköterskors arbete med vaccination av barn.

1.2 Syfte

Undersökningens huvudsyfte är att i kvantitativa termer undersöka vaccinationsverksamhetens villkor ute i verksamheterna.

I förlängningen är syftet att samla underlag för förslag som kan leda till en högre kvalitet och effektivare verksamhet.

Undersökningens resultat ska ligga till grund för att kunna dra slutsatser generellt för riket, för en viss region eller annan undergrupp.

1.3 Målgrupper

Målgruppen utgörs av sjuksköterskor i barn- och skolhälsovård (BVC och Skolhälsovården). Målgruppen är alltså indelad i två delmålgrupper.

Delmålgrupperna har olika huvudmän och är organiserade i olika organisationer. Sjuksköterskorna inom BVC är anställda av landstinget och organiseras i huvudsak inom Riksföreningen för Barnsjuksköterskor. Enligt uppgift har föreningen cirka 2 400 medlemmar. Deras arbetsplats kan vara en allmän vårdcentral eller en specifik BVC. Som sjuksköterska inom barnhälsovården kan man enbart arbeta med barn, man kan också ha andra patientgrupper. Skolsköterskorna är anställda av kommunerna. De är organiserade inom Riksföreningen för Skolsköterskor. Enligt uppgift har föreningen 2 150 medlemmar. Det finns även barn- och skolsköterskor som inte är organiserade i de två riksföreningarna. Vi har ej kunnat få uppgifter om deras antal. Vi har heller ej kunnat få tillgång till register- eller kontaktuppgifter till de barn- och skolsköterskor som inte är organiserade i riksföreningarna.

Målgruppen för undersökningen har mot bakgrund av detta definierats som ”Barnsjuksköterskor och Skolsköterskor som är medlemmar i Riksföreningen för Barnsköterskor eller Riksföreningen för Skolsköterskor”.

Målgruppen omfattar cirka 4 550 personer, fördelade med cirka 2 400 barnsköterskor och 2 150 skolsköterskor.

Inför undersökningen gjorde ARS följande reflektion över målgruppen:

Enligt uppgifter till ARS är målgrupperna mycket positivt inställda till studien. Många inom målgruppen uppges anse att arbetssituationen är mycket pressad, speciellt nu under hösten 2009 då vaccinering mot influensa A (H1N1), har lagts till övriga vaccinationsprogram och

arbetsuppgifter. Man anser att en belysning av arbetssituationen är nödvändig och uppskattar att undersökningen genomförs, även om tidpunkten för dess genomförande är mindre lämplig.

Om målgruppen kan också sägas att den är kvalificerad och högutbildad. Målgruppen har stort engagemang i sitt arbete och kan anses ha stor datorvana. Vi bedömer att det är svårt att nå målgruppen genom telefonintervjuer, då de vanligen enbart kan nås på telefontider, avsedda för patientsamtal. Det är mindre troligt att de vill uppta denna tid för intervjuer i en undersökning även om de anser att undersökningen är mycket viktig. Under förberedelsearbetets gång har vi fått kännedom om att merparten av sköterskorna i de två grupperna har egna e-postadresser. Sköterskegruppernas huvudrepresentanter förordar att datainsamlingen genomförs med hjälp av e-postenkät.

1.4 Metod och omfattning

Undersökningen är genomförd som en kvantitativ totalundersökning inom målgruppen barn-BVC-sjuksköterskor och Skolsköterskor (se ovan), som har inrapporterat e-postadress.

Datainsamlingen har genomförts med en e-postenkät.

Den första utsändningen har följts upp med fyra påminnelser till dem som ej har besvarat enkäten.

1.5 Register och urvalsbaser

Vaccinutredningen har genom sina kontakter med Riksföreningen för Barnsjuksköterskor (BVC) och Riksföreningen för Skolsköterskor ombesörjt inrapporteringen av registeruppgifter till ARS.

Detta kan kommenteras med att inrapporteringen av registeruppgifter för sjuksköterskor som arbetar på BVC har gått mycket bra. Detta har kunnat göras genom de läns-/landstingsvisa representanterna för barn-/BVC-sjuksköterskorna ("Samordnarna i barnhälsovård i Sverige). Från dem har vi fått in vad vi betraktar som ett fullständigt register omfattande 2 333 individuella personuppgifter, med e-postadresser.

Inrapporteringen av registeruppgifter och då främst e-postadresser till de sjuksköterskor som är verksamma som skolsköterskor har varit svårare. Det medlemsregister som finns för skolsköterskor inom Riksföreningen för Skolsköterskor har vi ej kunnat få tillgång till. Föreningen har hänvisat till att svensk lagstiftning hindrar föreningen från att lämna ut uppgifterna. Föreningen har

dock bistått Vaccinutredningen och undersökningen genom att själva uppmana lokalt ansvariga och enskilda medlemmar att sända in kontaktuppgifter till ARS. På detta sätt har vi fått in uppgifter på olika sätt. Allt från uppgifter för hela kommuner samlat, till e-postadresser från enskilda skolsköterskor, som själva har önskat att få vara med i undersökningen och besvara enkäten. Det har varit en grannliga uppgift att sammanföra dessa registeruppgifter, i dess olika rapporteringsformer, till ett gemensamt och för dubletter, rensat register. Registret för sjuksköterskor, verksamma inom skolan består av 1 732 individuella e-postadresser till individuella personer.

Registret omfattar primärt e-postadresser till undersökningspopulationen.

ARS bedömer att vi har kunnat sammanställa nära nog fullständiga register över de två delmålgrupperna ("Barnsjuksköterskor och Skolsköterskor som är medlemmar i Riksföreningen för Barnsjuksköterskor eller Riksföreningen för Skolsköterskor").

	RF Barnsjuksköterskor	RF Skolsköterskor	Samtliga
Totalpopulation	2 400	2 150	4 550
Andel av samtliga	53 procent	47 procent	100 procent
Inrapporterade e-postadresser, antal	2 333	1 732	4 065
Inrapporterade e-postadresser, andel	97 procent	80 procent	89 procent

Under fältarbetets gång har vi fått meddelanden från olika yrkesgrupper, som korrekt säger sig inte tillhöra målgruppen för undersökningen. Det gäller främst Läkare, Administrativ personal och Sköterskor verksamma inom gymnasieskolan. Man kan alltså vara eller stå som medlem i någon av de två organisationerna, utan att ha vaccinerande arbetsuppgifter.

1.6 Metoddiskussion

ARS anser det vara av vikt och intresse för läsaren att bakgrunden till valet av metod redovisas. Det föreligger flera skäl för det val vi har gjort mellan de metoder som vi övervägde inför undersökningens genomförande. En utgångspunkt var att Vaccinutredningen

önskade kunna bryta ned materialet och studera resultat för många olika och intressanta delmålgrupper. Bland sådana intressanta delmålgrupper kan nämnas olika delar av riket, områden med olika befolkningstäthet, åldersgrupper bland de svarande, yrkeskategorier etc. För att kunna göra dessa nedbrytningar krävs en stor svarspopulation.

De metoder för fältarbetets genomförande som övervägdes och diskuterades mellan Vaccinutredningen och ARS var e-postenkäter, postala enkäter eller telefonintervjuer. Vi diskuterade också om undersökningen skulle genomföras som en urvalsundersökning eller som en totalundersökning inom den definierade målgruppen.

Vi hade följande aspekter att ta hänsyn till:

Tillgänglig register- och kontaktinformation

Målgruppens kontakt-, närhet

Målgruppens relation till ämnet och uppdragsgivaren.

Formulärets längd

Tidpunkten för genomförandet av undersökningen

Önskad svarspopulation

Möjligheter till påminnelser

Målgruppens önskemål/ Huvudmännens bedömning

Tidsaspekten

Kostnader

1. **Register och kontaktinformation.** Vi visste att vi kunde få e-postadresser till samtliga de sjuksköterskor vi kunde få kontaktuppgifter till. Telefonnummer och postadress var mer osäkra uppgifter. Vi fick kännedom om att föreningarna i huvudsak höll kontakt med sina medlemmar genom e-post och att de register som fanns att tillgå skulle innehålla e-postadresser till samtliga medlemmar.
2. **Målgruppens kontakt-, närhet.** Vår och andras erfarenheter när det gäller denna målgrupp är att de har telefontider då de kan nås. Telefontiderna är dock i första hand till för patientkontakter, varför man sällan vill besvara enkätfrågor under telefontiderna. Telefontiderna är oftast mycket svåra för oss att "pricka in". Postala enkäter kan då vara mer lämpliga. Postala enkäter kan dock läggas undan om arbetsbelastningen är hög. Vi

har under fältarbetets gång fått information om att vissa telefonväxlar till mottagningar har hållits helt stängda på grund av arbetsbelastningen med vaccineringen mot influensa A (H1N1).

3. **Målgruppens relation till ämnet och uppdragsgivaren.** Målgruppen ska enligt uppgift vara mycket intresserade av ämnet och bör ha stort förtroende för uppdragsgivaren. De respektive yrkesföreningarnas engagemang i undersökningen torde också tala för en positiv inställning till och ett högt deltagande i undersökningen.
4. **Formulärets längd.** Vaccinutredningen hade ett mycket stort antal frågor som man önskade få belysta i undersökningen. Flera av frågorna var av den art att de var svåra att ställa muntligt i telefon. De lämpade sig bättre att ställa skriftligt, med en synlig svarsskala eller på ett sådant sätt att tid kunde ges för att sammanställa eller överväga svaren. ARS framförde synpunkter på att frågeformuläret var mycket långt och omfattande. Vaccinutredningen och de olika referensgrupperna ansåg dock att samtliga frågor var av mycket stort värde och skulle ställas i undersökningen.
5. **Tidpunkten för genomförandet av undersökningen.** Undersökningen skulle genomföras under en tidsperiod då målgruppen hade extremt hård arbetsbelastning med massvaccinationen mot influensa A (H1N1). Vi har i "automatsvar", fått veta att mottagningar stängt sina telefonväxlar på grund av arbetet med denna vaccination. Vaccinutredningen hade också en tidsplan för sitt arbete, vilken inte tillät en senareläggning av undersökningen.
6. **Önskad svarspopulation.** Vaccinutredningen önskade en så stor svarspopulation att nedbrytningar på många delmålgrupper kunde göras. Detta kräver en undersökning med ett mycket stort bruttourval eller bruttopopulation.
7. **Möjligheter till påminnelser.** Möjligheterna att använda alternativa metoder för påminnelser (t.ex. telefonpåminnelse efter postala enkäter), skulle vara mycket svårt bland annat av skäl som angivits ovan.
8. **Målgruppens önskemål.** De två sjuksköterskegruppernas riksorganisationer förordade att undersökningen genomfördes med e-postenkät.

9. **Tidsaspekten.** Utgångspunkt vid planeringen av undersökningen var att resultat skulle föreligga i mitten av december 2009. En postal enkät skulle inte ha kunnat färdigställas inom de givna tidsramarna.
10. **Kostnadsaspekten.** En undersökning genomförd som postal enkät eller med hjälp av telefonintervjuer med en bruttopopulation med över 4 000 individer/2 800 insamlade svar hade varit avsevärt mycket mer kostnadskrävande än den nu genomförda undersökningen med e-postenkäter.

1.7 Frågeformulär

Ett frågeformulär har utarbetats i samråd mellan Vaccinutredningen och ARS. Formulärbetet har genomförts enligt följande arbetsfördelning:

Vaccinutredningen har ansvarat för frågeområden och frågeställningar (Vad man vill veta). ARS har ansvarat för frågeformulering och formulärutformning (Att frågorna mäter det de avser att mäta och att formuläret är smidigt att besvara).

Vaccinutredningen har godkänt frågeformuläret före fältarbetsstart.

Inom Vaccinutredningen har grunden för frågeformuläret sammanställts i samråd med berörda organisationer, såsom intresseföreningarna för barnsjuksköterskor, skolsköterskor, skolläkare och barnhälsoöverläkare. Frågeformuläret i dess olika skissformer gick på remiss till berörda organisationer och samarbetsparter kring Vaccinutredningen. Det slutgiltiga frågeformuläret godkändes av samtliga parter kring Vaccinutredningen.

ARS framförde att frågeformuläret bör begränsas till att omfatta maximalt 40 frågor och delfrågor, detta för att ej belasta respondenterna med ett alltför tungt och omfattande frågeformulär. Det slutgiltiga frågeformuläret kom att omfatta 55 frågenummer, varav flera frågor innehöll delfrågor och rangordningsfrågor.

1.8 Genomförande

Efter väl genomfört förarbete omfattande formulärbete och urvalsdragning påbörjades fältarbetet.

Det första utskicket gjordes onsdagen 11 november. Påminnelser sändes därefter ut måndagarna 16 november, 23 november och 30 november. En fjärde och sista påminnelse med angivet sista svarsdatum sändes ut 14 december. Fältarbetet avbröts och enkäten stängdes måndagen 11 januari 2010.

Inkomna svar har dataregistrerats kontinuerligt. När fältarbetet avbröts databearbetades materialet.

Vi har uppnått följande resultat av fältarbetet:

	Individer
Bruttoantal	4 065
A-bortfall, Utgående ur populationen	145
varav	
Administrativ personal	27
Felaktiga adresser, ej möjliga att spåra eller justera	60
Gymnasie-, högstadiesköterska	15
Långvarigt ledig, föräldraledig, tjänstledig etc.	5
Läkare	31
Pensionär	4
Slutat	3
Nettoantal	3 920
B-bortfall	1 087
varav	
Vägrare	4
Ej öppnade enkäter	1 002
Öppnade ej besvarade enkäter	81
Inkomna och databearbetade enkäter	2 833
Varav	
Fullständigt besvarade enkäter	2 027
Ej fullständigt besvarade enkäter	806
Svarsfrekvens	72 procent

En förenklad och övergripande sammanställning av de svarandes fördelning utifrån uppskattade totalpopulationer och inrapporterade kontaktuppgifter ger följande resultat. Vi har här inte tagit

hänsyn till A-bortfall (personer som ej ingår i målgruppen för undersökningen).

	BVC-sjuksköterskor	Skolsköterskor	Total
Totalpopulation	2 400	2 150	4 550
Antal inrapporterade adresser	2 333	1 732	4 065
Andel inrapporterade adresser	97 procent	80 procent	89 procent
Antal inkomna svar	1 532	1 203	2 833
Andel av inrapporterade adresser	66 procent	69 procent	62 procent

1.9 Kommentarer till fältarbetet, svarsfrekvensen och diskussion kring bortfallsanalys

Svarsfrekvensen om 72 procent är mycket bra, även i jämförelse med undersökningar rent generellt och undersökningar genomförda med de traditionella fältarbetsmetoderna, telefonintervjuer och postala enkäter.

Det är mycket troligt att svarsfrekvensen hade varit ännu högre om undersökningen hade genomförts under en tidsperiod med normal arbetsbelastning. Nu genomfördes undersökningen under en tidsperiod med extremt hög arbetsbelastning, när nära nog samtliga barn skulle vaccineras av målgruppen för undersökningen. En liknande arbetsbelastning har troligen aldrig förekommit. Frågeformulärets längd kan också ha bidragit till en minskad svarsbenägenhet, speciellt frågorna om tidsåtgång för olika arbetsmoment kan ha upplevts som tunga att besvara. De negativa kommentarer vi har fått kring undersökningen från målgruppen har gällt dessa två områden, undersökningens genomförande i tiden och frågeformulärets längd.

Vi kan dock konstatera att fältarbetsmetoden, e-postenkäter, har fungerat mycket väl. Vi har fått hög svarsfrekvens. Fältarbetet har kunnat genomföras under en koncentrerad fältarbetsperiod. Vi har kunnat genomföra en populationsmässigt mycket stor undersökning på ett kostnadseffektivt sätt. Vi kan också konstatera att adressuppgifterna har fungerat mycket väl.

ARS har inte genomfört någon bortfallsanalys. Skälen för detta är flera. Vi ser egentligen inget behov av att genomföra en bortfallsanalys. Vi har relativt små möjligheter att genomföra en bortfallsanalys, på grund av att vi har mycket begränsade uppgifter och kunskaper om målgruppen för undersökningen. Vi kan se att och

åldersfördelningen i svarspopulationen väl bör överensstämma med de som gäller för målgruppen totalt (98 procent kvinnor). Medelåldern i svarspopulationen är 50,8 år. Spontant kan vi tycka att den känns något hög. Vi har dock inga uppgifter att relatera medelåldern till. Den geografiska fördelningen över landet kan vi också bedöma vara relativt korrekt. Vi kan också se att svarsbenägenheten för de två delmålgrupperna är relativt jämn och att svarsfrekvensen i de två målgrupperna är jämn. Övriga parametrar har vi inte möjlighet att stämma av eftersom det inte finns tillgång till andra uppgifter i registret över målgruppen.

Bortfallsanalyser kan också göras genom att ett slumpmässigt urval görs inom B-bortfallet och att man ”på alla tänkbara sätt” tillser att man får in svar av de ur bortfallet utvalda och därefter jämför svaren från huvud populationen med svaren från bortfallspopulationen. Detta är en mycket kostsam åtgärd. Vi har i samråd med Vaccinutredningen beslutat att inte genomföra en sådan bortfallsanalys.

2. RESULTATREDOVISNING

2.1 Inledning

I detta kapitel redovisas undersökningens resultat. Redovisningen följer frågeformulärets disposition och presenterar resultatet i kronologisk ordning. Frågorna anges med fullständig formulering med indragen kursiverad text.

Resultatredovisningen är indelad i 10 kapitel:

- 2.1 Inledning
- 2.2 Sysselsättning och anställning
- 2.3 Vaccinationssituationen i dagens barnhälsovård
- 2.4 Yrkesrollen för sjuksköterskor inom barnhälsovården
- 2.5 Socialstyrelsens informationsmaterial
- 2.6 Vaccinationspopulationens sammansättning
- 2.7 Vaccinationens arbetsmoment
- 2.8 Informationsinsamling
- 2.9 Tidsåtgång för olika arbetsmoment
- 2.10 Framtid
- 2.11 Huvudmannskapet
- 2.12 Bakgrundsfrågor om de intervjuade

Respektive kapitel inleds med en översikt över frågeområdet. Där- efter följer redovisningen fråga för fråga med resultaten för samt- liga svarande och vanligtvis för de undergrupper som signifikant avviker från den totala populationen. Kommentarer är skrivna utifrån totalresultaten. Totalresultaten är ovägda, eftersom de två delmålgrupperna är i princip lika stora (53 procent, respektive 47 procent av totalpopulationen och 54 procent respektive 46 procent av svarspopulationen).

För mer ingående studier av undersökningens undergrupper kan det fullständiga tabellverket i bilaga 1 studeras. För studier av tabellerna bör nämnas att tabellerna är signifikantstade. Det innebär att resultat i undergrupper som statistiskt signifikant avviker från resultaten för "Samtliga" (resultaten i totalkolumnen) är markerade med ett + eller - tecken, beroende på om värdet är högre eller lägre än värdet i totalkolumnen. Värdena i tabellerna är avrundade till närmaste hela procenttal. Anges 0 procent i tabellen innebär det att färre än 0,5 procent har avgivit svar/ svaret. Anges inget värde (-) innebär det att ingen intervjuad har avgivit svar/svaret. Vid läsning av tabellverket (bilaga 1.) kan läsaren finna att skillnader om 1 procent kan finnas mellan summerade värden ("Summa instämmer" och "Instämmer helt" + "Instämmer del- vis"). Detta förklaras av avrundningseffekter.

Summan i diagrammen samt i tabellerna kan i vissa fall summera till någon procent lägre eller högre än 100 procent. Detta beror på att värdena är avrundade till närmsta heltal.

Det insamlade materialet är databearbetat så att geografiska skillnader kan studeras. Databearbetningen Geografi 1, är en geografisk uppdelning av Sverige i fem områden, Norr, Mitt, Öst, Väst och Syd. Indelningen är gjord efter postnummerområden och kan övergripande beskrivas som:

Norr är området norr om Östersund.

Mitt är området söder om Östersund men norr om Avesta.

Öst är området från Avesta i norr, till Växjö i söder och öster om Vättern.

Väst är motsvarande område väster om Vättern.

Syd är området söder om områdena Öst och Väst.

Databearbetningen Geografi 2, är en geografisk uppdelning av Sverige efter befolkningstäthet. Uppdelningen är genomförd efter

A-regioner, där Storstad är Stockholm, Göteborg och Malmö, Övriga städer utgörs av mellanstora städer enligt allmänt vedertagen definition och Övriga landet är övriga (mindre städer) orter och landsbygd.

Eftersom samtliga inte har besvarat bakgrundsfrågorna om ålder, geografi (postnummer), tid på tjänst etc. summerar dessa delmålgrupper inte till summan av samtliga. Det är endast de respondenter, för vilka vi har dessa uppgifter, som vi har kunnat föra till de olika delmålgrupperna.

Det bör också framhållas att ett lågt antal svarande för vissa frågeställningar kan påverka resultatet på så sätt att procenttalen blir relativt sett mycket stora per enskild svarande individ¹. Därtill har ett flertal frågeområden relativt stora andelar som är indifferentia eller väljer att svara Vet ej.

Merparten av resultaten är presenterade i grafisk form. Den grafiska presentationen baseras i huvudsak på totalresultaten för varje fråga.

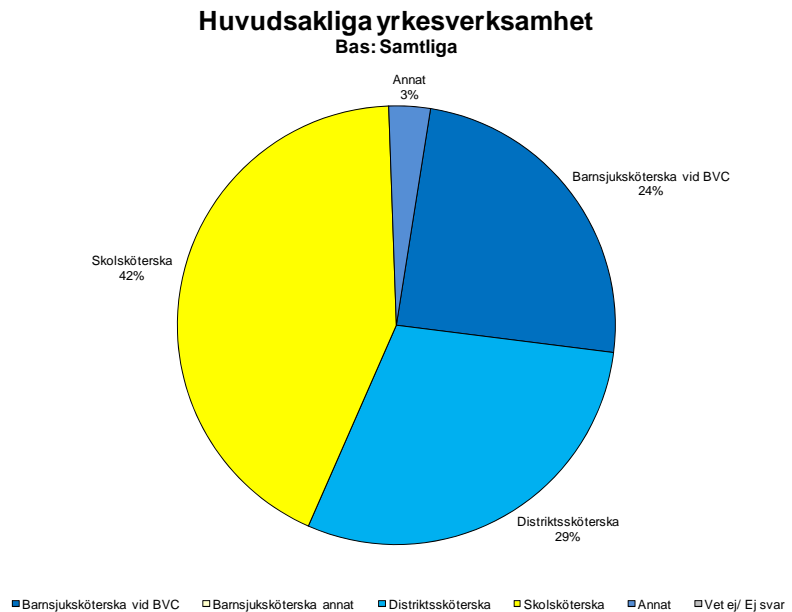
2.2 Sysselsättning och anställning

I detta delkapitel kommer en rad frågor om de tillfrågades bakgrund att ställas. Inledningsvis utfrågas sköterskorna om deras huvudsakliga yrkesverksamhet.

1. *Vilken är Din huvudsakliga yrkesverksamhet?*

Av de svarande anger 42 procent att deras huvudsakliga verksamhet är Skolsköterska, den näst största andelen svarar Distriktssköterska (29 procent) och en fjärdedel (24 procent) svarar Barnsjuksköterskor vid BVC. I gruppen BVC-sjuksköterskor svarar 45 procent barnsjuksköterska vid BVC och 54 procent distriktssköterska. I gruppen Skolsköterskor svarar samtliga (100 procent) att de är skolsköterskor.

¹ Detta gäller framförallt följande undergrupper: tillfrågade upp till 35 år (86 personer) och tillfrågade utan specialistutbildning (27 personer).



Avvikande svar bland undersökningens undergrupper finns att studera i detalj i bilaga 1.

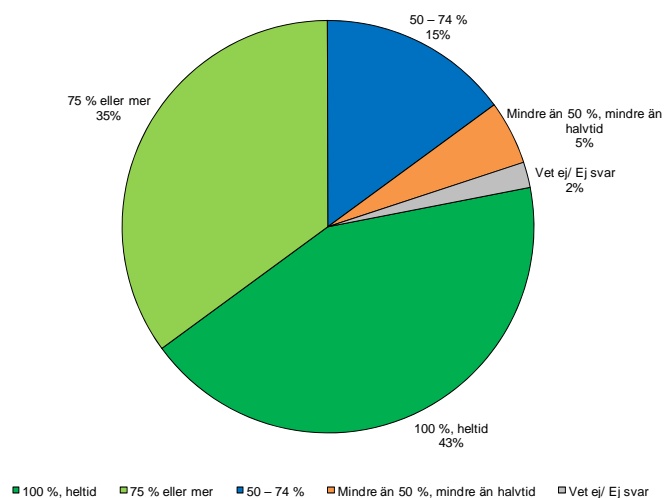
Nästa fråga är formulerad för att införskaffa information om de tillfrågades anställningsform.

2. *Hur stor andel av en heltidstjänst arbetar Du som barnsjuk sköterska, skol- eller distriktssköterska? Bedöm arbetsinsatsen över ett kalenderår.*

43 procent av de tillfrågade arbetar heltid, en dryg tredjedel (35 procent) svarar att de arbetar 75 procent eller mer och 15 procent svarar att de arbetar mellan 50–74 procent. Vidare svarar fem procent att de arbetar mindre än 50 procent. De kvarvarande två procenten svarar att de inte vet eller har valt att inte lämna svar.

Andel av en heltidstjänst som barnsjuksköterska, skol- eller distriktssköterska?

Bas: Samtliga



Hälften (50 procent) av skolsköterskorna svarar att de arbetar heltid, medan 39 procent av BVC-sjuksköterskorna gör det. Vi kan också se att 50 procent av de äldre sköterskorna arbetar heltid, vilket är mer än för samtliga. I södra Sverige svarar en av tre (33 procent) att de arbetar heltid.

Fler avvikande svar bland undersökningens undergrupper finns att studera i detalj i bilaga 1.

Nästa fråga gäller vilket typ av befattning som de tillfrågades närmsta chef har. Frågan har följande formulering:

3. *Vilken befattning har Din närmaste chef med personalansvar? Välj det som bäst stämmer in på Din situation i dag.*

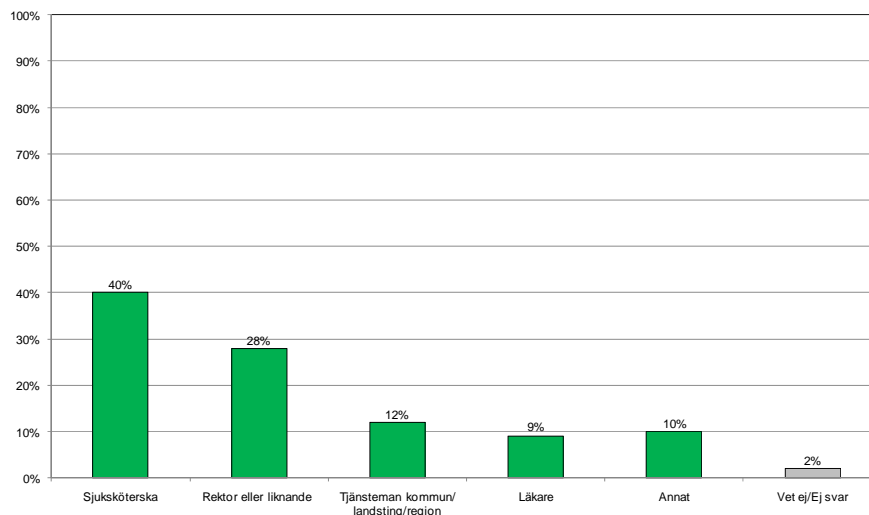
Den största andelen (40 procent) svarar att deras närmaste chef är Sjuksköterska. 28 procent svarar Rektor eller annan befattningshavare i skolan, 12 procent ger svaret Annan tjänsteman inom kommun/landsting/region och 9 procent svarar Läkare. Därtill har 10 procent givit andra svar.

Bland BVC-sjuksköterskorna svarar 65 procent Sjuksköterska och 16 procent Läkare. Av Skolsköterskorna svarar 65 procent Rektor eller annan befattningshavare på skolan och 20 procent

Annan tjänsteman inom kommunen. 8 procent svarar Sjuksköterska. Vi kan alltså konstatera att BVC-sjuksköterskorna vanligen har en sjukvårdsutbildad som närmaste chef, medan Skolsköterskorna ytterst sällan har det.

Närmsta chef med personalansvar

Bas: Samtliga



För studier av avvikande svar bland undersökningens undergrupper studera bilaga 1.

Nedanstående fråga ställs till delmålgruppen skolsköterskor och behandlar om deras arbete sker i en kommunal skola eller i en friskola.

4. *Bedrivs Din huvudsakliga verksamhet som skolsköterska i en kommunal skola eller i en friskola?*

93 procent svarar att deras arbete som skolsköterska sker i kommunal regi. Fem procent svarar att de arbetar i en friskola.

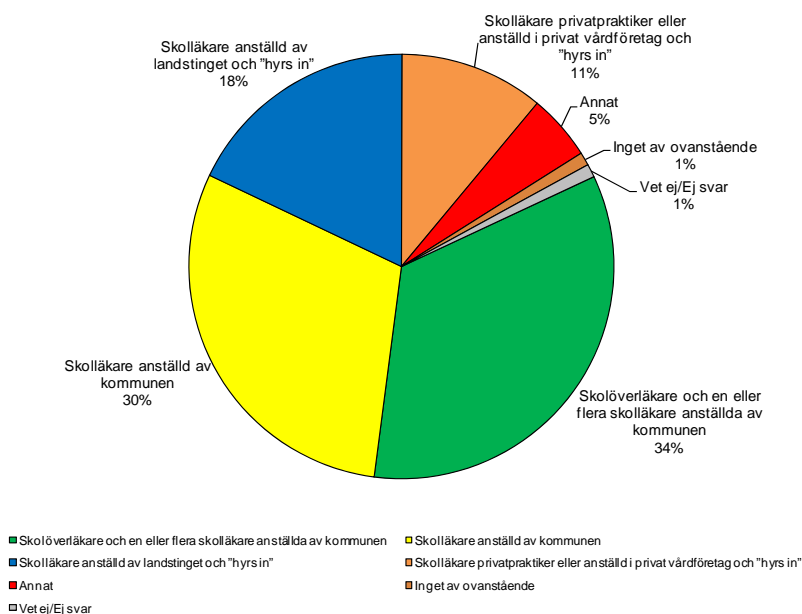
För att följa upp föregående fråga och undersöka skolsköterskornas arbetsförhållanden vad gäller tillgång till skolläkare utfrågas de med följande fråga.

5. Vilket av följande alternativ passar bäst in på den verksamhet Du arbetar inom?
Du arbetar inom?

En tredjedel (34 procent) svarar att de har en skolöverläkare och en eller flera skolläkare som är anställda av kommunen. 30 procent framhåller att kommunen har skolläkare anställda. 18 procent svarar att kommunen hyr in skolläkare av landstinget och 11 procent framhåller att skolläkare hyrs in från den privata sfären.

Vilket av följande alternativ passar bäst in på den verksamhet Du arbetar inom?

Bas: Skolsköterskor



Vi kan konstatera att geografiska skillnader finns i materialet. Av skolsköterskorna i Öst svarar 53 procent att de har Skolöverläkare och flera skolläkare anställda av kommunen. I region Norr är den andelen 4 procent. I region Norr svarar å andra sidan 56 procent att de har Skolläkare anställd av kommunen, motsvarande andel i Öst är 24 procent.

Vi kan också se att svarsalternativet "Skolöverläkare och flera skolläkare anställda av kommunen" är det vanligaste svaret i storstäder (57 procent) medan det i "städer" och "övrige landet" är 20

procent respektive 17 procent som avger det svaret. Bland skol-sköterskor i övriga landet är det vanligaste svaret "Skolläkaren är anställd av landstinget och hyrs in" (35 procent).

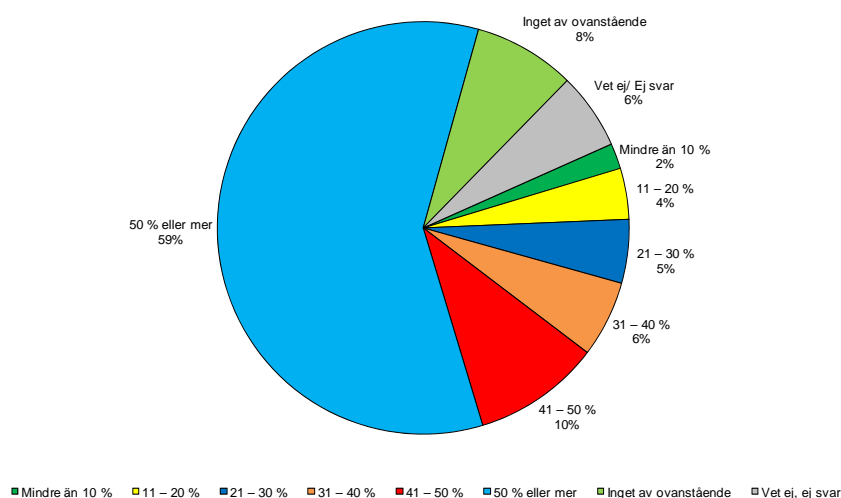
Avvikande svar bland undersökningens undergrupper finns att studera bilaga 1.

Nästa fråga ställs till delmålgruppen distriktssköterskor och behandlar hur stor andel av deras arbetstid som uppskattningsvis går åt till barnhälsovård. Frågan har följande formulering och är bara ställd till de som svarade "Distriktssköterska" i fråga 1.:

6. *Hur stor andel av Din arbetstid som distriktssköterska bedömer Du åtgår till arbetsuppgifter inom barnhälsovården, inklusive vaccinationer av barn?*

Den största andelen (59 procent) av svarspopulationen uppskattar att arbetsuppgifter inom barnhälsovården, inklusive vaccinationer av barn tar 50 procent eller mer av arbetstiden. Vidare svarar 10 procent att barnhälsovården upptar 41–50 procent av deras arbetstid. Övriga svarsalternativ som understiger 10 procent redovisas i grafen nedan.

Andel av arbetstid som går till arbetsuppgifter inom barnhälsovården
Bas: Distriktssköterska



Vi kan se att unga distriktssköterskor (-35 år) i högre grad arbetar med barnhälsovård (72 procent mer än 50 procent). Vi kan också se att distriktssköterskorna i region Norr (45 procent) tycks vara mindre specialiserade på barnhälsovård, jämfört med övriga områden i Sverige. I Norr har svaren en stor spridning över svarsalternativen.

Avvikande svar bland undersökningens undergrupper finns att studera bilaga 1.

2.3 Vaccinationssituationen i dagens barnhälsovård

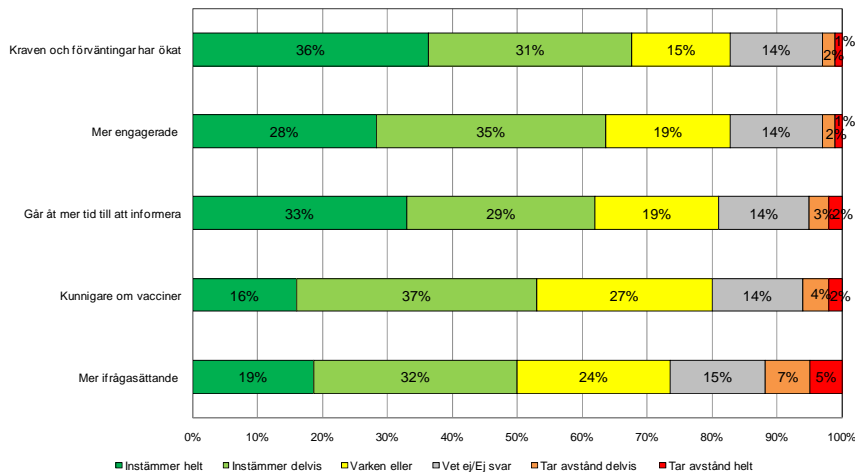
I detta kapitel redogörs för ett antal frågor angående vaccinationssituationen inom dagens barnhälsovård. Ett flertal frågor består av flervalsfrågor, som de tillfrågade får ta ställning till i olika grader. Den första frågan är formulerad för att undersöka sjuksköterskors uppfattning vad gäller skillnad över tid (5–10 år) angående föräldrars och barns engagemang gällande vaccinationer.

7. *Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?*

För att göra redovisningen av denna fråga mer överskådlig kommer den deskriptiva analysen att ske efter den grafiska presentationen. Analysen går kronologiskt igenom de olika svarsalternativen eller i det här fallet påståendena.

Förändring av föräldrars och barns attityder om vaccinationen över tid (5-10 år)

Bas: Samtliga



Nedan följer en genomgång av resultaten utifrån den redovisade bedömningsskalan och ovanstående diagram. Medelvärden kan användas vid läsning och bedömning av dessa resultat. Redovisningen sker i fallande ordning, utifrån det påstående som erhållit den högsta graden av instämmande. Analys av undergrupper kommer att ske när det finns underlag för en sådan.

- **E. Kraven och förväntningarna från föräldrar och barn har generellt sett ökat under de senaste 5–10 åren: (4,2 i medelvärde)**

Två tredjedelar (67 procent) instämmer i detta påstående, 36 procent Instämmer helt och 31 Instämmer delvis. 15 procent är indifferent och svarar Varken eller och tre procent tar avstånd från påståendet.

Vid studier av undergrupperna går en rad avvikande svar att observera. Särskilt intressanta svar är bland annat att BVC-sjuksköterskor (73 procent) instämmer i högre grad än vad skolsköterskorna (61 procent) gör (67 procent för samtliga). Detta kan förklaras av att BVC-sjuksköterskorna troligen har en närmare relation till föräldrarna än vad skolsköterskorna har. Vidare finns en åldersrelaterad skillnad när de äldre instämmer i högre grad än de yngre – upp till 35 år (60 procent), mellan 36–50 år (71 procent) och över 51 år (77 procent). Bland de yngre svarar dock 22 procent ”Vet ej”.

- **A. Föräldrarna är mer engagerade i vaccinationsfrågor i dag än för 5–10 år sedan: (4,0)**

63 procent av de tillfrågade instämmer – 28 procent Instämmer helt och 35 procent Instämmer delvis. 19 procent svarar Varken eller och tre procent tar avstånd från att föräldrarna är mer engagerade. Återigen finns en rad avvikande svar bland undergrupperna. BVC-sjuksköterskor (68 procent) instämmer ännu en gång i högre grad än vad skolsköterskorna (59 procent) gör (63 procent för samtliga). Sjuksköterskor i region Mitt (81 procent) instämmer vidare i mycket hög grad. I övrigt ser vi inga markanta geografiska skillnader. Åldersmässigt ser vi att ju äldre man är, desto starkare instämmer man i påståendet (73 procent 51 år +, 66 procent 36–50 år, 58 procent – 35 år). Det ska dock förtydligas att en av fem (22 procent) i gruppen – 35 år, svarar ”Vet ej”. Detta får anses vara naturligt med tanke på deras relativt korta yrkesverksamhet.

- **D. Det går åt mer tid till att informera barn och föräldrar om vaccinationer i dag än för 5–10 år sedan: (4,0)**

62 procent av sjuksköterskorna instämmer – 33 procent Instämmer helt och 29 procent Instämmer delvis. 19 procent svarar Varken eller och fem procent tar avstånd från detta påstående. Av BVC-sjuksköterskorna instämmer 64 procent och av skolsköterskorna instämmer 60 procent.

Sett till övriga undergrupper avviker sjuksköterskor äldre än 51 år (72 procent) och sjuksköterskor i region Mitt (78 procent) genom att instämma i mycket hög grad.

- **C. Jag upplever att föräldrarna är kunnigare om vacciner och vaccinationer i dag än för 5–10 år sedan: (3,7)**

Något fler än hälften av sjuksköterskorna (53 procent) instämmer i att föräldrarna är kunnigare i ämnet än för 5–10 år sedan – 16 procent Instämmer helt och 37 procent Instämmer delvis. En dryg fjärdedel (27 procent) är indifferent och 6 procent tar avstånd.

Vad gäller undergrupperna går det ännu en gång att skönja en skillnad mellan BVC-sjuksköterskor (59 procent instämmer) och skolsköterskor (47 procent). Andra grupper som instämmer i signifikant hög grad är äldre än 51 år (62 procent), de som varit i tjänst i mer än 10 år (66 procent), samt sjuksköterskor i regionerna Mitt (67 procent) och Syd (62 procent).

- **B. Föräldrarna är mer ifrågasättande till vaccinationer i dag än för 5–10 år sedan: (3,6)**

Hälften (51 procent) instämmer i att Föräldrarna är mer ifrågasättande nu, varav 19 procent Instämmer helt och 32 procent Instämmer delvis. En fjärdedel (24 procent) svarar Varken eller och 12 procent tar avstånd. I denna fråga är det ingen markant skillnad mellan BVC-sjuksköterskor och skolsköterskor, 52 procent respektive 51 procent instämmer. Möjligen kan lyftas fram att 14 procent av BVC-sjuksköterskorna tar avstånd, mot 10 procent för skolsköterskorna.

Sett till övriga undergrupper är det sjuksköterskorna i region Mitt (66 procent) som avviker i störst utsträckning genom att instämma signifikant högre grad.

Nästa frågebatteri omfattar samma frågeområden som fråga 7, men gäller nu ett år tillbaka. Frågorna ställs för att samla in infor-

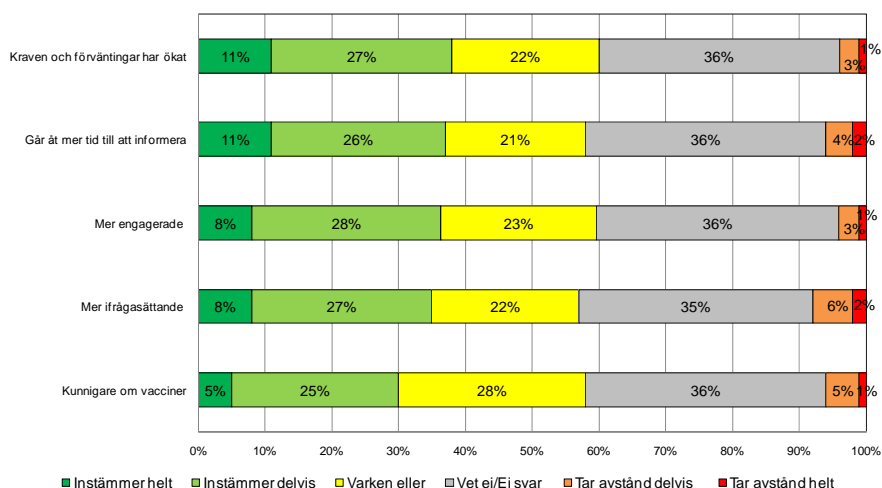
mation som kan ge nyanser om föräldrars engagemang, kunskap etc. har ändrats över tid och om den, vid fältarbetets genomförande, aktuella vaccinationen mot influensa A (H1N1) och den därtill hörande debatten, påverkade föräldrarna. I nedanstående påståenden ombeds sjuksköterskorna att ta ställning till förändringar under det senaste året.

