

Vacciner måste vara minimalt biverkningsbelastade

Allvarliga biverkningar hotar allmänhetens tilltro



SVEN BRITTON, professor emeritus infektionssjukdomar, Stockholm sven.britton@ki.se

Sedan Anders Lindberg skrev sin balanserade artikel om vaccinationsepidemiologi i detta nummer av Läkartidningen har ytterligare nio medlemmar i vaccinationskampanjen för att utrota polio dödats, denna gång i Nigeria. Det är förfärligt att vaccination inte bara kan rädda utan också kosta liv.

Anledningen till Lindbergs fina text är naturligtvis debaclet med den första forcerade massvaccinationen i vårt land, mot »svininfluensan«, A/H1N1, 2009.

Jag ansåg inledningsvis att vaccinet var alldeles för snabbt framforcerat för att ges till miljontals människor, inte minst till barn, för en infektion vars genomslag och effekter huvudsakligen beräknades baserat på matematiska modeller. Till detta kom tillverkarens oblyga ansats att klämma ut så mycket pengar som möjligt från en köpare som var ställd mot väggen. Slutnotan är så vitt jag vet ännu okänd (flertalet kontrakt är hemligstämplade), och vi har betalat dyra pengar för ett lager vaccin som vi nu inte kan använda – det räckte ju med en dos i stället för den av tillverkaren rekommenderade tvådosregimen.

Även bindningar mellan WHO:s ledning, som utfärdade pandemivarningen, och vaccinindustrin framkom. Jag debatterade öppet mot Smittskyddsinstitutets och Socialstyrelsens tillskyndare av massvaccination.

Sensommaren 2009 vikarierade jag dock på infektionskliniken i Gävle och hade hand om två unga, influensainfektade patienter, där sjukdomsförloppen var mycket dramatiska. Den ena patienten skickades med flyg till Danmark för extrakorporeal syresättning, ECMO (alla platser i Sverige var upptagna).

Efter det iklädde jag mig den patientansvarige läkarens rock och tillrädde

vaccination för att i det enskilda fallet undvika så svåra livshotande tillstånd.

Dessa något motstridiga positioner är möjliga att inta utan att vara vare sig tokig eller speciellt karaktärlös. Samhällsintresse ställs mot individintresse, och som läkare är mitt första ansvar mot den enskilda patienten. Reservationen inför denna massvaccination var riktig med tanke på det blygsamma genomslag infektionen fick och de otäcka biverkningar som sedan dök upp. Men för de få enskilda som drabbades svårt var svininfluensan ändå en katastrof.

Förebyggande vacciner (det finns ju terapeutiska också, även om de ännu är få)

måste naturligtvis ha minimala biverkningar, eftersom de ges till friska människor, ofta till barn som inte själva får avsäga sig dem. Sena sällsynta biverkningar – som nu narkolepsi (färiska beräkningar från Storbritannien anger 1 fall per 52 000–57 000 vaccinerade barn) efter vaccinet Pandemrix mot influensa A/H1N1 [1] – är omöjliga att upptäcka när vaccinet snabbt ska tas fram för att stävja en framrusande epidemi.

Som Lindberg framhåller har Sverige världens högsta vaccinationstäckning för barn (98 procent), trots att vaccinationen hos oss är frivillig till skillnad från flera andra länder där vaccination krävs för att få börja skolan. Ingenting tyder ännu på att förtroendet minskar.

Det svenska barnvaccinationsprogrammet innefattar vaccination mot tio sjukdomar, och det finns åtminstone inga immunologiska hinder för att inte lägga till ytterligare tio om bra och medicinskt meningsfulla vacciner utvecklas. Immunförsvaret kan handskas med betydligt större tal än så.

Vårt land har fört en framsynt vaccinationspolitik. Sverige var bland de första att börja med allmän vaccination mot smittkoppor redan på 1800-talet [2]. Genom barnläkaren Arvid Wallgrens hängivna arbete infördes allmän BCG-vaccination av barn redan i slutet av 1930-talet [3], och virologiprofessor Sven Gards goda kontakter med Jonas

Salk bidrog till att vi var det första land som började (1957) med allmän vaccination mot polio med Salk-vaccinet [4].

Att minst 150 svenska barn drabbats av en så pass allvarlig biverkning som narkolepsi genom vaccin mot en sjukdom som inte tillhör de svåraste riskerar att minska förtroendet för vaccinationer i allmänhet och till barn i synnerhet.

Vid katastrofen i Lübeck 1930 [5] fick hundratals barn tuberkulos, och många dog, av ett vaccin där man förväxlat de attenuerade kotuberkelbacillerna (BCG) med viabla tuberkelbaciller. Det tog flera år innan BCG-vaccin åter kunde börja användas i full skala.

Vi får hoppas att folkbildningen i vårt land fortfarande är så pass att människorna fortsätter att inse värdet av de vacciner som ingår i det nationella programmet. För detta krävs att alla experter spelar med öppna kort och besinnar sig inför de kommersiella tryck som vaccinationsmedicinen alltmer utsätts för.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. European Centre for Disease Control and Prevention. Narcolepsy in association with pandemic influenza vaccination (a multi-country European epidemiological investigation). Stockholm: ECDC; 2012.
2. Sköld P. Kampen mot kopporerna – preventivmedicinens genombrott. I: Sundin J, Hogstedt C, Lindberg J, et al, redaktörer. Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv. Stockholm: Statens folkhälsainstitut; 2005. R 2005:8. p.133-72.
3. Rabo E. Arvid Wallgrens framgångsrika kamp mot tuberkulosen. Läkartidningen. 1998;95: 5788-90.
4. Gard S. Polioupptäckten. Stockholm: Karolinska institutet; 2010.
5. Dixon G. Pulmonary tuberculosis in childhood. BMJ. 1931;694-7.

■ SAMMANFATTAT

Förebyggandet av allvarliga infektioner med vaccin är medicinens största framsteg hittills. **Sverige har** mycket hög vaccinationstäckning för barn, trots frivillighet.

Vacciner ges till friska och ska därför vara minimalt biverkningsbelastade. Allvarliga biverkningar hotar tilltron, vilket historiska exempel visar.

Det är oklart hur den allvarliga biverkningen narkolepsi hos många barn efter massvaccinationen 2009 mot influensa A/H1N1 kommer att påverka vaccinationsbenägenheten.