



Folkhälsomyndigheten

Orsaker till lokalt låg täckning av MPR-vaccination i Sverige

Pilottest av WHO:s metod Tailoring Immunization Programmes (TIP)



Orsaker till lokalt låg täckning av MPR-vaccination i Sverige

Pilottest av WHO:s metod Tailoring Immunization Programmes (TIP)

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från: Folkhälsomyndighetens beställningsservice c/o Strömberg,
120 88 Stockholm. Fax: 08-779 96 67. E-post: folkhalsomyndigheten@strd.se.

Den kan även laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2014.

ISBN 978-91-7603-364-7 (pdf)

ISBN 978-91-7603-365-4 (print)

Förord

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet med ett övergripande ansvar för folkhälsofrågor. Myndighetens uppdrag är att främja hälsa, förebygga ohälsa samt skydda mot hälsohot. Barnvaccinationsprogrammet utgör en viktig del av det preventiva folkhälsoarbetet i Sverige. Folkhälsomyndigheten har ansvar för att följa upp vaccinationsprogrammet och arbetar med information och utbildning om vacciner och sjukdomar, i första hand till professionen. Arbetet sker i nära samarbete med Socialstyrelsen och Läkemedelsverket samt med andra aktörer som är ansvariga för att implementera vaccinationsprogrammet. För detta krävs kontinuerlig uppföljning av attityder och beteenden gällande vaccinationer bland såväl allmänheten som professionen.

Som ett led i arbetet med att eliminera mässling och röda hund i Europa har Världshälsoorganisationen (WHO-Europa) utvecklat metoden *Tailoring Immunization Programmes* (TIP) för att öka kunskapen om och överbrygga hinder för vaccination i grupper som är svåra att nå.

Under 2013 genomförde Smittskyddsinstitutet (nuvarande Folkhälsomyndigheten) ett pilotprojekt med TIP-metoden i form av tre delstudier bland identifierade riskgrupper för utbrott av mässling och röda hund: 1) befolkning som följer antroposofisk livsåskådning i Järna, 2) befolkning med somalisk bakgrund i Rinkeby/Tensta, och 3) papperslösa migranter i Stockholm och Göteborg. I metoden ingick även att ta fram förslag på målgruppsanpassade insatser för att öka vaccinationstäckningen.

Denna rapport redovisar resultatet från de tre delstudierna, samt beskriver erfarenheter och lärdomar av arbetet med TIP-metoden inom vaccinationsområdet. Rapporten ligger till grund för planeringen av flera riktade kommunikations- och utbildningsinsatser med målet att öka vaccinationstäckningen.

Målgrupperna för rapporten är smittskyddsläkare, barnhälsovården, skolhälsovården, andra nationella myndigheter och frivilligorganisationer. En annan målgrupp är andra länders myndigheter i Europa som planerar att använda TIP.

Rapporten har skrivits av Karina Godoy Ramirez, Emma Byström och Mona Ali, avdelningen för epidemiologi och utvärdering vid Folkhälsomyndigheten, samt Asha Jama och Asli Kulane, institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet. I den slutliga utformningen har enhetschef Ann Lindstrand, programchef Ingrid Uhnoo och avdelningschef Anders Tegnell deltagit.

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlsson
Generaldirektör

Innehåll

Förkortningar	8
Ordlista	9
Sammanfattning.....	10
Bakgrund.....	10
Syfte	10
Resultat.....	10
Förslag på möjliga insatser och förbättringsområden	11
Summary.....	12
Background	12
Aim	12
Results	13
Suggested possible interventions and areas of improvement	14
Bakgrund.....	15
Inledning	15
Sjukdomarna och MPR-vaccin i Sverige.....	15
Mässling – risk för komplikationer	15
Röda hund – risk för svåra fosterskador.....	16
MPR-vaccinet	16
Grupper med låg vaccinationstäckning.....	17
Orsaker till låg vaccinationstäckning	18
Nulägesbeskrivning.....	19
Befolkning med antroposofisk livsstil i Järna.....	20
Befolkning med somalisk bakgrund i Rinkeby och Tensta	21
Migranter.....	22
Tailoring Immunization Programmes (TIP).....	25
Principen bakom TIP.....	25
TIP: steg för steg	25
Syfte	29
Specifika delmål	29