8. *Om Du nu ser ett år tillbaka, ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?*

För att göra redovisningen av denna fråga mer överskådlig kommer den deskriptiva analysen att ske efter den grafiska presentationen. Analysen går kronologiskt igenom de olika svarsalternativen eller i det här fallet påståendena.

Föräldrars attityder om vaccinationen av deras barn i jämförelse med för ett år sedan

Bas: Samtliga



Nedan följer en genomgång av inkommet resultat utifrån den redovisade bedömningsskalan och ovanstående diagram. Medelvärden kan användas vid läsning och bedömning av dessa resultat. Redovisningen sker i fallande ordning, med början på det påstående som erhållit den högsta graden av instämmande. Analys av undergrupper görs när det finns underlag för en sådan.

- **E. Kraven och förväntningarna från föräldrar och barn har generellt sett ökat under det senaste året: (3,7 i medelvärde)**

38 procent av sjuksköterskorna instämmer i att Kraven och förväntningarna har ökat, varav 11 procent Instämmer helt och 27 procent Instämmer delvis. En femtedel (22 procent) är indifferent och fyra procent tar avstånd. Därtill har en relativt stor andel svarat att de inte vet (29 procent) eller valt att inte lämna svar (7 procent).

En analys av undergrupperna visar att BVC-sjuksköterskor (43 procent) instämmer i signifikant högre grad än Skolsköterskor (31 procent).

Vidare finns en tydlig åldersrelaterad skillnad – upp till 35 år (16 procent instämmer), mellan 36–50 år (31 procent) och över 51 år (51 procent). Detta svarsmönster går igen genom att sjuksköterskor med över 10 år i tjänsten (58 procent) instämmer i mycket hög grad (37 procent för samtliga).

Sjuksköterskor upp till 35 år (77 procent) och de som har upp till fem år på tjänsten (65 procent) avviker med höga andelar som svarar Vet ej, vilket är en rimlig förklaring till att de instämmer i så låg grad.

- **D. Det går åt mer tid till att informera barn och föräldrar om vaccinationer i dag än för ett år sedan: (3,6)**

37 procent av sjuksköterskorna instämmer i att Kraven och förväntningarna har ökat, varav 11 procent Instämmer helt och 26 procent Instämmer delvis. En femtedel (21 procent) är indifferent och 6 procent tar avstånd. Därtill har en relativt stor andel svarat att de inte vet (29 procent) eller valt att inte lämna svar (7 procent).

Analysen av undergrupperna visar på stora likheter med föregående påstående. BVC-sjuksköterskor (43 procent) instämmer i signifikant högre grad och skolsköterskor (31 procent) Instämmer i signifikant lägre grad. Sjuksköterskor upp till 35 år (12 procent instämmer) och de mellan 36–50 år (31 procent) instämmer i signifikant låg grad, medan sjuksköterskor över 51 år (50 procent) och de som varit i tjänsten över 10 år (59 procent) instämmer i hög grad. Sjuksköterskor upp till 35 år (79 procent) och de som har upp till fem år på tjänsten (65 procent) avviker med höga andelar som svarar Vet ej, vilket är en rimlig förklaring till att de instämmer i så lång grad.

A. Föräldrarna är mer engagerade i vaccinationsfrågor i dag än för ett år sedan: (3,6)

Två tredjedelar (36 procent) instämmer i detta påstående – 8 procent Instämmer helt och 28 procent Instämmer delvis. En av fyra (23 procent) är indifferent och fyra procent tar avstånd från att föräldrar är mer engagerade i dag. En tredjedel (36 procent) svarar dock att de inte vet eller har valt att inte besvara frågan.

En undersökning av avvikande svar bland undergrupperna avslöjar att det återigen finns likheter med ovanstående påståenden. BVC-sjuksköterskor (42 procent) instämmer i signifikant hög grad och skolsköterskor (30 procent) Instämmer i signifikant låg grad. Sjuksköterskor upp till 35 år (13 procent instämmer) och de mellan 36–50 år (29 procent) instämmer i signifikant låg grad, medan sjuksköterskor över 51 år (50 procent), sjuksköterskor i region Mitt (49 procent), och de som varit i tjänsten över 10 år (57 procent) instämmer i hög grad.

• B. Föräldrarna är mer ifrågasättande till vaccinationer i dag än för ett år sedan: (3,5)

En tredjedel (35 procent) instämmer i detta påstående – 8 procent Instämmer helt och 27 procent Instämmer delvis. 22 procent är indifferent och 8 procent tar avstånd från att föräldrar är mer engagerade i dag. En stor andel svarar därtill att de inte vet (28 procent) eller har valt att inte lämna svar (7 procent).

Återigen går ovan framhållna svarsmonster att identifiera. BVC-sjuksköterskor (40 procent) instämmer i signifikant hög grad och skolsköterskor (28 procent) Instämmer i signifikant låg grad. Sjuksköterskor upp till 35 år (15 procent instämmer) och de mellan 36–50 år (29 procent) instämmer i signifikant låg grad, medan sjuksköterskor över 51 år (45 procent), sjuksköterskor i region Mitt (44 procent), och de som varit i tjänsten över 10 år (51 procent) instämmer i hög grad. Sjuksköterskor upp till 35 år (77 procent) och de som har upp till fem år på tjänsten (64 procent) avviker även i detta fall med höga andelar som svarar Vet ej, vilket kan förklara att de instämmer i låg grad.

- **C. Jag upplever att föräldrarna är kunnigare om vacciner och vaccinationer i dag än för ett år sedan: (3,4)**

30 procent instämmer i att föräldrarna är kunnigare om vacciner och vaccinationer i dag, varav fem procent Instämmer helt och 25 procent Instämmer delvis. 28 procent är indifferent och 6 procent tar avstånd. En stor andel svarar därtill att de inte vet (29 procent) eller har valt att inte lämna svar (7 procent).

Även för detta påstående går det att känna igen avvikelserna från föregående påståenden. BVC-sjuksköterskor (36 procent) instämmer i signifikant hög grad och skolsköterskor (24 procent) Instämmer i signifikant låg grad. Sjuksköterskor upp till 35 år (6 procent instämmer) och de mellan 36–50 år (24 procent) instämmer i signifikant låg grad, medan sjuksköterskor över 51 år (41 procent), och de som varit i tjänsten över 10 år (47 procent) instämmer i hög grad. Sjuksköterskor upp till 35 år (78 procent) och de som har upp till fem år på tjänsten (65 procent) avviker även i detta fall med höga andelar som svarar Vet ej, vilket kan förklara att de instämmer i låg grad.

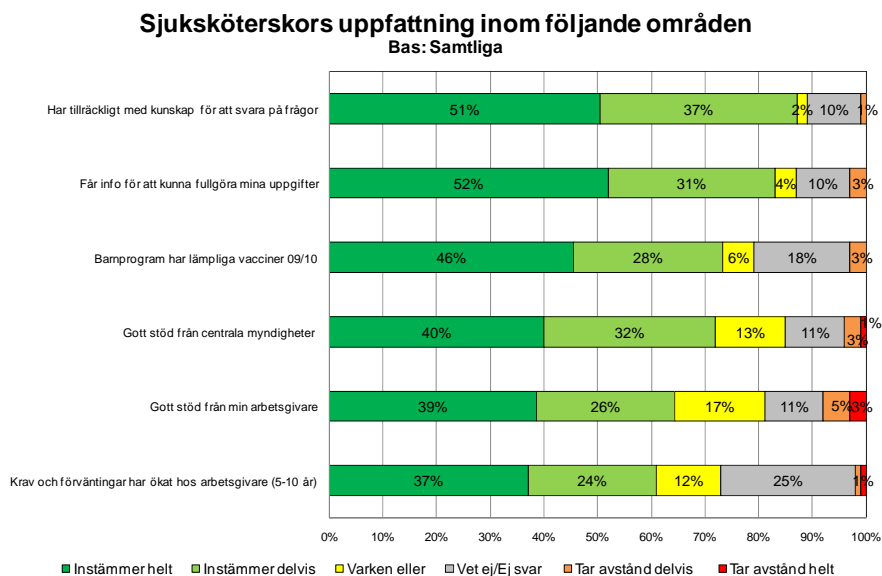
Frågorna 7. och 8. kan sammanfattas med att föräldrarnas engagemang, ifrågasättande och i viss mån också kunskap har ökat över tiden. Den största förändringen tycks ha skett i ett längre perspektiv (5–10 år) och bör därför betraktas som stadigvarande. Det har också skett en ökning av föräldraengagemanget i ett kortare perspektiv och som kanske kan kopplas till dagsläget, men utifrån studien tycker vi oss kunna säga att föräldraengagemanget är genuint och troligen kommer att bestå på den nuvarande nivån. Vi kan också se att det i första hand är BVC-sjuksköterskorna som uttrycker att de har märkt ett större engagemang från föräldrarna i vaccinfrågor. Det kan kännas naturligt eftersom föräldrarna har en närmare kontakt med barnhälsovården genom BVC än vad man har genom skolhälsovården.

2.4 Yrkesrollen för sjuksköterskor inom barnhälsovården

För att få en bild av hur sjuksköterskorna inom barnhälsovården ser på sin arbetssituation inom några utvalda områden ställdes följande huvudfråga omfattande 6 delfrågor.

9. *Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?*

För att göra redovisningen av resultaten från denna fråga mer överskådlig kommer den deskriptiva analysen att ske efter den grafiska presentationen. Analysen sker i den ordning som påståendena kommer i instämmandegrad.



Nedan följer en genomgång av inkommet resultat utifrån den redovisade bedömningsskalan och ovanstående diagram. Medelvärden kan användas vid läsning och bedömning av dessa resultat. Redovisningen kommer att ske i fallande ordning utifrån grad av instämmande. Analys av undergrupper kommer att ske när det finns underlag för en sådan.

- **F. Jag har tillräcklig kunskap för att normalt kunna besvara de frågor och funderingar som föräldrar och barn har kring vaccinationer: (4,5)**

Hela 88 procent av den totala populationen instämmer – 51 procent Instämmer helt och 37 procent Instämmer delvis. Vid observation av de individuella resultaten för undergrupperna så finns en rad signifikant avvikande svar.

BVC-sjuksköterskor instämmer i signifikant högre grad (89 procent), jämfört med Skolsköterskorna (87 procent). Vi ser också åldersmässiga skillnader, där de äldre instämmer i högre grad (96 procent) än vad de yngre gör (91 procent). Sett till geografi över landet kan vi konstatera att sjuksköterskor i Norr instämmer i lägre grad i påståendet än övriga. Vi ser inga skillnader vad gäller ortstorlek.

För vidare studier av dessa se bilaga 1.

- **B. Jag får den information om vacciner och vaccinationer jag behöver för att kunna fullgöra mina uppgifter inom barnvaccinationsprogrammet: (4,5)**

83 procent Instämmer i att de får den information om vacciner som de behöver för att fullgöra sina arbetsuppgifter, varav 52 procent Instämmer helt och 31 procent Instämmer delvis. BVC-sjuksköterskorna instämmer i avsevärt högre grad (86 procent) än skolsköterskorna (81 procent).

Äldre har en högre instämmandegrad än de yngre och svaranden från Norr har en lägre instämmandegrad jämfört med övriga delar av Sverige.

För vidare studier av resultaten för delmålgrupperna se bilaga 1.

- **A. Barnvaccinationsprogrammet kommer efter årsskiftet 09/10 att innehålla de vacciner som för närvarande är lämpliga och motiverade att ge till barn och ungdomar: (4,4)**

Tre av fyra (74 procent) instämmer i detta påstående, varav 46 procent Instämmer helt och 28 procent Instämmer delvis.

I denna fråga ger BVC-sjuksköterskor och skolsköterskor överensstämmande svar (75 procent respektive 74 procent instämmande).

I övrigt återfinner vi svarsmönstret från föregående frågor. Äldre instämmer i högre grad än de yngre. De svarande i norra Sverige avviker genom en lägre grad av instämmande.

- **D. Jag känner ett gott stöd från de centrala statliga myndigheterna, Socialstyrelsen m.fl., i min verksamhet med barnvaccinationer: (4,2)**

7 av 10 (72 procent) instämmer i att de får ett gott stöd från centrala statliga myndigheter – 40 procent Instämmer helt och 32 pro-

cent Instämmer delvis. Vidare ger en relativt stor andel på 13 procent svaret Varken eller. Sett till undergrupperna instämmer BVC-sjuksköterskor (76 procent) i högre grad än Skolsköterskor (67 procent). Det går även att urskilja en åldersrelaterad varians där äldre instämmer i högre grad än yngre – sjuksköterskor över 51 år (80 procent instämmer) och de som är yngre än 35 år (67 procent instämmer).

I övrigt finns signifikant avvikande svar som går att studera i bilaga 1.

- **C. Jag känner ett gott stöd från min arbetsgivare i min verksamhet med barnvacciner: (4,1)**

65 procent framhåller att de instämmer i att de får stöd från sin arbetsgivare, varav 39 procent Instämmer helt och 26 procent Instämmer delvis. 17 procent svarar Varken eller och 8 procent tar avstånd.

Svarsmönstret för delmålgrupperna är snarlik med tidigare frågor. BVC-sjuksköterskor (70 procent) instämmer i större utsträckningen än Skolsköterskor (60 procent). Det går även att urskilja en åldersrelaterad varians där äldre instämmer i högre grad än yngre – sjuksköterskor över 51 år (75 procent instämmer) och de som är yngre än 35 år (17 procent tar avstånd).

I övrigt finns signifikant avvikande svar som går att studera i bilaga 1.

- **E. Kraven och förväntningarna från min arbetsgivare har generellt sett ökat under de senaste 5–10 åren: (4,3)**

61 procent instämmer i att krav och förväntningar har ökat hos arbetsgivare, varav 37 procent Instämmer helt och 24 procent Instämmer delvis. Vidare svarar 12 procent att de är indifferent och en fjärdedel (25 procent) har valt att inte besvara frågan eller svarat att de inte vet. Även här går det tidigare observerade svarsmönstret att observera.

BVC-sjuksköterskor (65 procent) instämmer i högre grad än Skolsköterskor (57 procent). Sett till ålder är det återigen äldre som instämmer i högre grad än de yngre sjuksköterskorna – upp till 35 år (38 procent instämmer), mellan 36–50 år (59 procent) och äldre än 51 år (76 procent).

För övriga avvikande svar se bilaga 1.

Resultatet från fråga 9 och dess 6 delfrågor visar generellt en hög grad av instämmande från såväl BVC-sjuksköterskor som skolsköterskor. Generellt sett tycks arbetet fungera väl. Vi tycker oss dock se att BVC-sjuksköterskorna tycks ha en närmare relation till sina huvudmän (centrala myndigheter och arbetsgivare) än vad skolsköterskorna har. BVC-sjuksköterskorna upplever också att kraven har ökat på dem. Skolsköterskorna tycks kanske vara mer fria i sin yrkesroll, detta på gott och ont.

2.5 Socialstyrelsens informationsmaterial

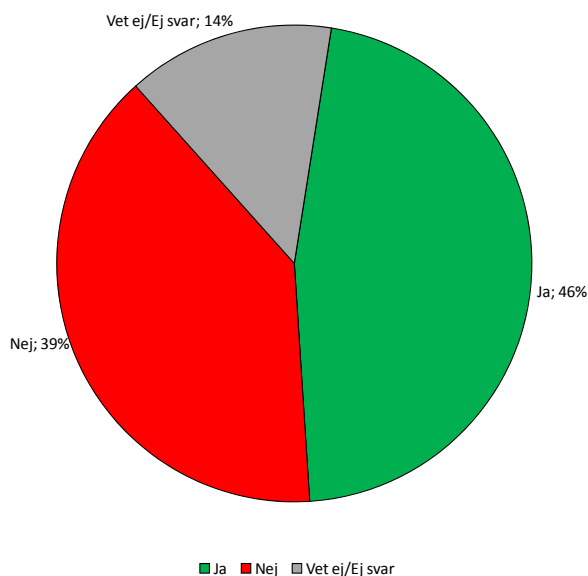
Socialstyrelsen har under åren utarbetat tre typer av informationsunderlag, en vaccinationsbok för personal, en enklare broschyr för föräldrar och ett vaccinationsblad där det framgår vilka vacciner som getts och varför (finns översatta till flera språk). För att utröna användningen av dessa ställer vi nedanstående frågor. Den inledande behandlar användningen av Socialstyrelsens vaccinationsbok.

10. *Använder du Socialstyrelsen vaccinationsbok?*

46 procent av sjuksköterskorna svarar att Ja, 39 procent ger ett nekande svar och de kvarvarande 14 procent svarar att de inte vet eller har valt att inte besvara frågan.

Använder du Socialstyrelsens vaccinationsbok?

Bas: Samtliga



Det är en större andel av BVC-sjuksköterskorna som använder vaccinationsboken (60 procent) än av skolsköterskorna (30 procent).

Åldersmässigt ser vi inga skillnader. Vaccinationsboken tycks användas mer i de norra delarna av Sverige (63 procent Norr, 69 procent Mitt). I storstäderna används vaccinationsboken i lägre grad (42 procent) än i övriga Sverige (54 procent).

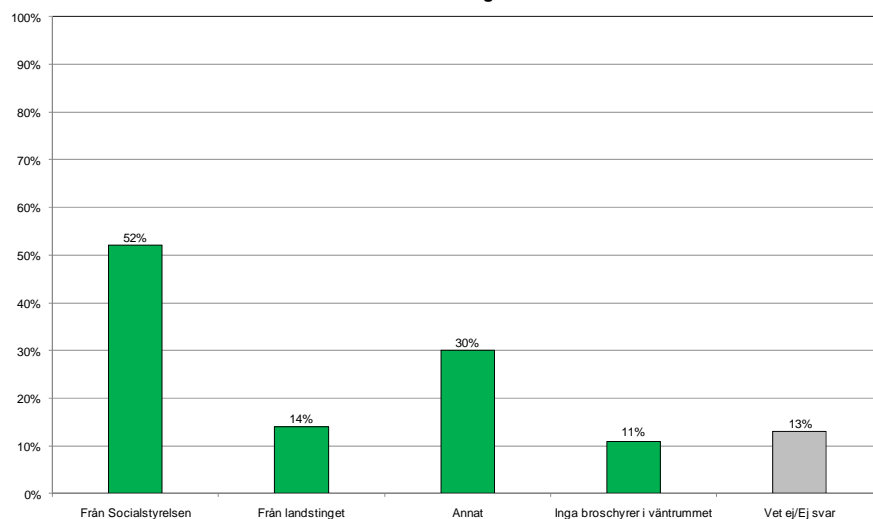
Nästa fråga gäller vilka broschyrer som finns tillgängliga för föräldrarna i de tillfrågades väntrum.

11. *Markera nedan vilka broschyrer om vaccination som finns i väntrummet för föräldrar att ta del av?*

Drygt hälften (52 procent) svarar att de har broschyrer från Socialstyrelsen, 14 procent har material från landstinget och 30 procent svarar Annat.

Broschyrer om vaccination som finns tillgängliga i väntrum

Bas: Samtliga



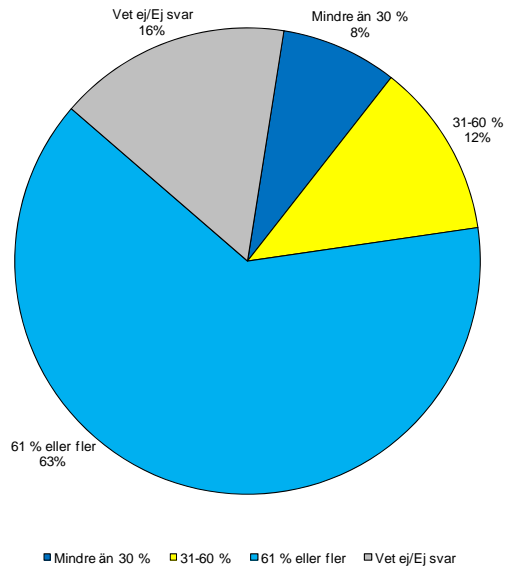
Det finns stora skillnader mellan BVC- (72 procent har material från Socialstyrelsen och 31 procent från landstinget) och skolsköterskor (27 procent har material från Socialstyrelsen och 6 procent från landstinget). Sjuksköterskor i region Mitt (84 procent) och Norr (68 procent) utmärker sig med signifikant höga andelar som tillhandahåller material från Socialstyrelsen.

De sjuksköterskor som svarar att det finns broschyrer om vaccination ombeds uppskatta hur stor andel av föräldrarna som har tagit del av materialet.

12. *Kan Du uppskatta hur stor andel av föräldrar som tagit del av materialet i väntrummet?*

Nästan två tredjedelar (63 procent) uppskattar att 61 procent eller fler av föräldrarna tar del av broschyrerna. 12 procent uppskattar andelen till mellan 31–60 procent och 8 procent tror att mindre än 30 procent av föräldrarna nyttjar materialet. De sista 16 procent svarar att de inte vet eller har valt att inte svara.

Andel av föräldrar som tagit del av material om vaccination Bas: Tillhandahåller material



Vi ser att 67 procent av sjuksköterskor inom BVC svarar 61 procent eller fler, medan 57 procent av skolsköterskorna ger det svaret. Av de svarande i norra Sverige är det 74 procent som svarar 61 procent eller fler föräldrar.

För resultatet nedbrutet för delmålgrupperna se bilaga 1.

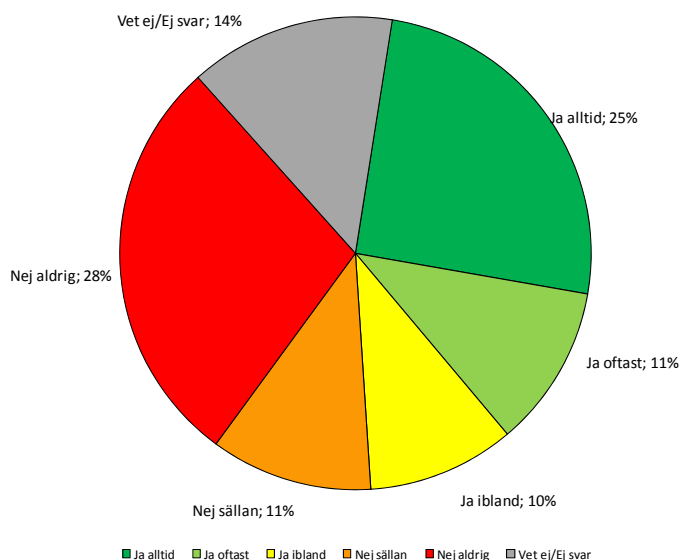
För att undersöka om sjuksköterskorna delar ut Socialstyrelsens informationsblad ställs nästa fråga.

13. *Delar du ut Socialstyrelsens informationsblad om vilka vacciner som givits och mot vilken sjukdom?*

Nästan hälften (46 procent) av de tillfrågade sjuksköterskorna svarar att de delar ut informationsbladet. 39 procent ger ett nekande svar och 14 procent svarar att de inte vet eller har valt att avstå svar.

Delar du ut Socialstyrelsens informationsblad om vilka vacciner som givits?

Bas: Samtliga



Inkommet resultat visar att BVC-sjuksköterskor (64 procent) utmärker sig genom att svara Ja i signifikant hög grad. Skolsköterskor avviker negativt i detta fall och endast en fjärdedel (26 procent) i denna delmålgrupp svarar att de delar ut informationsbladet. Svarande i Norr (60 procent) och Mitt (71 procent) utmärker sig också genom att i signifikant högre grad svara att de delar ut Socialstyrelsens informationsblad. Äldre sjuksköterskor och verksamma utanför storstäderna svarar också i högre grad att de delar ut informationsbladet. Dessa grupper avviker i mindre grad än de ovan nämnda.

2.6 Vaccinationspopulationens sammansättning

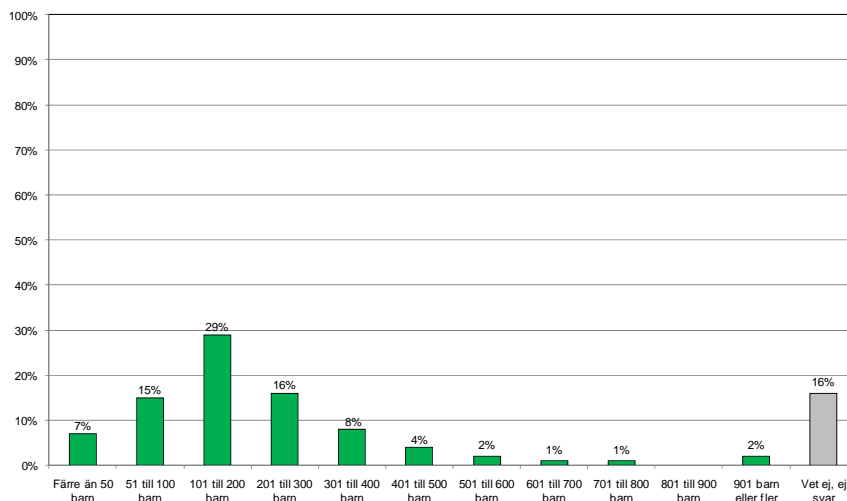
I detta kapitel ges sjuksköterskorna ett antal frågor om vaccinationspopulationens sammansättning. Vi ställer bland annat frågor om antal vaccinerade barn under ett år, barnens härkomst, inhämtning av samtycke från föräldrar m.m. Den första frågan behandlar hur många barn som de tillfrågade uppskattningsvis vaccinerar på ett år.

14. *Ungefär hur många barn vaccinerar Du/ni under ett normalt verksamhetsår?*

I genomsnitt vaccinerar sjuksköterskorna drygt 200 barn (214 barn) under ett normalt verksamhetsår. BVC-sjuksköterskorna svarar i genomsnitt 243 barn och skolsköterskorna 177 barn.

De vanligaste svarsalternativen med en andel över 10 procent är i fallande ordning: mellan 101 till 200 barn (29 procent); mellan 201 till 300 barn (16 procent); och mellan 51 till 100 barn (15 procent).

Antal vaccinerade barn under ett verksamhetsår
Bas: Samtliga



Vi kan se vissa geografiska skillnader. I tabellen nedan redovisas medeltalet vaccinerade barn under ett normalår i de fem geografiska områdena:

Region	Medeltal
Norr	196
Mitt	234
Öst	233
Väst	205
Syd	186
Storstad	230
Städer	213
Övriga landet	192

För resultatet nedbrutet för delmålgrupperna se bilaga 1.

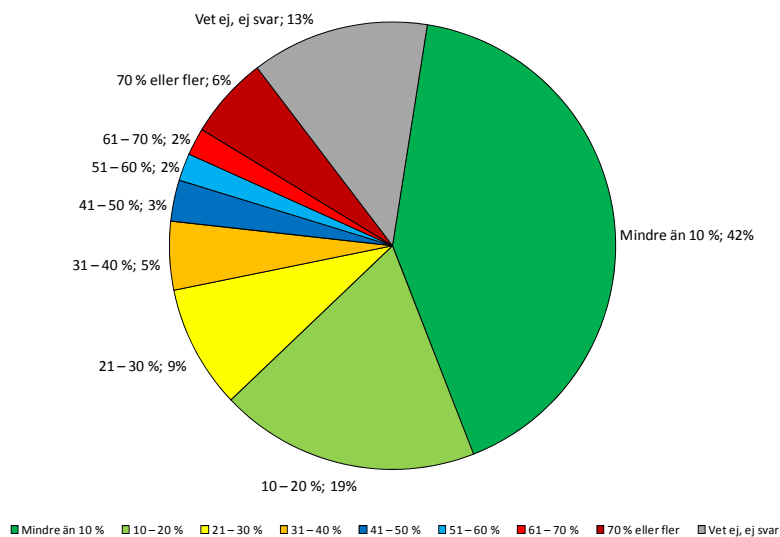
Nästa fråga gäller andelen barn födda utanför Norden eller som har båda föräldrarna födda utanför Norden. Frågan har följande formulering:

15. *Ungefär hur stor andel av barnen i Din verksamhet upp skattar Du är födda utanför Norden eller har båda föräldrarna födda utanför Norden?*

I genomsnitt är cirka ett av fem barn (20,4 procent) födda utanför Norden eller har båda föräldrarna födda utanför Norden. BVC-sjuksköterskorna har en något lägre andel (18,4 procent) och skol-sköterskorna en något högre andel (22,8 procent).

Fyra av tio (42 procent), svarar att de har färre än 10 procent barn inom dessa grupper. Av BVC-sjuksköterskorna har 45 procent färre än 10 procent och av skolsköterskorna är andelen 40 procent.

Ungefär hur stor andel är födda utanför Norden eller har båda föräldrar födda utanför Norden?
Bas: Samtliga



Också i denna fråga ser vi geografiska skillnader, som vi presenterar i tabellen nedan, i form av medeltal i procent.

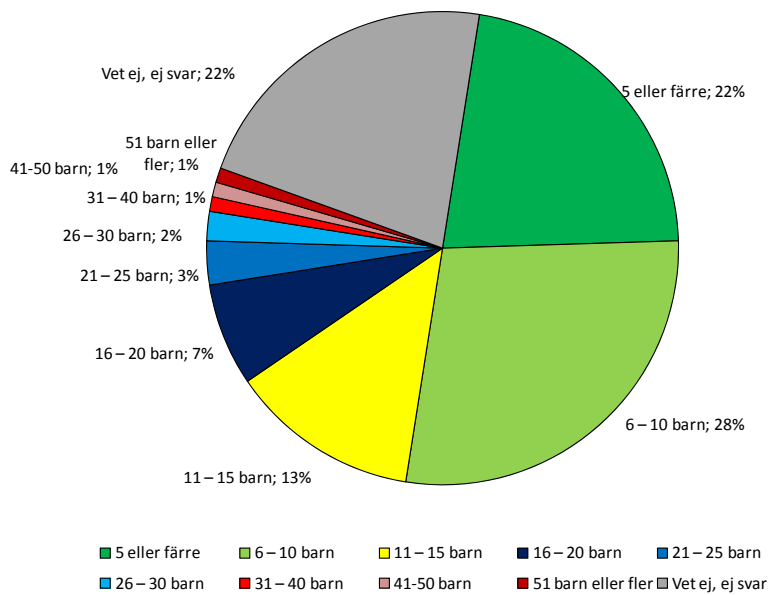
Region	Medeltal, andelar
Norr	9,7 procent
Mitt	14,1 procent
Öst	24,4 procent
Väst	19,1 procent
Syd	20,6 procent
Storstad	27,4 procent
Städer	17,6 procent
Övriga landet	16,0 procent

Frågorna 16. och 17. Försöker ge en bild över hur stora andelar av barnen som flyttar in till vaccinationsområdet. Den första frågan gäller inflyttning inom Sverige och har följande lydelse:

16. *Om du tänker på de barn du/ni vaccinerar under ett år: Hur många av barnen bedömer du vanligen är födda i Sverige men har flyttat in från en kommun utanför landstinget/regionen under året?*

I genomsnitt svarar man att drygt 10 barn (11,2 barn) av de barn man vaccinerar är inflyttade från en annan del av Sverige. Det är ingen större skillnad på svaren mellan BVC- och skolsköterskor, 11,4 barn respektive 10,9 barn. Det är dock en relativt stor andel (22 procent), som svarar att de inte vet.

Antal barn, födda i Sverige, inflyttade till vaccinationsområdet
Bas: Samtliga



De geografiska variationerna presenteras i nedanstående tabell.

Region	Medeltal
Norr	9,2
Mitt	9,5
Öst	12,9
Väst	10,5
Syd	10,3
Region	Medeltal
Storstad	12,7
Städer	10,8
Övriga landet	10,2

Följande fråga gäller barn födda i ett land utanför Norden och som har flyttat till Sverige under året?

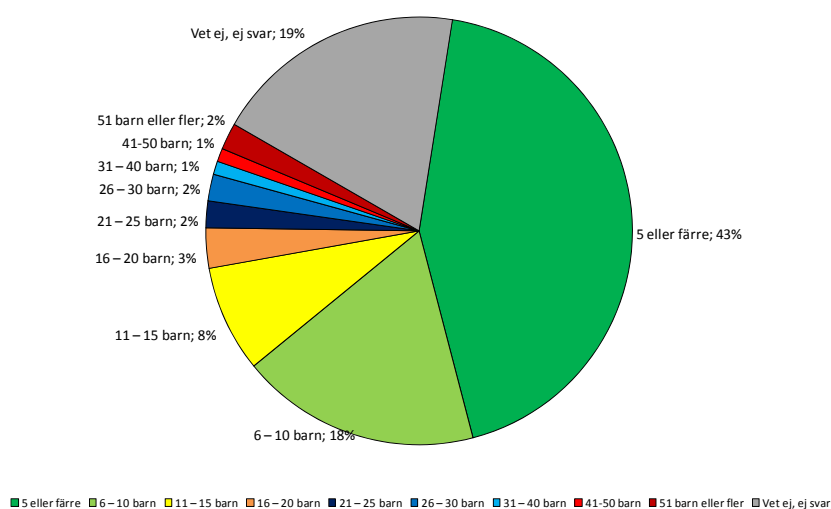
17. *Om du tänker på de barn du/ni vaccinerar under ett år: Hur många av barnen bedömer du vanligen är födda i ett land utanför Norden och har flyttat till Sverige under året?*

I genomsnitt är det knapp 10 barn (9,4 barn) som flyttar in till vaccinationsområdet från ett land utanför Norden. Det är en relativt stor andel av sjuksköterskorna som svarar "Vet ej" (19 procent). Det är inga större skillnader mellan svaren från BVC-sjuksköterskorna och skolsköterskorna 8,2 barn respektive 10,8 barn.

Diagrammet nedan visar svarens fördelning grafiskt.

Antal barn födda utanför Norden och inflyttade under året.

Bas: Samtliga



De geografiska variationerna presenteras i nedanstående tabell.

Region	Medeltal
Norr	6,6
Mitt	10
Öst	11,1
Väst	7,9
Syd	8,1
Storstad	10,6
Städer	8,5
Övriga landet	9,1

ARS har svårt att närmare kommentera de ovan redovisade svaren. Vi finner dem trovärdiga och rimliga. Svaren överensstämmer väl med befolkningsstrukturen för riket. ARS förvånas något över att flyttningen ändå är så relativt begränsad, samtidigt som vi kan bedöma de insamlade resultaten som fullt trovärdiga. Vår bild, som var något högre omflyttningstal, baseras troligen på det lokala flyttmönstret och tar inte hänsyn till att många flyttar inom vaccinationsområdet.

2.7 Vaccinationens arbetsmoment

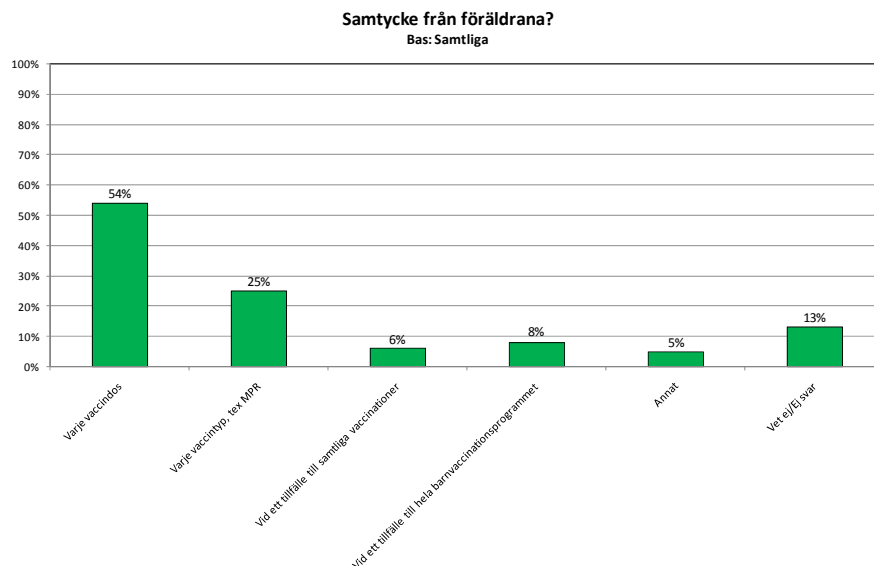
Vi ställer 7 frågor om olika delar av vaccinationsarbetet. Flera av frågorna har uppfattats som svåra och tidsödande att besvara. Det gäller främst frågorna om tidsåtgång för olika arbetsmoment och rangordning av desamma.

De första frågorna vi ställer gäller om och hur samtycke till vaccination inhämtas från föräldrarna.

2.7.1 Samtycke

18. Hur inhämtas samtycke från föräldrarna i er verksamhet?

Svarens fördelning över de olika svarsalternativen presenteras i diagrammet nedan.



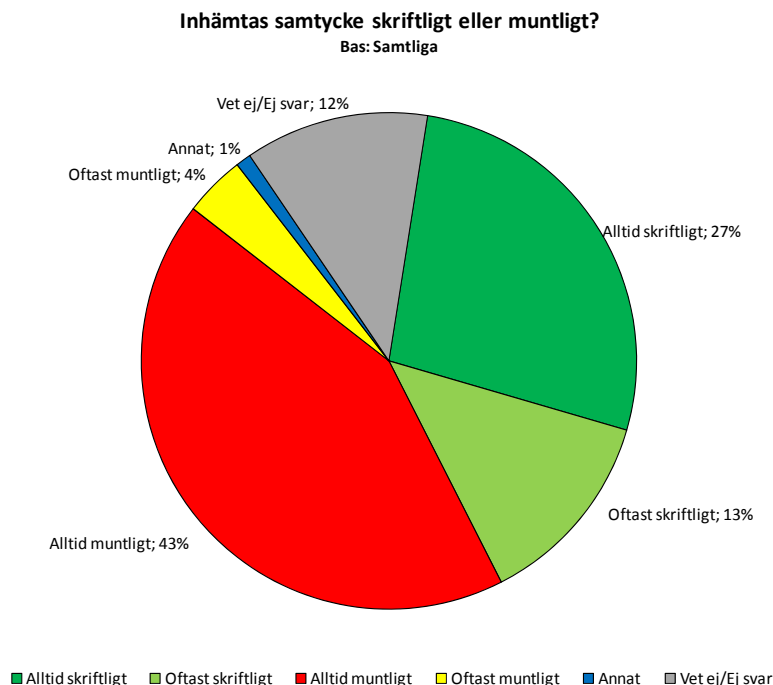
Det vanligaste är att samtycke inhämtas för varje vaccindos (54 procent). En av fyra (25 procent) svarar för varje vaccintyp. procentsumman är 111, vilket innebär att några har avgivit flera svar, vilket tyder på att man ibland kanske gör på lite olika sätt.

Svarsmönstret är det samma i alla delmålgrupper, även om de inbördes relationerna svarsalternativen emellan kan variera. Vi ser till exempel att BVC-sjuksköterskorna svarar 53 procent, Varje dos och 18 procent Varje vaccintyp, att jämföra med skolsköterskorna 57 procent, Varje dos och 34 procent Varje vaccintyp. Det samma gäller för de geografiska aspekterna. Svarsmönstret är det samma, men relationerna varierar. Andelen som svarar ”Vet ej” varierar också, vilket påverkar andelarna avgivna svar.

Vi frågar också om samtycket lämnas skriftligt eller muntligt. Vi ställer följande fråga:

19. *Inhämtas samtycke från föräldrarna skriftligt eller muntligt?*

Diagrammet nedan visar svarens fördelning.



Ser vi till de två huvudalternativen ”Muntligt” och ”Skriftligt”, så väger resultaten relativt jämt, Muntligt 47 procent (43 procent + 4 procent) och Skriftligt 40 procent (27 procent + 13 procent). 43 procent svarar ”Alltid muntligt”, vilket alltså är det klart vanligaste svarsalternativet.

Vi ser här en stor skillnad mellan BVC- och skolsköterskorna. Av BVC-sjuksköterskorna svarar 77 procent ”Alltid muntligt”, plus 7 procent som svarar ”Oftast muntligt”. Av skolsköterskorna är det 60 procent som svarar ”Alltid skriftligt” plus 29 procent som svarar ”Oftast skriftligt”. Vi ser här en diametral skillnad mellan de två yrkesgrupperna. Denna kan säkert finnas i de praktiska förutsättningarna för att införskaffa samtycket från föräldrarna. I skolan

är kontakten mindre personlig, medan en förälder oftast följer barnet till BVC och kan då direkt tillfrågas och svara.

Det finns geografiska skillnader, även om svarsmonstret är detsamma. I Västra Sverige avviker man dock genom att en större andel (41 procent) svarar "Alltid skriftligt" än "Alltid muntligt" (40 procent). I storstäder är svarsalternativen "Alltid muntligt" och "Alltid skriftligt" lika stora 35 procent.

2.7.2 Tidsåtgång

I fråga 20 försöker vi få en rangordnad bild av de olika arbetsmomentens tidsåtgång. Frågan vi ställer har följande formulering:

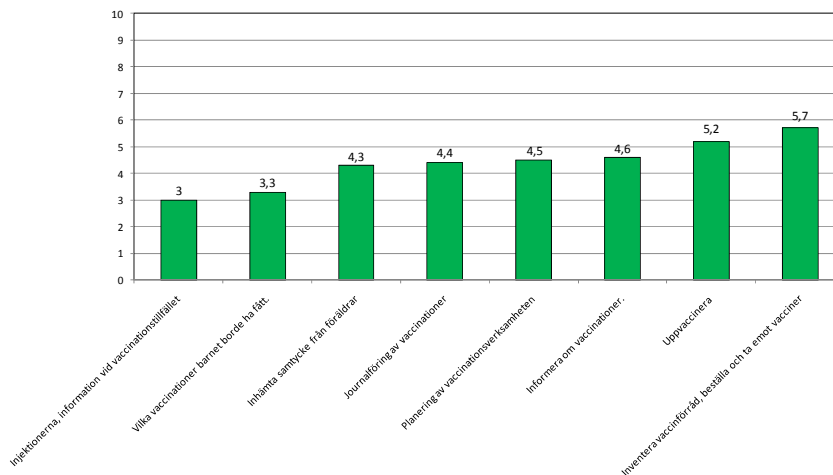
20. *Försök rangordna följande arbetsmoment i samband med vaccination, efter tidsåtgång, så att det arbetsmoment som tar mest tid får nummer 1., det som tar näst mest tid får nummer 2. o.s.v.*

Nedan redovisas arbetsmomenten och deras fullständiga beskrivning i frågan:

1. *Injektionerna med information, kontroller m.m. i direkt anslutning till vaccinationstillfället*
2. *Inhämta samtycke från föräldrar*
3. *Ta reda på vilka vaccinationer barnet borde ha fått, men saknar*
4. *Journalföring av vaccinationer*
5. *Övergripande planering av vaccinationsverksamheten*
6. *Inventera vaccinförråd, beställa och ta emot vacciner*
7. *Informera om vaccinationer till tväksamma föräldrar, barn eller barn och föräldrar.*
8. *Uppvaccinera med vacciner som barnen borde ha fått men saknar*

Diagrammet nedan visar arbetsmomenten rangordnade efter tidsåtgång. Vi har inte efterfrågat den faktiska tiden för vart och ett av arbetsmomenten. Grafen nedan visar att det faktiska vaccinationsarbetet är det arbete som anses ta mest tid i arbetsproceduren kring vaccinering. Därefter följer att inhämta informationer om vilka vaccinationer barnet borde ha fått, men ej fått och så vidare.

Arbetsmoment rangordnade efter tidsåtgång.
Rangordning från vänster till höger, med det mest tidskrävande till vänster.
Bas: Samtliga



Tabellen nedan visar att det är relativt stora skillnader i rangordningen av arbetsmomenten efter tidsåtgång, mellan BVC-sjuksköterskor och skolsköterskor. Att inhämta samtycke från föräldrar anses ta minst tid av BVC-sjuksköterskorna, medan skolsköterskorna anser detta tar mest tid. Vi har tidigare i rapporten sett att BVC-sjuksköterskorna gör detta muntligt, medan skolsköterskorna oftast gör detta skriftligt. Samtidigt lägger BVC-sjuksköterskorna mycket tid på att informera tveksamma föräldrar/barn om vaccinationer, vilket skolsköterskor ägnar relativt lite tid åt.

		Samtliga	BVC	Skola
1	Injektionerna, information vid vaccinationstillfället	1	1	3
3	Vilka vaccinationer barnet borde ha fått	2	2	2
2	Inhämta samtycke från föräldrar	3	8	1
4	Journalföring av vaccinationer	4	4	5
5	Planering av vaccinationsverksamheten	5	6	4
7	Informera tveksamma om vaccinationer.	6	3	7
8	Uppvaccinera	7	5	6
6	Inventera vaccinförråd, beställa och ta emot vacciner	8	7	8

Tabellen nedan redovisar rangordningen av de olika arbetsmomenten i de olika geografiska områdena.

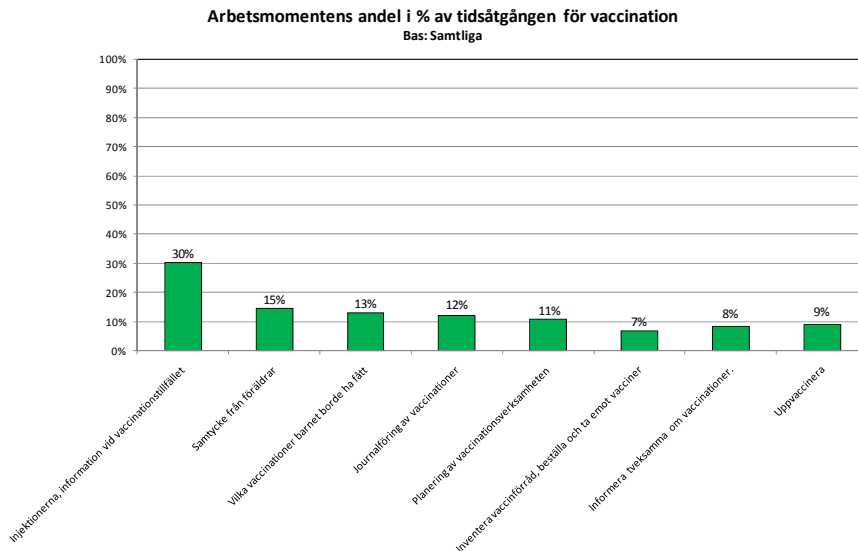
		Samtliga	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd
1	Injektionerna, information vid vaccinationstillfället	1	1	1	2	1	1
3	Ta reda på vilka vaccinationer barnet borde ha fått	2	2	2	1	2	2
2	Inhämta samtycke från föräldrar	3	6	6	3	3	5
4	Journalföring av vaccinationer	4	3	5	4	4	3
5	Planering av vaccinationsverksamheten	5	4	3	5	5	6
7	Informera tveksamma om vaccinationer.	6	5	4	6	6	4
8	Uppvaccinera	7	7	8	7	7	7
6	Inventera vaccinförråd, beställa och ta emot vacciner	8	8	7	8	8	8

För närmare studier av geografiska skillnader och arbetsmomentens inbördes relationer, hänvisar vi till bilaga 1. Tabellbilaga.

Vi ber också sjuksköterskorna ange varje arbetsmoments andel i procent, av den totala tidsåtgången för vaccinationsverksamheten. Frågan har följande formulering:

21. *Har Du möjlighet att ange varje arbetsmoments andel i procent, av den totala tidsåtgången för er vaccinationsverksamhet.*

Resultaten nedan visar hur BVC-sjuksköterskorna och skolsköterskorna har bedömt tidsåtgången, för de olika arbetsmomenten. Det är en mycket stor andel av de svarande som ej har lämnat något svar på en eller flera av delfrågorna (arbetsmomenten). På flera av delfrågorna har över 70 procent av de svarande, ej lämnat någon uppgift. Vi måste alltså anse resultaten från denna fråga som mycket osäkra. procentalen är medelvärden för respektive delfråga, varför procenttalen i diagrammet ej summerar till 100 procent.



I tabellen nedan redovisar vi en sammanställning av samtliga svar och särredovisning av BVC-sjuksköterskor och skolsköterskors svar.

		Arbetsmomentets andel i procent av vaccinationsverksamheten		
		Samtliga	BVC	Skola
1	Injektionerna, information vid vaccinationstillfället	30 procent	37 procent	23 procent
3	Ta reda på vilka vaccinationer barnet borde ha fått	13 procent	11 procent	14 procent
2	Inhämta samtycke från föräldrar	15 procent	7 procent	21 procent
4	Journalföring av vaccinationer	12 procent	13 procent	11 procent
5	Planering av vaccinationsverksamheten	11 procent	9 procent	12 procent
7	Informera tveksamma om vaccinationer.	8 procent	10 procent	7 procent
8	Uppvaccinera	9 procent	9 procent	9 procent
6	Inventera vaccinförråd, beställa och ta emot vacciner	7 procent	8 procent	6 procent

Mot bakgrund av den stora osäkerheten i resultaten för denna fråga, ser vi att arbetsmomentens andel av vaccinationsverksam-

heten är relativt samstämmig för BVC-sjuksköterskor och skolsköterskor. Det primära vaccinationsarbetet (Injektionerna med information, kontroller m.m. i direkt anslutning till vaccinations-tillfället) utgör den största delen av vaccinationsverksamheten. Att inhämta samtycke från föräldrarna tycks uppta en avsevärd större del av skolsköterskornas arbetstid än vad det gör för BVC-sjuksköterskorna. Vi har ovan (fråga 20) kommenterat detta och funnit det rimligt. Skolsköterskorna inhämtar vanligen samtycke från föräldrarna skriftligt, medan BVC-sjuksköterskorna gör det muntlig. Vi kan också anta att kontakten är närmare och mer personlig mellan BVC-sjuksköterskorna och föräldrarna, än vad den är mellan skolsköterskorna och föräldrarna. Vi baserar detta på att föräldrarna vanligen är med vid BVC-besöket, medan vaccinationer inom skolan sker på skoltid och utan förälders närvaro.

På grund av den stora osäkerheten i materialet för denna fråga gör vi inte närmare kommentarer.

Med utgångspunkt i resultaten från frågorna 20 och 21 kan vi se att det är det primära vaccinationsarbetet, som utgör den största delen av sjuksköterskornas arbetsinsats, sett i arbetstid, gällande vaccinationsarbetet.

Nästa fråga gäller ”dubbelvaccinationer”, det vill säga vaccinationer som barnet redan tidigare har givits på annan plats i eller utanför Sverige. Vi ställde följande fråga:

22. *Hur stor andel av barnvaccinationerna i Din verksamhet bedömer Du är ”dubbla vaccinationer” i onödan, det vill säga vaccinationer som redan tidigare har givits på annan plats i eller utanför Sverige?*

Av samtliga svarar 39 procent ”Inga” eller 0 procent, 27 procent av samtliga svarar mellan en och fem procent. 30 procent svarar ”Vet ej” eller lämnar frågan obesvarad.

BVC-sjuksköterskorna anger i högre grad (42 procent Inga, 27 procent 1–5 procent) än skolsköterskorna (36 procent Inga, 28 1–5 procent) att inga eller få dubbelvaccinationer görs.

ARS bedömer att det inte är några större regionala skillnader i svarsmönster. Inga varierar från 43 procent (Norr) till 53 procent (Mitt och Syd) och 1–5 procent varierar mellan 29 procent (Mitt) till 39 procent (Norr). Skälet till att de regionala svaren är högre än de sammantagna medelvärdena är att vi för regionerna har lägre andel ”Ej svar”, eftersom de baseras på de fullständigt besvarade enkäterna. Andelen ”Ej svar” ligger i dessa grupper på cirka 10 pro-

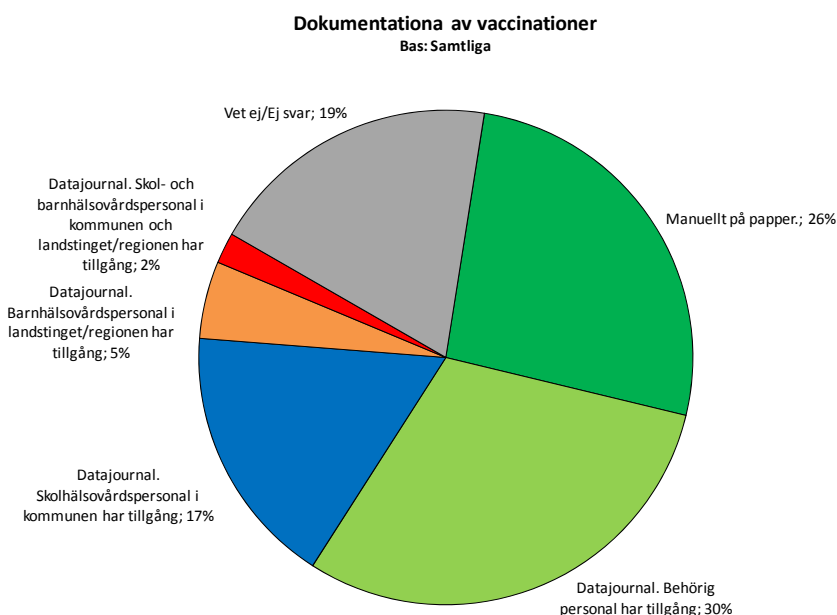
cent. Vi bedömer att det inte är några markanta skillnader mellan storstäder, städer och övriga landet.

2.7.3 Dokumentation av givna vaccinationer

Vi ställer också en fråga om hur man dokumenterar vaccinationerna i verksamheten. Frågan har följande formulering:

23. *Vilket av följande stämmer bäst in på er verksamhet?*

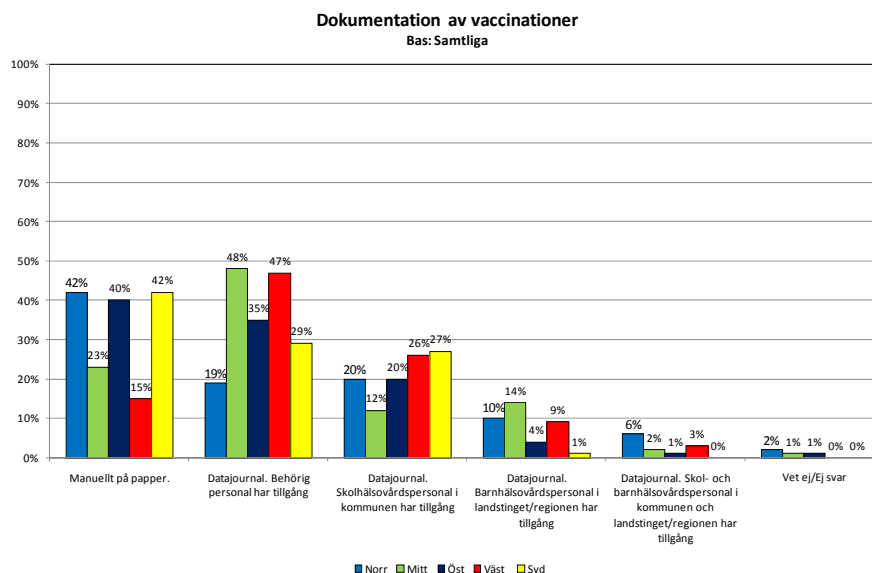
Diagrammet nedan redovisar svarens fördelning. Vi kan konstatera att det vanligaste är att bara den egna verksamhetens personal har direkt tillgång till informationen. Vi kan också konstatera att en av fyra (26 procent) svarar att dokumentationen sker manuellt och drygt hälften (54 procent) för datajournaler. 19 procent svarar ”Vet ej” eller har lämnat frågan obesvarad.



Vi ser att det är vanligare bland BVC-sjuksköterskorna att föra manuella journaler på papper (35 procent) jämfört med skolsköterskorna (15 procent). Det är också vanligare att enbart den egna

verksamhetens personal har tillgång till informationen inom BVC (32 procent) än bland skolsköterskor (30 procent). Dessa procental bör då läggas till andelarna som svarar ”Manuellt på papper”. Bland skolsköterskorna är det vanligaste svarsalternativet ”Datajournal, kommunens personal har tillgång till data” (40 procent).

I diagrammet nedan presenteras de geografiska skillnaderna och likheterna i materialet.



Vi kan i tabellmaterialet se att i storstäderna är det en fjärdedel (23 procent) som svarar ”Manuellt på papper” medan det i andra gruppen är drygt en tredjedel (37 procent respektive 35 procent) som avger det svaret.

De som svarar att de använder datoriserat journalsystem, frågar vi om vilket system de använder.

24. *Om Du använder datoriserat journalsystem, vilket system använder Du?*

Det vanligast nämnda journalsystemet är Profdoc/Profdoc III, som 34 procent anger. PMO anges av 9 procent. PMO, Svevac och Journal 3 anges också tillsammans med Profdoc. ARS har inte när-

mare kännedom om systemen används parallellt eller om det är olika system som levereras av samma företag.

Svaren för fråga 24 redovisas listade i bilaga 1 (markerade fråga 23b).

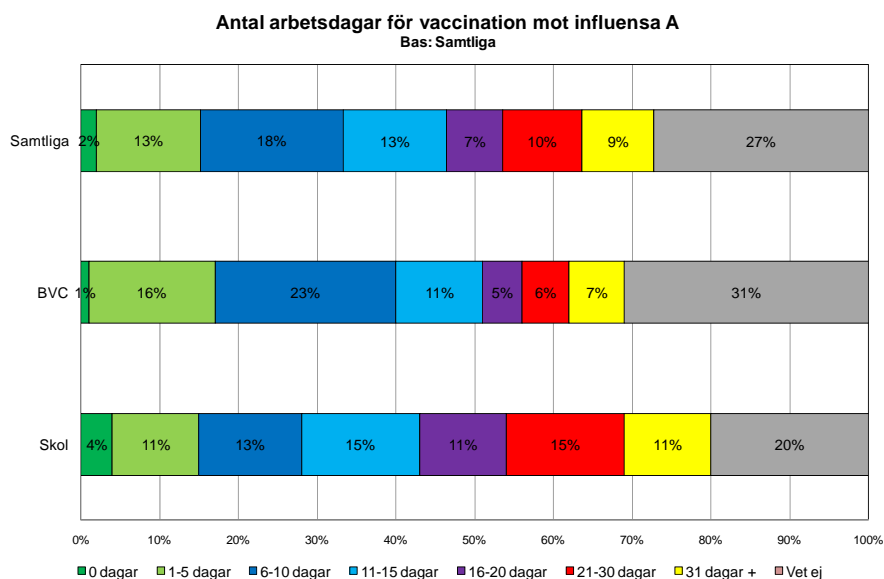
2.7.4 Vaccination mot influensa A (H1N1)

Under fältarbetet genomfördes parallellt också den stora vaccineringsen av barn mot influensa A (H1N1). Vi ställde en fråga om den arbetsinsats som man bedömde att de vaccinationer mot denna influensa skulle kräva. Frågan har följande formulering:

25. *Hur många arbetsdagar bedömer Du att Du under andra halvåret 2009 totalt kommer att använda till vaccinationer mot den nya influensan A (H1N1) om vi antar att vaccinationsomgången är avslutad vid årsskiftet. Allt arbete som orsakas av vaccineringen ska beaktas. Anges om möjligt i antal halvdagar, 0,5, 1, 1,5 osv.*

Vi vill göra läsaren uppmärksam på att vi frågar efter den svarandes egna arbetsinsats för vaccination mot influensa A (H1N1).

I genomsnitt svarar sjuksköterskorna att de kommer att vaccinationerna mot influensa A (H1N1) kommer att ta 17,8 dagar i anspråk. BVC-sjuksköterskorna bedömer arbetsinsatsen till 16,3 dagar och skolsköterskorna svarar 19,8 dagar i genomsnitt. En fjärdedel av samtliga (27 procent) svarar "Vet ej", 31 procent av BVC-sjuksköterskorna och 20 % av skolsköterskorna.



Vi ser vissa geografiska skillnader i svaren. Dessa redovisas i tabellform nedan:

	Samtliga	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd
Dagar i medeltal	17,8	17,5	15,9	16,2	21,7	17,2

	Samtliga	Storstad	Städer	Landet
Dagar i medeltal	17,8	19,2	16,8	19,7

2.8 Informationsinsamling

Vi ställer 6 frågor om hur sjuksköterskorna samlar in information gällande vaccinationer. Den första frågan vi ställer berör vilka aktörer, informationskällor man använder sig av för att få information om enskilda vacciner. Vi ställer följande fråga:

26. *Rangordna i vilken utsträckning Du hämtar information från följande aktörer/källor när Du behöver information om enskilda vacciner.
Den kategori Du huvudsakligen hämtar information från ger Du 1., den näst viktigaste 2. och så vidare.*

Vi får följande rangordning:

Rangordning samtliga		Andel ej svar
1	Centrala statliga myndigheter såsom Läke- medelsverket, Socialstyrelsen, Smittskydds- institutet etc.	29 procent
2	Ansvarig läkare/överläkare för min verksamhet/landstinget	43 procent
3	Fass	35 procent
4	Skolläkare/skolöverläkare/kommunen	55 procent
5	Annan	92 procent
6	Vaccintillverkare	38 procent

Frågenr.		Samtliga	BVC	Skola
1	Ansvarig läkare/överläkare för min verksamhet/landstinget	2	1	6
2	Centrala statliga myndigheter såsom Läke-medelsverket, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet etc.	1	1	1
3	Fass	3	3	3
4	Skolläkare/skolöverläkare/kommunen	4	6	2
5	Vaccintillverkare	6	5	4
6	Annan	5	4	4

Vi finner att Centrala statliga myndigheter såsom Läke-
medelsverket, Socialstyrelsen, Smittskydds-
institutet etc. är de vanligaste
informationskällorna om sjuksköterskorna
önskar få information om enskilda
vacciner. Vi finner vissa skillnader
mellan sjuksköterskor som arbetar
inom BVC och inom skolan. Dessa
skillnader bedömer ARS förklaras av
svarsalternativens formulering.

För studier av geografiska variationer
hänvisar vi till tabellverket i bilaga 1.

Frågeformuläret innehåller också en
fråga om var sjuksköterskorna inhämtar
information i vaccinationsfrågor i
allmänhet. Frågan har följande
formulering:

27. *Rangordna i vilken utsträckning du hämtar information från följande aktörer/ källor när Du behöver information om vaccinationsfrågor i allmänhet. Den kategori du huvudsakligen hämtar information från ger Du 1., den näst viktigaste 2. och så vidare.*

Rangordning samtliga		Andel ej svar
1	Centrala statliga myndigheter såsom Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet etc.	28 procent
2	Ansvarig läkare/överläkare för min verksamhet/landstinget	45 procent
3	Fass	40 procent
3	Skolläkare/skolöverläkare/kommunen	57 procent
3	Annan	92 procent
6	Vaccintillverkare	44 procent

Frågenr.		Samtliga	BVC	Skola
1	Ansvarig läkare/överläkare för min verksamhet/landstinget	2	2	6
2	Centrala statliga myndigheter såsom Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet etc.	1	1	1
3	Fass	3	3	4
4	Skolläkare/skolöverläkare/kommunen	3	6	2
5	Vaccintillverkare	6	5	5
6	Annan	3	4	3

För studier av geografiska variationer hänvisar vi till tabellverket i bilaga 1.

Frågorna 28, 29 och 30 belyser hur målgruppen vanligen söker information om barnets vaccinationshistoria och de vaccinationer barnet fått tidigare. Först redovisar vi frågans formulering och därefter de avgivna svaren.

Den första frågan gäller barn som flyttat inom det aktuella vaccinationsområdet.

28. *Antag att ett barn fött i Sverige, som flyttat in från en annan kommun, men inom landstinget/regionens område ska vaccineras. Hur tar Du normalt reda på vilka vaccinationer barnet har fått tidigare? Ange det vanligaste alternativet.*

Svarsalternativet ”Beställer journalhandlingar från ansvarig/ansvariga BVC/distriktssköterska/skolsköterska” anges av 69 procent av alla sjuksköterskor, 66 procent av BVC-sjuksköterskorna och 74 procent av skolsköterskorna. Övriga svarsalternativ avges av enstaka procent av de svarande. 24 procent svarar ”Vet ej” eller

lämnar frågan obesvarad. Vi finner inga anmärkningsvärda geografiska skillnader i svaren.

Nästa fråga gäller barn som har flyttat in till vaccinationsområdet, men inom Sverige.

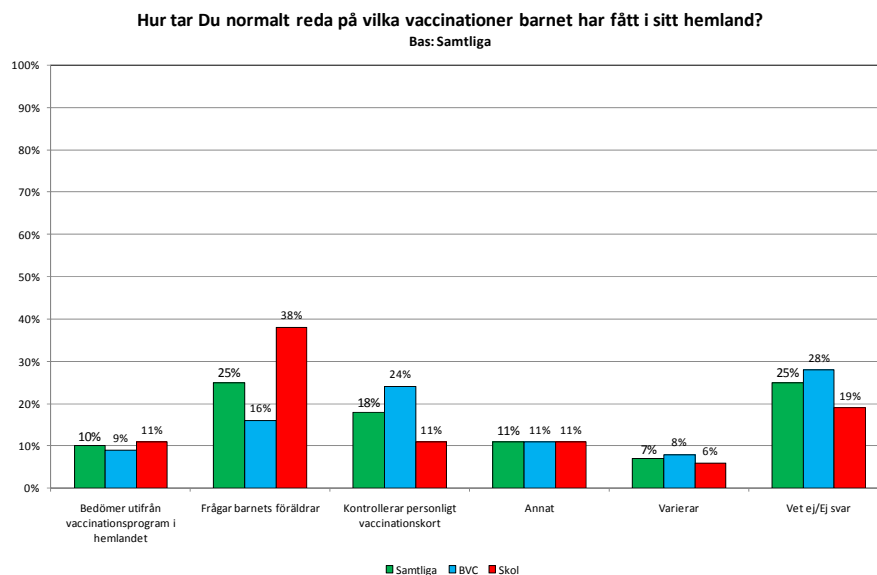
29. *Antag att ett barn fött i Sverige, som flyttat in från en annan kommun, utanför landstinget/regionens område ska vaccineras. Hur tar Du normalt reda på vilka vaccinationer barnet har fått tidigare? Ange det vanligaste alternativet.*

Svarsalternativet "Beställer journalhandlingar från ansvarig/ansvariga BVC/distriktssköterska/skolsköterska" är också här det klart vanligaste svaret. Det anges av 69 procent av alla sjuksköterskor, 66 procent av BVC-sjuksköterskorna och 75 procent av skolsköterskorna. Övriga svarsalternativ avges av enstaka procent av de svarande. 24 procent svarar "Vet ej" eller lämnar frågan obesvarad. Vi finner inga anmärkningsvärda geografiska skillnader i svaren.

Den sista frågan i detta frågeblock gäller barn som har flyttat in till Sverige från ett land utanför Norden.

30. *Antag att ett barn som har flyttat till Sverige från ett land utanför Norden ska vaccineras. Hur tar Du normalt reda på vilka vaccinationer barnet har fått i hemlandet? Ange det vanligaste alternativet.*

Svaren är här mer varierande. Diagrammet nedan redovisar svarens fördelning över de vanligast avgivna svaren, svar som avgivits av fler än 10 procent av de svarande.



Vi finner inga avvikelser i svarsmönster mellan de geografiska områden som vi har tagit fram i tabellmaterialet. Vi hänvisar till det samma för vidare studier.

2.9 Tidsåtgång för olika arbetsmoment

Vi ställer frågor där vi ber sjuksköterskorna uppskatta tidsåtgången för olika arbetsmoment inom vaccinationsarbetet.

Den första frågan tidsåtgången för att kontrollera vilka vacciner ett nyss inflyttat barn, som är fött i Sverige, fått tidigare. Frågan formulerades enligt nedan:

31. *Hur lång tid bedömer Du att det normalt tar att kontrollera vilka vacciner ett nyss inflyttat barn, som är fött i Sverige, fått tidigare.*

I genomsnitt tar det 13,8 minuter att kontrollera dessa uppgifter. De vanligaste svarsalternativen är 1–5 minuter, som anges av 22

procent och 6–10 minuter som anges av 12 procent, av de svarande. Övriga tidangivelser anges av ett fåtal svarande. Det är 46 procent som svarar att de inte vet eller lämnar frågan obesvarad.

Det tar något längre tid för skolsköterskorna (15,5 minuter) jämfört med BVC-sjuksköterskorna (12,5 minuter).

Vi ser inga markanta eller som vi bedömer anmärkningsvärda skillnader i svarsmonster mellan övriga delmålgrupper i materialet. Det finns geografiska olikheter. Tidsåtgången varierar mellan 12,8 minuter för sjuksköterskor i Öst, till 16, minuter för sjuksköterskor i Norr. Sjuksköterskor i storstäder bedömer att tidsåtgången är 12,7 minuter i genomsnitt och sjuksköterskor i övriga städer, svarar 14,6 minuter. Vi kan se att de äldre och de sjuksköterskor som har längre tid i nuvarande tjänst anger kortare tidsåtgång än de yngre och de med kortare tid på nuvarande tjänst.

Den följande frågan gäller kontroll av barn som flyttat in från ett land utanför Norden.

32. *Hur lång tid bedömer Du att det normalt tar att kontrollera vilka vacciner ett barn som flyttat in från ett land utanför Norden fått tidigare.*

Den genomsnittliga tidsåtgången för att kontrollera vilka vacciner ett barn som flyttat in från ett land utanför Norden fått tidigare är 41,2 minuter. Vanligen anger de svarande 16–30 minuter (19 procent). 12 procent anger 1–15 minuter och 10 procent anger 46–60 minuter. 52 procent svarar ”Vet ej” eller lämnar frågan obesvarad. I genomsnitt tar det 37,5 minuter för BVC-sjuksköterskorna att kontrollera dessa uppgifter, medan det krävs 46 minuter i genomsnitt för skolsköterskorna. De geografiska variationerna är små, från 38,1 minuter i Öst till 46 minuter i Syd.

Skolsköterskorna får också följande frågor:

33. *Hur lång tid uppskattar du att det tar i genomsnitt att vaccinera ett barn, med en injektion av t. ex. MPR inklusive allt kringarbete, förberedelser, information, kallelse, kontroller, samtycken, injektioner, dokumentation, städning, uppföljning etc.*

Den genomsnittliga tidsåtgången för detta arbete är 39,4 minuter. Geografiskt över landet varierar den angivna tiden från 33,6 minuter som anges av skolsköterskorna i Mitt till 52,8 minuter, som anges av skolsköterskorna i Syd. Skolsköterskorna verksamma i

storstäder anger tidsåtgången till i genomsnitt 33,6 minuter, medan övriga bedömer tidsåtgången till över 40 minuter.

Följande fråga har en förklarande inledning och syftar till att belysa arbetstiden för att vaccinera en grupp av barn, i detta fall 80–90 barn.

34. *Om du tänker dig att tre klasser med totalt ca 80–90 barn ska vaccineras med vardera en injektion (t.ex. MPR) och att två skolsköterskor samarbetar med lika arbetsinsats: Hur många arbetsdagar uppskattar du att det då skulle ta att genomföra denna vaccination inklusive allt kringarbete, förberedelser, kontroller, samtycken, injektioner, journal föring, städning, uppföljning etc. Svara om möjligt med antal halvdagar, t.ex. 0,5, 1, 1,5 osv.*

Den genomsnittligt angivna tidsåtgången för detta arbete är 4,8 arbetsdagar. Vanligen svarar skolsköterskorna två (10 procent), tre (11 procent), fyra (7 procent) eller fem (8 procent) arbetsdagar. Nära hälften av skolsköterskorna svarar "Vet ej" eller väljer att inte besvara frågan. ARS bedömer att de geografiska skillnaderna i avgivna svar är marginella. De varierar från 4,2 dagar i Norr till 5,2 dagar i Öst. Vi bedömer att skillnaderna förklaras av osäkra uppskattningar.

BVC-sjuksköterskorna får två liknande frågor. Den första gäller tidsåtgången för en injektion. Tidsåtgången anges i minuter. Frågan har följande formulering:

35. *Hur lång tid uppskattar du att det tar i genomsnitt att vaccinera ett barn, med en injektion av t. ex. MPR inklusive allt kringarbete, förberedelser, kontroller, samtycken, injektioner, journalföring, städning, uppföljning etc.*

Den genomsnittligt angivna tidsåtgången är 21,1 minuter. De vanligast angivna tidsangivelserna ligger inom följande tidsintervall 1–10 minuter 14 procent, 11–20 minuter 28 procent, 21–30 minuter 18 procent. Övriga tider har angivits av ett fåtal svarande. Det är 36 procent av BVC-sjuksköterskorna som har valt att inte besvara frågan.

Nästa fråga gäller vaccination av en grupp barn. Frågan har följande formulering:

36. *Om du tänker dig att du har 70 barn/årskull, totalt drygt 400 barn, och att du arbetar heltid, 40 timmar per vecka på BVC. Hur många timmar per vecka uppskattar du att det tar att*

genomföra vaccination i enlighet med basprogrammet inklusive allt kringarbete, förberedelser, kontroller, information och diskussion med föräldrar, injektioner, dokumentation, städning, uppföljning etc.

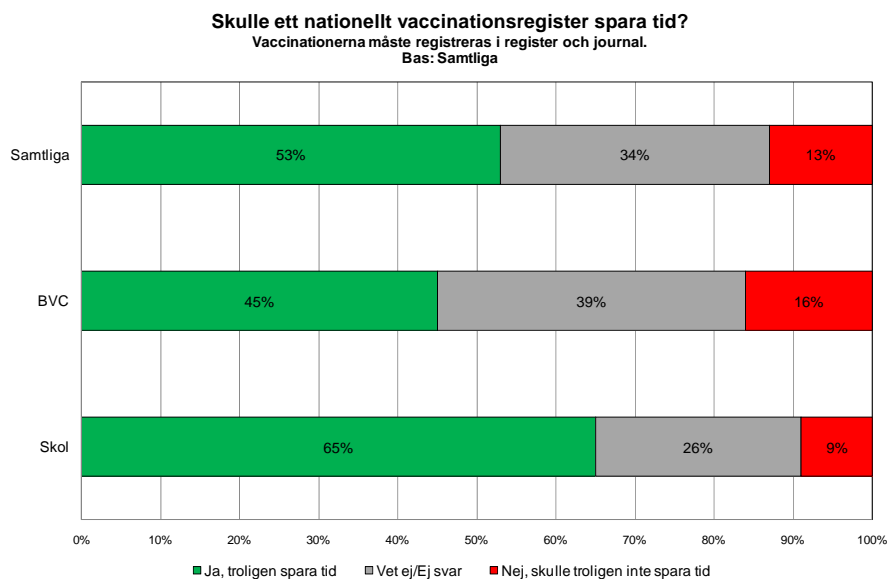
I genomsnitt bedömer BVC-sjuksköterskorna att tidsåtgången är 6,7 timmar. Det är dock en mycket stor andel (85 procent) som svarar "Vet ej" eller som lämnar frågan obesvarad.

2.10 Framtid

I detta kapitel ber vi sjuksköterskorna ta ställning till några olika förslag för att utveckla vaccinationsarbetet. Det första förslaget gäller införandet av ett nationellt vaccinationsregister. Frågan har följande formulering:

37. *Om du tänker Dig att det införs ett nationellt vaccinationsregister där du kan se barnens tidigare vaccinationer, som givits i Sverige, skulle ett sådant register spara tid i er verksamhet förutsatt att vaccinationerna måste registreras både i registret och i journal?*

Majoriteten (53 procent) svarar Ja på frågan. De bedömer att ett nationellt vaccinationsregister skulle spara tid för dem, trots att de i detta förslag måste registrera uppgifterna både i registret och i journal. Det är dock en relativt stor andel av de tillfrågade som inte kan besvara frågan eller som väljer att inte besvara den (34 procent).



Vi ser att skolsköterskorna i avsevärt högre grad bedömer att de skulle spara tid med ett sådant register. Två av tre (65 procent) av skolsköterskorna svarar Ja på frågan. Bland BVC-sjuksköterskorna är den andelen 45 procent. Vi har tidigare i undersökningen sett att skolsköterskorna ägnar längre tid åt att ta reda på barnets tidigare vaccinationer och att inskaffa samtycke från föräldrar.

Geografiskt ser vi inga markanta skillnader mellan olika delar av landet. Det är mellan 67 procent och 76 procent som är positiva till förslaget och svarar Ja på frågan. Ser vi till geografi i termer av ortstorlek ser vi att ju större ort, ju högre befolkningstäthet, desto mer positiv är man till förslaget (Andel Ja: Storstäder 74 procent, Städer 70 procent, Övriga landet 68 procent). Andelen som svarar "Vet ej" eller lämnar frågan obesvarad är när vi gör den geografiska körningen är mellan 10 procent och 19 procent. Vi har tidigare förklarat att detta beror på att endast de som fullföljt hela enkäten och uppgivit sitt postnummer ingår i redovisningen av geografiska skillnader.

De som bedömer att de skulle spara tid med ett nationellt vaccinationsregister får även en fråga om vilken tid de bedömer att de skulle spara, i arbetsdagar, om ett sådant register skapades och infördes. Frågan har följande formulering:

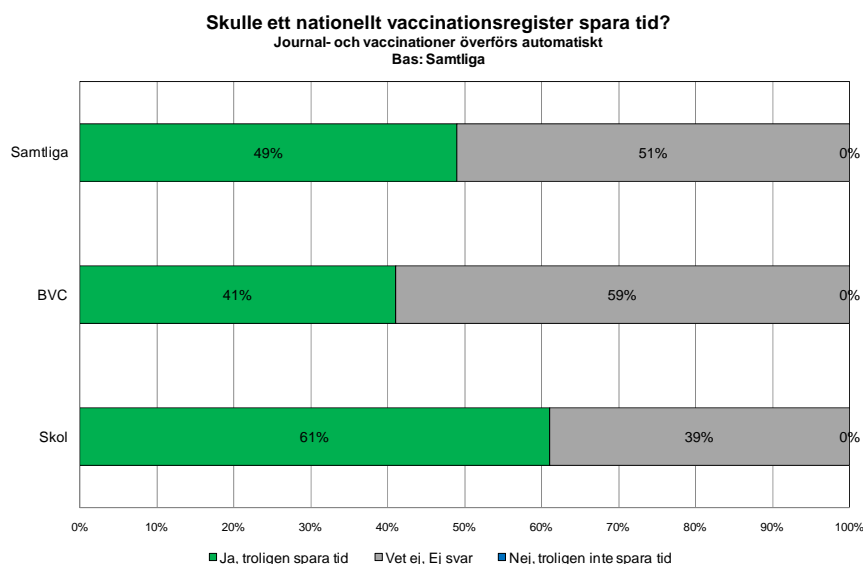
38. *Kan Du uppskatta tidsbesparingen ni skulle göra under ett år om det infördes ett sådant register (Utgå från en situation när registret är upplagt).*

Den av samtliga uppskattade tiden man skulle spara är 4,8 arbetsdagar per år. Det är inga större skillnader mellan BVC-sjuksköterskornas och skolsköterskornas uppskattning, 4,6 dagar bland BVC-sjuksköterskorna och 5,0 dagar bland skolsköterskorna. De yngre bedömer att tidsvinsten skulle bli större (-35 år, 5,7 dagar), jämfört med de äldre (51 år +, 4,8 dagar). Andelen som inte anser sig kunna bedöma tidsbesparingen är hög, 54 procent totalt, av BVC-sjuksköterskorna är det 59 procent och av skolsköterskorna är det 50 procent, som inte anser sig kunna bedöma tidsvinsten. De som har fått frågan är de som har besvarat föregående fråga positivt och bedömer att de skulle spara tid med ett sådant register.

I nästa fråga utvecklar vi registret till att uppgifterna förs in automatiskt i registret.

39. *Om du tänker dig att det införs ett nationellt vaccinationsregister där du kan se barnens tidigare vaccinationer, skulle ett sådant register spara tid i er verksamhet förutsatt att journaluppgifterna om vaccinationer automatiskt överförs till registret?*

Vi kan åter konstatera att skolsköterskorna (61 procent) är mer positiva till det förslagna registret än vad BVC-sjuksköterskorna är (41 procent). Det är inte någon som svarar "Nej, skulle troligen inte spara tid". Hälften av samtliga (51 procent) svarar "Vet ej" eller lämnar frågan obesvarad.



De som besvarar den föregående frågan positivt, ombeds också uppskatta den tidsbesparing ett sådant register skulle innebära.

40. *Kan Du uppskatta tidsbesparingen ni skulle göra under ett år om det infördes ett sådant register (Utgå från en situation när registret är upplagt).*

I genomsnitt bedömer de som svarat Ja på föregående fråga, att de skulle spara 5,3 arbetsdagar per år med ett sådant register. Skolsköterskorna bedömer tidsvinsten till 5,6 dagar och BVC-sjuksköterskorna 5,0 dagar. Geografiskt över landet ser vi inga systematiska svarsmönster. Störst tidsvinst anger Öst (5,9 dagar) och minst anger Norr (4,6). De svarande i storstäder anger 5,6 dagar i genomsnitt som tidsvinst, medan de i övriga landet (utanför städer) anger 4,8 dagar. Även här kan vi se att de yngre bedömer att tidsvinsten skulle bli större än vad de äldre gör (-35 år 6,2 dagar jämfört med 5,0 dagar för de 51 år +).

2.11 Huvudmannskapet

I dag är huvudmannskapet för barnhälsovården delat. Landstingen ansvarar för hälsovården för de yngsta barnen (upp till ca. 6 år), vilket innebär att de sjuksköterskor som arbetar inom BVC och

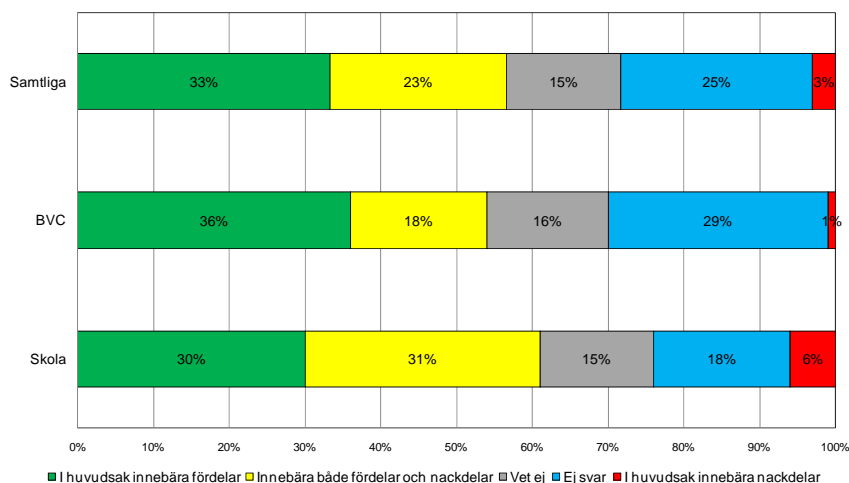
som distriktssköterska med barnhälsovård har Landstingen som huvudman. Skolsköterskorna har däremot kommunen och skolan som huvudman. Vi ställer frågor om detta system och om man tror att ett system med en gemensam huvudman skulle vara bättre eller sämre än nuvarande system. Den första frågan i detta område behandlar just detta. Frågan har följande lydelse:

41. *I dag är kommunen huvudman för skolhälsovården och landstinget är huvudman för barnhälsovården (BHV). Vad anser du om att skolhälsovården och barnhälsovården skulle ha samma huvudman, t.ex. landstinget? Vi förutsätter att den praktiska verksamheten bedrivs på samma platser, på samma sätt och i samma omfattning som nu?*

Vi ser att en av tre (33 procent) sjuksköterskor svarar att ett sådant system i huvudsak skulle innebära fördelar. Ett fåtal (3 procent av alla), svarar att det i huvudsak skulle innebära nackdelar. Det är många som ser både för- och nackdelar (23 procent av alla) och fyra av tio anser sig inte kunna besvara frågan (15 procent Vet ej, 25 procent Ej svar).

Skulle det innebära för- eller nackdelar om barnhälsovården skulle ha en gemensam huvudman?

Bas: Samtliga



Vi ser att en större andel av BVC-sjuksköterskorna (36 procent) är positiva till ett enat huvudmannaskap, jämfört med skolsköters-

korna (30 procent). ARS finner detta lite märkligt, eftersom BVC-sjuksköterskorna är den "överlämnande" parten och skolsköterskorna är den "efterföljande". Med ARS:s syn skulle det vara av större intresse för skolsköterskorna att ha en gemensam huvudman, så att journalföring, informationsöverföring etc. skulle gå smidigare. Vi kan också tänka oss att närheten till Landstinget som huvudman, skulle vara en fördel för skolsköterskorna. Det är dock en större andel av skolsköterskorna (31 procent) som både ser för- och nackdelar, jämfört med BVC-sjuksköterskorna (18 procent).