Metod.....	30
TIP steg 1 – kartläggningsfas	30
Del 1: Definiera problemställning	30
Del 2: Stratifiera och prioritera målgrupper	30
Del 3: Analysera beteendemönster	31
TIP steg 2 – planeringsfas.....	31
Metod för att planera och utvärdera insatserna	32
Resultat.....	33
Analys av det nationella vaccinationsprogrammet	33
Studie i Järna bland befolkning med antroposofisk livsåskådning	34
Resultat av kvalitativ studie och TIP-analys.....	34
Insatser i Järna	36
Studie bland föräldrar med somaliskt ursprung i Rinkeby och Tensta.....	37
Resultat av kvalitativ studie och TIP-analys.....	37
Insatser i Rinkeby och Tensta	38
Studie bland papperslösa migranter i Stockholm och Göteborg	40
Resultat av kvalitativ studie och TIP-analys.....	40
Insatser bland papperslösa migranter	41
Diskussion	43
Reflektioner kring TIP-metoden	45
Aktivitetsplaner – Nära samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och landstingen	47
Förslag till övergripande insatser – alla målgrupper	47
Förslag till riktade insatser – befolkning med antroposofisk livsåskådning i Järna.....	48
Förslag till riktade insatser – somalisk befolkning i Tensta och Rinkeby.....	49
Förslag till riktade insatser – migranter, inklusive papperslösa	51
Referenser	52
Bilagor.....	55
Bilaga 1 Projektorganisation	55
Bilaga 2. Externa resurser – kommunikationsmaterial	56

Förkortningar

MVC	Mödravårdscentral
BHV	Barnhälsovård
BHV-öl	Barnhälsovårdsöverläkare
BVC	Barnavårdscentral
CWC	Child Welfare Center (= BVC)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Europeiska smittskyddsmyndigheten)
HtR	Hard-to-Reach
LMA	Lagen om mottagande av asylsökande
MI	Motivational interviewing (Metod att lära ut motiverande samtal)
MPR	Mässling, påssjuka och röda hund
MMR	Measles, mumps, and rubella
NHV	Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
PHV	Primärhälsovård
SHV	Skolhälsovård (nuvarande terminologi är elevhälsovård)
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SMI	Smittskyddsinstitutet. Upphörde 31 december 2013 då verksamheten införlivades i den nyskapade Folkhälsomyndigheten
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
TIP	Tailoring Immunization Programmes (metodik för målgruppsanpassade vaccinationsprogram)
TAP	Tailoring Antimicrobial Resistance Programmes (metodik för målgruppsanpassade antibiotikaresistensprogram)
VC	Vårdcentral
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen)
WHO-Europa	Världshälsoorganisationens regionalkontor i Europa

Ordlista

Antroposof	Person som är intresserad av eller följer antroposofi som livsåskådning. En andel av befolkningen i Järna följer denna livsåskådning i olika grader. I denna rapport använder vi dock för enkelhets skull termen antroposof som benämning på studiedeltagare som är bosatt i Järna.
Eliminera	Minska förekomsten av en sjukdom i landet så mycket att inhemsk smittspridning upphör.
Flockimmunitet	När en så stor del av befolkningen är vaccinerad att spridningen av en sjukdom minskar eller upphör. Ovaccinerade får ett indirekt skydd eftersom de inte utsätts för smitta.
Importfall	Person som insjuknat i en sjukdom efter att ha smittats utomlands.
Papperslösa	Personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
Vaccinsjukdomar	Sjukdomar som kan förebyggas med vaccination.
LMA-kort	Kortet intygar att kortägaren är asylsökande och inskriven i Migrationsverkets mottagningssystem samt har rätt att vara i landet under väntetiden. Kortet berättigar till en lägre patientavgift vid sjukvård.