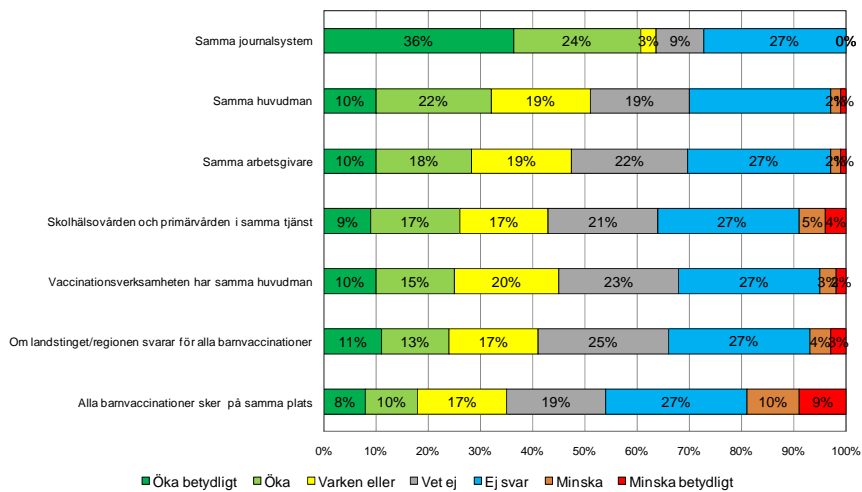
Vi ser inga geografiska skillnader i uppfattningar, varken sett över landet eller mellan storstäder, städer och övriga landet. Vi ser heller inga tydliga svarsmönster över åldersgrupper.

42. *Ange om Du tror att följande förändringar skulle förbättra eller försämra effektiviteten när det gäller vaccinationer av barn. Du kan välja på alternativen Betydligt öka effektiviteten, Öka effektiviteten, Varken öka eller minska effektiviteten, Minska effektiviteten Betydligt minska effektiviteten. Du kan också svara "Vet ej".*

Delfrågorna A till G roterades.

Diagrammet nedan redovisar delfrågornas rangordning utifrån om förändringen skulle öka eller minska effektiviteten när det gäller vaccination av barn. Vi kan se att ett gemensamt journalsystem är det som flest anser skulle bidra positivt till detta. Vi kan också se att få ser att förändringar skulle innebära försämringar jämfört med nuvarande system. Vi kan också se att när hälften inte tar ställning till frågorna, endera genom att svara "Vet ej" eller genom att inte besvara frågan.

Skulle följande förändringar förbättra eller försämma effektiviteten av vaccinationer av barn?
Bas: Samtliga



I tabellen nedan redovisar vi hur BVC-sjuksköterskor och skol-sköterskor bedömer de olika föreslagna förändringarna. Tabellen redovisar de medelvärden de olika delfrågorna har fått på den fem-gradiga svarsskalan där fem är det högsta värdet och står för "Öka effektiviteten betydligt". Medelvärdena är beräknade på de avgivna svaren ett till fem. "Vet ej" och "Ej svar" ingår inte i basen för beräkningen av medelvärdet.

	Delfrågornas fullständiga formulering	Medelvärden från 1 till 5, där 5 är högsta värdet och står för Öka betydligt		
		Samtliga	BVC	Skol
A	om ett och samma journalsystem används i skolhälsovården och i landstingets/regionens barnhälsovård?	4,5	4,4	4,6
B	om personalen i skolhälsovården och landstingets BHV har samma arbetsgivare?	3,7	3,8	3,5
F	om <u>barn-</u> och <u>skolhälsovården</u> har en och samma huvudman, förutsatt att verksamheten bedrivs på samma platser och i samma omfattning som nu.	3,7	3,8	3,7
C	om <u>vaccinationsverksamheten</u> har en och samma huvudman, men verksamheten i övrigt bedrivs med på samma sätt som nu?	3,6	3,5	3,6
G	om landstinget/regionen svarar för alla barnvaccinationer?	3,5	3,5	3,5
E	om en sjuksköterska eller en läkare inom ramen för en och samma tjänst har möjlighet att arbeta både i skolhälsovården och inom primärvården/barnhälsovården, t.ex. vid BVC eller vårdcentral?	3,4	3,5	3,4
D	om alla barnvaccinationer, även för skolbarn, sker på samma plats t.ex. vid en vårdcentral eller BVC?	3,0	2,9	3,1

ARS bedömer att det råder stor samstämmighet i uppfattningarna mellan BVC-sjuksköterskorna och skolsköterskorna. Vi anser oss inte kunna säga att någon av grupperna avviker starkt positivt eller starkt negativt från den andra gruppens åsikter.

		Medelvärden från 1 till 5, där 5 är högsta värdet och står för Öka betydligt					
Delfrågorna i kortad formulering		Samtliga	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd
A	samma journalsystem?	4,5	4,5	4,4	4,5	4,6	4,5
B	samma arbetsgivare?	3,7	3,8	3,7	3,6	3,7	3,7
F	om <u>barn- och skolhälsovården</u> har en och samma huvudman?	3,7	3,8	3,6	3,7	3,8	3,8
C	om <u>vaccinationsverksamheten</u> har en och samma huvudman?	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,5
G	om landstinget/regionen svarar för alla barnvaccinationer?	3,5	3,8	3,6	3,5	3,5	3,5
E	inom ramen för en och samma tjänst ha möjlighet att arbeta både i skolhälsovården och inom primärvården/barnhälsovården?	3,4	3,8	3,4	3,4	3,5	3,5
D	All barnvaccinationer sker på samma plats?	3,0	3,3	3,1	2,9	2,9	3,0

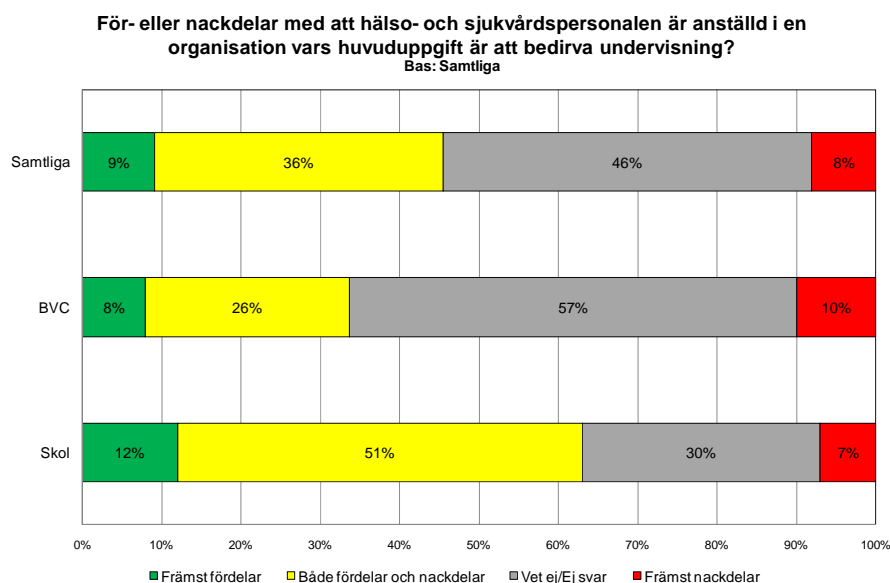
ARS kan heller inte se några större avvikelser i bedömningarna mellan sjuksköterskor i olika delar av landet.

För vidare studier av delmålgrupper hänvisar vi till tabellverket, i bilaga 1.

Följande frågor berör huvudmannaskapet för verksamheten och arbetsgivarens roll och relation till sjuksköterskornas arbetsuppgifter. Frågan berör i huvudsak skolsköterskor, men har ställts till samtliga. Frågan har följande formulering:

43. *Anser Du att det främst är fördelar eller är det främst nackdelar att hälso- och sjukvårdspersonalen är anställd i en organisation med huvuduppgift att bedriva undervisning och utbildning snarare än hälso- och sjukvård?*

Det är få som ser varken starka för- eller nackdelar med det nuvarande systemet för skolsköterskorna. Merparten av skolsköterskorna ser både för- och nackdelar (51 procent). Det är också stora andelar, som lämnar frågan obesvarad eller som svarar "Vet ej".

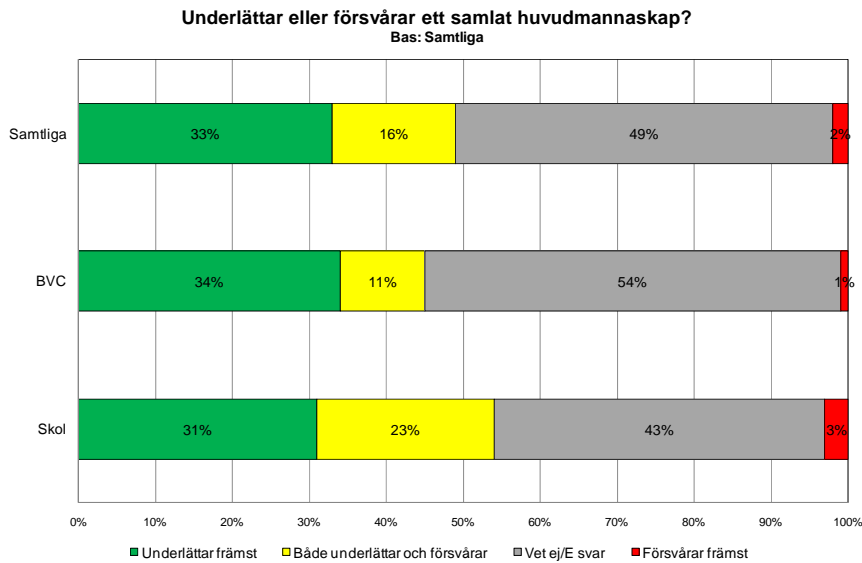


Vi ser inga markanta avvikelser mellan geografiska delmålgrupper eller mellan olika åldersgrupper i materialet.

Vi vänder på frågan och ser till om man tror att det skulle underlätta eller försvåra att ha ett samlat huvudmannaskap för all skol- och barnhälsovård. Frågan lyder enligt nedan:

44. *Underlättar eller försvårar ett samlat huvudmannaskap för all skol- och barnhälsovård, inte bara vaccinationer, samverkan mellan enheter som kommer i kontakt med barnet och dess föräldrar, t.ex. mödravård, primärvård?*

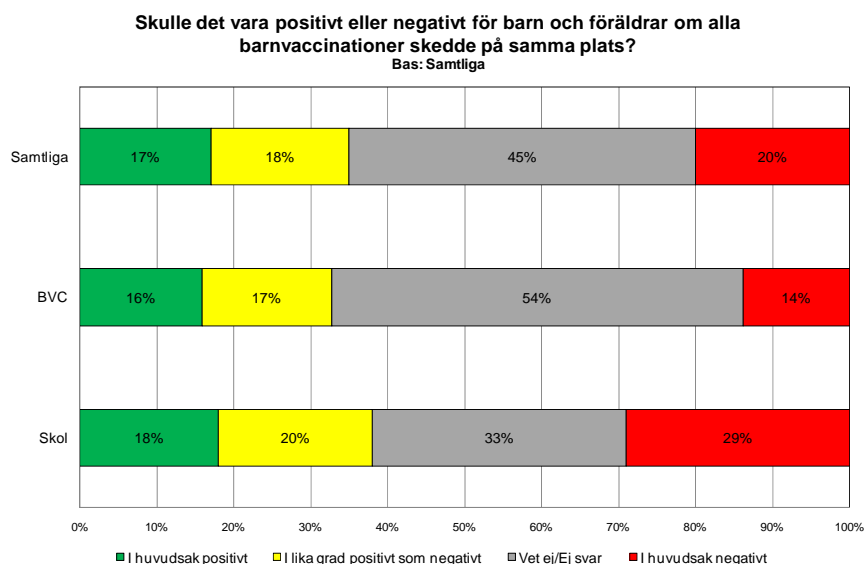
En av tre (33 procent) bland samtliga svarar att ett gemensamt huvudmannaskap underlättar samverkan mellan olika enheter och personer som kommer i kontakt med barnet. Få ser negativa aspekter på ett samlat huvudmannaskap. Vi ser egentligen inga större skillnader i bedömningen mellan BVC-sjuksköterskor och skolsköterskor.



Vi ställer också frågan om hur man ser på huvudmannaskapet i ett tänkt barn- och föräldraperspektiv. Vi ställer följande fråga:

45. *Tror Du att det i huvudsak skulle vara positivt eller i huvudsak negativt för barn och föräldrar om alla barnvaccinationer, även för skolbarn, skedde på samma plats t.ex. vid en vård central eller BVC?*

Sett till samtliga svarande är det nära nog lika stor andel som ser det i huvudsak positivt om alla vaccinationer av barn skedde på samma plats, som negativt, 17 procent respektive 20 procent. Skolsköterskorna är de som har mest synpunkter i frågan och de är i huvudsak negativa. 29 procent av skolsköterskorna ser "förslaget" i huvudsak negativt.



Studerar vi övriga undergrupper ser vi att yngre sjuksköterskor är mer positiva till att alla barnvaccinationer sker på samma plats, (-35 år 30 procent positivt, 51 år + 22 procent positivt). Av de svarande i norra delen av Sverige är 32 procent positiva. I region Öst är den andelen 19 procent.

2.12 Bakgrundsfrågor om de intervjuade

2.12.1 Inledning

Frågeformuläret avslutas med frågor om den intervjuade. Resultaten från dessa frågor har bland annat använts för databearbetningar och framtagningar av olika delmålgrupper. Bakgrundsfrågorna beskriver också olika aspekter av målgruppen. Resultaten av bakgrundsfrågorna redovisas i huvudsak i grafisk form här nedan. På sedvanligt sätt redovisas den fullständiga frågeformuleringen, där efter resultaten i grafisk form, med eventuella kommentarer.

2.12.2 Datorstöd

46. *Hur ofta använder Du dator på arbetet och/eller på fritiden totalt sett?*

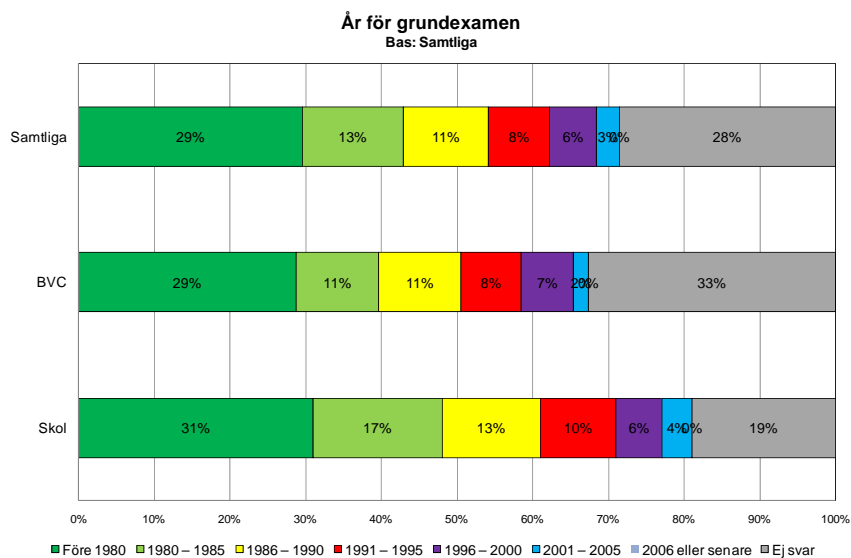
Samtliga som har besvarat frågan svarar att de använder dator dagligen. Av samtliga svarar 71 procent dagligen och övriga besvarar ej frågan. För BVC-sjuksköterskor är andelen som använder dator dagligen 66 procent och för skolsköterskor 80 procent. Det bör anses ligga i sakens natur att de som besvarar enkäten har hög datoranvändning. Det kan finnas skäl att anta att det finns sjuksköterskor, som inte är lika frekventa datoranvändare. Medelåldern i svarspopulationen är 50,8 år. ARS kan känna att det är något högt. Vi kan dock glädja oss åt att dataanvändningen är hög även bland de äldre sjuksköterskorna. Dataanvändningen är troligen ännu högre bland de yngre sjuksköterskorna. Andelen som ej besvarar frågan är 28 procent totalt, 33 procent av BVC och 19 procent av skolsköterskorna.

47. *Vilket datorstöd har Du i Ditt arbete? Du kan ange flera svar*

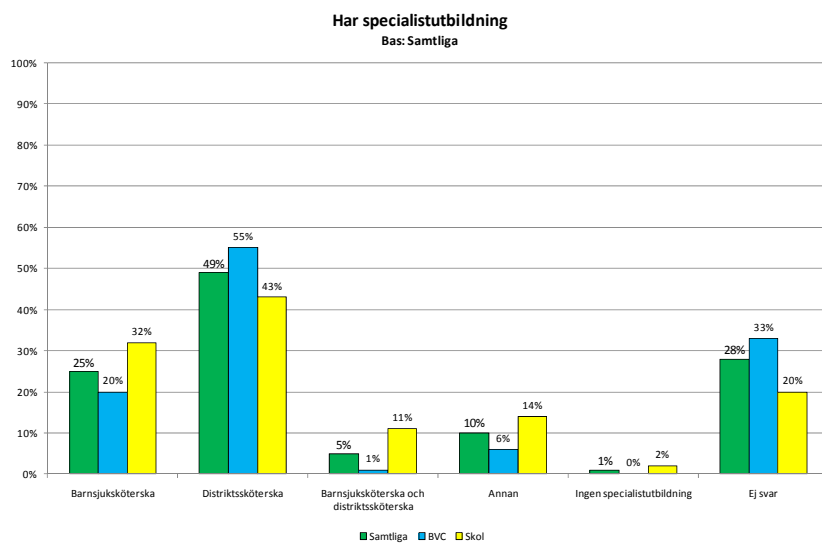
6 av 10 (61 procent av alla, 60 procent av BVC-sjuksköterskorna och 66 procent av skolsköterskorna) svarar att de har en "egen stationär dator". 8 procent av alla svarar att de har en "egen bärbar dator", 16 procent av skolsköterskorna och 1 procent av BVC-sjuksköterskorna. Andelen som ej besvarar frågan är 28 procent totalt, 33 procent av BVC och 19 procent av skolsköterskorna.

2.12.3 Utbildning

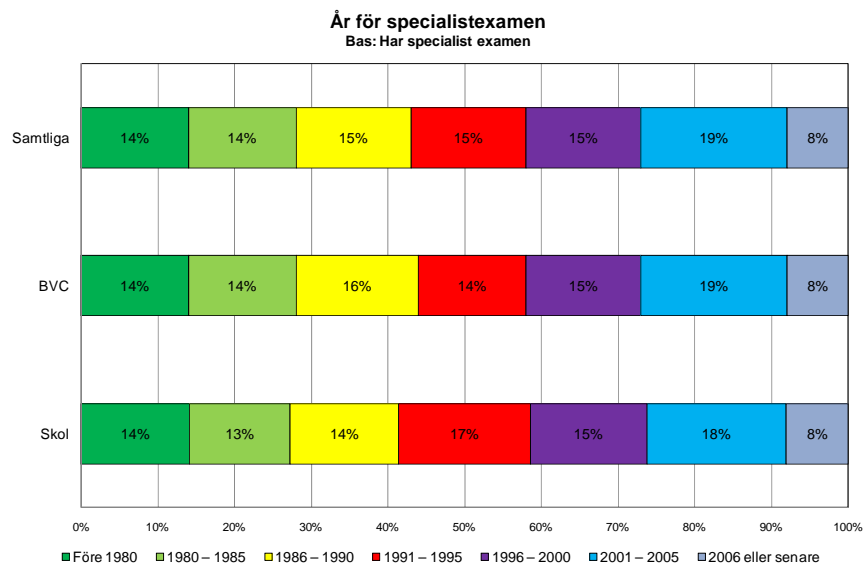
48. När tog Du Din grundexamen?



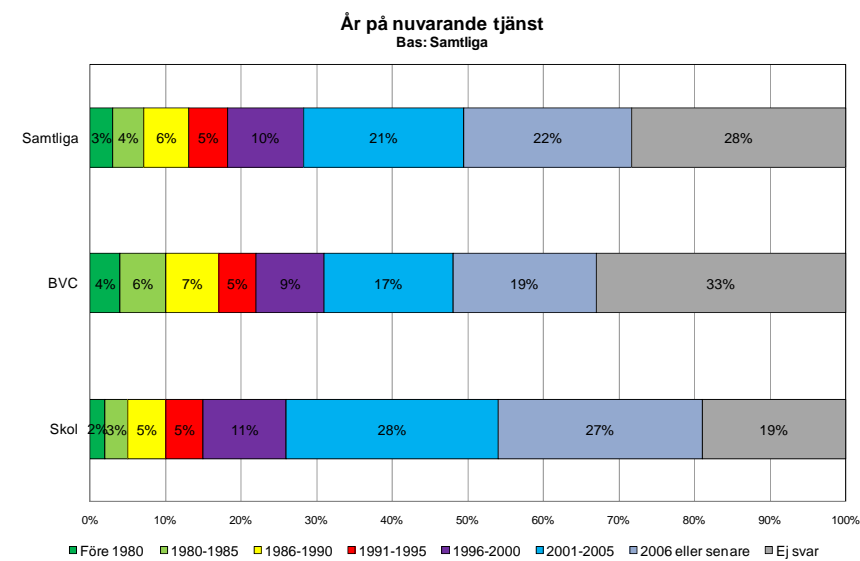
49. Vilken specialistutbildning har du?



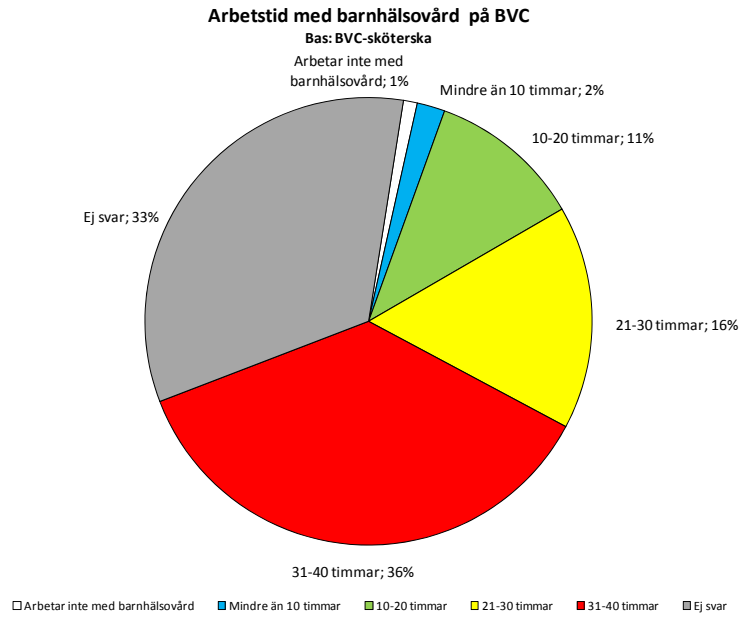
50. När tog Du Din specialistexamen?



51. När tillträdde Du Din nuvarande tjänst?



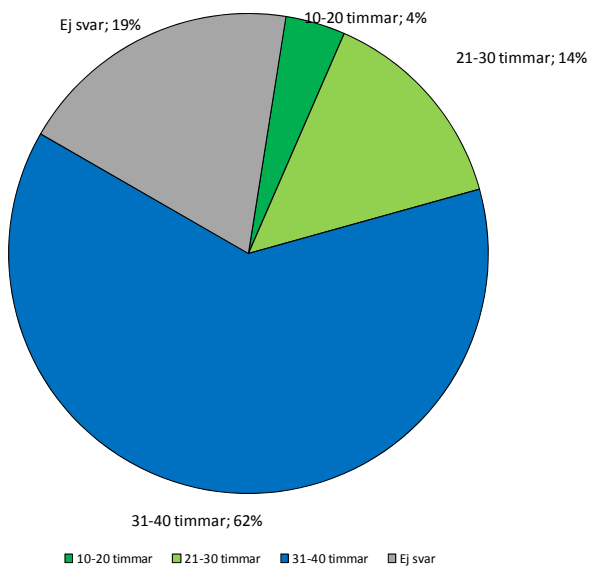
52. *Hur många timmar per vecka arbetar du med barnhälsovård vid BVC eller som distriktssköterska?*



Medelarbets­tid per vecka är 28,6 timmar.

53. *Hur många timmar arbetar du med skolhälsovård per vecka?*

Arbetar inom skolhälsovård, timmar per vecka.
Bas: Skolsköterska

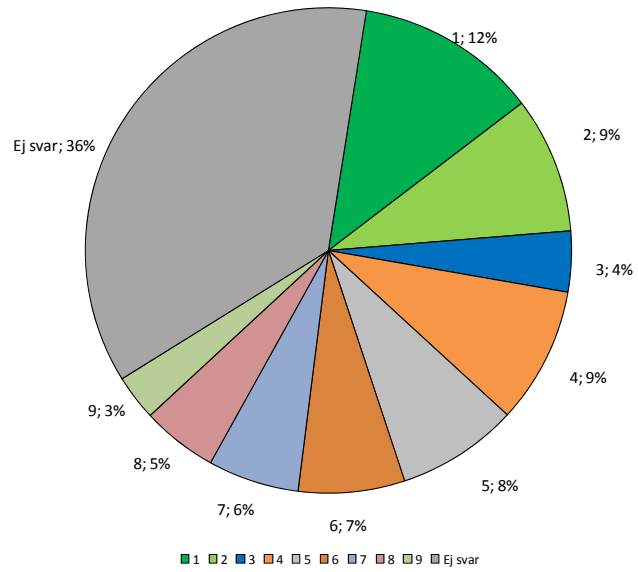


Medelarbetstid per vecka är 32,6 timmar.

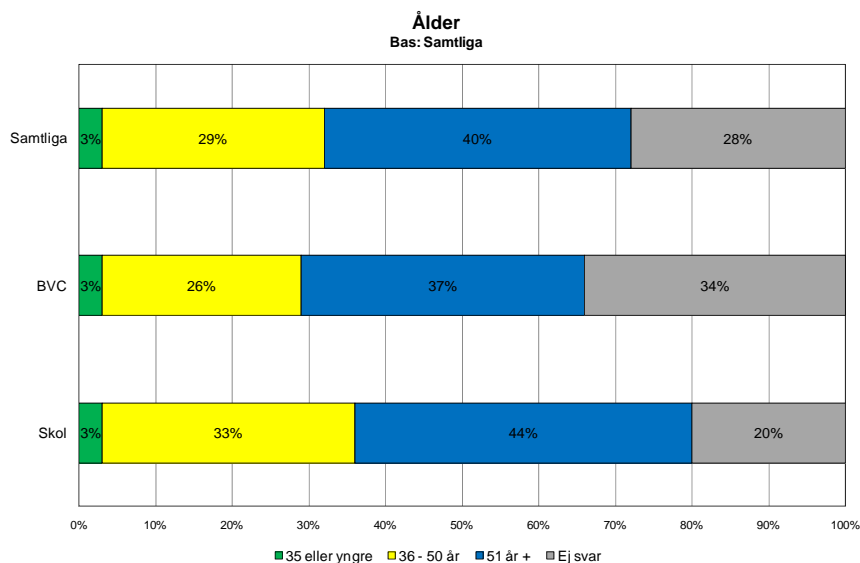
54. Vilket postnummer har Din huvudsakliga arbetsplats?

Arbetsplatsens postnummerområde på ettsiffernivå.

Bas: Samtliga



55. Vilket år är Du född?



Medelåldern bland de som har uppgivit födelseår är 50,8 år för samtliga, 50,9 år för BVC-sjuksköterskor och 50,7 år för skolsköterskor.

56. Är Du man eller kvinna?

Av de som har angivit kön, är 98 procent kvinnor och 2 procent män.

3. ANALYS OCH KOMMENTARER

ARS Research AB har genomfört denna studie av vaccination inom barnhälsovården.

Av studien ser vi att det förekommer skillnader i svaren mellan BVC-sjuksköterskor och skolsköterskor. Det finns också många beröringspunkter där de två grupperna har överensstämmande åsikter, ger liknande bilder eller svarsmönster.

Av resultaten från studien kan vi se att föräldrarnas engagemang i vaccinationsfrågor har ökat, både under det senaste året och över en längre tidsperiod (5–10 år). Resultaten tyder på att det är en långvarig utveckling och inte bara ett utslag av det senaste årets

vaccinationsdebatt, med utgångspunkt från vaccinationen mot influensa A (H1N1). BVC-sjuksköterskorna uttrycker mer än skolsköterskorna att detta engagemang har ökat. För ARS är detta naturligt. Vi ser allmänt i samhället att föräldrarna engagerar sig mer i sina barns vardag. Kraven på valmöjligheter ökar etc. För ARS är det också naturligt att BVC-sjuksköterskorna märker detta mer än skolsköterskorna. Föräldrarna till de yngsta barnen är troligen mer intresserade, om inte annat så för att området är nytt för dem. De har också en mer personlig kontakt med BVC-mottagningen när de följer med sitt barn till mottagningen.

Undersökningen visar att sjuksköterskorna inom barnhälsovården bedömer sig vara väl uppdaterade och väl informerade om vad som händer inom deras område. De ger uttryck för att de anser sig ha gott stöd från såväl närmaste chefer som från centrala myndigheter. Vi tycker oss dock se att BVC-sjuksköterskorna tycks ha en närmare relation till sina huvudmän (centrala myndigheter och arbetsgivare) än vad skolsköterskorna har. BVC-sjuksköterskorna upplever också att kraven har ökat på dem, detta är kanske också kopplat till föräldrarnas engagemang, men också till en allmänt mer komplicerad vardag inom alla områden. Skolsköterskorna tycks kanske vara mer fria i sin yrkesroll, detta på gott och ont.

Vad gäller de insamlade uppgifterna om antalet barn som vaccineras har ARS svårt att närmare kommentera dem. Vi finner dem trovärdiga och rimliga. Med cirka 200 vaccinerade barn per år, innebär det cirka ett vaccinerat barn per arbetsdag, vilket vi kan bedöma vara rimligt. ARS förvånas något över att flyttningen ändå är så relativt begränsad, samtidigt som vi kan bedöma de insamlade resultaten som fullt trovärdiga. Vår bild, som var något högre omflyttningstal, baseras troligen på det lokala flyttmönstret (i Stockholm) och tar inte hänsyn till att många flyttar inom vaccinationsområdet.

Med utgångspunkt i resultaten från frågorna 20 och 21 (Beskrivning av vaccinationsarbetets arbetsmoment) kan vi se att det är det primära vaccinationsarbetet (Injektion, information, kontroll i direkt anslutning till vaccinationstillfället), som utgör den största delen av sjuksköterskornas arbetsinsats, sett i arbetstid, gällande vaccinationsarbetet.

Vad gäller inhämtande av samtycke från föräldrar reagerar vi positivt över att man vanligen inhämtar samtycke för varje vaccindos. Vi finner detta lovvärt. På samma sätt reagerar vi på att nästan alla samtycken till vaccinationer inom BVC inhämtas muntligt.

ARS är vana vid att denna typ av information ska finnas skriftligt. Att situationen är sådan i skolan är naturligt, med tanke på en mindre direkt kontakt mellan föräldrarna och skolsköterskan. Det är här intressant att se att inhämtning av samtycke från föräldrarna är det arbetsmoment inom vaccinationsarbetet som tar mest tid för skolsköterskorna.

Vi finner det också anmärkningsvärt att det är vanligast inom BVC att man dokumenterar vaccinarbetet manuellt. Inom skolans värld används data med olika grader av behörighet.

Vi ser från undersökningen att sjuksköterskorna är positiva till ett nationellt vaccinationsregister. Man bedömer också att det skulle innebära tidsbesparingar. ARS kan inte bedöma de angivna, uppskattade tidsbesparingarna.

När det gäller att samordna barnhälsovården under en huvudman, finner vi att det är ytters få som är negativa till tanken. Den vanligaste synpunkten är att man bedömer det positivt och att det både finns positiva och negativa aspekter på förslaget. Men den viktigaste och mest effektivitetshöjande samordningsåtgärden skulle vara att införa ett gemensamt journalsystem. ARS finner det märkligt att man inte redan i dag har det, inte minst med tanke på att vissa vaccinationsprogram löper under lång tid.

ARS bedömer att vi har lyckats inhämta intressant och värdefull information i denna studie. Sjuksköterskornas svarsbenägenhet trots mycket hård arbetsbelastning, är mycket god, vilket får tolkas som stort engagemang i ämnet för undersökningen och därmed även i det egna arbetet.

ARS finner det märkligt att barnhälsovården inte har en gemensam och enhetlig registerhållning för samtlig personal inom barnhälsovården. Det borde vara av vikt, om inte annat så, för den allmänna krisberedskapen att snabbt och heltäckande kunna nå ut med information till samtliga som arbetar med barnhälsovård.

ARS Research AB
STOCKHOLM 2010-01-27

Michael Söderström

Jonas Norén

Bilagor

Bilaga 1 Tabeller, Samtliga 2 833 inkomna svar. Bas för rapporten

Bilaga 2 Frågeformulär

Bilaga 3 Företagsbroschyr, ”ARS visar vägen”

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

Tabeller från Vaccinutredningens enkät om vaccinationsverksamheten (ARS Research AB)

	YRKESKÄR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUJ-BILDNING		TID PÅ TJÄNST											
	TOTAL	BVC	Skol-sköt-erska	-35	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-lan-	Övr.	Ja	Nej	-5	5-10	10+	år	år	år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515				
1. Vilken är Din huvudsakliga Yrkesverksamhet?																							
Barnsjukvårsköterska vid BVC	24	45+	-	30	22	22	13-	32	26	19-	24	27	21-	20-	23	4-	25	19-	25				
Barnsjukvårsköterska annat	0	1+	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0				
Distriktssköterska	29	54+	-	24	27	28	44+	42-	24-	36+		13-	35+	35+	28	-	22-	26-	38+				
Skolsköterska	42	-	100+	44	49+	47+	38	22-	51+	54+	39	58+	42	43	47+	93+	51+	53+	34-				
Inget av ovanstående	3	-	-	1	2-	0	5	3	1-	3	1-	2-	2	1	2-	0	2-	1-	2				
Vet ej/ Ej svar	0						1	1															
2. Hur stor andel av en heltidstjänst arbetar Du som barnsjukvårsköterska, skol- eller distriktssköterska? Bedöm arbetsinsatsen över ett kalenderår.																							
100 %, heltid	43	39-	50+	41	39-	50+	44	50	48+	48+	33-	46	44	48	45+	30	40	47+	49+				
75 % eller mer	35	38+	33	34	42+	29-	24-	28	36	35	41	37	36	28-	35	26	37	36	30-				
50 - 74 %	15	17	14	19	14	16	20	14	12-	13	23+	13	14	20+	15	30+	18	13	16				
Mindre än 50 %, mindre än halvtid	5	6	3-	5	4	4	10+	5	3-	0-	1-	4	4	4	4	11	5	3-	5				
Vet ej/ Ej svar	2	1-	0-	2	0-	1-	2	2	0-	1-	-	0-	1-	-	1-	4	1-	1-	1-				
3. Vilken befattning har Din närmaste chef med personalansvar? Välj det som bäst stämmer in på Din situation idag.																							
Sjukvårsköterska	40	65+	8-	41	37	38	40	56+	38	32-	40	30-	42	40	38	15-	35-	34-	47+				
Läkare	9	16+	0-	7	7-	9	6	6	8	6-	16+	11	7	7	8	7-	8	7-	10				
Rektor eller annan befattningshavare på skolan	28	1-	65+	27	33+	30	8-	14-	37+	37+	17-	46+	24-	22-	31+	59+	35+	35+	19-				
Annan tjänsteman inom kommun/landsting/region som inte är läkare eller sjukvårsköterska	12	5-	20+	14	14	13	29+	14	8-	13	18+	9-	15+	15+	13+	7	13	14	12				
Annat nämligen	10	12+	7-	12	10	10	17+	9	9	11	9	4-	12+	15+	10	15	9	10	11				
Vet ej/ Ej svar	2	1	0-		0-	0-	0-	0-	0-	0-	-	0-	0-	-	0-	4	-	0-	0-				

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST				
	TOTAL	BVC	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. det	Ja	Nej	-5 år	5-10+ år		
																	1203	38
Bas: Skolsköterskor	1203	1203	38	398	532	48	24	382	299	104	355	355	155	943	25	321	472	176
4. <u>Bedrivs Din huvudsakliga verksamhet som skolsköterska i en kommunal skola eller i en friskola?</u>																		
Kommunal skola	93	93	92	94	95	90	92	95	95	98	94	95	97+	95+	72-	92	96	98+
Friskola	5	5	8	6	4	8	8	4	5	2	5	5	3	4	28+	8+	4	2-
Inget av ovanstående	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vet ej/ Ej svar	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. <u>Vilket av följande alternativ passar bäst in på den verksamhet Du arbetar inom?</u>																		
Vi har skolöverläkare och en eller flera skolläkare som är anställda av kommunen	34	34	21	26-	41+	4-	33	53+	15-	35	57+	20-	17-	34	32	32	36	34
Vi har skolläkare som är anställda av kommunen	30	30	32	32	26-	56+	42	24-	32	17-	16-	39+	32	29	12	29	26	34
Skolläkaren är anställd av landstinget och "hyrs in".	18	18	18	24+	16	21	17	10-	33+	18	12-	21	35+	20	20	19	21	17
Skolläkaren är privatpraktiker eller anställd i privat vårdföretag och "hyrs in"	11	11	18	12	10	13	4	5-	15+	17+	11	11	10	11	16	11	11	9
Annat	5	5	5	5	7	4	4	6	4	13+	5	8+	4	6	12	6	6	6
Inget av ovanstående	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
Vet ej/ Ej svar	1	1	5	1	1	2	1	1	-	-	-	1	1	1	8+	2	0-	0
Bas: Distriktssköterska	1532	1532	47	405	566	71	83	361	241	160	247	477	198	1022	1	296	402	327
6. <u>Hur stor andel av Din arbetstid som distriktssköterska bedömer Du åtgår till arbetsuppgifter inom barnhälsovården, inklusive vaccinationer av barn?</u>																		
Mindre än 10 %	2	2	1	1	1	6+	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
11 - 20 %	4	4	5	4	10+	10+	7	4	2	5	2	5	7	4	5	4	5	6
21 - 30 %	5	5	2	5	6	13+	7	5	4	4	4	6	7	5	5	5	6	4
31 - 40 %	6	6	6	5	6	7	1	5	3	11+	5	7	3	6	5	6	6	6
41 - 50 %	10	10	9	11	10	14	16	7-	7	18+	6-	12	14	10	10	12	10	12
50 % eller mer	59	59	72	62	62	45-	61	62	76+	54	62	64+	60	63+	100	64	61	63
Inget av ovanstående	8	8	2	5-	8	4	5	10	3-	5	12	5-	5	7-	6	7	6	6
Vet ej, ej svar	6	6	9	6	2-	1	2	6	3-	3	9	2-	3	4-	7	3-	3-	3-

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-lan-det	Övr.	Ja	Nej	-5	5-10	10+			
TOTAL	BVC	erska																	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

7. Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

A. Föräldrarna är mer engagerade i vaccinationsfrågor idag än för 5-10 år sedan

4-5) Instämmer helt	63	68+	59-	58	66	73+	70	81+	69+	67	75+	69+	71+	69+	70+	33-	65	70+	76+
5) Instämmer delvis	28	32+	24-	24	28	34+	34	34	29	31	34+	30	32+	31	31+	15	27	30	37+
4) Instämmer delvis	35	36	34	39	39+	39+	36	47+	39+	36	41	39	39+	38	39+	19	38	40+	38
3) Varken eller	19	17-	22+	19	21	19	15	14	22	22	17	20	19	23	20	26	18	22+	19
2) Tar delvis avstånd	2	2	1	3	3	3	3	2	2	4+	2	3	2	3	3	7	2	3	2
1) Tar helt avstånd	1	1	2+	1	2+	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	4	1	2+	1
I-2) Tar avstånd	4	3	4	1	5	4	6	3	4	6+	3	4	5	5	4	11+	3	5+	3
Medelvärde	4.0	4.1	3.9	4.0	3.9	4.0	4.1	4.1	4.0	4.0	4.1	4.0	4.0	4.0	4.0	3.5	4.0	3.9	4.1
Vet ej	7	5-	10+	22+	8	3-	10	3	6	6	4	7	6	3-	6-	30+	14+	3-	2-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

B. Föräldrarna är mer ifrågasättande till vaccinationer idag än för 5-10 år sedan.

4-5) Instämmer helt	51	52	51	55	53	59+	49	66+	55+	56+	62+	59+	54+	57+	56+	33	55+	55+	60+
5) Instämmer delvis	19	20	18	22	19	22+	22	19	20	19	27+	22	20	21	21+	15	18	20	26+
4) Instämmer delvis	32	32	33	33	34	36+	27	47+	35	37+	35	37+	34	36	35+	19	37+	34	34
3) Varken eller	24	22	26+	19	26	25	27	26	28+	24	21	26	24	27	25	22	23	27+	25
2) Tar delvis avstånd	7	8	6	2	9	8	12+	8	9	8	8	5-	9+	10	8	11	6	9	9
1) Tar helt avstånd	5	6	4	5	5	5	3	2	5	6	6	4	7+	4	5	7	4	7+	4
I-2) Tar avstånd	12	14+	10-	7	14	13	15	7	13	15+	13	9-	16+	14	13	19	10	16+	13
Medelvärde	3.6	3.6	3.6	3.8	3.6	3.6	3.6	3.8	3.6	3.6	3.7	3.7	3.5	3.6	3.6	3.3	3.7	3.5	3.7
Vet ej	6	4	9+	20+	3	3-	9	1-	5	5	4	6	5	3-	5-	26+	13+	2-	3-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

Vertikal procent 13 Jan 2010

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST							
	Skol-sköt-erska	BVC	-35	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
TOTAL	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

7. Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

C. Jäg upplever att föräldrarna är kunnigare om vacciner och vaccinationer idag än för 5-10 år sedan.

4-5) Instämmer helt	53	59+	47-	47	52	62+	54	67+	56	59+	62+	55	60+	60+	58+	26-	49-	59+	66+
5) Instämmer delvis	16	20+	12-	8-	14	19+	17	17	19	14	18	16	18	15	17	4	13-	17	22+
4) Instämmer delvis	37	39	35	38	38	43+	37	50+	38	45+	44+	39	42+	45+	41+	22	36	42+	45+
3) Varken eller	27	24-	32+	26	32+	28	23	31+	29	29	29	31+	28	29	29+	26	31+	30+	25
2) Tar delvis avstånd	4	3	5	3	6+	4	5	7	5	5	4	5	5	4	5	11	5	5	4
1) Tar helt avstånd	2	2	3	1	2	2	2	1	3	3	2	3	2	3	2	11+	2	3+	2
I-2) Tar avstånd	6	5-	8+	5	8+	7	7	8	8+	7	5	8+	7	6	7	22+	7	8+	6
Medelvärde	3.7	3.8	3.6	3.6	3.6	3.7	3.7	3.8	3.7	3.7	3.8	3.6	3.7	3.7	3.7	3.0	3.6	3.7	3.8
Vet ej	7	4-	10+	23+	8	3-	11	2-	5	5	5	6	6	4-	6-	26+	13+	3-	2-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

D. Det går åt mer tid till att informera barn och föräldrar om vaccinationer idag än för 5-10 år sedan.

4-5) Instämmer helt	62	64+	60	56	65	72+	60	78+	65	70+	75+	69+	69+	67+	69+	56	63	70+	73+
5) Instämmer helt	33	35	32	27	33	41+	28	39	34	39+	45+	40+	36	36	37+	26	32	37+	44+
4) Instämmer delvis	29	29	28	29	31	31	32	40+	31	31	30	29	33+	31	31+	30	31	33+	29
3) Varken eller	19	18	20	13	21	19	23	16	22+	18	18	20	19	22	20	11	18	20	21
2) Tar delvis avstånd	3	3	3	6	4	3	4	2	3	5+	2	3	4	3	3	7	3	4	3
1) Tar helt avstånd	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	2	4	2	4	1-
I-2) Tar avstånd	5	5	6	8	7	5	7	5	6	8+	3	5	7	6	6	11	5	8+	4
Medelvärde	4.0	4.1	4.0	3.9	4.0	4.1	3.9	4.1	4.0	4.0	4.2	4.1	4.0	4.0	4.0	3.9	4.0	4.0	4.1
Vet ej	7	4.5-	9+	23+	8	3-	10	1-	6	5-	4	7	5-	4-	6-	22+	14+	3-	2-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	Skol- sköt- erska	BVC	-35	36- 50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Övr. lan- det	Stor- stad	Stä- der	Ja	Nej	-5	5-10	10+ år	år
TOTAL	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

7. Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

E. Kraven och förväntningarna från föräldrar och barn har generellt sett ökat under de senaste 5-10 åren.

4-5) Instämmer helt	67	73+	61-	60	71+	77+	71	78+	75+	74+	77+	74+	75+	75+	75+	26-	67	75+	79+
5) Instämmer delvis	36	43+	29-	33	43+	48+	34	35	40+	41+	48+	42+	39	42+	41+	11-	33	40+	50+
4) Instämmer delvis	31	30	32	28	34+	33	37	43+	35+	33	29	31	36+	34	34+	15	34	36+	29
3) Varken eller	15	12-	20+	16	17	16	16	17	16	16	17	16	15	18	16	30+	16	18	15
2) Tar delvis avstånd	2	1-	3+	2	2	2	3	2	2	2	0	3	2	2	2	11+	2	2	2
1) Tar helt avstånd	1	1	2+	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	4	1	2	2
I-2) Tar avstånd	3	2-	5+	1	5+	4	4	3	4	5+	2	4	4	4	4	15+	4	4+	3
Medelvärdet	4.2	4.3	4.0	4.2	4.1	4.2	4.1	4.1	4.1	4.1	4.3	4.2	4.2	4.2	4.2	3.3	4.1	4.1	4.3
Vet ej	7	5-	10+	22+	8	3-	10	2-	5	5	5	6	6	6	6-	30+	13+	3-	3-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST							
	Skol-sköt-erska	BVC	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr.	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år		
TOTAL	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515
Bas: Samtliga																			
8. Om Du nu ser ett år tillbaka, ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?																			
A. Föräldrarna är mer engagerade i vaccinationsfrågor idag än för ett år sedan																			
4-5) Instämmer helt	36	42+	30-	13-	29-	50+	38	49+	41+	38	41	41+	39	42+	40+	19	21-	43+	57+
5) Instämmer delvis	8	9	7	3	6-	11+	6	9	8	10	10	9	8	9	9	4	3-	9	15+
4) Instämmer delvis	28	33+	23-	9-	23-	39+	32	40+	33+	29	31	32+	31	34+	31+	15	18-	34+	42+
3) Varken eller	23	21-	27+	8-	24	28+	22	24	24	29+	27	24	28+	26	26+	15	12-	32+	31+
2) Tar delvis avstånd	3	3	4	3	5	4	2	3	5	5	5	3	5+	4	4	7	1-	5+	6+
1) Tar helt avstånd	1	1	2+	1	2	3	2	2	1	1	1	1	2+	1	2	4	1-	2+	2
I-2) Tar avstånd	5	4	6	-	4	7+	7	4	5	6	6	4	7+	6	5	11	2-	7+	7+
Medelvärde	3.6	3.7	3.5	3.8	3.5	3.6	3.5	3.7	3.6	3.6	3.6	3.7	3.5	3.6	3.6	3.2	3.6	3.5	3.7
Vet ej	29	26-	34+	79+	42+	16-	33	23	29	26	26	31	26	26	29	56+	65+	18-	5-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

B. Föräldrarna är mer ifrågasättande till vaccinationer idag än för ett år sedan.

4-5) Instämmer helt	35	40+	28-	15-	29-	45+	37	44+	37	38	41+	37	38+	40+	38+	15-	21-	41+	51+
5) Instämmer helt	8	9+	6-	5	8	9	11	11	7	10	8	9	8	9	8	7	4-	10+	11+
4) Instämmer delvis	27	31+	22-	10-	21-	36+	25	33	30	28	33+	28	30+	30	29+	7-	16-	31+	40+
3) Varken eller	22	19-	25+	7-	21-	29+	20	25	24	27+	26	26+	24	26	25+	26	11-	29+	34+
2) Tar delvis avstånd	6	6	6	6	6	8+	7	4	8	7	6	6	8	6	7	4	4-	9+	8
1) Tar helt avstånd	2	2	3	1	2	3+	4	2	2	2	3	2	3+	2	3	7	1-	4+	11
I-2) Tar avstånd	8	8	9	1-	8	11+	11	7	10	9	9	8	12+	8	10+	11	4-	13+	11+
Medelvärde	3.5	3.6	3.4	3.8	3.5	3.5	3.5	3.6	3.4	3.5	3.5	3.5	3.4	3.5	3.5	3.1	3.5	3.4	3.5
Vet ej	28	25-	33+	77+	42+	15-	33	23	29	26	25	30	26	27	28	48+	64+	17-	4-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST								
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stäm-stad	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5	5-10	10+			
TOTAL BVC	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

8. Om Du nu ser ett år tillbaka, ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

C. Jag upplever att föräldrarna är kunnigare om vacciner och vaccinationer idag än för ett år sedan.

4-5) Instämmer helt	30	36+	24-	6-	24-	41+	29	35	33	34	35	32	34+	35	33+	19	16-	36+	47+
5) Instämmer helt	5	6	4-	2	5	7	7	5	5	6	6	6	6	4	6	6	2-	6	9+
4) Instämmer delvis	25	29+	20-	3-	19-	35+	21	31	28+	27	30	26	28+	30+	27+	19	14-	30+	38+
3) Varken eller	28	25-	32+	13-	27	36+	30	34	31	34+	32	33+	32+	31	31+	26	15-	37+	40+
2) Tar delvis avstånd	5	5	5	2	5	6	6	6	5	5	6	4	6+	6	6+	6	3	7+	6
1) Tar helt avstånd	1	1	2	1	1	2+	3+	1	2	1	0	1	2	2	1	4	1	2	2
I-2) Tar avstånd	6	6	7	3	6	8+	10	7	7	7	6	5	8+	8	7+	4	4-	9+	8
Medelvärde	3.4	3.5	3.3	3.2	3.4	3.4	3.3	3.4	3.4	3.4	3.5	3.4	3.4	3.4	3.4	3.2	3.4	3.4	3.5
Vet ej	29	26-	33+	78+	43+	15-	32	23	29	26	26	30	26-	27	28	52+	65+	17-	5-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

D. Det går åt mer tid till att informera barn och föräldrar om vaccinationer idag än för ett år sedan.

4-5) Instämmer helt	37	43+	31-	12-	31-	50+	39	46	41+	43+	41	39	43+	44+	41+	30	21-	45+	59+
5) Instämmer helt	11	12	10	7	10	15+	13	14	11	15+	12	13	13+	12	12	7	5-	13	19+
4) Instämmer delvis	26	31+	21-	5-	22-	35+	25	32	30+	28	28	26	30+	32+	29+	22	15-	32+	39+
3) Varken eller	21	20	24+	7-	20	27+	22	22	24	23	28+	24	24	23	24+	7	11-	28+	30+
2) Tar delvis avstånd	4	3	4	1	3	5+	4	5	4	5	3	3	5	4	4	7	2-	6+	5
1) Tar helt avstånd	2	1-	3+	1	2	3+	4	3	2	3	2	3	3	3	3	4	1	3+	2
I-2) Tar avstånd	6	5	7+	2	6	8+	8	9	7	8	5	6	7+	7	7+	11	3-	10+	7
Medelvärde	3.6	3.7	3.5	3.7	3.6	3.6	3.6	3.6	3.7	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.5	3.6	3.5	3.7
Vet ej	29	25-	34+	79+	43+	15-	31	23	28	27	26	32	26	26	28	52+	65+	18-	3-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST								
	Skol- sköt- erska	36- 50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Övr. lan- det	Stor- stad	Stä- der	Ja	Nej	5-10 år	10+ år				
TOTAL BVC	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

8. Om Du nu ser ett år tillbaka, ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

E. Kraven och förväntningarna från föräldrar och barn har generellt sett ökat under det senaste året.

4-5) Instämmer helt	37	43+	31-	16-	31-	51+	40	47+	40	42+	43+	41	42+	43+	42+	11-	23-	45+	58+
5) Instämmer delvis	11	13+	7-	9	14+	13	19+	12	13	12	12	12	14+	11	12+	11-	6-	12	20+
4) Instämmer delvis	27	30+	23-	7-	22-	36+	28	28	29	32	28	28	28	32+	30+	11	17-	33+	38+
3) Varken eller	22	20	25+	7-	22	28+	21	26	26+	25	25	24	26+	25	24+	26	10-	30+	31+
2) Tar delvis avstånd	3	3	4	4	4	5+	5	3	4	4	4	3	4	4	4	7	2-	5+	5
1) Tar helt avstånd	1	1-	2+	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	4	0	2	2+
1-2) Tar avstånd	4	3-	6+	-	5	6+	6	4	5	5	5	5	6	5	5	11	2-	7+	7+
Medelvärde	3.7	3.8	3.5	4.1	3.6	3.7	3.7	3.8	3.6	3.7	3.7	3.7	3.6	3.6	3.7	2.9	3.7	3.6	3.7
Vet ej	29	26-	34+	77+	43+	16-	32	23	29	27	27	31	26-	27	29	52+	65+	19-	4-
Ej svar	7	8	4-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER	GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST								
		36-50	51+	Norr Mitt Öst Väst Syd	Stor-stad	Övr. lan-stad	Övr. det	Ja	Nej									
TOTAL BVC erska	-35	50	51+	Norr Mitt Öst Väst Syd	Stor-stad	Övr. lan-stad	Övr. det	Ja	Nej	-5 5-10 10+ år								
2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

9. Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

A. Barnvaccinationsprogrammet kommer efter årsskiftet 09/10 att innehålla de vacciner som för närvarande är lämpliga och motiverade att ge till barn och ungdomar.

4-5) Instämmer helt	74	75	74	72	82+	81+	69	86+	80+	82+	88+	80+	83+	81+	81+	63	77+	82+	83+
5) Instämmer delvis	46	47	45	44	49+	52+	44	50	50+	52+	56+	49	54+	49	51+	26-	47	49+	56+
4) Instämmer delvis	28	28	28	28	33+	29	25	37+	31	30	32	31	29	33+	31+	37	31	33+	28
3) Varken eller	6	5	6	7	6	6	13+	5	5	7	5	5	6	8+	6	7	5	7	6
2) Tar delvis avstånd	3	1-	4+	6	3	3	5	1	4	3	2	4+	2	3	4	4	4+	3	2
1) Tar helt avstånd	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
I-2) Tar avstånd	3	2-	4+	6	3	3	5	1	4+	3	2	4+	3	3	3	4	5+	3	2
Medelvärde	4.4	4.5	4.3	4.3	4.4	4.4	4.2	4.5	4.4	4.4	4.5	4.4	4.5	4.4	4.4	4.2	4.4	4.4	4.5
Vet ej	10	9	10	15	9	9	13	8	10	8	5-	11	8	7	9	26+	12+	8	8
Ej svar	8	9	6-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

B. Jag får den information om vacciner och vaccinationer jag behöver för att kunna fullgöra mina uppgifter inom barnvaccinationsprogrammet.

4-5) Instämmer helt	83	86+	81	78	91+	93+	83	89	94+	90+	90+	92+	92+	90+	91+	70	88+	92+	94+
5) Instämmer delvis	52	55+	49-	33-	54	62+	51	57	61+	56+	61+	59+	58+	60+	58+	33	52	55+	67+
4) Instämmer delvis	31	31	33	45+	37+	31	33	32	33	34	30	33	34	30	34+	37	36+	37+	27-
3) Varken eller	4	3-	5+	7	4	3	7+	6	2-	5	4	3	4	5	4	4	5+	4	3
2) Tar delvis avstånd	3	2	3	8+	4	2	3	4	2	3	4	3	2	3	2	3	7	4	3
1) Tar helt avstånd	0	0	1+	5+	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	7+	1	0
I-2) Tar avstånd	3	2	4+	13+	4	2	4	4	3	4	5	4	3	4	3	4	3	15+	2
Medelvärde	4.5	4.5	4.4	4.0	4.4	4.5	4.4	4.4	4.5	4.4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	3.9	4.4	4.6
Vet ej	2	0-	4+	4.0	2	1	2	6+	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Ej svar	8	9	6-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST							
	TOTAL	BVC	erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-lan-det	Övr.	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

9. Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

C. Jäg känner ett gott stöd från min arbetsgivare i min verksamhet med barnvaccinationer.

4-5) Instämmer helt	65	70+	60-	56	69+	75+	70	77+	74+	69+	73+	76+	69+	75+	72+	63	68	71+	77+
5) Instämmer delvis	39	42	37	30	40	48+	40	46	46+	45+	43	49+	42	47+	44+	41	40	43+	51+
4) Instämmer delvis	26	28+	23-	26	29+	26	29	31	28	24	30	27	28	27	28+	22	27	29+	26
3) Varken eller	17	15	19+	22	20+	16	15	14	16	19	18	14	20+	17	18	7	19	18	16
2) Tar delvis avstånd	5	4-	7+	13+	6	4	4	6	4	7+	5	6	5	4	5	15+	8+	5	3-
1) Tar helt avstånd	3	2	4	5	3	3	5	2	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3
I-2) Tar avstånd	8	6-	10+	17+	9	7	9	8	8	10+	8	9	9	7	8	15	11+	9	6
Medelvärd	4.1	4.1	3.9	3.7	4.0	4.2	4.0	4.1	4.1	4.0	4.1	4.1	4.0	4.2	4.1	4.0	4.0	4.0	4.2
Vet ej	3	1-	5+	5	2	2	6+	2	2	1-	1	1	2	2	2-	15+	2	2	1
Ej svar	8	9	6-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

D. Jäg känner ett gott stöd från de centrala statliga myndigheterna, Socialstyrelsen m.fl., i min verksamhet med barnvaccinationer.

4-5) Instämmer helt	71	76+	67-	67	76+	80+	76	82+	78+	80+	81+	77+	80+	80+	79+	48-	74	78+	84+
5) Instämmer delvis	40	44+	36-	37	41	45+	41	41	45+	43	48+	47+	44+	41	44+	15-	38	44+	48+
4) Instämmer delvis	32	33	31	30	36+	35+	35	41+	32	37+	33	30	36+	40+	35+	33	36+	34	36+
3) Varken eller	13	11-	17+	15	16+	14	9	11	15	15	14	14	14	14	15	22	17+	15	11
2) Tar delvis avstånd	3	2	3	10+	4	2	6+	4	3	2	3	3	3	3	3	11+	3	2	2
1) Tar helt avstånd	1	1	1	2+	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1
I-2) Tar avstånd	4	3-	5+	10+	5	3	8+	5	4	3	4	5	4	3	4	15+	4	5	3
Medelvärd	4.2	4.3	4.1	4.0	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.3	4.2	4.2	4.2	4.2	3.5	4.1	4.2	4.3
Vet ej	3	2-	6+	7	3	2-	7+	3	3	2	1-	5	2-	2	3	15+	4	3	2-
Ej svar	8	9	6-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år				
TOTAL	BVC	erska																	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

9. Ange i vilken grad Du instämmer eller tar avstånd från följande påståenden?

E. Kraven och förväntningarna från min arbetsgivare har generellt sett ökat under de senaste 5-10 åren.

4-5) Instämmer helt	61	65+	57-	38-	59	76+	63	68	67+	69+	70+	70+	67+	67+	68+	41-	45-	74+	83+
5) Instämmer delvis	37	41+	33-	21-	34	47+	31	32	41+	42+	43+	46+	37	41	41+	22	26-	43+	53+
4) Instämmer delvis	24	24	24	17	25	29+	33+	36+	26	27	27	24	30+	26	27+	19	18-	31+	30+
3) Varken eller	12	11	14	5-	12	15+	14	17	14	11	16	10	15+	16+	13	7	9-	17+	13
2) Tar delvis avstånd	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2+	1	1	2+	1	1	0	0	2+	0
1) Tar helt avstånd	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	4	0	1	1
I-2) Tar avstånd	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	3+	2	3+	1	2	4	1-	3	2
I-2) Tar avstånd	4.3	4.3	4.2	4.4	4.2	4.3	4.1	4.1	4.3	4.3	4.3	4.4	4.2	4.3	4.3	4.1	4.3	4.2	4.4
Medelvärde	17	14-	21+	57+	27+	7-	20	14	17	16	12-	18	15	16	17	48+	46+	6-	2-
Vet ej	8	9	6-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ej svar																			

F. Jäg har tillräcklig kunskap för att normalt kunna besvara de frågor och funderingar som föräldrar och barn har kring vaccinationer

4-5) Instämmer helt	87	89+	87	91	96+	96+	90	95+	97+	97+	96+	96+	96+	96+	96+	74-	95+	96+	97+
5) Instämmer helt	51	53	49	34-	54+	59+	48	41-	58+	59+	62+	62+	55+	54	56+	37	48	56+	65+
4) Instämmer delvis	37	36	38	57+	41+	37	43	55+	38	37	34	34	41+	42+	40+	37	46+	39	32-
3) Varken eller	2	1	2+	3	2	1	3	1	2	2	2	1	2	1	1	15+	2	2	1
2) Tar delvis avstånd	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
1) Tar helt avstånd	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I-2) Tar avstånd	1	1-	2+	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	2	1
I-2) Tar avstånd	4.5	4.6	4.5	4.3	4.5	4.6	4.4	4.4	4.5	4.6	4.6	4.6	4.5	4.5	4.5	4.1	4.4	4.5	4.6
Medelvärde	2	0-	3+	3	1-	1	4+	2	1-	1	0	1	1	1	1	7+	1	1	1
Vet ej	8	9	6-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ej svar																			

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST									
	TOTAL	BVC	erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	lan-stad	Övr. det	Ja	Nej	-5 år		5-10 år		10+ år		
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515			

10. Använder du Socialstyrelsens vaccinationsbok?

Ja	46	60+	30-	49	50+	63+	69+	47	46	53+	42-	54+	54+	50+	15-	46	49	56+			
Nej	39	27-	56+	41	44+	45+	30-	27-	47+	42	52+	40	41	44+	44	45+	46+	40			
Vet ej/ Ej svar	14	13-	15	10	7-	5-	7-	4-	5-	6-	5-	6-	5-	6-	41+	9-	5-	4-			

11. Markera nedan vilka broschyrer om vaccination som finns i väntrummet för föräldrar att ta del av?

Från Socialstyrelsen	52	72+	27-	58	56+	56+	68+	84+	55	53	52	49	61+	59+	56+	30-	54	53	64+			
Från landstinget	14	21+	6-	10	13	16+	16	20	12	16	19+	8-	18+	19+	15	19	13	13	21+			
Annan nämligen	30	15-	51+	27	37+	35+	28	18-	36+	39+	38+	40+	33	35+	33	35+	33	35+	40+	28		
Summa svar	96	108	83	95	106	107	112	122	103	108	109	97	111	113	107	81	101	106	113			
Netto svar	77	86+	68-	81	85+	86+	85+	95+	84+	86+	88+	82+	87+	90+	86+	67	83+	85+	89+			
Vi har inga broschyrer i väntrummet om vaccination för föräldrar att ta del av	11	4-	20+	15	13	12	12	5-	14+	12	12	16+	11	9	12	22	15+	12	10			
Vet ej/ Ej svar	13	11-	13	5-	4-	3-	5-	1-	3-	3-	2-	3-	3-	2-	3-	11	4-	3-	3-			

Bas: Finns broschyrer

	2189	1314	818	70	694	966	107	105	631	476	233	503	739	321	1717	18	518	764	456		
--	-------------	-------------	------------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-----------	------------	------------	------------	--	--

12. Kan Du uppskatta hur stor andel av föräldrar som tagit del av materialet i väntrummet?

Mindre än 30 %	8	9	8	7	10	7	6	6	8	8	12	11	7	8	8	10	8	7		
31 till 60 %	12	15+	9-	24+	12	11	11	10	12	13	10	12	11	13	12	17	14	12	9-	
61 % eller fler	63	67+	57-	54	65	64	74+	70	64	61	67	60	68+	63	64	50	60	64	68+	
Vet ej/ Ej svar	16	10-	27+	14	14	18	9	14	16	18	12	17	14	15	16	33+	16	16	15	

Bas: Samtliga

	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515		
--	-------------	-------------	-------------	-----------	------------	-------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-----------	------------	------------	------------	--	--

13. Delar du ut Socialstyrelsens informationsblad om vilka vacciner som givits och mot vilken sjukdom?

Ja	47	64+	26-	50	51+	51+	60+	71+	50	49	48	49	53+	54+	51+	41	50	48	56+		
Ja alltid	25	35+	13-	30	29+	26	25	44+	29+	25	24	27	27	30+	27+	22	28	25	31+		
Ja oftast	11	16+	5-	12	11	13+	21+	20+	12	12	9	12	12	13	12	4	13	12	12		
Ja ibland	10	12+	8-	8	11	11	15	7	9	12	16+	10	13+	11	11	15	9	12	13		
Nej sällan	11	9-	14+	16	12	12	10	10	11	12	14	12	11	12	12	4	12	13	12		
Nej aldrig	28	16-	45+	30	32+	33+	25	19-	34+	35+	35+	34+	33+	29	32+	41	32+	35+	29		
Nej	39	25-	59+	47	45+	45+	35	29-	45+	46+	48+	46+	44+	41	45+	44	44+	47+	41		
Vet ej/ Ej svar	14	12-	14	3-	4-	5-	5-	-	5-	5-	3-	5-	3-	4-	4-	15	6-	4-	3-		

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST	
	TOTAL	BVC	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Städer	Övr. lan-dät	
												Ja	Nej

Bas: Samtliga

14. Ungefär hur många barn vaccinerar Du/ni under ett normalt verksamhetsår?

Fåre än 50 barn	7	4-	12+	6	7	9+	10	10	8	7	6	6	9	8	19+	7	8	8
51 till 100 barn	15	15	17	12	18	17	21	18	14	19+	21+	14	19+	17+	13	19+	17	16
101 till 200 barn	29	24-	36+	30	35+	32+	32	27	30	35+	38+	31	33+	35+	33+	32	34+	34+
201 till 300 barn	16	20+	13-	17	15	19+	12	23+	15	15	15	18	16	20	18	4	16	17
301 till 400 barn	8	10+	5-	8	9	10+	10	5	11+	10	8	10+	10+	6	9+	4	9	8
401 till 500 barn	4	4	3	5	4	4	2	3	5+	4	2	4	4	2	4	7	3	5+
501 till 600 barn	2	2	1	2	2	2	2	3	1	3	1	1	2	1	2	4	1	2
601 till 700 barn	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	0	2
701 till 800 barn	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0
801 till 900 barn	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1+	0	1	1	0	0	1	0
901 barn eller fler	2	2	2	2	2	2	1	5+	3+	1	1	3+	1	1	2	4	1	2
Vet ej/ Ej svar	16	17	11-	19	6-	4-	7-	4-	5-	5-	7-	6-	5-	4-	19	10-	4-	3-

15. Ungefär hur stor andel av barnen i Din verksamhet uppskattar Du är födda utanför Norden eller har båda föräldrarna födda utanför Norden?

Mindre än 10 %	42	45+	40	38	49+	46+	71+	59+	41	47+	47	39	51+	53+	47+	33	43	47+	50+
10 - 20 %	19	19	18	20	19	22+	19	20	21	22+	20	18	21	25+	21+	22	22	20	21
21 - 30 %	9	9	8	12	10	10	2-	9	10	12+	9	10	10	7	10	15	9	10	10
31 - 40 %	5	4	6+	7	6+	6	2	5	7	5	7	8+	5	5	6+	4	6	6	6
41 - 50 %	3	2	4	5	3	3	1	2	5+	3	4	4+	3	3	3	4	5+	3	3
51 - 60 %	2	2	2	1	3	2	1	3	2	3	3	3	3	0-	2	4	1-	3	3
61 - 70 %	2	1	2	1	2	2	1	3+	1	2	2	3	3	1	2	4	3	2	1
70 % eller fler	6	5-	8+	12+	6	7	1-	2	9+	5	6	13+	3-	4	7	7	8+	6	5
Vet ej/ Ej svar	13	12	11	5-	3-	2-	3-	1-	2-	2-	3-	2-	2-	2-	11	3-	2-	2-	2-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	TOTAL	BVC	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr.	Ja		Nej			
														Ja	Nej		år	år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515
16. Om du tänker på de barn du/ni vaccinerar under ett år: Hur många av barnen bedömer du vanligen är födda i Sverige men har flyttat in från en kommun utanför landstinget/regionen under året?																			
5 eller färre	22	18	27+	21	25+	25+	35+	29	22	25	26	23	24	29+	25+	33	23	26+	26+
6 - 10 barn	28	31+	26-	31	28	33+	30	37+	29	32+	34+	28	32+	35+	31+	26	29	31	34+
11 - 15 barn	13	15+	11-	10	17+	13	13	13	14	17+	14	14	17+	12	15+	15	15	14	15
16 - 20 barn	7	7	7	5	9	8	6	6	9+	8	7	9+	8	7	8+	8	8	8	8
21 - 25 barn	3	3	2	1	4	3	2	2	4	2	5	3	3	4	3	4	3	4	2
26 - 30 barn	2	2	2	2	1	2	1	3	3+	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2
31 - 40 barn	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41-50 barn	1	1	1	3+	1	1	1	1	1	1	1	2+	1	1	1	1	0	1	1
51 barn eller fler	1	1	2	3	2	1	1	1	3+	1	1	3+	1	1	2	4	2	2	1
Vet ej/ Ej svar	22	20-	22	22	12-	12-	10-	9-	13-	11-	10-	14-	11-	8-	12-	22	17-	10-	10-
17. Om du tänker på de barn du/ni vaccinerar under ett år: Hur många av barnen bedömer du vanligen är födda i ett land utanför Norden och har flyttat till Sverige under året?																			
5 eller färre	43	44	43	43	52+	46+	57+	50	45	49+	50+	45	51+	48+	48+	52	49+	47+	50+
6 - 10 barn	18	21+	16-	17	19	22+	21	19	19	24+	24+	21	20	24+	21+	11	18	22+	22+
11 - 15 barn	8	9	8	9	8	10+	5	8	11+	9	11+	9	9	9	9+	4	8	10+	10
16 - 20 barn	3	3	4	1	3	5+	4	6	5+	4	3	4	5+	3	4	5	3	4	5
21 - 25 barn	2	2	2	1	3	2	2	2	3+	1	4+	4+	4	2	2	2	3+	2	1
26 - 30 barn	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	0	2	1	3	2	7+	2	2	1
31 - 40 barn	1	1	1	2	1	2	2	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1
41-50 barn	1	1	1	1	1	2	1	4+	2	1	2	1	1	3+	1	4	1	1	2
51 barn eller fler	2	1-	3+	1	2	2	1	1	3+	1	2	3+	1	1	2	4	2	2	2
Vet ej/ Ej svar	19	18	19	21	8-	9-	9-	5-	9-	7-	9-	9-	8-	7-	8-	22	13-	7-	6-

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST						
	TOTAL	BVC	erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Storstad	Städer	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år		
																		2833	1532
Bas: Samtliga																			
<u>18. Hur inhämtas samtycke från föräldrarna i er verksamhet?</u>																			
De lämnar ett samtycke till varje vaccindos.	54	53	57+	70+	61+	60+	63	55	64+	58	63+	64+	61+	57	61+	59	63+	62+	58
De lämnar ett samtycke till varje vaccintyp.	25	18-	34+	23	30+	28+	22	24	28	32+	27	29+	27	32+	28+	41	27	30+	27
c.ex. MPR.	6	7	5	3	5	8+	8	7	9+	5	6	8+	6	6	7+		6	6	9+
De lämnar samtycke vid ett och samma tillfälle till alla vaccinationer barnet får i vår verksamhet.	8	13+	3-	3	8	10+	11	14+	9	8	11	8	10	10	9		8	9	11+
De lämnar samtycke vid ett och samma tillfälle till hela barnvaccinationsprogrammet.	5	5	4	-	4	6+	5	7	6	4	4	6+	4	6	5		4	4	8+
Summa svar	98	96	104	100	109	113	109	107	116	107	110	116	108	111	111	100	108	112	113
Netto svar	87	86	90+	95+	98+	99+	98+	98+	99+	98+	99+	99+	98+	100+	98+	93	98+	98+	99+
Vet ej/ Ej svar	13	14	10-	5-	2-	1-	2-	2-	1-	2-	1-	1-	2-	0-	2-	7	2-	2-	1-

19. Inhämtas samtycke från föräldrarna skriftligt eller muntligt?

Alltid skriftligt	27	2-	60+	29	34+	32+	22	14-	31+	41+	29	35+	31+	29	32+	93+	37+	35+	23-
Oftast skriftligt	13	1-	29+	15	16+	16+	16	8	20+	14	11	24+	10-	16	16+	4	15	18+	12
Alltid muntligt	43	7+	0-	52	44	45	48	69+	43	40	52+	35-	51+	50+	46+	-	41	40	58+
Oftast muntligt	4	7+	0-	1	4	5	10+	7	4	3	6	4	5	4	4		5	4	5
Annat	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
Vet ej/ Ej svar	12	12	9-	2-	1-	1-	2-	-	1-	1-	0-	1-	1-	0-	1-	4	1-	1-	1-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST						
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
TOTAL BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år

Bas: Samtliga

20. Försök rangordna följande arbetsmoment i samband med vaccination, efter tidsåtgång, så att det arbetsmoment som tar mest tid får nummer 1., det som tar näst mest tid får nummer 2., o.s.v.

Injektionerna med information, kontroller m.m. i direkt anslutning till vaccinationstillfället

Rang 1	29	39+	18-	30	33+	32	30	33+	36+	41+	29	39+	34	34+	26	29	34+	41+
Rang 2	13	13	10	14	17+	18	14	15	15	15	13	16+	15	15+	4	13	16+	16+
Rang 3	11	9	13+	14	11	13+	12	14	12	16+	10	14+	10	13+	11	12	12	14+
Rang 4	9	8	12+	12	12+	10	14	13	10	10	12	10	12+	11	11+	4	14+	10
Rang 5	6	4-	9+	6	10+	6	4	5	8	7	9	9+	6	7	30+	9+	7	6
Rang 6	5	4-	8+	8	7	6	6	7	7	6	6	9+	5	7	7+	4	7	8+
Rang 7	4	3-	6+	5	6	5	6	7	7+	3	3	6	4	8+	5	4	6+	5
Rang 8	2	1-	5+	2	3	3	2	4+	3	2	2	6+	2	2	3	4	4+	3
Rang 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärde	3.0	2.4	3.6	3.1	3.1	2.9	2.8	3.1	3.2	2.8	2.7	3.4	2.7	3.1	3.0	3.6	3.3	3.0
Ej rangordnad/ Ej svar	19	19	17	13	4-	5-	9-	5-	4-	3-	5-	4-	4-	5-	15	6-	5-	3-

Inhämta samtycke från föräldrar

Rang 1	15	2-	32+	13	20+	17+	13	9	21+	20+	11	25+	13	18+	18+	26	23+	19+
Rang 2	12	4-	23+	16	15+	14+	12	5-	15+	18+	11	15+	15+	13	14+	41+	15+	15+
Rang 3	10	5-	16+	10	11	13+	15+	11	11	12	11	12+	11	9	12+	11	11	13+
Rang 4	7	5-	9+	10	7	9+	7	10	7	10+	11+	9+	9+	8+	7	7	7	9+
Rang 5	6	8+	4-	7	7	7	14+	7	7	5	6	8+	8	7	7	7	7	7
Rang 6	7	11+	2-	10	9+	7	10	11	7	8	9	6	9+	10+	8+	8	8	8
Rang 7	9	15+	1-	10	11	10	10	15+	9	9	12	9	11+	10	10+	10	9	14+
Rang 8	13	24+	0-	17	14	15	18	17	15	11	20+	10-	18+	14	15+	4	14	12
Rang 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärde	4.3	6.1	2.3	4.5	4.2	4.2	4.6	5.1	4.0	3.9	4.8	3.7	4.5	4.3	4.2	2.5	4.0	4.0
Ej rangordnad/ Ej svar	22	27+	13-	5-	6-	7-	6-	7-	7-	6-	8-	7-	6-	8-	7-	4-	5-	8-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	TOTAL	BVC erska	-35	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

20. Försök rangordna följande arbetsmoment i samband med vaccination, efter tidsåtgång, så att det arbetsmoment som tar mest tid får nummer 1., det som tar näst mest tid får nummer 2., o.s.v.

Ta reda på vilka vaccinationer barnet borde ha fått, men saknar

Rang 1	18	17	19	23	22+	21+	20	20	25+	16	23+	23+	20+	20	21+	26	21+	22+	20
Rang 2	17	15	20+	21	20+	20+	18	23	21+	19	20	25+	17	20	20+	19	23+	20+	16
Rang 3	13	14	12	15	15	14	14	13	16+	14	13	14	16	16	15+	15	15	14	16+
Rang 4	10	9	11	7	13+	13+	12	8	12+	16+	13	12	15+	11	13+	11	12	14+	12
Rang 5	9	8	10	16+	10	10	10	8	10	11	11	11	10	9	10	11	9	10	12+
Rang 6	7	7	7	3	8	8	7	13+	7	9+	6	5	9+	8	7	7	6	12+	
Rang 7	5	6	4	8	5	6	6	5	5	6	7	4	6	7	5	4	6	4	6
Rang 8	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2+	1	
Rang 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Medelvärde	3.3	3.3	3.2	3.2	3.2	3.3	3.4	3.3	3.1	3.5	3.3	3.1	3.4	3.3	3.3	3.0	3.2	3.2	3.5
Ej rangordnad/ Ej svar	21	23+	15-	8-	6-	6-	10-	8-	6-	7-	4-	5-	6-	7-	6-	7	5-	7-	5-

Journalföring av vaccinationer

Rang 1	2	3	1-	3	3	2	2	6+	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	
Rang 2	15	20+	8-	19	17+	17+	17+	17	16	14	20+	23+	14	20+	16	17+	7	16	15
Rang 3	14	15	14	16	19	19+	25+	19	17+	15	18	15	15	19+	19+	26	16	18+	17+
Rang 4	10	9	12	10	12	12+	7	7	13+	12	12	13	10	15+	12	11	13	11	13+
Rang 5	11	11	13	12	15+	14+	11	11	16+	15+	13	16+	14	15	14	15	15+	15+	12
Rang 6	11	9	13	12	14+	12	10	15	12	12	15+	12	14	10	13	11	14+	12	13
Rang 7	9	8	11+	13	10	10+	10	13	10	9	9	12+	8	11	10+	7	9	12+	8
Rang 8	6	4-	10+	10	8+	7	5	9	8+	8	5	10+	6	6	7+	11	8+	8+	5
Rang 9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärde	4.4	4.0	4.9	4.6	4.5	4.4	4.0	4.6	4.6	4.4	4.3	4.7	4.3	4.4	4.4	4.7	4.5	4.6	4.2
Ej rangordnad/ Ej svar	21	22	18-	7-	6-	6-	8-	6-	7-	6-	3-	7-	6-	6-	6-	11	6-	6-	6-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST								
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Övr. lan-dér	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år				
TOTAL BVC	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

20. Försök rangordna följande arbetsmoment i samband med vaccination, efter tidsåtgång, så att det arbetsmoment som tar mest tid får nummer 1, ..., det som tar näst mest tid får nummer 2, o.s.v.

Övergripande planering av vaccinationsverksamheten

Rang 1	9	6-	13+	8	10	12+	17+	17+	7	11	10	9	11	11	11+	15	12+	11	10
Rang 2	7	6-	10+	8	9	9+	12+	9	10+	7	7	9	9	10	9+	7	9	8	9
Rang 3	10	8-	13+	12	12	12+	6	14	12	13+	12	11	13+	11	12+	15	12	13+	11
Rang 4	10	9	13+	8	12	13+	13	12	13	13	11	14+	10	14+	13+	11	12	13+	13+
Rang 5	11	11	12	13	14	13+	13	14	14	14	13	14	13	15+	14+	7	12	15+	13
Rang 6	10	10	11	17+	17+	12+	9	11	13+	14+	14+	13+	13+	11	13+	4	13+	12+	12
Rang 7	10	13+	7-	12	14+	12	10	6	13+	11	15+	11	13+	11	12+	11	12	11	14+
Rang 8	7	10+	3-	10	10+	7	9	8	7	9	11+	8	9+	8	8+	4	8	8	8
Rang 9	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4+	0	0	0
Medelvärde	4.5	5.0	4.0	4.8	4.7	4.4	4.2	4.0	4.6	4.5	4.8	4.6	4.6	4.4	4.5	4.1	4.5	4.5	4.6
Ej rangordnad/ Ej svar	24	27+	19-	12-	8-	10-	10-	10-	9-	11-	9-	7-	11-	8-	10-	9-	22	10-	9-

Inventera vaccinförråd, beställa och ta emot vacciner

Rang 1	1	1	1	6+	1	1	1	4+	1	2	0	1	1	2	1	4	2+	0	1
Rang 2	3	4	2	3	3	3	5	3	2	3	3	2	3	4	3	4	3	3	3
Rang 3	6	9+	6	10	9+	6	10	7	8	6	8	6	8+	7	4	8	7	7	7
Rang 4	9	12+	6-	13	12+	10	10	16+	10	11	9	8	12+	11	11+	7	9	11+	11
Rang 5	11	11	11	7	13	13+	10	15	11	15+	14	12	14+	12	13	12	14+	12	14
Rang 6	15	13-	18+	16	18	18+	17	15	19+	17	19	20+	18+	18	18+	30+	20	18+	18
Rang 7	13	10-	17+	19	16+	15+	16	14	15	18+	17	16+	17+	13	16+	15	16+	16+	14
Rang 8	15	12-	20+	9	18+	20+	19	11	21+	16	21+	21+	17	20+	19+	15	17	19+	22+
Rang 9	0	0	1+	1	0	0	1	0	0	0	1+	0	0	0	0	1	0	1	0
Medelvärde	5.7	5.3	6.2	5.2	5.7	5.9	5.8	5.2	5.9	5.7	5.9	6.0	5.7	5.8	6.1	5.7	5.8	5.8	5.8
Ej rangordnad/ Ej svar	26	28	22-	15-	9-	13-	16-	13-	13-	10-	9-	13-	11-	12-	11-	26	12-	12-	11-

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST						
	TOTAL	BVC	erska	-35	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

20. Försök rangordna följande arbetsmoment i samband med vaccination, efter tidsåtgång, så att det arbetsmoment som tar mest tid får nummer 1, ..., det som tar näst mest tid får nummer 2, o.s.v.

Informera om vaccinationer till tveksamma föräldrar, barn eller barn och föräldrar

Rang 1	7	12+	1-	9	8	8	9	12	7	9	8	8	9+	8	7	8	7	8	10+
Rang 2	9	12+	5-	14	11	10	13	15+	10	10	10	11	10	13+	11+	11	11	11	11
Rang 3	11	13+	8-	13	14+	11	11	10	13	11	16+	14+	11	14	12+	7	13+	12	12
Rang 4	10	11	10	9	13+	11	14	16+	11	11	12	10	14+	9	12+	7	11	14+	10
Rang 5	10	10	11	14	12	13+	12	11	13+	11	15+	13	12+	13	13+	4	12	12	14+
Rang 6	9	8	11+	8	10	12+	11	7	12+	12	11	12+	10	12	11+	10	12+	10	12+
Rang 7	12	8-	18+	12	16+	15+	11	15	15+	18+	13	15	16+	14	15+	26+	15+	15+	15+
Rang 8	8	2-	15+	7	9	10+	5	6	11+	10	7	9	9	10	9+	15	10+	9	9
Rang 9	0	0	1+	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Medelvärde	4.6	3.8	5.6	4.3	4.6	4.8	4.3	4.2	4.8	4.8	4.5	4.7	4.7	4.6	4.7	5.3	4.7	4.7	4.6
Ej rangordnad/ Ej svar	23	23	19-	13-	6-	10-	14-	7-	8-	8-	7-	9-	8-	8-	8-	26	9-	8-	8-

Uppvaccinera med vacciner som barnen borde ha fått men saknar

Rang 1	3	3	2	5	3	3	2	5	3	2	5	3	3	3	3	2	3	3	3
Rang 2	9	10	8	8	10	10	6	11	13+	8	10	11	10	8	10	10	10	10	10
Rang 3	10	10	10	14	12+	12+	10	9	14+	11	12	14+	11	13	12+	7	13+	12+	10
Rang 4	9	10	8	16+	10	10	10	8	13+	8	11	12+	10	10	11+	11	12+	8	13+
Rang 5	9	9	9	10	10	11+	15+	10	10	10	10	10	12+	10	11	11	11	9	14+
Rang 6	9	10	9	8	12+	10	13	5	10	11	11	10	10	11	11	19	10	12+	11
Rang 7	10	8-	13+	6	13+	12+	13	10	12	13+	13	12+	12+	12	12+	17	11	13+	13+
Rang 8	16	14-	20+	17	21+	20+	19	29+	16	27+	18	17	22+	22+	20+	22	19+	22+	19
Rang 9	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Medelvärde	5.2	4.9	5.4	4.9	5.3	5.2	5.5	5.4	4.9	5.6	5.1	5.0	5.3	5.3	5.2	5.5	5.2	5.3	5.2
Ej rangordnad/ Ej svar	24	26	19-	14-	9-	10-	13-	12-	9-	10-	9-	11-	9-	10-	10-	22	11-	11-	7-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

YRKESKÅR	ÅLDER			GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST			
	Sköt- erska	36- 50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. lan- det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år

Bas: Samtliga

TOTAL	BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. lan- det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år
2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

20. Försök rangordna följande arbetsmoment i samband med vaccination, efter tidsåtgång, så att det arbetsmoment som tar mest tid får nummer 1... det som tar näst mest tid får nummer 2... o.s.v.

Annat

Rang 1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
Rang 2	0	0	0	1+	0	1	1	1	1	1	1+	0	0	0	0	0	0	1
Rang 3	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4+	0	0	0
Rang 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4+	0	0	0
Rang 5	0	0	0	0+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rang 6	0	0	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rang 7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rang 8	0	0	0	0	0	0	2+	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Rang 9	1	1	1	1	1	2	3	1	2	2	2+	1	1	1	1	1	1	1
Medelvärde	5.0	5.3	4.6	1.7	4.8	5.3	5.7	6.8	4.3	5.5	5.6	5.3	5.1	4.3	5.0	3.5	5.2	4.8
Ej rangordnad/ Ej svar	97	98+	95-	97	97	95-	98	95	96	95	96	94-	97	96	96	93	96	96

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	Skol-sköt-erska	BVC	-35	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

21. Har Du möjlighet att ange varje arbetsmoments andel i %, av den totala tidsåtgången för er vaccinationsverksamhet.

Injektionerna med information, kontroller m.m. i direkt anslutning till vaccinationstillfället

1 - 10 %	6	4-	10+	8	10+	7	8	4	9+	8	9	10+	7	8	8+	4	10+	8	7
11 - 20 %	7	4-	11+	7	9+	9+	8	13+	9	10+	8	11+	8	9	9+	15	10+	9	9
21 - 30 %	5	4	6+	3	6+	6+	6	6	6	8+	8+	4	7+	9+	6+	11	5	6+	7+
31 - 40 %	3	3	4	7+	4	4	2	5	5+	5	4	5+	4	4	4	4	3	5+	4
41 - 50 %	4	5+	3-	1	5	6+	10+	1	5	6+	6	5	7+	4	5+	4	3	6+	7+
51 - 60 %	1	2	1	2+	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3+	2	2	2	1	3+
61 - 70 %	1	2+	0-	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1
71 - 80 %	1	1+	0-	1	1	1	1	1	1	1	1	1+	1	1	1	1	1+	1	1
81 - 90 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91 - 100 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärdet	30.3	37.3	23.5	25.4	29.8	30.5	31.3	26.0	30.0	30.8	31.5	28.6	32.1	29.6	30.2	22.2	28.2	30.1	32.3
Inget/ Ej svar	71	75+	66-	71	60-	63-	63-	69	62-	59-	59-	60-	63-	59-	62-	67	64-	63-	61-

Inhämta samtycke från föräldrar

1 - 10 %	16	21+	9-	19	20+	21+	24+	19	18	22+	26+	18	22+	25+	21+	7	19+	19+	25+
11 - 20 %	7	2-	14+	5	10+	9+	7	10	11+	9	9	10+	9+	9	9	15	8	11+	8
21 - 30 %	3	0-	7+	5	5+	4	4	4	5+	5+	3	6+	3	4	4	4	4	4	4
31 - 40 %	1	0-	2+	2	2	1	2	2	2	2	1	2+	1	1	1	4	2+	1	1
41 - 50 %	1	-	2+	2	1	1	1	1	1+	2+	0	2+	1	1	1	4	1	1	1
51 - 60 %	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1+	0	0	0	4+	1+	0	0
61 - 70 %	0	0	0	1+	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
71 - 80 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81 - 90 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91 - 100 %	14.6	6.9	21.4	16.4	15.4	14.1	12.4	10.3	16.1	14.9	12.2	18.1	12.6	13.0	14.6	26.8	16.0	15.2	12.4
Medelvärdet	72	77+	65-	69	62-	64-	64	71	63-	60-	60-	61-	64-	60-	63-	63	65-	63-	62-
Inget/ Ej svar																			

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST			
	Skol- sköt- erska	36- 50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år
TOTAL	BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd						
2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626 895 515

Bas: Samtliga

21. Har Du möjlighet att ange varje arbetsmoments andel i %, av den totala tidsåtgången för er vaccinationsverksamhet.

Ta reda på vilka vaccinationer barnet borde ha fått, men saknar

1 - 10 %	17	16	19	24+	22+	26+	21	21+	27+	25+	24+	23+	25+	23+	22	21+	22+	26+	
11 - 20 %	7	5-	9+	8	9+	6	5	10+	8	11+	10+	10+	8	10+	9+	7	10+	9+	7
21 - 30 %	3	2	4+	1	4	2	2	5+	3	5	5+	3	3	4+	3	5+	3	5+	3
31 - 40 %	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
41 - 50 %	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
51 - 60 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61 - 70 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
71 - 80 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81 - 90 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91 - 100 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärdet	13.1	11.4	14.5	12.3	12.8	13.1	10.5	11.0	14.6	11.5	12.5	14.0	12.4	11.7	13.0	11.4	13.1	13.7	11.5
Inget/ Ej svar	72	76+	66-	71	62-	64-	65	71	62-	61-	59-	60-	64-	61-	63-	70	65-	63-	62-

Journalföring av vaccinationer

1 - 10 %	19	15-	24+	27	27+	23+	21	17	27+	26+	25+	29+	22+	28+	24+	22	26+	24+	23+
11 - 20 %	7	7	8	2	10+	11+	10	12	8	10+	14+	9	11+	9	10+	15	8	10+	12+
21 - 30 %	2	2	2	1	2	3+	5+	3	3	3+	2	2	4+	3	3+	2	3	4+	4+
31 - 40 %	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
41 - 50 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51 - 60 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61 - 70 %	0	0	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
71 - 80 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81 - 90 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91 - 100 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärdet	12.2	13.1	11.3	10.1	11.9	12.7	14.3	12.7	11.5	12.3	12.9	10.9	13.1	12.4	12.3	13.2	11.3	12.3	13.4
Inget/ Ej svar	71	75+	66-	69	61-	63-	63-	68	61-	60-	58-	60-	63-	59-	62-	63	64-	62-	61-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST								
	Skol- sköt- erska	36- 50	35	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. lan- det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år			
TOTAL	BVC	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

21. Har Du möjlighet att ange varje arbetsmoments andel i %, av den totala tidsåtgången för er vaccinationsverksamhet.

Övergripande planering av vaccinationsverksamheten

1 - 10 %	20	19	22+	23	28+	25+	21	14	28+	28+	31+	30+	24+	29+	26+	19	25+	26+	27+
11 - 20 %	5	3-	8+	3	7+	6	10+	8	5	8+	6	6	7+	6	6+	7	7+	6+	6
21 - 30 %	2	1-	3+	2	2	2	4+	2	2	2	2	2	2	3	2+	2	2	2	3
31 - 40 %	0	0	1	0	0	1	1	3+	0	1	0	0	1+	1	4+	1	1	1	1
41 - 50 %	0	0	0	0	0	1+	1	2+	0	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0
51 - 60 %																			
61 - 70 %																			
71 - 80 %																			
81 - 90 %																			
91 - 100 %																			
Medelvärdet	10.8	9.4	11.9	13.0	10.1	11.5	14.4	17.1	9.7	10.8	9.8	10.1	11.3	10.8	10.9	14.6	11.4	10.8	10.7
Inget/ Ej svar	73	77+	66-	70	62-	65-	63-	72	64-	61-	61-	61-	65-	61-	64-	70	66-	64-	63-

Inventera vaccinförråd, beställa och ta emot vacciner

1 - 10 %	24	20-	31+	22	34+	31+	32	25	32+	35+	33+	34+	31+	35+	32+	22	30+	31+	35+
11 - 20 %	2	2	2	5	3	3	2	2	3+	3	3	3+	3	3	3+	4	3	3	2
21 - 30 %	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31 - 40 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41 - 50 %																			
51 - 60 %																			
61 - 70 %																			
71 - 80 %																			
81 - 90 %																			
91 - 100 %																			
Medelvärdet	7.0	8.0	6.1	10.5	6.8	7.0	6.3	7.7	6.9	7.4	7.2	6.9	7.2	7.3	7.0	12.0	7.5	6.8	6.9
Inget/ Ej svar	73	77+	67-	71	63-	66-	66	72	64-	62-	63-	62-	66-	62-	65-	70	66-	66-	63-

ARS RESEARCH

Vertikal procent 13 Jan 2010

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	Skol- sköt- erska	36- 50	35- 50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. lan- det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år		
TOTAL	BVC																		
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

21. Har Du möjlighet att ange varje arbetsmoments andel i %, av den totala tidsåtgången för er vaccinationsverksamhet.

Informera om vaccinationer till tveksamma föräldrar, barn eller barn och föräldrar.

1 - 10 %	22	18-	28+	21	31+	29+	27	22	31+	32+	30+	32+	29+	30+	29+	22	28+	29+	31+
11 - 20 %	4	4	5	6+	4	7	5	5	4	7+	5	4	8+	5	4	5	5	5	5
21 - 30 %	1	1	0	2	1	1	3+	1	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31 - 40 %	0	0	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41 - 50 %																			
51 - 60 %																			
61 - 70 %																			
71 - 80 %																			
81 - 90 %																			
91 - 100 %																			
Medelvärdet	8.3	9.6	7.0	10.0	8.5	8.0	9.1	11.3	8.0	7.8	8.8	8.1	8.0	9.2	8.3	6.0	8.1	8.6	7.9
Inget/ Ej svar	73	76+	68-	72	63-	66-	66	70	63-	63-	61-	62-	65-	61-	65-	74	66-	65-	63-

Uppvacinera med vacciner som barnen borde ha fått men saknar

1 - 10 %	21	18-	25+	19	28+	27+	26	20	26+	32+	32+	30+	27+	29+	27+	30	24	27+	31+
11 - 20 %	4	4	5	7	6+	5	7	5	8+	3	5	6+	5	7+	6+	7+	7	5	3
21 - 30 %	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31 - 40 %	0	0	0	1+	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41 - 50 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51 - 60 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0+	0	0	0	0	0	0	0	0
61 - 70 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
71 - 80 %																			
81 - 90 %																			
91 - 100 %	9.0	9.2	8.8	9.7	9.2	8.6	7.0	10.6	9.8	7.4	8.8	9.0	8.6	8.8	8.9	5.8	9.6	8.6	8.4
Medelvärdet	74	77+	68-	73	64-	66-	67	73	64-	64-	62-	62-	67-	63-	66-	70	67-	66-	64-
Inget/ Ej svar																			

ARS RESEARCH

Vertikal procent 13 Jan 2010

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST							
	Skol- sköt- erska	36- 50	-35	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. lan- det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år		
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

21. Har Du möjlighet att ange varje arbetsmoments andel i %, av den totala tidsåtgången för er vaccinationsverksamhet.

Annat	1 - 10 %	11 - 20 %	21 - 30 %	31 - 40 %	41 - 50 %	51 - 60 %	61 - 70 %	71 - 80 %	81 - 90 %	91 - 100 %	Medelvärde	Inget/ Ej svar																								
	2	1	2	2	2+	0	1	2	2	2+	2	5+	1	3+	2	2	3+	1	2	4	1	2	4	1	2	2										
	0	0	0	1	2+	0	1	2+	0	1	1+	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1									
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	22.9	25.5	22.8	26.7	31.1	17.2	29.3	21.8	21.0	23.2	14.6	23.6	18.0	28.9	22.9	8.0	13.4	28.9	17.0																	
	97	98+	96-	97	97	96-	97	95	97	95-	97	96	96-	97	97-	96	98	96-	96																	

22. Hur stor andel av barnvaccinationerna i Din verksamhet bedömer Du är "dubbla vaccinationer" i onödan. Det vill säga vaccinationer som redan tidigare har givits på annan plats i eller utanför Sverige?

Inga, 0 %	1 - 5 %	6 - 10 %	11 - 15 %	16 - 20 %	21 - 25 %	26 - 30 %	31 % eller mer	Annat	Vet ej/ Ej svar										
39	42+	36	27-	49+	48+	43	53+	45+	47+	53+	45+	48+	47+	47+	41	44+	46+	54+	
27	27	28	41+	33+	34+	39+	29	34+	37+	32	32+	37+	35+	34+	26	32+	35+	33+	
1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	
1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2+	1	1	1	1	1	1	2+	0	
0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1+	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1	0	0	1+	0	0	1	1+	1+	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
30	28	30	26	13-	14-	14-	13-	15-	12-	9-	16-	10-	14-	14-	30	19-	12-	10-	

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTFUT-BILDNING		TID PÅ TVÅNST						
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år				
																	TOTAL	BVC	erska	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515	
<u>23. Vilket av följande stämmer bäst in på er verksamhet?</u>																				
Vi dokumenterar vaccinationer manuellt på papper.	26	35+	15-	22	30+	34+	42+	23	40+	15-	42+	23	37+	35+	32+	22	29	29+	39+	
Vi dokumenterar vaccinationer i datajournal. Bara behörig personal i den egna verksamheten (skolan/BVC/motsvarande) har tillgång till data om vaccinationerna.	30	32	30	50+	36+	37+	19-	48+	35+	47+	29	46+	34+	32	37+	41	39+	37+	35+	
Vi dokumenterar vaccinationer i datajournal. All behörig skolhälsovårdspersonal i kommunen har tillgång till data om vaccinationerna.	17	0-	40+	20	26+	20+	20	12	20	26+	27+	26+	20+	22+	22+	30	25+	26+	14	
Vi dokumenterar vaccinationer i datajournal. All behörig barnhälsovårdspersonal i landstinget/regionen har tillgång till data om vaccinationerna.	5	9+	0-	5	6	6	10+	14+	4	9+	1-	5	7+	7	6+		5	6	8+	
Vi dokumenterar vaccinationer i datajournal. All behörig skol- och barnhälsovårdspersonal i kommunen och landstinget/regionen har tillgång till data om vaccinationerna.	2	2	1-	1	2	2	6+	2	1-	3	-	1	2	3+	2		2	1	3+	
Vet ej/ Ej svar	19	22+	14-	2-	0-	1-	2-	1-	1-	0-	0-	0-	1-	1-	1-	7	1-	0-	1-	
<u>24. Hur många arbetsdagar bedömer Du att Du under andra halvåret 2009 totalt kommer att använda till vaccinationer mot den nya influensan A (H1N1) om vi antar att vaccinationsomgången är avslutad vid årsskiftet. Allt arbete som orsakas av vaccinationen ska beaktas. Anges om möjligt i antal halvdagar, 0,5, 1, 1,5 osv.</u>																				
0 dagar	25	26	20-	10-	6-	5-	2-	5-	9-	2-	4-	3-	6-	8-	6-	26	6-	6-	5-	
1 - 5 dagar	13	16+	11-	10	17+	16+	23+	10	17+	13	21+	12	21+	14	16+	19	18+	15	17+	
6 - 10 dagar	18	23+	13-	28+	24+	22+	26+	30+	21	21	28+	24+	24+	19	23+	15	23+	21+	24+	
11 - 15 dagar	13	11	15+	13	14	18+	14	23+	17+	14	16	18+	15+	15	16+	15	15+	17+	16+	
16 - 20 dagar	7	5-	11+	13	10+	9	12	8	9	12+	7	11+	7	13+	10+	7	10+	10+	9	
21 - 30 dagar	6	4-	8+	3	8+	8+	8	5	7	9+	6	9+	7	7	8+	4	6	8+	8+	
31 - 140 dagar	9	7-	11+	13	11+	11+	10	10	9	16+	9	11+	10	14+	12+	4	12+	12+	10	
Medelantal dagar	17.0	13.5	22.2	18.0	21.3	22.7	17.5	21.7	21.3	25.1	20.9	23.5	20.4	24.5	22.0	13.4	21.6	22.5	21.1	
Vet ej/ Många/ Ej svar	3	4+	1-	1	2	5+	2	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	6+	

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST						
	Skol-sköt-erska	BVC	-35	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

25. Rangordna i vilken utsträckning Du hämtar information från följande aktörer/ källor när Du behöver information om enskilda vacciner.

Ansvarig läkare/överläkare för min verksamhet/landstinget

Rang 1	18	30+	4-	15	21+	25+	23	31+	25+	20	23+	19	26+	27+	23+	11	20	20	31+
Rang 2	13	17+	7-	15	18+	16+	16	20+	15	18+	18+	17+	19+	13	17+	7	17+	16+	17+
Rang 3	10	13+	7-	17+	13+	13+	17	13	12	11	15+	13+	12+	13	13+	11	15+	12	13+
Rang 4	8	7	9	14+	12+	9	12	9	13+	8	11+	10+	11	11	10+	11	11+	11+	9
Rang 5	7	1-	16+	20+	11+	8	8	4	9+	10+	9	10+	8	9	10+	19+	11+	11+	6
Rang 6	1	0-	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1+	0	1	1	1	1	1	0
Medelvärde	2,6	2,0	3,6	3,1	2,7	2,4	2,5	2,3	2,5	2,7	2,5	2,7	2,4	2,5	2,6	3,3	2,7	2,7	2,2
Ej rangordnad/ Ej svar	43	32-	56+	19-	24-	29-	27-	21-	28-	27-	26-	29-	25-	25-	26-	41	25-	29-	24-

Centrala statliga myndigheter såsom Läkemiddelsverket, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet etc.

Rang 1	27	26	30+	43+	37+	33+	40+	33	32+	39+	40+	38+	35+	33+	35+	37	38+	35+	32+
Rang 2	23	26+	21	22	28+	32+	35+	41+	30+	29+	26	27+	31+	34+	30+	33	27+	29+	36+
Rang 3	13	11	15+	15	17+	16+	13	14	16+	16+	18+	15	18+	15	17+	11	16+	17+	15
Rang 4	7	5-	8	10	9+	8+	6	5	10+	8	8	9+	8+	8	9+	7	9+	9+	8
Rang 5	1	0-	3	1	2	2	1	3+	2	1	3+	1	2	2	2+	2	2+	2+	1
Rang 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0+	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärde	2,0	2,0	2,2	2,0	2,1	2,1	1,9	1,9	2,2	2,0	2,0	2,1	2,0	2,0	2,1	1,9	2,1	2,1	2,0
Ej rangordnad/ Ej svar	29	32+	23-	8-	6-	9-	4-	7-	9-	5-	8-	8-	7-	8-	8-	11-	7-	8-	7-

Fass

Rang 1	12	11	14	24+	18+	15+	19+	22+	14	16+	16	13	16+	20+	16+	19	18+	17+	12
Rang 2	16	17	16	27+	21+	20+	20+	18	23	18	20+	19	23+	18	21+	19	22+	19+	22+
Rang 3	21	23	20	27	30+	26+	35+	25	30+	25+	29+	27+	30+	27+	28+	22	27+	27+	29+
Rang 4	11	9-	14+	6	15+	15+	13	13	16+	16+	13	17+	14	14	15+	15	14+	16+	14+
Rang 5	4	1-	8+	2	5+	6+	2	2	6+	7+	4	8+	4	5	5+	11	6+	6+	4
Rang 6	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1+	0	0
Medelvärde	2,7	2,5	2,8	2,3	2,7	2,7	2,6	2,4	2,8	2,8	2,6	2,9	2,6	2,6	2,7	2,8	2,6	2,7	2,7
Ej rangordnad/ Ej svar	35	39+	28-	13-	12-	18-	13-	16-	16-	15-	10-	16-	14-	15-	15-	15-	13-	15-	18-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

YRKESKÅR	ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST							
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Övr. lan-det		Ja	Nej					
TOTAL	BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5	5-10 år	10+	
2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

25. Rangordna i vilken utsträckning Du hämtar information från följande aktörer/källor när Du behöver information om enskilda vacciner.

Skolläkare/skolöverläkare/kommunen

Rang 1	11	1-24+	6	12	16+	6	5	18+	14+	11	19+	12	10	14+	26+	12	16+	13
Rang 2	9	1-21+	12	14+	12+	10	5	13+	13+	12	15+	11	12	12+	26+	14+	13+	9
Rang 3	8	1-16+	12	10+	10+	11	5	11+	11+	9	13+	8	10	10+	26+	12+	10+	8
Rang 4	7	3-13+	14+	11+	9	10	5	7	12+	12+	10+	9	10+	10+	10+	12+	11+	6
Rang 5	9	13+	3-14	15+	8	17+	15+	10	12+	10	9	12+	11+	7	13+	11+	8	
Rang 6	1	2+	0-	1	1	2+	2	1	2+	1	2	1	2+	2	2	1	2	3+
Medelvärde	2.9	4.5	2.4	3.4	3.1	2.8	3.5	3.6	2.7	3.0	3.1	2.7	3.1	3.2	3.0	2.3	3.0	2.9
Ej rangordnad/ Ej svar	55	79+	23-	42-	36-	44-	43-	64	39-	37-	44-	33-	46-	43-	41-	15-	36-	37-

Vaccintillverkare

Rang 1	6	3-10+	6	9+	8+	8	7	8+	8	7	9+	8+	6	8+	7	9+	8+	7
Rang 2	12	8-16+	16	15+	15+	16	5-	18+	14	13	17+	13	17+	15+	7	15+	17+	11
Rang 3	16	15	18	16	20+	21+	15	28+	28	25+	20	21+	20	22+	21	20+	20+	22+
Rang 4	21	23	19	27	27+	26+	36+	32+	26+	25+	30+	24	29+	28+	27	33	25+	26+
Rang 5	7	6	9+	15+	11+	9+	10	2-	11+	11+	12+	12	10+	8	10+	11	12+	10+
Rang 6	0	0	0	1	1	1+	1	0	1	0	0	1+	0	0	4+	0	0	0
Medelvärde	3.2	3.4	3.0	3.4	3.2	3.2	3.3	3.2	3.2	3.2	3.3	3.2	3.2	3.6	3.2	3.2	3.2	3.3
Ej rangordnad/ Ej svar	38	44+	27-	19-	17-	20-	15-	23-	20-	17-	19-	18-	20-	19-	19-	26	18-	18-

Annat

Rang 1	2	3	2	6+	3	3+	3	2	3	4+	3	3	3	3+	3	3	3	4+
Rang 2	2	2	2	3	2	2	4+	3	2	2	3	2	3+	2	4	3+	2	2
Rang 3	1	1	1	1	2+	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2+	1
Rang 4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rang 5	1	1	1	1	1	1+	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1
Rang 6	2	2	1	1	1	2+	3	1	2	2	2	1	2	2	2	3	1	2+
Medelvärde	3.0	3.0	3.0	2.3	2.8	3.1	3.1	2.9	2.9	2.8	3.0	2.8	2.9	3.1	2.9	2.0	3.2	2.6
Ej rangordnad/ Ej svar	92	91	93	87	90	89-	87-	92	89-	89-	89	90-	89-	89	96	90-	90	88-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST						
	TOTAL	BVC erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stäm-stad	Övr. det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år		
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

26. Rangordna i vilken utsträckning du hämtar information från följande aktörer/källor när Du behöver information om vaccinationsfrågor i allmänhet.

Ansvarig läkare/överläkare för min verksamhet/landstinget

Rang 1	19	30+	5-	14	20	28+	25	32+	26+	21	23	18	26+	30+	24+	11	20	22+	32+
Rang 2	15	20+	9-	26+	19+	19+	17	21+	17	21+	21+	19+	20+	17	19+	11	21+	18+	20+
Rang 3	8	10+	6-	13	12+	9	13	11	11+	8	11	11+	9	11+	10+	7	12+	10+	9
Rang 4	6	6	7	10	10+	7	10	11	8	10+	6	7	10+	9	9+	9	8	9+	9
Rang 5	7	1-	14+	15+	11+	7	7	3	9+	10+	9	12+	7	6	9+	19+	11+	9+	6
Rang 6	0	-	1+	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1+	1	4+	1	1	0
Medelvärde	2.4	1.9	3.5	2.9	2.6	2.3	2.4	2.1	2.4	2.6	2.4	2.7	2.3	2.3	2.5	3.3	2.6	2.5	2.2
Ej rangordnad/ Ej svar	45	33-	57+	21-	27-	30-	25-	24-	29-	29-	29-	32-	27-	26-	28-	48	28-	31-	25-

Centrala statliga myndigheter såsom Läkemiddelsverket, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet etc.

Rang 1	36	32-	42+	59+	51+	43+	55+	45	42+	52+	50+	49+	47+	44+	47+	44	50+	48+	41+
Rang 2	22	26+	18-	21	26+	31+	29+	36+	32+	25	26	26+	31+	30+	29+	26	27+	27+	35+
Rang 3	9	8	10	7	11+	12+	9	13	11+	12+	12	10	12+	12+	12	19	10	12+	12+
Rang 4	4	2-	6+	5	5	5+	2	3	5+	6+	7+	6+	5	5	5+	5	5	6+	3
Rang 5	1	0-	2+	2	1	1	1	1	2+	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
Rang 6	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärde	1.8	1.7	1.8	1.5	1.7	1.8	1.6	1.7	1.8	1.7	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	1.8	1.8
Ej rangordnad/ Ej svar	28	32+	22-	8-	5-	8-	4-	4-	8-	5-	5-	7-	5-	8-	6-	11-	7-	6-	7-

Fass

Rang 1	6	7	6	12+	9+	7	10	14+	7	7	9	6	8+	9+	8+	4	9+	7	7
Rang 2	15	15	16	22	22+	18+	19	23+	17	21+	24+	19+	19+	21+	20+	19	20+	20+	18
Rang 3	23	26+	21	34+	27+	32+	33+	33+	30	33+	32+	28+	34+	29+	30+	22	30+	28+	34+
Rang 4	12	9-	16+	12	16+	16+	10	11	17+	16+	17+	19+	14	16+	16+	22	15+	17+	14
Rang 5	4	1-	7+	5	5+	5	5	1	6+	6+	2	7+	4	4	5+	7	5	6+	4
Rang 6	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärde	2.9	2.7	3.1	2.8	2.8	2.9	2.8	2.5	3.0	2.9	2.8	3.0	2.8	2.8	2.9	3.2	2.8	2.9	2.9
Ej rangordnad/ Ej svar	40	43+	34-	15-	20-	23-	23-	23-	21-	22-	17-	20-	21-	20-	21-	26	20-	22-	23-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

YRKESKÅR	ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST			
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Övr. lan-det		Ja	Nej	-5 år

Bas: Samtliga

2833 1532 1203 86 816 1126 126 111 752 555 266 612 854 358 2006 27 626 895 515

26. Rangordna i vilken utsträckning du hämtar information från följande aktörer/ källor när Du behöver information om vaccinationsfrågor i allmänhet.

Skolläkare/skolöverläkare/kommunen

Rang 1	10	1- 23+	8	12	15+	7	6	18+	12	10	19+	11	10	13+	33+	12	15+	13+	
Rang 2	9	1- 23+	9	15+	13+	16+	6	15+	13	15+	15+	13+	13	13+	33+	14+	16+	9	
Rang 3	7	2- 14+	7	11+	8	10	3	9	11+	9	11+	7	9	9+	7	11+	10+	6	
Rang 4	6	4- 10+	17+	9+	7	5	5	7	11+	8	10+	7	7	8+	7	11+	8+	6	
Rang 5	8	12+	3- 16+	14+	8	14+	14+	10	12+	10	9	12+	13+	11+	4	13+	10+	8	
Rang 6	1	2+	0-	1	2+	2	2	2+	1	2	1	2+	2	2+	1	2	3+		
Medelvärde	2.9	4.6	2.3	3.4	3.0	2.7	3.1	3.4	2.7	3.1	3.0	2.7	3.0	3.1	2.9	2.0	3.0	2.8	2.9
Ej rangordnad/ Ej svar	57	79+	25-	42-	38-	46-	47-	66	39-	40-	46-	34-	47-	45-	43-	15-	38-	39-	55

Vaccintillverkare

Rang 1	3	1- 5+	5	5+	3	2	2	4	4	5	4	4	2	4+	4	5+	4+	2	
Rang 2	9	7- 12+	13	11+	12+	9	10	13+	13+	9	13+	11+	11	12+	4	12+	12+		
Rang 3	16	15	19+	24+	20+	20	25+	22+	22+	22+	22+	20+	23+	21+	19	20+	21+	21+	
Rang 4	20	22	18-	21	25+	27+	35+	29+	26+	24+	27+	25+	27+	28+	26+	19	25+	29+	
Rang 5	8	5- 11+	13	12+	9+	8	4	12+	11+	11+	13	9	10+	10+	11	11+	11+	8	
Rang 6	0	0	1	1	1	1	1	0	1+	0	1	1+	0	1	0	0	1	0	
Medelvärde	3.4	3.5	3.3	3.3	3.4	3.4	3.6	3.3	3.4	3.4	3.4	3.4	3.5	3.4	3.5	3.4	3.4	3.4	
Ej rangordnad/ Ej svar	44	50+	35-	24-	25-	28-	26-	31-	26-	25-	26-	23-	28-	26-	26-	44	27-	26-	28-

Annat

Rang 1	3	3	3	2	3	4+	2	1	4	4+	4	3	4	4+	4	3	4	5+	
Rang 2	1	1	1	3	2	1	3	3	1	3+	2	1	2	2	2	2	2	2	
Rang 3	1	1	1	1	2+	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2+	
Rang 4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	1+	1	1	1	1	1	1	
Rang 5	1	1	0	0	1+	3+	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1+	
Rang 6	1	2	1	2	1	2+	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	
Medelvärde	2.9	3.0	2.8	3.0	2.7	3.0	3.4	3.4	2.8	2.5	2.9	3.0	2.8	2.9	1.0	3.2	2.6	3.0	
Ej rangordnad/ Ej svar	92	91	93	90	91	89-	87-	91	91	88-	90	90	89-	89-	90-	96	90	90-	87-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST			
	TOTAL	BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	-5 år	5-10 år

Bas: Samtliga

27. Antag att ett barn fött i Sverige, som flyttat in från en annan kommun, men inom länstinget/regionens område ska vaccineras. Hur tar Du normalt reda på vilka vaccinationer barnet har fått tidigare? Ange det vanligaste alternativet.

Ringer/mailar ansvarig/ansvariga BVC/distriktsköterska/skolsköterska	2	2	1	3	2	2	2	2	3	2	1	3+	3	2	2	3+	2		
Beställer journalhandlingar från ansvarig/ansvariga BVC/ distriktsköterska/skolsköterska	69	66-	74+	94+	89+	88+	87+	89+	92+	86+	93+	92+	88+	89+	89+	70	91+	89+	88+
Kollar uppgifterna i datasystem	2	2	1	1	3+	2	4	1-	5+	1	2	2	2	1	2	4	2	2	2
Frågar barnets föräldrar	2	1-	4+	1	3	4+	7+	4	2	3	2	3	3	3	3	15+	2	4	3
Kontrollerar personligt vaccinationskort	1	1	0	1	1	1	1	2+	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Annat	1	1	1	1	1	2+	1	2	1	2+	1	2+	1	2+	3+	1	4	1	1
Vet ej/ Ej svar	24	27+	17-	-	1-	1-	3-	-	0-	1-	0-	0-	1-	1-	1-	7-	1-	1-	1-

28. Antag att ett barn fött i Sverige, som flyttat in från en annan kommun, utanför länstinget/regionens område ska vaccineras. Hur tar Du normalt reda på vilka vaccinationer barnet har fått tidigare?

Ringer/mailar ansvarig/ansvariga BVC/distriktsköterska/skolsköterska	2	3+	1-	2	3	3	4	1	3	2	2	1-	3+	3	3	2	4+	3	
Beställer journalhandlingar från ansvarig/ansvariga BVC/ distriktsköterska/skolsköterska	69	66-	75+	92+	90+	90+	85+	94+	90+	89+	94+	92+	89+	90+	90+	81	92+	90+	87+
Kollar uppgifterna i datasystem	1	0	1	2+	1	1	1	1	-	2+	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Frågar barnets föräldrar	3	1	5+	1	4	4+	6	3	4	4	2	4+	4	3	4	4	4	4	4+
Kontrollerar personligt vaccinationskort	1	1	0	1	1	1	2	2+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2+
Annat	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	1	2+	0	1	2+	1
Vet ej/ Ej svar	24	27+	17-	2-	1-	1-	2-	-	0-	1-	-	0-	1-	0-	1-	7-	1-	1-	1-

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST					
	TOTAL	BVC	-35	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Storstad	Städer	Övr. lan- det		-5 år	5-10 år	10+ år	
													Ja	Nej				
Bas: Samtliga	2833	1532	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515
29. Antag att ett barn som har flyttat till Sverige från ett land utanför Norden ska vaccineras. Hur tar Du normalt reda på vilka vaccinationer barnet har fått i hemlandet? Ange det vanligaste alternativet.																		
Ringer/mailar ansvarig/ansvariga i barnets hemland.	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0+		
Beställer journalhandlingar från ansvarig/ansvariga i barnets hemland.	3	4	3	8+	2	4	3	3	4	5	4	4	3	4	4	6+	4	2
Kollar uppgifterna i datasystem.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Söker information från Migrationsverket	1	1	1+	1	1	1	1	2	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1
Gör en bedömning utifrån de vaccinationsprogram som gäller i barnets hemland.	10	9	11	10	12+	13+	13	18+	16+	8	11	13+	13+	12	13+	4	12	13+
Frågar barnets föräldrar	25	16-	38+	24	31+	36+	25	28	37+	34+	28	36+	30+	37+	33	37	31+	34+
Kontrollerar personligt vaccinationskort	18	24+	11-	28+	22+	22+	23	25+	22+	23+	30+	26+	24+	20	23+	11	24+	22+
Annat	11	11	11	12	16+	13+	17+	13	12	17+	15+	11	16+	15+	14	19	14+	14+
Varierar från fall till fall	7	8	6	9	7	11+	10	11	8	10+	9	8	9+	10	9	11	8	9+
Vet ej/ Ej svar	25	28+	19-	6-	2-	2-	7-	3-	1-	2-	2-	1-	2-	2-	15	3-	2-	1-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST					
	TOTAL	BVC	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-lan-der	Övr.	Ja	Nej	-5	5-10	10+

Bas: Samtliga

30. Hur lång tid bedömer Du att det normalt tar att kontrollera vilka vacciner ett nyss inflyttat barn, som är fött i Sverige, fått tidigare.

1 - 15	22	23	22	36+	30+	28+	26	28	31+	30+	27	33+	28+	29+	29	26	27+	30+	28+
6 - 10	12	12	12	14	18+	15+	15	18+	15+	17+	18+	16+	16+	17+	16+	7	15+	17+	15+
11 - 15	7	8	8	9	9	11+	7	13+	10+	11+	13+	11+	10+	11+	10+	11+	9	9	12+
16 - 30	9	9	10	14	15+	11	11	14	12+	13+	13+	11	14+	12	12+	15	14+	12+	12
31 - 45	1	0	1	1+	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
46 - 60	2	1	2	3	2	2	4	3	2	2	2	1	3+	3	2	4	3+	2	2
61 - 90	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91 - 120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
121 -	0	0	0	1+	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelantal minuter	13.8	12.5	15.5	14.7	14.0	13.9	16.0	13.5	12.8	14.7	13.9	12.7	14.6	13.7	13.9	15.7	15.1	13.6	13.3
Vet ej/ Ej svar	46	47	44	22-	25-	32-	35-	25-	29-	25-	26-	26-	28-	27-	29-	48	30-	28-	30-

31. Hur lång tid bedömer Du att det normalt tar att kontrollera vilka vacciner ett barn som flyttat in från ett land utanför Norden fått tidigare.

1 - 15	12	13	11	19	18+	14	11	10	18+	18+	12	21+	13	15+	16+	19	17+	15+	15+
16 - 30	19	21	18	30+	24+	26+	27+	25	26+	25+	31+	29+	25+	26+	26+	11	23+	24+	30+
31 - 45	4	4	4	6	5	5+	6	6	5+	5	4	5	5+	5	4	5	5	4	4
46 - 60	10	8	11+	10	14+	12+	9	18+	12+	13+	15+	12	13+	15+	13+	7	11	15+	10
61 - 90	1	-	2+	3+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0
91 - 120	2	1	2	1	3+	2	1	3	2	3	2	2	3	2	2	2	4	2	2
121 - 180	0	0	1	2+	0	0	2+	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1+
181 -	1	0	1	1+	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Medelantal minuter	41.2	37.5	46.0	36.5	44.1	39.9	45.0	39.6	38.1	43.0	46.0	38.9	44.5	37.9	41.6	25.2	44.8	40.4	39.2
Vet ej/ Ej svar	52	52	50	28-	33-	40-	44	38-	35-	34-	34-	29-	39-	35-	36-	59	37-	36-	37-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST						
	TOTAL	BVC	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	SPECIAL-ISTUTBILDNING		-5 år	5-10 år	10+ år	
													Ja	Nej				
Bas: Skolsköterskor	1203	1203	38	398	532	48	24	382	299	104	355	355	155	943	25	321	472	176
32. Hur lång tid uppskattar du att det tar i genomsnitt att vaccinera ett barn, med en injektion av t. ex. MPR inklusive allt kringarbete, förberedelser, information, kallelse, kontroller, samtycken, injektioner, dokumentation, städning, uppföljning etc.																		
1 - 15	14	14	16	19+	17	19	17	19+	19+	10	24+	12	18	17+	16	17	18+	18
16 - 30	25	25	29	32+	30+	17	25	31+	35+	26	35+	27	30	31+	16	30+	31+	29
31 - 45	7	7	8	9	8	21+	8	10+	6	11	6	11+	8	8	20+	7	9	9
46 - 60	12	12	13	17+	13	10	4	14	13	27+	11	18+	16	15+	4	13	15	17+
61 - 90	2	2	3	3	2	2	2	2	2	6+	3	1	2	2	2	2	3	1
91 - 120	1	1	5+	2	1	4	2	2	2	2	2	2	1	2	4	2	2	1
121 - 180	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
181 -	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
Medeltal minuter	39.4	39.4	38.9	39.6	39.5	39.3	33.6	35.3	39.9	52.8	33.6	45.3	42.4	39.7	37.0	41.6	39.2	37.0
Vet ej/ Ej svar	37	37	26	18-	28-	29	42	23-	21-	17-	19-	26-	21-	24-	40	27-	22-	24-

33. Om du tänker dig att tre klasser med totalt ca 80-90 barn ska vaccineras med vardera en injektion (t.ex. MPR) och att två skolsköterskor samarbetar med lika arbetsinsats: Hur många arbetsdagar uppskattar du att det då skulle ta att genomföra denna vaccination inklusive allt kringarbete, förberedelser, kontroller, samtycken, injektioner, journalföring, städning, uppföljning etc. Svara om möjligt med antal halvdagar, t.ex. 0,5, 1, 1,5 osv.

1	2	3	3	3	3	2	2	4+	2	1	3	3	3	3	8	2	3	3
2	10	24+	11	12	17	21	12	12	12	11	12	12	12	12	8	13	11	13
3	11	8	17+	10	13	12	15+	13	13	12	15+	13	12	15+	13	16	12	14+
4	7	8	8	8	8	8	8	9	6	7	8	11+	8	16	7	8	9	9
5	8	5	9	11+	6	21+	9	12+	11	13+	9	10	8	10	8	8	10	12
6	1	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1
7	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	2	1	2	3+
8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2+	1
9	0	0	1+	2	2	4	2	1	7+	1	3	2	3	2	2	3	2	2
10	2	5	2	2	2	8	8	13+	10	12	8	13+	14+	8	10	12+	9	9
11 - 20	0	9	13	13+	9	8	8	13+	10	12	1	1	0	1	0	1	0	1
21 -	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
Medelvärde	4.8	4.8	4.6	5.1	4.7	4.2	4.8	5.2	4.6	4.9	4.9	4.6	5.3	4.8	3.9	4.8	4.9	4.5
Vet ej/ Ej svar	47	32	31-	40-	40	42	33-	35-	34-	34-	37-	30-	36-	36	38-	34-	38-	38-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER			GEOGRAFI 1					GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TTID PÅ TVÅNST	
	Skol-sköt-erska	36-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-lan-	Övr. det	Ja	Nej	-5 år

Bas: Distriktskötterska

1532 1532 47 405 566 71 83 361 241 160 247 477 198 1022 1 296 402 327

34. Hur lång tid uppskattar du att det tar i genomsnitt att vaccinera ett barn, med en injektion av t. ex. MPR inklusive allt kringarbete, förberedelser, kontroller, samtycken, injektioner, journalföring, städning, uppföljning etc.

1 - 10	14	14	32+	21+	17+	13	19	20+	27+	11	21+	19+	18	19+	20+	18+	20+
11 - 20	28	28	43+	41+	39+	38	42+	37+	41+	43+	38+	42+	36+	40+	40+	40+	38+
21 - 30	18	18	11	22+	28+	30+	20	25+	20	33+	25+	24+	28+	25+	100+	20	25+
31 - 40	1	1	1	1	1	1	1	2+	0	1	2+	1	1	1	1	1	1
41 - 50	3	3	4	5+	4	7+	7+	5+	2	1	4	4	5	4+	5	4	2
51 - 60	1	1	1	1	2+	1	2	2	2	1	2	1	3+	2	2	1	2
Medelvärd	21.1	21.1	17.1	20.4	21.9	23.5	21.7	21.6	18.5	22.0	21.0	20.6	22.3	21.1	30.0	21.4	21.1
Vet ej/ Ej svar	36	36	11-	8-	10-	10-	8-	8-	7-	11-	9-	8-	10-	10-	10-	9-	9-

35. Om du tänker dig att du har 70 barn/årskull, totalt drygt 400 barn, och att du arbetar heltid, 40 timmar per vecka på BVC. Hur många timmar per vecka uppskattar du att det tar att genomföra vaccination i enlighet med basprogrammet inklusive allt kringarbete, förberedelser, kontroller, information och diskussion med föräldrar, injektioner, dokumentation, städning, uppföljning etc.