Sammanfattning

Bakgrund

Vaccination är en av de mest effektiva metoder vi har för att förbättra folkhälsan. Sverige har en stabilt hög vaccinationstäckning för det nationella vaccinationsprogrammet och förtroendet för programmet är gott. Under de senaste åren har dock flera smärre utbrott kring importfall av mässling och röda hund ägt rum, vilket talar för att det finns områden med mottagliga och oskyddade individer som inte nås av vaccinationsprogrammet.

WHO-Europa har utvecklat en metod, *Tailoring Immunization Programmes (TIP)*, för att identifiera vilka faktorer som är viktigast för att påverka beslutet om vaccination i grupper med låg vaccinationstäckning. Ett syfte med metoden är även att kunna identifiera insatser som kan öka vaccinationstäckningen.

Under 2013 genomförde Smittskyddsinstitutet (nuvarande Folkhälsomyndigheten) en pilotstudie med TIP-metoden. Projektet genomfördes i samarbete med WHO-Europa, ECDC och Karolinska Institutet samt Smittskyddsenheten och Barnhälsovården i Stockholms läns landsting. Frivilligorganisationer för papperslösa i Stockholm och Göteborg; Röda korset, Läkare i Världen och Rosengrenska stiftelsen var stödorganisationer i projektet.

Syfte

Syftet med denna studie var att få ökad kunskap om grupper med låg vaccinationstäckning mot mässling och röda hund, att klarlägga hinder och motiverande faktorer till MPR-vaccination i de studerade grupperna samt att ta fram förslag till målgruppsanpassade insatser för att hindra spridning av sjukdomarna i Sverige.

Studien fokuserade på tre identifierade riskgrupper med låg eller misstänkt låg vaccinationstäckning:

- befolkning med antroposofisk livsåskådning i Järna, Södertälje
- befolkning med somalisk bakgrund i Rinkeby och Tensta, Stockholm
- papperslösa migranter i Stockholm och Göteborg

Resultat

Kartläggningen visar att det finns olika behov av förstärkta kommunikations- och utbildningsinsatser i de tre riskgrupperna.

Delstudien i Järna visar att det finns grupper av föräldrar med olika attityder till MPR-vaccination (mässling, påssjuka och röda hund): de som vaccinerar enligt vaccinationsprogrammet, de som senarelägger MPR-vaccinationen några år samt de som avstår från vaccination i barnåren. De som skjuter på vaccinationen i några år anser att barnen är för små för att vaccineras vid 18 månader. De föräldrar som

inte vaccinerar sina barn i barnåren anser att naturlig immunitet är utvecklande för barn upp till tonåren, men därefter planerar många att vaccinera sina barn. Det framkom också att vårdpersonalens attityder till vaccinationer och till föräldrar med antroposofisk livsstil har stor betydelse för beslutet om vaccination. Föräldrar från alla grupper efterfrågade mer balanserad information om vaccinationer samt en objektiv dialog med vårdpersonal baserad på evidensbaserad information.

Delstudien i Rinkeby och Tensta visar att flera faktorer påverkar föräldrar med somaliskt ursprung i deras beslut om och attityd till MPR-vaccination. Det finns föräldrar som vaccinerar sina barn enligt vaccinationsprogrammet och de som senarelägger vaccinationen. De senare har en föreställning om att MPR-vaccinet kan leda till biverkningar och då främst autism. Det framgår också att nyinflyttade föräldrar är mer positiva till vaccination. Befolkningen efterfrågar mer information om vacciners för- och nackdelar, men man använder inte de traditionella kanalerna som erbjuds via BVC och elevhälsan. Därför behövs andra metoder för att förmedla kunskap i befintliga lokala nätverk och på det egna språket. Vårdpersonalens attityd till tveksamma föräldrar har också stor betydelse för beslutet och föräldrarna efterlyser dialog med BVC-personal. Därmed behöver personalen tillgång till relevant målgruppsanpassad information samt metoder och stöd för att nå ut med kunskap om vaccinationer.