1 - 10	12	12	21	20+	16+	15	22+	19+	20+	18	19+	19+	18+	18+	100+	19+	19+
11 - 20	2	2	6+	2	2	1	1	3+	3	3	4+	1	5+	3	2	2	4+
21 - 30	1	1	4+	0	1	1	0	0	1	1	2+	1	1	1	1	1	1
31 - 40	0	0	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
41 - 52	0	0	0	0	0	0	0+	0+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medelvärd	6.7	6.7	8.9	6.1	6.9	3.3	4.2	7.5	7.0	5.7	7.6	5.6	7.2	6.7	2.0	6.8	5.7
Vet ej/ Ej svar	85	85	68-	76-	80-	83	77	75-	76-	79-	74-	78-	76-	78-	-	76-	77-

Vertikal procent 13 Jan 2010

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1					GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST				
	Skol-sköt- BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. lan- det	Ja	Nej	-5	5-10 år		
																		2006	27
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515
36. Om du tänker Dig att det införs ett nationellt vaccinationsregister där du kan se barnens tidigare vaccinationer, som givits i Sverige, skulle ett sådant register spara tid i er verksamhet förutsatt att vaccinationerna måste registreras både i registret och i journal?	53	45-	65+	71+	71+	67+	68+	74+	67+	76+	74+	70+	68+	70+	67	71+	72+	67+	
Ja, skulle troligen spara tid	13	16+	9-	17+	17+	17	14	15+	23+	10	15	18+	19+	17+	4	15+	16+	19+	
Nej skulle troligen inte spara tid	34	39+	26-	16-	13-	12-	16-	19-	11-	10-	14-	11-	12-	13-	13-	30	14-	12-	14-
Vet ej/ Ej svar																			
Bas: Skulle spara tid	1498	689	780	56	577	795	84	75	554	372	202	455	597	245	1412	18	444	640	347
37. Kan Du uppskatta tidsbesparingen ni skulle göra under ett år om det infördes ett sådant register (Utgå från en situation när registret är upplagt).	6	7	5	4	7	7	8	4	5	8	7	7	5	10+	6	6	7	7	
Mindre än en dag under ett år	12	11	13	13	13	11	15	16	11	14	14	12	12	16	12	28+	11	14	10
1-2 dagar under ett år	9	7	11	13	10	9	7	11	10	9	11	8	11	9	9	6	11	9	9
3-4 dagar under ett år	7	7	8	9	10+	6	5	12	8	6	9	8	5	7	6	10	7	5	
5-6 dagar under ett år	3	3	3	2	3	3	4	4	4	2	4	3	4	3	3	4	2	3	
7-9 dagar under ett år	3	3	3	3	9+	4	3	5	3	4	2	5	2	3	3	4	4	2	
10-11 dagar under ett år	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	
12-13 dagar under ett år	2	1	3	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
14-15 dagar under ett år	1	1	2	2	2	2	1	3	2	0	2	2	1	2	2	3	2	2	
Mer än 15 dagar under ett år	54	59+	50-	46	49-	58	51	51	54	52	52	52	55	50	54	50	51	52	
Vet ej/ Ej svar																			
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

38. Om du tänker dig att det införs ett nationellt vaccinationsregister där du kan se barnens tidigare vaccinationer, skulle ett sådant register spara tid i er verksamhet förutsatt att journaluppgifterna om vaccinationer automatiskt överförs till registret?

Ja, skulle troligen spara tid	49	41-	61+	64+	66+	66+	64+	68+	69+	63+	71+	70+	66+	64+	66+	59	67+	67+	63+
Nej skulle troligen inte spara tid	0	0	0	0	0	0	1+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vet ej/ Ej svar	51	59+	39-	36-	33-	34-	35-	32-	31-	37-	29-	30-	34-	36-	34-	41	33-	33-	37-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST						
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år			
																	TOTAL	BVC	erska
Bas: Skulle spara tid	1394	632	733	55	542	744	81	75	517	350	189	429	564	228	1327	16	418	600	326
39. Kan Du uppskatta tidsbesparingen ni skulle göra under ett år om det infördes ett sådant register (Utgå från en situation när registret är upplagt).	4	5	4	2	4	5	4	1	4	5	6	5	3	6	5	6	4	5	5
Mindre än en dag under ett år	13	13	12	15	14	11	14	15	11	13	15	11	13	16	12	19	13	13	11
1-2 dagar under ett år	10	8	11	13	10	9	10	8	12	9	9	11	10	8	10	6	10	11	8
3-4 dagar under ett år	9	7-	11+	11	11	8	6	11	8	11	12	10	9	8	9	13	9	10	7
5-6 dagar under ett år	3	3	4	7	4	3	4	3	4	3	3	5	3	2	3	6	5	3	1-
7-9 dagar under ett år	3	3	4	4	4	3	2	7	4	3	1	4	3	3	3	3	3	4	3
10-11 dagar under ett år	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12-13 dagar under ett år	4	3	4	2	5	3	2	1	4	3	2	4	3	4	4	6	4	3	3
14-15 dagar under ett år	1	1	2	5+	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2
Mer än 15 dagar under ett år	52	57+	47-	42	46-	56+	57	53	49	52	50	49	53	51	52	44	48	50	59+
Vet ej/ Ej svar																			

Bas: Samtliga

2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515
------	------	------	----	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	----	-----	-----	-----

40. Idag är kommunen huvudman för skolhälsovården och landstinget är huvudman för barnhälsovården (BHV). Vad anser du om att skolhälsovården och barnhälsovården skulle ha samma huvudman, t.ex. landstinget? Vi förutsätter att den praktiska verksamheten bedrivs på samma platser, på samma sätt och i samma omfattning som nu?

Det skulle i huvudsak innebära fördelar	33	36+	30-	43	51+	40+	44+	40	42+	51+	45+	46+	45+	44+	30	51+	44+	38+	
Det skulle innebära både fördelar och nackdelar	23	18-	31+	29	29+	33+	31+	36+	34+	27+	35+	26	35+	34+	31+	37	27+	34+	33+
Det skulle i huvudsak innebära nackdelar	3	1-	6+	1	4	5+	3	1	6+	3	3	5+	2	6+	4+	3	5+	5+	
Vet ej, ej svar	15	16	15	27+	17	22+	21	23+	19+	19+	17	22+	18	17	20+	33+	19+	18+	24+
Ej svar	25	29+	18-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

Vertikal procent 13 Jan 2010

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL- ISTUT- BILDNING		TID PÅ TVÅNST							
	Skol- sköt- BVC	erska	-35	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor- stad	Stä- der	Övr. lan- det	Ja	Nej	-5	5-10	10+		
TOTAL																			
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

41. Ange om Du tror att följande förändringar skulle förbättra eller försämrå effektiviteten när det gäller vaccinationer av barn.
Du kan välja på alternativen Betydligt öka effektiviteten, Öka effektiviteten, Varken öka eller minska effektiviteten,
Minska effektiviteten Betydligt minska effektiviteten. Du kan också svara "Vet ej".

A. om ett och samma journalsystem används i skolhälsovården och i landstingets/regionens barnhälsovård?

4-5) Öka	60	53-	71+	91+	85+	81+	81+	77+	83+	88+	81+	86+	82+	84+	83+	70	85+	83+	80+
5) Öka betydligt	36	31-	44+	66+	54+	46+	48+	38	50+	57+	50+	58+	47+	49+	50+	33	57+	49+	43+
4) Öka	24	22	27+	24	31+	35+	33+	39+	34+	31+	31+	28+	35+	35+	33+	37	28+	34+	37+
3) Varken eller	3	5+	1-	1	4	5+	4	8+	4	4	3	3	4+	6+	4	4	2	4+	7+
2) Minska	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
1) Minska betydligt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I-2) Minska	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	4+	1+	0
Medelvärde	4,5	4,4	4,6	4,7	4,6	4,5	4,5	4,4	4,5	4,6	4,5	4,6	4,5	4,5	4,5	4,2	4,6	4,5	4,4
Vet ej	9	10	8	8	11	14+	14+	15+	12+	7	15+	11	13+	9	12+	22+	12+	12+	13+
Ej svar	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

B. om personalen i skolhälsovården och landstingets BHV har samma arbetsgivare?

4-5) Öka	28	29	28	49+	42+	35+	38+	38+	37+	42+	43+	38+	41+	39+	39+	26	44+	37+	34+
5) Öka betydligt	10	10	10	17+	15+	11+	16+	12	13+	15+	14+	14+	13+	14+	13+	4	15+	13+	12
4) Öka	18	19	18	31+	27+	24+	22	26+	24+	27+	29+	24+	28+	25+	25+	22	30+	24+	22+
3) Varken eller	19	16-	24+	14	27+	27+	25	26	26+	28+	27+	25+	26+	30+	26+	30	22	28+	29+
2) Minska	2	1-	2+	2	1	3+	3	1	3+	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3
1) Minska betydligt	1	1-	2+	1	2+	2	3	1	2+	2	2	2+	1	2	2	1	1	1	3+
I-2) Minska	3	1-	5+	2	3	5+	3	2	5+	3	3	4+	3	4	4+	3	3	4	6+
Medelvärde	3,7	3,8	3,5	4,0	3,7	3,6	3,8	3,7	3,6	3,7	3,7	3,7	3,7	3,6	3,7	3,5	3,8	3,7	3,5
Vet ej	22	21	25	35+	28+	33+	34+	34+	32+	27+	26	33+	30+	26	31+	44+	31+	31+	31+
Ej svar	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER			GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST								
	Skol-sköt-BVC	36-erska	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr.lan-det		Ja	Nej						
TOTAL	BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr.lan-det	Ja	Nej	-5	5-10	10+	år	år
2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515		

Bas: Samtliga

41. Ange om Du tror att följande förändringar skulle förbättra eller försämrå effektiviteten när det gäller vaccinationer av barn. Du kan välja på alternativen Betydligt öka effektiviteten, Öka effektiviteten, Varken öka eller minska effektiviteten, Minska effektiviteten Betydligt minska effektiviteten. Du kan också svara "Vet ej".

C. om vaccinationsverksamheten har en och samma huvudman, men verksamheten i övrigt bedrivs med på samma sätt som nu?

4-5) Öka	25	22-	30+	38+	38+	32+	36+	30	36+	35+	36+	37+	35+	34+	35+	26	41+	33+	31+
5) Öka betydligt	10	8-	13+	21+	14+	12+	16+	14	13+	14+	13	16+	13+	12	14+	7	16+	13+	11
4) Öka	15	14	17	17	24+	20+	20	15	23+	21+	23+	21+	22+	22+	21+	19	25+	20+	20+
3) Varken eller	20	21	19	20	28+	27+	24	32+	26+	28+	30+	24+	28+	30+	27+	26	23+	28+	30+
2) Minska	3	2	4	7+	3	4+	6	3	4	4	5	3	5+	3	4+	4	4+	3	5+
1) Minska betydligt	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	3+
I-2) Minska	5	4	6	9+	5	7+	7	5	6	7+	7	5	7+	6	6	4	6	6	8+
Medelvärde	3,6	3,5	3,6	3,7	3,6	3,5	3,6	3,6	3,6	3,6	3,5	3,7	3,6	3,5	3,6	3,5	3,7	3,6	3,5
Vet ej	23	21	26+	33+	29+	33+	33+	34+	32+	30+	26	34+	29+	29+	32+	44+	31+	33+	31+
Ej svar	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

D. om alla barnvaccinationer, även för skolbarn, sker på samma plats t.ex. vid en vårdcentral eller BVC?

4-5) Öka	18	12-	27+	38+	27+	23+	33+	22	24+	25+	26+	27+	24+	25+	25+	46+	31+	24+	20
5) Öka betydligt	8	4-	14+	22+	13+	10	15+	5	12+	11+	11	14+	10	10	12	22+	15+	10	10
4) Öka	10	7-	13+	16+	14+	13+	17+	16+	13+	14+	15+	13+	13+	16+	13	26+	16+	14+	10
3) Varken eller	17	22+	11-	21	24+	23+	31	20+	24+	26+	26+	19	25+	24+	24+	7	20+	23+	29+
2) Minska	10	9	12+	15	13+	14+	13	8	14+	17+	15+	15+	15+	14+	14	4	13+	14+	15+
1) Minska betydligt	9	7-	11+	8	13+	11+	6	5	15+	12+	10	12+	12+	13+	12	7	9	14+	10
I-2) Minska	19	15-	23+	23	26+	26+	20	14	28+	30+	26+	28+	26+	27+	26+	11	23+	28+	26+
Medelvärde	3,0	2,9	3,1	3,4	3,0	2,9	3,3	3,1	2,9	2,9	3,0	3,0	2,9	2,9	3,0	3,8	3,2	2,9	2,9
Vet ej	19	19	19	17	23+	29+	25	34+	27+	22	23	27+	25+	23+	28+	33	26+	26+	26+
Ej svar	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

Vertikal procent 13 Jan 2010

P1094, Vaccinutredningen

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST						
	Skol-sköt-BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Lan-det		Övr.					
TOTAL	26	26	47+	41+	31+	46+	32	34+	40+	36+	32+	40+	39+	36+	37	42+	34+	32+	
	9	8	11	16+	10	19+	7	12+	14+	12	11	14+	14+	13+	15	15+	12+	10	
	17	18	15	30+	25+	22+	27+	24+	21+	26+	25+	20+	26+	25+	23+	22	27+	22+	22+
	17	15-	21+	20	25+	23+	17	27+	23+	28+	25+	22+	25+	24+	15	20+	25+	25+	
	5	6	5	5	9+	5	6	7+	8+	8	8+	7+	5	7+	4	6	7+	9+	
	4	2-	5+	1	4	6+	3	3	7+	5	3	7+	4	5	4	5	5+	5+	
	9	7-	11+	6	9	15+	8	9	13+	13+	11	15+	11+	10	12+	4	10	12+	15+
	3,4	3,5	3,4	3,8	3,6	3,3	3,8	3,4	3,4	3,5	3,5	3,3	3,5	3,5	3,4	3,9	3,6	3,4	3,3
	21	19	23+	28	24+	31+	29+	32+	30+	23	25	29+	26+	26+	28+	44+	28+	29+	28+
	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Bas: Samtliga

41. Ange om Du tror att följande förändringar skulle förbättra eller försämla effektiviteten när det gäller vaccinationer av barn.
 Du kan välja på alternativen Betydligt öka effektiviteten, Öka effektiviteten, Varken öka eller minska effektiviteten,
 Minska effektiviteten Betydligt minska effektiviteten. Du kan också svara "Vet ej".

E. om en sjuksköterska eller en läkare inom ramen för en och samma tjänst har möjlighet att arbeta både i skolhälsovården och inom primärvården/
 barnhälsovården ...?

4-5) Öka	26	26	47+	41+	31+	46+	32	34+	40+	36+	32+	40+	39+	36+	37	42+	34+	32+	
5) Öka betydligt	9	8	11	16+	10	19+	7	12+	14+	12	11	14+	14+	13+	15	15+	12+	10	
4) Öka	17	18	15	30+	25+	22+	27+	24+	21+	26+	25+	20+	26+	25+	23+	22	27+	22+	
3) Varken eller	17	15-	21+	20	25+	23+	17	27+	23+	28+	25+	22+	25+	24+	15	20+	25+	25+	
2) Minska	5	6	5	5	9+	5	6	7+	8+	8	8+	7+	5	7+	4	6	7+	9+	
1) Minska betydligt	4	2-	5+	1	4	6+	3	3	7+	5	3	7+	4	5	4	5	5+	5+	
I-2) Minska	9	7-	11+	6	9	15+	8	9	13+	13+	11	15+	11+	10	12+	4	10	12+	15+
Medelvärdet	3,4	3,5	3,4	3,8	3,6	3,3	3,8	3,4	3,4	3,5	3,5	3,3	3,5	3,5	3,4	3,9	3,6	3,4	3,3
Vet ej	21	19	23+	28	24+	31+	29+	32+	30+	23	25	29+	26+	26+	28+	44+	28+	29+	28+
Ej svar	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

F. om barn- och skolhälsovården har en och samma huvudman, förutsatt att verksamheten bedrivs på samma platser och i samma omfattning som nu.

4-5) Öka	32	31	35	55+	50+	40+	44+	37	44+	48+	47+	46+	46+	43+	44	54+	43+	37+
5) Öka betydligt	10	10	12	20+	16+	12+	17+	13	14+	16+	14+	16+	14+	14+	11	18+	14+	12
4) Öka	22	21	23	35+	33+	28+	28	24	30+	32+	33+	30+	32+	29+	30	33	36+	29+
3) Varken eller	19	17	21+	17	25+	27+	21	34+	25+	26+	26+	23+	27+	30+	26	11	19	28+
2) Minska	2	1	2	1	2	2+	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3+
1) Minska betydligt	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	4	1	1
I-2) Minska	2	2	3+	1	3	4+	3	3	3	3	3	3	2	4+	3	4	2	3
Medelvärdet	3,7	3,8	3,7	4,0	3,8	3,7	3,8	3,6	3,7	3,8	3,8	3,8	3,8	3,7	3,7	3,8	3,9	3,7
Vet ej	19	18	21	27	23+	29+	32+	26	28+	22	24+	28+	25+	23+	26	41+	26+	27+
Ej svar	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER			GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUT-BILDNING		TID PÅ TVÅNST						
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr.		Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
TOTAL	BVC	erska	-35	50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr.	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år
2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

41. Ange om Du tror att följande förändringar skulle förbättra eller försämrå effektiviteten när det gäller vaccinationer av barn.
 Du kan välja på alternativten Betydligt öka effektiviteten, Öka effektiviteten, Varken öka eller minska effektiviteten,
 Minska effektiviteten Betydligt minska effektiviteten. Du kan också svara "Vet ej".

G. om landstinget/regionen svarar för alla barnvaccinationer?

4-5) Öka	24	20-	29+	42+	37+	30+	38+	30	31+	35+	38+	35+	33+	33+	37	40+	31+	29+
5) Öka betydligt	11	7-	15+	21+	16+	13+	20+	11	14+	16+	15+	16+	14+	14	15+	11	19+	13+
4) Öka	13	13	15	21+	21+	17+	18	19	17+	20+	23+	18+	19+	20+	21+	18+	21+	17+
3) Varken eller	17	19+	14-	20	21+	24+	21	26+	22+	23+	25+	20	24+	26+	23+	15	18	24+
2) Minska	4	3-	6+	6	5	6+	5	3	6+	6	6	6+	6+	5	6+	5	6+	7+
1) Minska betydligt	3	2-	5+	2	4	4+	2	2	4+	5+	5	5+	3	4	4	3	5+	4
1-2) Minska	7	4-	11+	8	9+	10+	6	5	11+	10+	10	11+	9+	10+	10+	4	8	10+
Medelvärde	3,5	3,5	3,5	3,8	3,6	3,5	3,8	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	3,7	3,4	3,4
Vet ej	25	24	26	30	33+	36+	35+	40+	36+	31+	27	35+	34+	31+	34+	44+	34+	35+
Ej svar	27	32+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

42. Anser Du att det främst är fördelar eller är det främst nackdelar att hälso- och sjukvårdspersonalen är anställd i en organisation med huvuduppgift att bedriva undervisning och utbildning snarare än hälso- och sjukvård?

Det är främst fördelar	9	8-	12+	14	13+	12+	14+	11	13+	13+	11	15+	12+	10	13	15	13+	13+
Det är både fördelar och nackdelar	36	26-	51+	43	51+	50+	50+	41	52+	53+	50+	53+	50+	51+	50+	52	49+	53+
Det är främst nackdelar	8	10	7	17+	12+	11+	9	21+	10	12+	15+	10	13+	12+	12	13	11+	11+
Vet ej/ Ej svar	46	57+	30-	26-	23-	27-	27-	27-	26-	21-	24-	23-	24-	27-	25-	33	26-	22-

43. Underlättar eller försvårar ett samlat huvudmannskap för all skol- och barnhälsovård, inte bara vaccinationer, samverkan mellan enheter som kommer i kontakt med barnet och dess föräldrar, t.ex. mödravård, primärvård?

Det underlättar främst	33	34	31	52+	49+	42+	48+	47+	44+	49+	48+	45+	48+	46+	45+	48	50+	43+
Det både underlättar och försvårar	16	11-	23+	14	22+	23+	25+	22	23+	21+	21+	20+	24+	23+	22+	22	18	24+
Det försvårar främst	2	1-	3+	1	2	3+	5+	5+	3	3	1	3+	2	3	3	4	2	4+
Vet ej/ Ej svar	49	54+	43-	33-	27-	31-	21-	26-	30-	27-	29-	32-	26-	28-	30-	26-	30-	29-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1			GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TTID PÅ TVÅNST							
	TOTAL	BVC	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Storstad	Städ		Övr. län-der	Ja	Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515
47. När tog Du Din grundexamen?																			
Före 1980	29	31	-	2-	72+	41+	45+	44+	39+	41+	39+	43+	43+	41+	7-	19-	33+	81+	
1980 - 1985	13	11	17+	-	21+	18+	12	13	19+	19+	20+	17+	21+	18+	26	15	23+	15	
1986 - 1990	11	11	13	1-	33+	4-	19+	17	15+	15+	16+	15+	16+	16+	15	17+	22+	3-	
1991 - 1995	8	8	10	3	24+	3-	15+	14+	10	12+	11	12+	10	12+	19	18+	14+	0-	
1996 - 2000	6	7	6	59+	13+	2-	6	9	9+	11+	10+	9+	6	9	15	19+	6	0-	
2001 - 2005	3	2	4	33+	6+	0-	7+	2	3	7+	2	4	4	4	4	11+	11+	2-	
2006 eller senare	0	0	0	3+	0	0	-	-	1+	-	-	1+	0	0	7+	1+	-	-	
Ej svar	28	33+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
48. Vilken specialutbildning har du?																			
Jag har ingen specialutbildning	1	0-	2+	5+	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	-	100+	2+	1	1
Barnsjukvård	25	20-	32+	45+	35+	33+	24	22	40+	32+	33+	48+	28+	26	35+	-	36+	33+	35+
Distriktsköterska	49	55+	43-	45	64	73+	74+	79+	68+	65+	73+	54	75+	76+	69+	-	62+	67+	75+
Barnsjukvård och distriktsköterska	5	1-	11+	7	7	8+	4	5	9+	7+	6	8+	7+	7	7	-	7	7+	9+
Annat	10	6-	14+	-	11	16+	24+	14	13+	12+	13	14	14	13+	14+	-	12	15+	13+
Summa svar	89	82	102	102	118	131	126	119	131	117	125	125	125	123	125	100	119	123	132
Netto svar	72	67-	80+	100+	100+	100+	99+	100+	100+	100+	100+	100+	100+	100+	100+	100+	100+	100+	100+
Ej svar	28	33+	20-	-	0-	0-	1-	-	0-	0-	-	0-	0-	0-	-	-	0-	0-	0-
Bas: Har specialutbildning	2006	1022	943	82	804	1111	124	111	742	546	264	600	844	355	2006	610	885	511	
49. När tog Du Din specialutbildningen?																			
Före 1980	14	14	14	-	-	25+	19	14	15	13	13	14	15	12	14	14	5-	8-	34+
1980 - 1985	14	14	13	-	1-	23+	13	16	14	13	12	13	14	14	14	15	5-	12	26+
1986 - 1990	15	16	14	-	8-	22+	10	12	17	15	14	16	14	18	15	14	9-	14	25+
1991 - 1995	15	14	17	-	19+	14	15	19	15	13	19	15	15	16	15	13	19+	12	
1996 - 2000	15	15	15	4-	25+	9-	18	18	14	16	17	14	16	16	15	14	24	2-	
2001 - 2005	19	19	18	54+	33+	6-	16	16	18	20	18	19	20	15	19	29+	22+	0-	
2006 eller senare	8	8	8	43+	14+	1-	9	5	6	10	6	9	6	9	8	24+	1-		

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

Vertikal procent 13 Jan 2010

	YRKESKÅR		ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2			SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TVÅNST					
	Skol-sköt-erska	BVC	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Stä-der	Övr. lan-det	Ja		Nej	-5 år	5-10 år	10+ år	
Bas: Samtliga	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515
<u>50. När tillträdde Du Din nuvarande tjänst?</u>																			
Före 1980	3	4	2-	-	7+	8+	5	3	4+	5	5	3	5+	5+	4	4	-	-	16+
1980 - 1985	4	6+	3-	-	11+	7	6	6	8+	3	3	8+	7+	6+	6+	6+	-	-	24+
1986 - 1990	6	7	5	-	1-14+	12+	8	8+	7	9+	7	8+	10+	8+	8+	-	-	-	32+
1991 - 1995	5	5	5	-	3-10+	6	12+	8+	6	7	6	7+	9+	7	7	-	-	-	28+
1996 - 2000	10	9	11	-	12-17+	16+	22+	13+	14+	14	12	15+	14+	14+	4	-	-	-	32+
2001 - 2005	21	17-	28+	14	40+	24	25	32+	31+	30+	31+	31+	30+	30+	33	-	-	-	68+
2006	22	19-	27+	86+	44+	17-	26	15	31+	30+	33+	37+	26+	25	30+	52+	100+	-	-
Ej svar	28	33+	19-	-	0-	-	-	0-	-	-	0-	0-	-	-	-	-	-	-	-
<u>51. Hur många timmar per vecka arbetar du med barnhålsvård vid BVC eller som distriktssköterska?</u>																			
Jag arbetar inte med barnhålsvård inom BVC eller som distriktssköterska	34	1-	77+	44+	48+	46+	39	23-	50+	52+	39	57+	42+	42+	46+	89+	49+	53+	34
Mindre än 10 timmar	1	2+	1-	2	2+	10+	3	1	1	0	1	2	4+	2+	2	2	2	2	2
10-20 timmar	6	11+	1-	12	8	10+	17+	15+	7	6	16+	3-	12+	13+	9	4	7	8	13+
21-30 timmar	9	16+	1-	15	15+	11	15+	11	12+	20+	10	14+	15+	13+	7	14+	11	14+	14+
31-40	21	36+	1-	29	27+	31+	19	43+	31+	29+	25	30+	30+	27+	30+	-	27+	26+	37+
Ej svar	28	33+	19-	-	0-	-	-	0-	-	-	-	0-	-	-	-	-	-	-	-
<u>52. Hur många timmar arbetar du med skolhålsvård per vecka?</u>																			
Jag arbetar inte med skolhålsvård	36	65+	0-	53+	49+	51+	60+	77+	47+	44+	60+	40	57+	56+	51+	7-	46+	45+	65+
Mindre än 10 timmar	1	0	1	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2+	0	0
10-20 timmar	2	0-	4+	6+	2	2	2	1	2	3+	3	3+	2	3	2	22+	4+	2	1
21-30 timmar	6	0-	14+	7	9+	8+	2	3	9+	10+	7	10+	7	6	8	18+	12+	8	5
31-40 timmar	27	1-	62+	33	39+	37+	34	19	41+	42+	29	46+	33+	35+	37+	48+	36+	45+	28
Ej svar	28	33+	19-	-	-	-	-	-	-	-	-	0-	-	-	0-	-	0-	0-	0-

ARS RESEARCH

P1094, Vaccinutredningen

YRKESKÅR	ÅLDER		GEOGRAFI 1				GEOGRAFI 2		SPECIAL-ISTUTBILDNING		TID PÅ TJÄNST								
	Skol-sköt-erska	36-50	51+	Norr	Mitt	Öst	Väst	Syd	Stor-stad	Övr. lan-der		Ja	Nej						
TOTAL BVC	2833	1532	1203	86	816	1126	126	111	752	555	266	612	854	358	2006	27	626	895	515

Bas: Samtliga

53. Vilket postnummer har Din huvudsakliga arbetsplats?

1xx xx	12	9-	17+	22+	15+	18+	-	-	46+	-	-	52+	-	7-	17+	7	20+	16+	14
2xx xx	9	10	9	9	14+	13+	-	-	-	-	100+	16+	15+	12	13+	7	14+	13+	12+
3xx xx	4	3	5	1	7+	5+	-	-	8+	-	-	-	12+	3	6+	4	4	6+	7+
4xx xx	9	5-	14+	22+	14+	11+	-	-	46+	-	-	32+	5-	6	12+	26+	14+	14+	9
5xx xx	8	8	9	15+	12+	11+	-	-	14+	23+	-	-	20+	18+	11+	11	10	12+	12+
6xx xx	7	7	8	3	9	12+	-	-	16+	16+	-	-	16+	20+	10+	11	7	11+	13+
7xx xx	6	8+	5-	7	8+	9+	-	-	28+	16+	5	-	14+	17+	9+	4	9+	7	11+
8xx xx	5	5	4	7	6+	7+	-	-	39+	72+	-	-	12+	8+	6+	4	4	8+	7+
9xx xx	3	3	2	6	4	4+	-	-	61+	-	-	-	7+	6+	4+	-	3	3	6+
Ej svar	36	40+	29-	7-	12-	10-	-	-	-	-	-	-	-	4-	11-	26	15-	9-	10-

54. Ålder:

- 35 år	3	3	3	100+	-	-	6+	4	4	6+	3	6+	4	3	4+	15+	12+	1-	-
36 - 50 år	29	26-	33+	-	100+	-	44+	33	37+	42+	44+	39+	41+	38+	40+	41	57+	47+	7-
51 - år	40	37-	44+	-	-	100+	50+	63+	59+	52+	53+	54+	56+	59+	55+	44	31-	51+	93+
Ej svar	28	34+	20-	-	-	-	-	-	0-	-	-	-	0-	0-	0-	-	0-	0-	1-

55. Är Du man eller kvinna?

Man	1	1	1	2	1	3+	-	-	2	2	3+	1	2+	2	4	2	2	2	2
Kvinnor	70	65-	79+	98+	99+	97+	98+	100+	98+	98+	97+	99+	98+	98+	98+	93+	98+	97+	97+
Ej svar	28	34+	20-	-	-	0-	-	-	0-	-	-	0-	0-	-	4-	0-	0-	0-	1-

Resultat av sökning i HEED – Sammanställning av hälsoekonomiska utvärderingar i perioden 2005–2009

Nr.	Författare, år (typ av studie)	Vaccin	Jämförelsealternativ	Land	Hälsoeffekt-mått	Population	Perspektiv/ Modelltyp
1	Jacobs & Meyerhoff, 2005	Hepatit A/B	Hepatit B	USA	Vunna QALYs	Vuxna	Hälso- och sjukvård/Markov kohortmodell
2	Fowler m.fl. 2005	Antrax	Inget vaccin	USA	Vunna levnadsår/QALYs	Individer i storstadsregion	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell
3	Mangtani m.fl. 2005	Pneumococker	Inget vaccin	UK	Vunna levnadsår	>64 år	Hälso- och sjukvård+ indirekta/Kohortmodell
4	Griffiths m.fl. 2005	Hepatit B	Inget vaccin	Mosambique	Undvikna DALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
5	Shepard m.fl. 2005	Meningococker	Inget vaccin	USA	Vunna levnadsår/QALYs	Ungdomar	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell, kohortmodell (ej flockimmunitet)
6	Rothberg & Rose, 2005	Influensa	Antiviral behandling (amantadin), inget vaccin	USA	Vunna QALYs	Friska individer i arbetskraften	Hälso- och sjukvård + indirekta/Markovmodell
7	McIntosh m.fl. 2005	Pneumococker	Inget vaccin	UK	Vunna levnadsår	Riskindivider	Hälso- och sjukvård/Kohortmodell (flockimmunitet)
8	Krahn m.fl. 2005	Hepatit C	Inget vaccin	Canada	Vunna QALYs	12 år, missbrukare	Hälso- och sjukvård/Markovmodell (ej flockimmunitet)
9	Vimolket & Poovorawan, 2005	Hepatit B	Inget vaccin	Thailand	Undvikta fall hepatit C	Barn	Hälso- och sjukvård/ Beslutsanalysmodell
10	Bos m.fl. 2006	Meningococker B + Pneumococker (kombinationsvaccin)	Inget vaccin	Holland	Vunna levnadsår/QALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Statisk Markovmodell (ej flockimmunitet)

11	Zohrabian m.fl. 2006	"West-Nile" virus-vaccin	Inget vaccin	USA	Undvikna fall i sjukdom	Riskgrupp	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Beslutsanalysmodell
12	Trotter & Edmunds 2006	Meningo-cocker C	Inget vaccin	England/Wales	Vunna levnadsår/ QALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Dynamisk modell (flockimmunitet)
13	Ono m.fl. 2006	HIV-1	Antiretrovirus behandling	Thailand	Vunna levnadsår/ Undvikna DALYs	Med/utan HIV/AIDS	Hälso- och sjukvård/Markovmodell
14	Lenne m.fl. 2006	Varicella (Vattkoppor)	Inget vaccin	Spanien	Vunna levnadsår	Barn	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Dynamisk modell (flockimmunitet)
15	Amirfar m.fl. 2006	HIV	Inget vaccin	Sydafrika	Undvikna dödsfall/ HIV-fall	15-åriga flickor	Hälso- och sjukvård/Markovmodell (ej flockimmunitet)
16	Desjeux m.fl. 2006	Tick-borne Encephalitis (TBE)	Inget vaccin	Frankrike	Antal undvikna TBE-fall	Fransk militär i Balkan	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Beslutsanalysmodell
17	Brisson & Edmunds 2006	Varicella (Vattkoppor)	Inget vaccin	UK	Vunna QALYs	Ålder = 1	Hälso- och sjukvård/Statisk och dynamisk modell (flockimmunitet)
18	Trunz m.fl. 2006	BCG tuberkulos	Inget vaccin	Internationell	Undvikna DALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell
19	Patel & Davis 2006	Informationsprogram för ökad influensa vaccination	Inget informationsprogram	USA	Vunna levnadsår	65 år eller äldre	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell
20	Roberts m.fl. 2006	Influensa	Inget vaccin	USA	Vunna QALYs	Gravida kvinnor 18-44 år	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
21	Wisloff m.fl. 2006	Pneumo-cocker	Barnvaccin utan Pneumo-cockvaccin	Norge	Vunna levnadsår/ QALYs	Barn	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Markovmodell (flockimmunitet)
22	Colombo m.fl. 2006	Influensa	Inget vaccin	Italien	Minskad incidens influensa	Anställda	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
23	Newall m.fl. 2007 (Litteraturoversikt)	HPV	Inget vaccin	USA	Vunna levnadsår/ QALYs	12 åriga flickor; Flickor+ Pojkar	Hälso- och sjukvård/statiska-dynamiska modeller
24	Aballea m.fl. 2007	Influensa	Vaccin (50 och äldre jämfört med 50-59 eller 50-64 med risker)	Tyskland Frankrike Italien Brasilien	Vunna QALYs	50-64 år hög risk	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Beslutsanalysmodell
25	Rothberg m.fl. 2007	Varicella (Bältros)	Inget vaccin	USA	Vunna QALYs	>60 år	Hälso- och sjukvård + indirekta/

							Markovmodell
26	Akuma m.fl. 2007	Haemophilus – typ B (Hib)	Inget vaccin	Kenya	Undvikna dödsfall/DALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalys modell (flockimmunitet i känslighetsanalys)
27	Kim m.fl. 2007	Hepatit B	Inget vaccin	Gambia	Undvikna DALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
28	Broughton 2007	Haemophilus – typ B (Hib)	Tillägg till DTB-Hepatit B vaccin program	Indonesien	Undvikna DALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Beslutssträdanalys (flockimmunitet)
29	Honeycutt m.fl. 2007	Influensa + Pneumocock vaccinationsprogram	Två andra vaccinationsprogram (strategier för att öka andelen vaccinerade)	USA	Ytterligare vaccinerad	Individer sjukhus	Hälso- och sjukvård/ Beslutsanalysmodell
30	Kim m.fl. 2007	HPV 16+18	Pojkar och flickor jämfört med endast flickor	USA	Vunna levnadsår	Flickor, Pojkar	Hälso- och sjukvård/Dynamisk modell (flockimmunitet)
31	Rheingans m.fl. 2007	Rotavirus	Inget vaccin	Sydamerika	Undvikna dödsfall/DALYs	Barn	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
32	Widdowson m.fl. 2007	Rotavirus	Inget vaccin	USA	Vunna levnadsår	Barn	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Probabilistisk Monte-Carlo simulering (ej flockimmunitet)
33	Schmitt m.fl. 2007	Antrax	Antibiotika-behandling/ Vaccinering	USA	Vunna QALYs	Population vid risk för attack	Hälso- och sjukvård/Markovmodell
34	Avritscher m.fl. 2007	Influensa	Inget vaccin	USA	Vunna QALYs	Ålder 20–64, cancerpatient	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Beslutsanalysmodell
35	Ho m.fl. 2008	Rotavirus	Inget vaccin	Hongkong	Undvikna DALYs	Barn <6 månader	Hälso- och sjukvård/Dynamisk Markovmodell
36	Anonychuk m.fl. 2008 (Litteraturoversikt)	Hepatit A	Inget vaccin	Alla länder	Vunna levnadsår/ QALYs	Olika populationer	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell
37	Prosser m.fl. 2008	Influensa (apotek eller massvaccineringskliniker)	Vaccin vid läkarbesök (traditionell)	USA	Undvikna influensa episoder	Vuxna individer	Hälso- och sjukvård+ indirekta/ Beslutssträdmodell (ej flockimmunitet)
38	Dasbach m.fl. 2008	HPV 6/11/16/18	Vaccinering flickor = 12 år; 3 olika uppföljnings-	UK	Vunna QALYs	12 år eller äldre	Hälso- och sjukvård/Dynamisk modell (flockimmunitet)

			strategier (12–14, 12–17, 12–24 år)				
39	Lee m.fl. 2008	Pertussis (kikhosta)	Inget vaccin; vaccin 1 ggr; vaccin med uppföljning	Tyskland	Vunna QALYs	Vuxna	Hälso- och sjukvård+ indirekta/ Markovmodell (flockimmunitet)
40	Kim & Goldie 2008 (Litteraturoversikt)	Olika vacciner	Olika jämförelsealternativ	Alla länder	Vunna levnadsår/ QALYs	Olika populationer	Olika perspektiv/ Modeller: Statisk/ dynamisk stokastisk/ deterministisk aggregerad/ individuell
41	Diaz m.fl. 2008	HPV 16/18	Vaccinering före 12; screening över 30 år; vaccinering och screening	Indien	Vunna levnadsår	Flickor före 12 år, >30 år	Hälso- sjukvård/ Individbaserad stokastisk modell (ej flockimmunitet)
42	Kim & Goldie 2008	HPV 16/18	Inget vaccin (bara cervical screening); olika catch-up program	USA	Vunna QALYs	Flickor = 12 år, catch-up-program 18, 21, 26 år	Hälso- och sjukvård/dynamisk modell (flockimmunitet)
43	Chesson m.fl. 2008	HPV	Inget vaccin (bara cervical screening)	USA	Vunna QALYs	Flickor = 12 år	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell (flockimmunitet)
44	Kulasingam m.fl. 2008	HPV 6/11/16/18	Inget vaccin (bara cervical screening)	UK	Vunna levnadsår/ QALYs	Ålder = 12 år	Hälso- och sjukvård/Statisk modell (ej flockimmunitet)
45	Ortega-Sanchez m.fl. 2008	Meningococker	Inget vaccin	USA	Vunna levnadsår/ QALYs	11–17 år	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Stokastisk Monte Carlo modell (flockimmunitet)
46	Tilson m.fl. 2008	Pneumococker (PCV-7)	Inget vaccin	Irland	Vunna levnadsår	Barnvaccination	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell (flockimmunitet)
47	Zhou m.fl. 2008	Varicella (vattkoppor)	Inget vaccin	USA	Vunna levnadsår/ QALYs	Barnvaccination	Hälso- och sjukvård + indirekta/ Beslutsträdmodell
48	Middleton m.fl. 2008	Pneumococker + standing order programme (SOP)	Vaccin utan SOP	USA	Vunna QALYs	Äldre patienter sjukhus	Hälso- och sjukvård/Besluts-trädmodell
49	Gessner m.fl. 2008	Haemophilus – typ B (Hib)	Inget vaccin	Indonesien	Undviken död/DALY	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Statisk modell (ej flockimmunitet)
50	Szucs m.fl. 2008	HPV 6/11/16/18	Inget vaccin (bara cervical)	Schweiz	Vunna levnadsår/ QALYs	Flickor = 11år	Hälso- och sjukvård/Markovmodell (ej flock-

			screening)				immunitet)
51	Quezada m.fl. 2008	Hepatit A – 2 doser (12/18mån)	Inget vaccin	Chile	Vunna levnadsår	Barn 12/18 månader	Hälso- och sjukvård + indirekta/dynamisk modell (flockimmunitet)
52	De Sossrez m.fl. 2008	Rotavirus (2/4 månader)	Inget vaccin	Brasilien	Undvikna dödsfall/Vunna levnadsår	Nyfödda	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsträdmodell (ej flockimmunitet)
53	Hu m.fl. 2008	Hepatit C	Inget vaccin (olika vaccinationsstrategier)	USA	Vunna QALYs	Missbrukare	Hälso- och sjukvård/Markovmodell
54	Tilson m.fl. 2008	Hepatit B (6-komponent)	Hepatit B (mono) för riskgrupper	Irland	Vunna levnadsår	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Markovmodell (ej flockimmunitet)
	Valencia-Mendoza m.fl. 2008	Rotavirus (2/4/6 månader)	Inget vaccin	Mexico	Vunna levnadsår	Nyfödda	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell
56	Ray 2008 (Literaturoversikt)	Pneumo-cocker (PCV)	Inget vaccin	Internationell (USA, Canada, Tyskland, UK, Holland, Spanien, Australien, Finland, Italien Norge)	Vunna levnadsår/QALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård + indirekta/Olika modeller
57	Goldie m.fl. 2008	HPV 16/18	Inget vaccin	GAVI (fattiga länder)	Vunna levnadsår/Undvikna DALYs	Flickor 9 år	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell, statisk (ej flockimmunitet)
58	Kim m.fl. 2008	HPV	Inget vaccin	Vietnam	Vunna levnadsår	Flickor 9 år	Hälso- och sjukvård+ indirekta/Individ baserad Monte Carlo simuleringsmodell
59	Rein & Weinbaum 2008	Hepatit A+B	Hepatit B	USA	Vunna QALYs	15–44, högrisk	Hälso- och sjukvård/Beslutsanalysmodell
60	Newall m.fl. 2008	Influensa	Inget vaccin	Australien	Vunna QALYs	50–64 år, samtliga	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsanalysmodell
61	Bonanni m.fl. 2008	Varicella (vattkoppor)	Inget vaccin	Italien	Intäkts/kostnads-kvot	Barn (1–1,5 år; 13 år)	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsanalysmodell (flockimmunitet)
62	Luce m.fl. 2008	Influensa (LAIV)	Influensa (TIV)	USA	Vunna QALYs	24–59 månader	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsanalysmodell
63	Usher m.fl. 2008	HPV 16/18	Inget vaccin (endast screening-)	Irland	Vunna levnadsår	Flickor 12 år	Hälso- och sjukvård/Dynamisk beslutsanalys-

			program)				modell (flock-immunitet)
64	Cook m.fl. 2008	Tyfoïd	Inget vaccin	Indien, Vietnam, Indonesien, Pakistan	Undvikna DALYs	Barn	Hälso- och sjukvård + indirekta/Markovmodell (ej flockimmunitet)
65	Bergman m.fl. 2008	Pneumococker (PCV-7)	Inget vaccin	Sverige	Vunna levnadsår/QALYs	Alla nyfödda	Hälso- och sjukvård + utanför sjukvård/Markovmodell (flockimmunitet)
66	Chesson m.fl. 2008	HPV	Inget vaccin	USA	Vunna QALYs	Flickor 12 år	Hälso- och sjukvård/beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
67	Zhuang m.fl. 2008	Hepatit A	Inget vaccin	Kina	Vunna levnadsår/QALYs	Alla barn, 12 och 18 månader	Hälso- och sjukvård/Markovmodell (ej flockimmunitet)
68	Drummond 2008 (Metodartikel)	Nya vacciner	Inget vaccin	Alla länder	Vunna levnadsår/QALYs	Olika grupper	Olika perspektiv
69	Ray 2008 (Litteraturoversikt)	Pneumococker (PCV)	Inget vaccin	Australien Nordamerika Europa	Vunna levnadsår/QALYs	Olika grupper	Olika perspektiv
70	Constenla m.fl. 2008	Rotavirus	Inget vaccin	Brasilien	Vunna levnadsår/Undvikna DALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
71	Constenla 2008	Pneumococker (PCV)	Inget vaccin	Brasilien, Kina, Uruguay	Undvikna DALYs	Nyfödda	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsträdmodell (ej flockimmunitet)
72	Techajehakij & Feldman (Litteraturoversikt)	HPV	Pap-smear screening	USA, Canada, Brasilien, Holland	Vunna QALYs	Flickor 12 år	Olika perspektiv/Statiska, dynamiska, hybrid modeller
73	Rodriguez-Cobo m.fl., 2008 (Litteraturoversikt)	Pertussis (Kikhosta)	Olika strategier	Canada Storbritannien, USA, Australien, Danmark, Holland, Frankrike	Vunna levnadsår/QALYs	Hela befolkningen	Olika perspektiv/Modeller
74	Brisson m.fl. 2008	Varicella (bältros)	Inget vaccin	Canada	Vunna QALYs	65–75 år	Hälso- och sjukvård/Kohortmodell
75	Valentim m.fl. 2008	Varicella (vattkoppor)	Inget vaccin	Brasilien	Vunna levnadsår	Alla barn	Hälso- och sjukvård + indirekta/Dynamisk modell (flockimmunitet)
76	Sinha m.fl. 2008	Pneumococker (PCV)	Inget vaccin	Latin-Amerika + Karibien	Undvikna DALYs	0–5 år	Hälso- och sjukvård + indirekta/Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
77	Claes m.fl. 2009	Pneumococker (PCV)	Inget vaccin	Tyskland	Vunna levnadsår/	Barn med risk att	Hälso- och sjukvård/Markov-

	m.fl. 2009	cocker (PCV)			DALYs		vård/Beslutsanalysmodell (ej flockimmunitet)
92	Massad m.fl. 2009	Hepatit C (hypotetiskt)	Antiviral terapi	Brasilien	Undvikna dödsfall	Allmän befolkning, högriskgrupper	Hälsa- och sjukvård/Matematisk modell
93	Jeuland m.fl. 2009	Kolera (ny generation)	Inget vaccin	Vietnam, Bangladesh, Indien, Indonesien, Mosambique	Undvikna DALYs	Barn	Hälsa- och sjukvård + indirekta/ Beslutsanalysmodell (flockimmunitet)

Frågeställningar i det analytiska ramverk för utvärdering av vaccinationsprogram, som tillämpas i bl.a. Kanada

1 Sjukdomsbördan

Fråga 1: Gör sjukdomsbördan det befogat att ha ett vaccinationsprogram?