Papperslösa föräldrar gav en samstämmig bild av att man vill vaccinera sina barn. I denna grupp är det i stället strukturella hinder samt rädslor som gör att de inte får tillgång till hälsovård och därmed vaccination till barnen. Uppföljningar på BVC försvåras också av att många familjer flyttar ofta. Nyanlända migranter behöver få information om deras rätt till vård och hälsoundersökning, och vårdpersonal behöver få information om den nya lagen om hälso- och sjukvård till papperslösa samt utbildning, metoder och stöd i bemötandet av papperslösa.

Förslag på möjliga insatser och förbättringsområden

Folkhälsomyndigheten föreslår flera riktade kommunikations- och utbildningsinsatser i områden med låg vaccinationstäckning. Det är också viktigt att få ökad kunskap om immunitetsläget, både bland vuxna och barn, via riktade seroepidemiologiska studier i de studerade populationerna.

Gemensamt för de studerade grupperna är att det krävs insatser för att få en förbättrad dialog med vården. Bland antroposofier och somalier behövs dessutom saklig och riktad information för att undanröja den misstro som finns mot MPR-vaccinet. Förslag på övergripande och riktade insatser finns specificerade i tabellerna 3A–D.

Förslagen på insatser spänner över skilda områden som kräver deltagande och engagemang av ett flertal olika aktörer. Insatserna bör ske i nära samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, smittskydds-enheten, barnhälsovården i landstingen samt frivilliga och lokala organisationer.

Summary

Reasons for low MMR vaccination coverage among hard-to-reach communities in Sweden – A pilot study of the WHO’s Tailoring Immunization Programmes (TIP) method

Background

Vaccination is one of most effective measures to improve the general health of the population. Sweden has a stable and high vaccination coverage through its national immunization programme, and the public’s confidence in the programme is high. In recent years, however, several limited outbreaks have occurred due to imported cases of measles and rubella, and this indicates that there are pockets of susceptible and unprotected individuals who are not being reached by the vaccination program.

WHO-Europe has developed a method called *Tailoring Immunizations Programmes (TIP)* to identify which factors are important for parental decision-making about vaccination in groups with low vaccination coverage. The method is also designed to identify potential targeted interventions to improve vaccination coverage.

In 2013, the Public Health Agency of Sweden (formerly The Swedish Institute for Communicable Disease Control) performed a pilot study of the TIP method. The project was carried out in collaboration with WHO/Europe, ECDC and the Karolinska Institute, and the Infectious Disease Control Unit and Child Welfare Center of the Stockholm County Council. The non-governmental clinics for undocumented immigrants, the Red Cross, Doctors of the World, and the Rosengrenska foundation in Stockholm and Gothenburg were support organizations for this project. This report presents the results of the TIP pilot study.

Aim

The aim of this study was to better understand the groups with low vaccination coverage, to identify barriers and motivating factors for receiving the MMR (measles, mumps and rubella) vaccination in the studied populations and to identify interventions targeted at groups with low MMR vaccination coverage as a means to limit the spread of measles and rubella in Sweden.

The study focused on three identified risk groups with low or suspected low vaccination coverage:

- the anthroposophic community in Järna, southern Stockholm
- the Somali community in Rinkeby and Tensta, northern Stockholm
- the undocumented migrant community in Stockholm and Gothenburg

Results

The study showed that there are different needs for targeted communication efforts and interventions in these three hard-to-serve populations.

Results from the study in Järna revealed three parental groups with different attitudes to MMR vaccination: those who vaccinate according to the recommended schedule, those who postpone MMR vaccination for a few years, and those who avoid vaccination until the teens. Parents who postpone vaccination a few years did so because they believe children are too young to be vaccinated at the recommended 18 months. Parents who do not vaccinate their children in childhood prioritize natural immunity for children up until the teens. When the children become adolescents, however, the parents are planning on vaccinating them. The importance of health care professionals' attitudes towards vaccinations was highlighted because their attitudes have implications for parental decision-making for vaccination. Parents from all three parent groups requested balanced information regarding vaccination and for an objective dialogue with healthcare professionals based on evidence-based information.

The study in the Somali community in Rinkeby and Tensta showed that there are several factors that influence parental decision-making and their attitudes towards MMR vaccination. There are two parental groups: those who vaccinate according to the recommended schedule and those who postpone MMR vaccination for a few years. Parents who decline MMR vaccination for their young children generally have a notion that the MMR vaccine can cause side effects such as autism. In addition, families that were relatively new to the neighbourhood were more positive towards MMR vaccination. This community is asking for more information about risks and benefits with vaccines, but the parents do not use the traditional channels offered through the CWC and School Healthcare. Therefore, innovative methods are needed for dissemination of knowledge, preferably through existing local networks and in the Somali language. Health professionals' attitudes toward vaccine hesitant parents have implications for parental decision-making, and the parents called for an open dialogue with the CWC staff. Health professionals also need assistance with targeted information, methods and support to reach out to this population with information about vaccinations.

The undocumented migrant parents consistently expressed that they want to vaccinate their children to keep them healthy. Lack of access remains a key barrier. The structural barriers and fears prevent access to health care and vaccination for these children. Follow up of the children at the CWC is further complicated by the fact that these families move frequently. Information for newly arrived immigrants on their legal entitlements to health care and health screening services needs to be better disseminated. The health professionals at the CWC and primary health care services need to receive additional information about the new law on health care for undocumented persons as well as education, training, and support on how to approach the undocumented immigrants in a health care context.

Suggested possible interventions and areas of improvement

The Public Health Agency of Sweden proposes several targeted communication and education initiatives in areas with consistently low vaccination coverage. It is also important to enhance the knowledge of the immunity status of the immigrant community by performing targeted seroepidemiological studies among adults and children in these hard-to-reach populations.

A common feature of the studied populations is the need for interventions to strengthen the trust between parents and health care professionals. Additional efforts are needed in the anthroposophic and Somali communities to eliminate the hesitancy against the MMR vaccine by providing objective and evidence-based targeted information.

Targeted initiatives spanning diverse areas require the participation and involvement of a variety of stakeholders (specified in Tables 3A-D). Efforts should be performed in close collaboration between the Public Health Agency of Sweden and the Department of Communicable Disease Control and Prevention and Child Health services at the County Councils as well as non-governmental and community organizations.

Bakgrund

Inledning

Världshälsoorganisationen (WHO) har uppskattat att globalt dog 122 000 barn av mässling eller komplikationer till följd av sjukdomen år 2012 (1). Enligt beräkningar föds varje år ungefär 110 000 barn med medfödd fosterskada på grund av röda hund (kongenitalt rubellasyndrom) (2). Det finns dock effektiva vacciner och därmed förutsättningar att utrota sjukdomarna genom vaccinationsprogram. Vacciner mot mässling används i hela världen och har bidragit till att minska barnadödlighet drastiskt. Vaccinationsprogrammen når emellertid långt ifrån alla barn. I WHO:s europeiska region var det uppskattningsvis 5 miljoner barn i åldersgruppen 2–12 år som inte fick vaccin mot mässling och röda hund under perioden 2000–2010 (3).

WHO-Europa har som mål att eliminera mässling och röda hund i Europa till år 2015. Just nu pågår ett intensivt arbete för att uppnå detta, men Europa är långt från det uppsatta målet då drygt 100 000 fall av mässling (4) och nära 80 000 fall av röda hund (5) har rapporterats bara inom EU-länderna under de senaste fyra åren.