1.1 Smittämnets egenskaper, exempelvis reservoarer, överföringsätt och patogena (sjukdomsalstrande) mekanismer.

1.2 Infektionens sätt att manifesteras sig kliniskt och eventuella komplikationer.

1.3 Sjukdomens epidemiologi, däribland incidens, tidstrender, säsongrelaterade och geografiska variationer, anhopningar av sjukdomsfall.

1.4 Specifika befolkningsgrupper som påverkas och riskfaktorer.

1.5 Aktuell behandling av sjukdomen och möjlighet att förebygga den på andra sätt än genom vaccinering.

1.6 Sjukdomens hälsoeffekt på befolkningen, däribland frekvens av fall, dödsfall och förtida död.

1.7 Sjukdomens sociala effekt, däribland grad av lidande, frekvens av följsjukdomar hos överlevande, försämring av livskvalitet och kvalitetsjusterad förtida död, långvarig funktionsnedsättning, påverkan på familjer och anhörigvårdare, rädsla för sjukdom, påfrestningar på samhällen.

1.8 Sjukdomens ekonomiska effekter, däribland direkta och indirekta kostnader för patienter och deras familjer, produktivitetsförluster, nyttjande av hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdskostnader.

2 Vaccinets egenskaper

Fråga 2: Är vaccinets egenskaper sådana att ett effektivt och säkert vaccinationsprogram kan implementeras?

2.1 Vaccinets egenskaper (dvs. levande, försvagat, avdödat, absorberat/icke-absorberat, virus- eller bakteriebaserat).

2.2 De kommersiella produkternas egenskaper (dvs. framställning, stabiliseringsmedel och konserveringsmedel, dosering, kombination med andra vacciner, förvaring, hantering, konservering, produktformat).

2.3 Vaccintillverkare, produktionskapacitet och tillgång.

2.4 Vaccinationsschema, antal doser, koppling till andra vacciner.

2.5 Immunsvarets egenskaper.

2.6 Immunogenitet i olika befolkningsgrupper.

2.7 Kort- och långsiktig effekt av vaccinet, exempelvis i fråga om minskad risk för sjukdoms- och dödsfall.

2.8 Vaccinets effekt på spridning av de specifika och relaterade organismerna (dvs. minskad spridningshastighet och att närliggande typer av organismer ersätter dem som vaccinet omfattar).

2.9 Kort- och långsiktig effektivitet på befolkningen (dvs. hur effektivt vaccinet minskar sjukdomsburden, inklusive flockimmunitet).

2.10 Säkerhet: hur vanligt det är att vaccinet ger biverkningar och hur allvarliga dessa är, kontraindikationer, försiktighetsåtgärder.

2.11 Potentiell interaktion med andra vacciner.

2.12 Vaccinationsprogrammets potentiella inverkan på resistens mot antibiotika och antivirala medel.

3 Vaccinationsstrategi- och program

Fråga 3: Finns det en vaccinationsstrategi som gör det möjligt att nå målen att kontrollera sjukdomen samtidigt som man når sanitära och operativa mål?

3.1 Befintliga rekommendationer/riktlinjer för användning av vaccinet (dvs. reglerande organ, konsensuskonferenser, produktmonografi).

3.2 Mål för preventionen: avgränsa, eliminera eller utrota sjukdomen.

3.3 Alternativa vaccinationsstrategier och -program för att nå målet (dvs. selektiva eller universella vaccinationsprogram, påfyllnadsprogram).

3.4 Strategi/system för att verkställa programmet: sjuksköterskor eller läkare, privat eller offentligt, olika vaccinationsställen (dvs. skolor, privata mottagningar, landstingsdrivna mottagningar).

3.5 Specifika mål med programmet i fråga om minskad incidens, komplikationer, följsjukdomar och dödlighet.

3.6 Specifika operativa mål i fråga om täckningsgrad för olika målgrupper och mängd kasserat vaccin.

4 Programmets kostnadseffektivitet

Fråga 4: Är det möjligt att finansiera programmet och är index för kostnadseffektivitet jämförbara med andra medicinska interventioner?

4.1 Vaccinets kostnad, vilken bland annat avgörs av hur många företag som distribuerar vaccinet och vilka marknadsstrategier de har.

4.2 Total kostnad och alternativkostnad för programmet ur ett samhällsperspektiv, inklusive direkta och indirekta kostnader för familjer och för hälso- och sjukvårdssystemet samt kostnader för att implementera och driva programmet.

4.3 Evidens för programmets kort- och långsiktiga effektivitet, däribland i fråga om minskad incidens av sjukdomen, komplikationer, följsjukdomar och dödlighet.

4.4 Evidens för social och ekonomisk nytta, däribland i fråga om minskade hälso- och sjukvårdskostnader, höjd förväntad livslängd, höjd livskvalitet för individer, familjer, vårdgivare och samhällen samt ökad produktivitet.

4.5 Annan indirekt nytta (dvs. minskad resistens hos mikrober, minskad belastning på akutmottagningar).

4.6 Ekonomisk utvärdering: Aktuella nettokostnader och kostnadsnyttokvoter (ur hälso- och sjukvårdens samt samhällets perspektiv) för alternativa strategier (per räddat liv, förebyggt fall, vunnet levnadsår, vunnet kvalitetsjusterat levnadsår), diskussion om underliggande antaganden, utvärdering av den ekonomiska modellens hållbarhet med hjälp av känslighetsanalyser, jämförelse med andra studier, relevans för lokala förhållanden och jämförelse med andra vacciner och andra medicinska interventioner.

5 Acceptans för vaccinationsprogrammet

Fråga 5: Finns det en stor efterfrågan på eller hög acceptans för vaccinationsprogrammet?

5.1 Allmän uppfattning kring sjukdomshot, allvarlighetsgrad, rädsla, krav på sjukdomskontroll.

5.2 Efterfrågan på/acceptansen för vaccinationsprogram inom målgrupperna, befolkningen som helhet, hos sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, läkare, folkhälsoarbetare) och myndigheter.

5.3 Det nya programmets prioritet i förhållande till andra potentiella/godkända program.

6 Programmets genomförbarhet

Fråga 6: Är det möjligt att implementera programmet med befintliga resurser?

6.1 Tillgång på vaccin och långsiktig tillförsel.

- 6.2 Tillgång på ekonomiska medel för att köpa in vaccin.
- 6.3 Möjlighet att implementera det nya programmet (i förhållande till annat vaccinationsprogram riktat mot samma målgrupp).
- 6.4 Förekomst av operativ kommitté för planering och implementering.
- 6.5 Integration av det nya programmet med befintliga vaccinationsprogram och scheman.
- 6.6 Effekter av programmet (inklusive påfyllnadsprogram) på befintliga vaccinationstjänster och andra hälso- och sjukvårdsinstanser (läkare, särskilda boenden/hem för vård eller boende, sjukhus, arbetsplatsförhållanden, . . .).
- 6.7 Målgruppens tillgänglighet och förväntad täckningsgrad för målgruppen.
- 6.8 Tillgång på personal samt tekniska och ekonomiska resurser för distribution, konservering (stabilitet genom kylkedja) och administrering av vacciner, inklusive implementering av det nya programmet och komplettering.
- 6.9 Tillgång på lämpliga blanketter för dokumentation och samtycke för befolkningen och för vårdgivare.
- 6.10 Tillgång på system för att registrera administrering av vaccin.
- 6.11 Tillgång på resurser för marknadsföring och kommunikation med allmänheten, information och utbildning av vårdpersonal.

7 Möjlighet att utvärdera program

Fråga 7: Går det att utvärdera de olika aspekterna av programmet?

- 7.1 Önskemål om utvärdering hos familjer, vårdpersonal (sjuksköterskor, läkare, folkhälsoarbetare) och myndigheter.
- 7.2 Tillgång till informationssystem för att mäta täckningsgrad (däribland vaccinationsregister) och vaccinanvändning, kvalitet på vaccinationstjänster.

7.3 Tillgång till informationssystem för att övervaka minskad incidens av sjukdomen, komplikationer, följsjukdomar och dödlighet.

7.4 Tillgång till informationssystem för att övervaka biverkningar med koppling till vaccinationen.

7.5 Tillgång till system för att samköra vårdkvalitetsregister, vaccinationsregister och befolkningsregister.

8 Forskningsfrågor

Fråga 8: Har viktiga forskningsfrågor som kan påverka implementeringen av programmet behandlats tillfredsställande?

8.1 Huvudsakliga osäkerheter som rör vaccinet och vaccinationsprogrammets effekter.

8.2 Pågående och planerade forskningsprojekt inom vaccinutveckling, immunogenitet, effekt och säkerhet.

8.3 Behov av forskning som stöd för utvärdering, planering och beslutsfattande kring det här programmet specifikt, och förslag på hur dessa behov ska tillgodoses i tid.

8.4 Behov av ett pilotvaccinationsprogram.

9 Rättvisa i programmet

Fråga 9: Är programmet rättvist i fråga om tillgång på vaccin för alla målgrupper?

9.1 Det nya programmets rättvisa med hänsyn till universalitet, tillgänglighet och subvention av tjänster för de mest utsatta grupperna i befolkningen.

10 Etiska överväganden

Fråga 10: Har etiska frågor kring implementering av vaccinationsprogrammet behandlats tillfredsställande?

10.1 Etiska överväganden, däribland kring informerat samtycke och skydd av sekretessen för medicinsk information.

11 Juridiska överväganden

Fråga 11: Har juridiska frågor kring implementering av vaccinationsprogrammet behandlats tillfredsställande?

11.1 Juridiska överväganden som rör användning av vaccinet (dvs. att avvika från tillverkarens rekommendationer).

12 Programmets överensstämmelse

Fråga 12: Överensstämmer programmet med program som planeras eller implementeras på andra ställen (andra regioner eller länder)?

12.1 Programmets överensstämmelse med planerade eller befintliga program i andra länder och territorier.

13 Politiska överväganden

Fråga 13: Kommer det föreslagna programmet att vara okontroversiellt och/eller ge någon omedelbar politisk nytta?

13.1 Möjlig politisk nytta och risker som förknippas med implementering av programmet.

Vaccinpolitik: några strategiska överväganden

Daniel Tarschys

2010-0516

Med globaliseringen ökar tempot i politiken. Beslut om stora ingrepp måste allt oftare fattas under tidspress och på basis av ofullständigt underlag. Några djur visar symptom på galna kosjukan, ska köttproduktionen stoppas? Ett askmoln stiger mot skyn, vilken flygtrafik bör ställas in? En ny farsot börjar spridas, vilka motåtgärder erfordras? Att agera snabbt är garanterat dyrt, men att inte göra det kan bli ännu dyrare och kanske ödesdigert. Kostnadsfördelningen får ofta bli en senare fråga.

I värld med allt större rörlighet, handelsutbyte och gränsöverskridande miljöpåverkan duggar detta slags utmaningar allt tätare. De reser krav inte bara på kloka ställningstaganden i varje enskilt fall utan också på hållbara **generella strategier** för beslutsfattande: det behövs genomtänkta **institutionaliserade procedurer** för olika typer av brådskande avgöranden. Vilka intressen ska beaktas, vilka former av expertis bör dras in i processen? Vad vågar vi göra själva, och vad bör samordnas med andra? I brist på kunskap, ska vi handla som grannen? När beslut tas inom EU och majoriteten drar i en betänklig riktning, vilken följsamhet är rimlig och acceptabel – och i vilka lägen är det bättre att i stället spjärna emot? Hur påvert underlag duger vid en stark förnimmelse av *periculum in mora*? Vilket beslutstempo är adekvat? När övergår noggrannhet i vankelmod, var går gränsen mellan resolut handlande och överilade skott från höften?

Två huvudformer av osäkerhet

Vad vaccinutredningen har fått att bita i är ett specialproblem inom detta område som under senare år har bekymrat regeringar världen över. Farsoter kommer och går, men med tilltagande internationella kontakter kommer de allt hastigare. Först var det fågelinfluensan, sedan svininfluensan. I båda fallen krävdes snabba råd till resande och snabba insatser för ett förebyggande smittskydd. I båda fallen rådde det också en flerdimensionell osäkerhet.

Några normala inslag ovissheten kring pandemier är följande:

1. **Smittvägar.** Smittspridning kan ske på flera olika vägar och bedömningar härav är av stor betydelse när strategier för begränsning och bekämpning av infektionen ska läggas fast.
2. **Åldersgrupper och andra sjukdomar.** Smittbarheten påverkas av flera åldersanknutna faktorer som har att göra med kohorternas tidigare förvärvade immunitet. Därtill kommer att grupper med andra åkommor kan smittas lättare (s.k. kofaktorer).
3. **Smittsamhet.** Vissa pandemier är erfarenhetsmässigt mer smittsamma än andra.
4. **Fatalitet, mortalitet.** En annan variabel som ofta otillräckligt känd i pandemiernas tidiga skede är dödligheten och smittans djup i övrigt.
5. **Mutationer.** Särskilt stora risker uppstår när högsmittsamma men relativt ofarliga virus förenar sig med lågsmittsamma men farligare virus.
6. **Biverkningar.** Andra former av osäkerhet gäller vaccinerens effekter, inte minst påverkan av olika slags tillsatser (s.k. adjuvanter) som avses förhöja verkningsgraden.
7. **Dosstorlek och frekvens.** Vid nya farsoter råder ofta osäkerhet om hur många injektioner som behövs och hur stora doser som bör användas.
8. **Påverkan på andra vaccineringar.** Ett problem som nyligen uppmärksammats i samband med svininfluensan var vaccineringens inverkan på andra planerade vaccineringar, t.ex. inom skolhälsovården. Ju fler vacciner vi tar, dess större uppmärksamhet kan behöva riktas mot de samlade effekterna.

Låt oss kalla dessa former av osäkerhet för **sakrelaterade**. De hänger samman med en rad aspekter av farsoten och de kurativa och preventiva läkemedlen vars verkningar ofta är otillräckligt kända.

Därtill finns emellertid också en annan typ av osäkerhet som är kopplad till de offentliga insatserna. Hur ser ansvarsförhållandena ut? Vem gör vad inom smittskyddet och vården? Vem betalar? Och när expertisen är oense och signalerna från olika länder går isär, vem kan man lita på och vems råd bör man följa? Detta slags osäkerhet kan beskrivas som **processrelaterad**.

Vilka utsikter finns det att skingra dessa båda former av osäkerhet? De sakrelaterade är ofta motståndskraftiga, även om framsteg inom medicinen och andra biovetenskaper kan nagga dem i kanten. Den processrelaterade osäkerheten som hänger samman med det komplexa beslutssystemet inom hälso- och sjukvården borde teoretiskt sett vara lättare att ta itu med. Men inte heller här väntar några promenadsegrar.

Ett fält under internationalisering

En viktig grogrund för den processrelaterade osäkerheten är det alltmer internationaliserade kunskapssystemet. De forskningsresultat som publiceras i något halvdussin auktoritativa tidskrifter får snabbt ett starkt genomslag i opinionen. Detsamma gäller Världshälsoorganisationens rekommendationer. I vilken mån de sedan omsätts i handling är en annan sak.

Utvecklingen inom EU är av särskilt intresse för svenskt vidkommande. Det nyligen antagna Lissabon-fördraget ger unionen en något stärkt fast ändå inte särskilt stark roll inom hälso- och sjukvården, men EU-politiken är påtagligt dynamisk och ett vidgat utrymme för samordning och harmonisering kan tänkas uppstå på flera olika sätt.

Under det senaste året har alla de tre centrala institutionerna inom EU engagerat sig i vaccinfrågor. **Kommissionen** presenterade 15 september 2009 ett förslag till en europeisk pandemistrategi. Enligt presskommunikén:

Today, the Commission adopted a strategy paper supporting Member States in their efforts to respond efficiently to the pandemic H1N1 2009. In order to minimise the negative impact of the pandemic, the Commission highlights the importance of close coordination between EU Member States in all related sectors affected by the pandemic. The Commission leads the EU coordination on the pandemic through well established structures such as the EU's Health Security Committee and with the scientific advice provided by EU Agencies (e.g European Centre for Disease Prevention and Control and European Medicines Agency). The strategy paper identifies key strategic strands to strengthen coordination and emphasises support to the Member States that are in a less favourable situation. Vaccination remains one of the most effective means of preventing the spread of the pandemic and attention is centred on vaccine development and vaccination strategies as well as supporting Member States in procuring vaccines. The need for clear, coherent and targeted messages on preventive measures,

including vaccination, to the public is add. Solidarity for third countries is also part of the overall capacity building that the Commission wants to promote.

Svininfluensan behandlades därefter under svenskt ordförandeskap på **Rådsmötet** för sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor 30 november-1 december 2009. Man diskuterade då Kommissionens förslag om samordning av anskaffningen och lagringen av vaccin och nådde följande slutsats:

Ministers broadly welcomed the Commission's suggestion that a virtual stockpile of vaccines and antiviral products be created, in order to be prepared for emergencies in member states or third countries. They asked the Commission to clarify the practical and legal aspects of such a virtual stockpile.

Också i **Parlamentet** finns ett livligt intresse för pandemi- och vaccinfrågor, inte minst i anslutning till HIV och svininfluensan. Även om Kommissionens svar på ställda frågor regelmässigt erinrar om den gällande arbetsfördelningen mellan unionen och medlemsstaterna går framtida tendenser till kompetensglidning inte att utesluta. Inom forskningsprogrammen ges redan i dag anslag till vaccinrelaterade undersökningar.

Den sektoriserade sjukvården

En annan källa till processrelaterad osäkerhet på vaccinområdet är den arbetsfördelning som vi har etablerat mellan olika offentliga myndigheter.

Dels handlar det här om olika nivåer som alla har ett finger med i smittskyddet, dels om olika organ på varje nivå. Kommunerna är inblandade genom skolsköterskan och äldreomsorgen. Landstingen är sjukvårdshuvudmän, ansvariga för barnvårdscentralerna och hemvist för smittskyddsläkaren. SKL företräder båda kommuntyperna. Länsstyrelserna ansvarar för veterinärmedicinskt smittskydd. På central statlig nivå finns så Folkhälsoinstitutet, SBU, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Läkemedelverket, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), som från 1 januari 2009 ersatt den tidigare Krisberedskapsmyndigheten (KBM). Smittskyddsfrågor kan därtill aktualiseras hos många andra offentliga myndigheter i deras egenskaper av arbetsgivare och huvudmän för service riktad till allmänheten.

Funktionsfördelningen mellan de olika organen är säkert någorlunda väl genomtänkt och preciserad i de olika instruktionerna, men vad som är tydligt uppifrån kan ändå bli rätt suddigt nerifrån. En rundsurfning på Socialstyrelsens, SKLs, Smittskyddsinstitutets och Läkemedelsverkets hemsidor ger ett intryck av att alla dessa statliga myndigheter har ett betydande ansvar för smittskydds- och vaccinfrågor. Det är nog ingen särskilt djärv gissning att det hos allmänheten råder rätt dimmiga föreställningar om vem som gör vad inom smittskyddet.

Det splittrade ansvaret är förstås ingen specialitet för just detta område. Det är ett allmänt fenomen i den samtida offentliga sektorn, länkat till en ökande differentiering både i kunskapsproduktionen och i den materiella produktionen. Vetenskaps-samhället blir alltmer uppspjälkat. Med en tilltagande administrativ specialisering följer ofta en högre verkningsgrad i de offentliga insatserna, bl.a. genom ökad professionalism och bättre riktade insatser på olika områden. Samtidigt fragmenteras den administrativa kontaktytan gentemot medborgare och företag, och även inom förvaltningen växer det fram nya behov av avstämning och samordning.

Priset för ökad effektivitet blir inte bara en större komplexitet utan också en risk för att olika slags sarrationaliteter tar överhanden. Man talar om tunnelseende, suboptimeringar och stuprörsmyndigheter. Det uppstår vidare risker för att en del viktiga strävanden hamnar mellan stolarna och att ingen riktigt har uppsikt över diffusa svärmar av bieffekter.

Under senare decennier har denna tendens i samhällsutvecklingen fått namnet "sektorisering". I sjukvården hade denna term ursprungligen en helt annan innebörd, kopplad till omvandlingen inom psykiatrin. Numera är den dock en vedertagen beteckning på den mångfald av offentliga instanser som gör förvaltningen inflätad och svåröverskådlig. Problemet behandlades för några år sedan av Ansvarskommittén (SOU 2007:10), som också la fram flera förslag om en förbättrad samordning. Kommittén anslöt på denna punkt till en internationell strömning som kallas "whole-of-government approach" eller "joined-up government". Även Förvaltningskommittén (SOU 2008:18) och Statskontoret (2005:3) har varit inne på liknande teman.

Vägar mot ökad integrering

Hur kan splittring och sektorisering motverkas? Hur kan förvaltningen bli mer integrerad, mer slagkraftig och samtidigt mer överskådlig? De recept som har lanserats skulle kunna indelas i (1) *horisontella* och (2) *vertikala*.

Med horisontella ansatser avses i detta sammanhang försök att stärka sambandet och samarbetet mellan olika förvaltningsenheter och tekniska kompetenser. Det kan ske såväl genom organisatoriska förändringar – fusioner, nätverksbyggande eller uppbyggnad av särskilda samverkansorgan – som genom förbättrad kommunikation och interaktion i det konkreta förvaltningsarbetet.

De vertikala metoderna går ut på en fastare och mer sammanhållen ledning av förvaltningen. Syftet är här att utnyttja den större överblick som kan vinnas på högre nivåer för att se till att resursfördelningen blir mer rationell och verksamheten på fältet mer samstämd, effektiv och riktad mot gemensamma mål.

Inom hälso- och sjukvården har fusioner ibland prövats, som t.ex. när Medicinalstyrelsen och den gamla Socialstyrelsen slogs samman till nya Socialstyrelsen. Folkhälsoinstitutet har både lagts ner och återuppstått. Huvudstrategin har emellertid varit att främja samverkan mellan olika instanser genom olika typer av kontaktorgan. Vid Socialstyrelsen finns flera rådgivande som medverkar till en sådan samordning, däribland Nationella pandemigruppen (NPG). Gruppen leds av Socialstyrelsens generaldirektör och består därutöver av cheferna för Smittskyddsinstitutet, Arbetsmiljöverket, Läke medelsverket, MSK och SKL. Utöver dessa aktörer kan vid behov också andra myndigheter knytas till gruppen.

Den vertikala tekniken handlar i huvudsak om att stärka regeringens kapacitet att styra och samordna förvaltningen i syfte att nå ökad konsekvens, synergi och verkansgrad i de offentliga insatserna. Viktiga instrument är chefsutbildningen samt mål- och resultatdialogen. I vissa lägen kan den vertikala metoden också rymma element av recentralisering. Antingen kan tidigare delegerade uppgifter återtas eller också kan vissa medel innehållas av regeringen till dess egen disposition. När nya program lanserats har verkställigheten i några fall lagts kvar i regeringskansliet. Hanteringen av större förvaltningsuppgifter på departementsnivå är emellertid långtifrån problemfri, och Konstitutionsutskottet har efter sin granskning av arbetet med den första s.k. Östersjömiljarden uttryckligen varnat för denna strategi.

Mellan politik och förvaltning

Fördelningen av uppgifter mellan regeringen och myndigheterna är i den svenska modellen i allt väsentligt en fråga för regeringen, och den är vidare en fråga som inte behöver avgöras en gång för alla. Gränsen mellan politik och förvaltning kan revideras, och så sker också fortlöpande i båda riktningarna.

Huvudtendensen är dock en stadigt fortskridande delegering. Historiskt sett har regeringen sedan länge sökt rensa sitt bord från ärenden av mer administrativ karaktär för att få tid och utrymme för politiskt mer intressanta frågor. Denna strävan kan följas tillbaka i fler sekler och har bl.a. inneburit en stark expansion av domstolssfären. Med rambudgeteringen överfördes också många avgöranden i förvaltningsinterna frågor till myndigheterna själva. Den modell som normalt används vid riksdagens bemyndiganden ("till regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer") lägger den rättsliga grunden för denna omfattande delegering, men också för selektiva återtag av ärenden eller ärendegrupper när regeringen finner så påkallat.

Till regeln om regeringens frihet att själv avgöra sin egen gränsdragning gentemot myndigheterna finns två undantag. Det ena är den situation som uppstår när riksdagen har uttalat sig för en viss arbetsfördelning. Vilken rättsverkan sådana uttalanden har är inte helt klarlagt vare sig i grundlagen eller i doktrinen. Ett uttalande som skett i anslutning till anslagsbeviljande bör dock tillmätas en betydande auktoritet. I andra sammanhang får det anses lämpligt att regeringen åtminstone förklarar grunderna till sitt ställningstagande om den väljer att inte villfara en opinionsyttring av riksdagen (SOU 2008:125 s. 302f.).

Det andra undantaget som är mer otvetydigt bindande är den funktionsfördelning som i vissa fall är fastlagd i lag. Detta följer av RF 11:7 (enligt det vilande förslaget till ny grundlag RF 12:2) som stipulerar att ingen myndighet, inte heller riksdagen eller en kommuns beslutande organ, får bestämma hur en förvaltningsmyndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot en enskild eller mot en kommun eller som rör tillämpning av lag.

Riksdag och regering

Varken riksdag eller regering får alltså enligt denna paragraf ingripa i lagtillämpningen. Men när det inte finns någon lag att tillämpa har riksdagen avsevärt större frihet att agera. Rent konstitutionellt är det inget som hindrar riksdagen från att bestämma vilka vaccinprogram som bör finnas. Som yttersta beslutsfattare i budgetfrågor kan de folkvalda när de så önskar gå mycket långt i detaljreglering.

Därmed är inte sagt att en sådan styrning är lämplig. Historiskt sett har riksdagen visat stor återhållsamhet när det gäller att gå in i frågor som kräver särskild medicinsk expertis. I motionsfloden saknas emellertid inte förslag om samhällets vaccinprogram. Det ställs också en hel del frågor i sådana ämnen. En sökning i riksdagstrycket på ordet ”vaccin” ger följande träffbild:

1970-talet	47
1980-talet	88
1990-talet	192
2000-talet	554

På grund av riksdagstryckets metamorfoser bör sifferserien tolkas med stor försiktighet, men tendensen mot ett ökat intresse för vaccinfrågor förefaller ändå tydlig.

Att de folkvalda engagerar sig i smittskydds- och folkhälsofrågor är både naturligt och välkommet. Däremot kan det ifrågasättas om riksdagen är en ändamålsenlig arena för konkreta vaccinpolitiska avgöranden. Flera omständigheter talar i motsatt riktning. Parlamentariska beslut kan influeras av kortsiktiga panikreaktioner och kan heller inte kalibreras med den flexibilitet och precision som erfordras när nya rön och erfarenheter oavbrutet tillstöter. Riksdagens schema och arbetstempo är heller inte lämpade för den sortens avgöranden. Ett beslut fattat i oktober kan te sig passerat redan i november, men då har det berörda riksdagsutskottet redan övergått till andra ärenden.

En naturligare roll för parlamentet är att därför att lägga fast system, organisation och procedurer för ställningstaganden på mer operativa nivåer. Om så sker genom lagstiftning vinner man flera fördelar. Dels fixeras arbetsfördelningen mellan regeringen och myndighetssfären. Dels reglerar riksdagen genom självbindning sin egen roll i beslutsprocessen. Dels slutligen kan riksdagen föreskriva

vilka typer av expertis som bör finnas företrädd vid konkreta ställningstaganden om vaccinprogram.

En lag ger stadga åt beslutsprocessen...

Att beslutsprocessen i vaccinfrågor i dag ter sig förvirrande för allmänheten är uppenbart. Det beror inte bara på missförstånd eller bristande insikter utan också på överlappande uppdrag hos skilda aktörer. När konkreta smittskyddsåtgärder diskuteras offentligt krävs det inget finkänsligt gehör för att ibland uppfatta motstridande signaler från olika avsändare. Härtill bidrar inte enbart de olika myndigheternas specifika mandat utan också divergerande och föränderliga bedömningar inom expertkåren. Någon gång dallrar luften av misstankar om att den förväntade kostnadsfördelningen inverkar på både diagnoser och recept. Regerande politikernas naturliga strävan efter att visa dådkraft och oppositionspolitikernas lika naturliga benägenhet att ifrågasätta denna dådkraft kan alstra ytterligare spänningar. För debatten offentligt riskerar båda parter också att låsa sig i bedömningar som efter hand ter sig överspelade. Till allt detta kommer nu också internet-samhällets allt ymnigare flöde av underrättelser och åsikter från när och fjärran.

I sina förvaltningspolitiska budskap har regeringen i många sammanhang, senast i prop. 2009/10:175 *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt*, betonat värdet av renodling och tydlighet: ”En mera överskådlig förvaltningsstruktur och minskad sektorisering eftersträvas i syfte att förenkla kontakterna för medborgare och företag samt underlätta samverkan mellan statliga myndigheter och mellan statlig och kommunal förvaltning.”

Ambitionen må vara lovvärd, men utsikterna till framgång är mycket begränsade. Varken besvärjelser eller strukturreformer biter särskilt hårt på den accelererande komplexiteten i ett utvecklat kunskapssamhälle. Snarare måste vi nog lära oss att leva med denna sammanvävda mångfald och optimera metoderna för samordning i ändamålsenliga former och doser.

Detta gäller många politikområden, och det gäller inte minst vaccinpolitiken. Den skär genom så många verksamhetsfält att varje tanke på ett helhetsansvar hos någon enda aktör måste avfärdas som orealistisk. Behovet av överskådlighet och slagkraft får i stället tillgodoses på andra vägar.

En lagreglerad beslutsprocess inom vaccinområdet har flera fördelar i jämförelse med dagens otydliga beslutsordning, som närmast kan beskrivas som summan av en serie svåröverskådliga och delvis överlappande uppdrag som riksdag och regering vid olika tillfällen har givit åt olika instanser. Lagens poänger har berörts ovan. Det handlar om en tydligare definition av riksdagens, regeringens och myndighetsfärens ansvar liksom en precisering av de olika intressen och perspektiv som behöver dras in i beslutsprocessen. Lagvägen kan också kostnadsfördelningen mellan stat och kommun ges en fastare grund.

...men löser inte alla problem

Även med en lag kvarstår dock flera problemfält. Två förtjänar särskild uppmärksamhet: vaccinpolitikens fortsatta **internationalisering** och **implementeringen** av nationella vaccinprogram.

Det finns för det första all anledning att anta den europeiska integrationen kommer att fortskrida och ge alltfler avtryck även inom hälso- och sjukvården. Smittskyddsfrågorna är i eminent utsträckning gränsöverskridande och därför naturliga samarbetsområden. En del förutsättningar som legat till grund för utredningens direktiv kan därför komma att rubbas inom en inte alltför avlägsen framtid. Vill vi undvika att enbart följa John i pågående harmoniserings- och integrationsprocesser finns det skäl för svenska aktörer att aktivt engagera sig i detta utvecklingsarbete.

Det andra frågekomplexet som fått relativt begränsad plats i utredningens direktiv gäller kommunikationen kring nationella vaccinprogram. Det uppmärksammas visserligen att personalen behöver stöd för sina insatser: ”En viktig uppgift för hälso- och sjukvårdspersonalen är att förmedla information om de vacciner som ingår i de nationella vaccinationsprogrammen till de individer som erbjuds vaccination. Landstingen kan sägas ha uppgiften att förse hälso- och sjukvårdspersonalen med det kunskapsunderlag som de behöver för att fullgöra denna uppgift.” Direktiven understryker vidare vikten av en information som är oberoende av producentintressen.

Kommunikationsuppgiften kan emellertid inte reduceras till vardagliga upplysningsinsatser inom vården. Nationella program riktar sig till bestämda ålderskohorter av nio miljoner beslutsfattare. Ska de ge avsedd verkan krävs långt mer av strategiska

överväganden om förmedlingen och mottagandet av relevant information. Avsedda målgrupper måste inte endast delges aktuella riskbedömningar och insikter om värdet av erbjudna vacciner utan också motiveras att följa givna rekommendationer.

Den svåra implementeringen

Hur reagerar medborgarna på goda råd uppifrån? Det allmänt höga förtroendet för svensk hälso- och sjukvård kan lätt invagga oss i föreställningen att följsamheten borde vara god i Sverige. Historiskt sett har så varit fallet med mycket hög acceptans av barnvaccinationer. Men det är inte alls säkert att detsamma gäller för olika typer av nyupptäckta farsoter. Särskilt om den internationella expertisen är kluven i sina bedömningar och skilda strategier antas i olika länder är det inte alls säkert att implementeringen löper som avsett.

Utländska erfarenheter belyser problemet. I Frankrike erbjöds hela befolkningen vaccinering mot svininfluensan, men trots en intensiv kampanj var det bara sju procent som nappade på erbjudandet. Även svenska lärdomar av smittskyddsinsatser visar att opinionsbildning ibland hamnar i motlut.

Det är viktigt att påminna om att inte ens nationella vaccineringsprogram är något annat än erbjudanden. Svensk lag tvingar inte enskilda att låta vaccinera sig. Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall rymmer en del möjligheter till tvång, men inte denna. Smittskyddslagen (2004:168) möjliggör vissa former av isolering och ålägger sjuka ett betydande eget ansvar för att förhindra smittspridning, men tvångsmedicinering ingår inte åtgärdsregistret. Tvärtom inskräper lagen (4 §) att alla åtgärder skall vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet.

Det är därför inte alls självklart att vaccineringsprogram leder till åsyftade effekter. Genomförandet kan bromsas på flera olika nivåer, hos sjukvårdshuvudmännen, inom vården eller hos allmänheten. Även om finansieringsfrågorna är lösta kan det finnas andra skäl till tröghet och tveksamhet. Hitförande frågor behandlas i statsvetenskaplig implementeringsforskning.

Motstånd mot vaccinering blir naturligtvis särskilt starkt om det råder osäkerhet t.ex. om sjukdomens allvar, om smittsamheten och smittspridningens hastighet, om vaccinets effektivitet, om

biverkningar och om incidens på effekterna av andra vacciner. Myndigheternas expertis har i det moderna mediasamhället konkurrens med många andra mer eller mindre trovärdiga auktoriteter och informationskällor. Dessutom kan ny kunskap tillkomma under beslutsprocessens lopp. Oron kan tillta men också avta, som illustreras av de färska erfarenheterna av svininfluensan.

Något som förtjänar särskild uppmärksamhet är hur oenighet inom expertisen ska hanteras. Det är lätt att önska sig att alla sakförståndiga ska tala med en enda stämma, men all erfarenhet talar för att så inte kommer att ske. Dels finns det dissidenter och tokstollar i alla yrkeskårer, dels råder alltid en viss skepsis bland de journalister som bevakar utvecklingen. En dos misstänksamhet mot kommersiella intressen ingår i paketet. På den politiska arenan råder alltid varierande grader av konkurrens inom och mellan partierna och detta kan i vissa lägen leda till oenighet. Men långtifrån alltid, bör det tillfogas. Politiker vill uppfattas som seriösa och blir därför obenägna till överdrivet hackande och smågnabb i frågor där väljarna kan antas premiera sakligt engagemang och gemensamt ansvarstagande.

Men den vita rockens magi är inte vad den har varit. I individualismens tidsålder träffar var och en egna val. Väl så viktigt som att överväga hur beslut om vaccinprogram bör fattas för att bli så rationella och effektiva som möjligt är det därför att utforma beslutsprocessen så att den uppfattas som legitim och auktoritativ. Det behövs kloka och erfarna ansikten som med tyngd kan förklara riskbilden för allmänheten och motivera till förebyggande åtgärder.

Presentationen av fattade beslut kräver med andra ord en välgenomtänkt kommunikationsstrategi. Detta är en så komplicerad uppgift att den bör övervägas i särskild ordning, som en del av den fortsatta beredningen av en hållbar vaccinpolitik.

Statens offentliga utredningar 2010

Kronologisk förteckning

1. Lätt att göra rätt – om förmedling av brottsskadestånd. Ju.
2. Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. Ju.
3. Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. M.
4. Allmänna handlingar i elektronisk form – offentlighet och integritet. Ju.
5. Skolgång för alla barn. U.
6. Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. M.
7. Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. IJ.
8. En myndighet för havs- och vattenmiljö. M.
9. Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. Jo.
10. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
11. Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. Ku.
12. I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. Ku.
13. Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. Fi.
14. Partsinsyn enligt rättegångsbalken. Ju.
15. Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. Ju.
16. Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. IJ.
17. Prissatt vatten? M.
18. En reformerad budgetlag. Fi.
19. Lärning – en bro mellan skola och arbetsliv. U.
20. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. Fi.
21. Bättre marknad för tjänstehundar. Jo.
22. Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. Fö.
23. Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. N.
24. Avtalad upphovsrätt. Ju.
25. Viss översyn av verksamhet och organisation på informations säkerhetsområdet. Fö.
26. Flyttningsbidrag och unionsrätten. A.
27. Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. N.
28. Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. U.
29. En ny förvaltningslag. Ju.
30. Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. N.
31. Första hjälpen i psykisk hälsa. S.
32. Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. UD.
33. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
34. På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksutställningar. Ku.
35. Kunskap som befrielse? En metanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. U.
36. Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. U.
37. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet. IJ.
38. Muttbrott. Ju.
39. Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. S.

Statens offentliga utredningar 2010

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Lätt att göra rätt
– om förmedling av brottsskadestånd. [1]
- Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. [2]
- Allmänna handlingar i elektronisk form
– offentlighet och integritet. [4]
- Partsinsyn enligt rättegångsbalken. [14]
- Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. [15]
- Avtalad upphovsrätt. [24]
- En ny förvaltningslag. [29]
- Mutbrott. (38)

Utrikesdepartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. [32]

Försvarsdepartementet

- Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. [22]
- Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. [25]

Socialdepartementet

- Första hjälpen i psykisk hälsa. [31]
- Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. [39]

Finansdepartementet

- Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. [13]
- En reformerad budgetlag. [18]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. [20]

Utbildningsdepartementet

- Skolgång för alla barn. [5]
- Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [10]

- Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. [19]

- Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. [28]

- Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [33]

- Kunskap som befrielse? En metaanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. [35]

- Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. [36]

Jordbruksdepartementet

- Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. [9]

- Bättre marknad för tjänstehundar. [21]

Miljödepartementet

- Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. [3]

- Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. [6]

- En myndighet för havs- och vattenmiljö. [8]

- Prissatt vatten? [17]

Näringsdepartementet

- Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. [23]

- Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. [27]

- Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. [30]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

- Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. [7]

Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. [16]

Sverige för nyanlända utanför flyktingmottandet. [37]

Kulturdepartementet

Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. [11]

I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. [12]

På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksutställningar. [34]

Arbetsmarknadsdepartementet

Flyttningsbidrag och unionsrätten. [26]