Sverige stödjer WHO:s arbete med att stoppa cirkulationen av dessa två sjukdomar. En nordisk verifikationskommitté har upprättats och Socialstyrelsen har utarbetat en nationell handlingsplan (6) för att hindra spridning av mässling och röda hund. Som stöd för hälso- och sjukvårdssystemet har Socialstyrelsen även tagit fram en strategi för kommunikationen om de nationella vaccinationsprogrammen (7), och i den ingår bland annat riktade insatser till svårnådda grupper.

Sjukdomarna och MPR-vaccin i Sverige

Mässling – risk för komplikationer

Mässling (morbilli) är en mycket smittsam virussjukdom som kan orsaka allvarliga komplikationer. I en icke-vaccinerad befolkning beräknas att omkring 90 procent smittas före 10 års ålder (8) och nästan alla kommer att ha smittats innan de når vuxen ålder (9). Sjukdomen kännetecknas av hög feber, ögoninflammation, snuva, hosta och utslag, och omkring 15–20 procent av de drabbade får komplikationer i form av öroninflammation, lunginflammation och diarré (10). I mer sällsynta fall leder mässling till hjärninflammation (cirka 1 fall per 1 000) och kan även långt senare orsaka en dödlig form kallad subakut skleroserande panencefalit (cirka 1 fall per 100 000). I Europa uppskattas dödligheten i mässling till 1 dödsfall per 1 000–5 000 insjuknade. Dödsfallen inträffar framför allt bland barn under 5 år och vuxna över 20 år (11).

I Sverige infördes allmän vaccination mot mässling år 1971 och 1982 övergick man till ett kombinerat vaccin mot mässling, påssjuka, röda hund (MPR-vaccin) med två doser. Detta har bidragit till att kraftigt minska förekomsten av mässling i Sverige, så till den grad att vi sedan slutet av 1980-talet inte längre har någon inhemsk smittspridning av sjukdomen.

Trots hög vaccinationstäckning på nationell nivå förekommer lokala importrelaterade mässlingsutbrott. Under de senaste 10 åren (2004–2013) har sammanlagt 179 fall av mässling rapporterats i Sverige, varav 75 fall (42 procent) var smittade utomlands och 104 fall (58 procent) var relaterade till importerade fall.

Röda hund – risk för svåra fosterskador

Röda hund (rubella) orsakas av rubellavirus och ger oftast en lindrig sjukdom som i första hand drabbar barn och ger feber och utslag. Infektion under graviditet innebär däremot en hög risk för svåra fosterskador såsom hjärtmissbildning, dövhet, blindhet, hjärnskador och fosterdöd.

År 1974 infördes allmän vaccination mot röda hund för 12-åriga flickor, och sedan 1982 har såväl pojkar som flickor erbjudits kombinationsvaccinet mot MPR. Det senaste inhemska fallet av fosterskada på grund av röda hund (kongenitalt rubellasyndrom) i Sverige inträffade 1985. Sedan dess har två importfall av inträffat. År 2011 smittades en ovaccinerad kvinna, som immigrerat till Sverige i tonåren, med röda hund i samband med en utlandsresa tidigt under graviditeten. Det andra fallet inträffade 2014 då en kvinna som nyligen immigrerat till Sverige födde ett barn med svåra fosterskador.

I Sverige rapporterades 0–5 fall av röda hund årligen under 1998–2007. Under 2012 smittades 50 personer av röda hund, vilket var det högsta antalet sedan 1989. Samtliga fall i utbrottet var kopplade till Järna, ett område där det bor många som följer en antroposofisk livsstil och där vaccinationstäckningen är låg.

MPR-vaccinet

Kombinationsvaccinet mot MPR skyddar upp till 98 procent av de vaccinerade mot alla tre sjukdomarna (mässling, påssjuka och röda hund) efter två injektioner. Vaccinationerna erbjuds alla barn vid 18 månader respektive 6–8 års ålder.

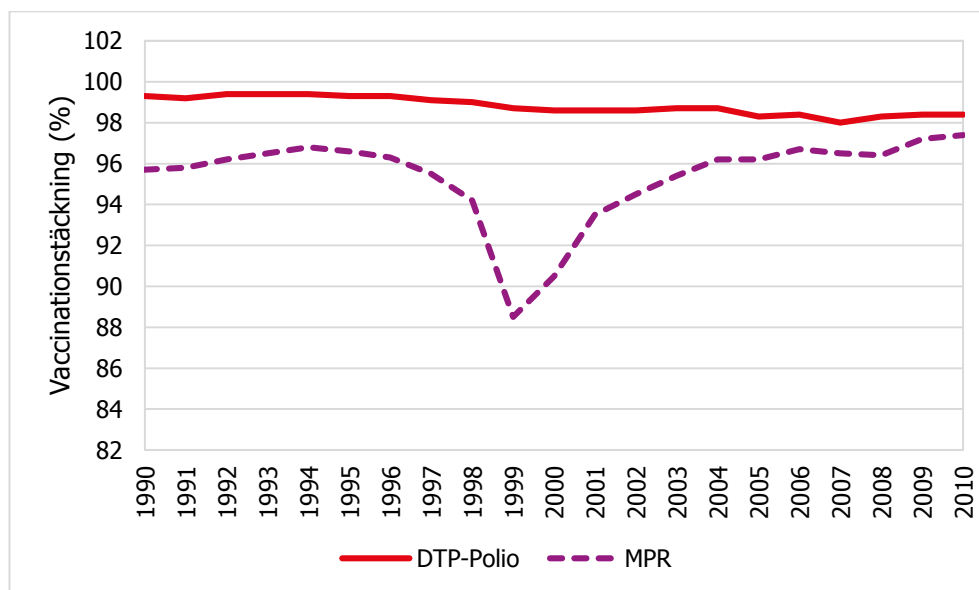
Sverige har en god vaccinationstäckning för MPR på över 95 procent för både dos 1 och 2. Sverige har därmed uppnått ett av elimineringsmålen av mässling enligt WHO:s kriterier och ingen inhemsk cirkulation av mässling har rapporterats sedan slutet av 1980-talet. Befolkningen har också ett gott immunitetsläge enligt seroimmunitetsstudier där man undersöker antikropps nivåerna i ett urval av befolkningen (12, 13).

I slutet av 1990-talet sjönk täckningsgraden för MPR-vaccin kraftigt i Sverige (figur 1). En starkt bidragande orsak till detta var en artikel av Wakefield et al., publicerad 1998 i den medicinska tidskriften *The Lancet*, där kopplingar gjordes mellan mässlingvaccination och autism (14). Artikeln visade sig innehålla stora brister och forskningsfusk och drogs 2010 tillbaka av tidskriften. Orsakssambandet mellan mässlingvaccination och autism har tillbakavisats i flera stora epidemiologiska studier (15-17) och i en nyligen publicerad metaanalys (18), trots det kvarstår en vaccinatoro i vissa grupper.

Täckningsgraden för MPR-vaccin var som lägst 2001 då 88,5 procent av tvååringarna vaccinerades. Sedan dess har vaccinationsnivåerna successivt stigit till de tidigare höga nivåerna på över 95 procent. Undantag finns dock eftersom nivåerna är fortsatt låga i vissa avgränsade områden och särskilda populationer (tabell 1). Detta är oroande inför framtiden då det kan innebära att immuniteten undergrävs och större utbrott uppstår. Det är viktigt att upprätthålla vaccinationstäckningen på över 95 procent för att uppnå flockimmunitet mot mässling i befolkningen. Detta innebär att så få individer är mottagliga för sjukdomen att den inte längre kan spridas, och att även ovaccinerade personer skyddas.

Begränsade utbrott har uppstått i områden med låg vaccinationstäckning efter spridning från personer som smittats utomlands (så kallade importfall). Detta är ett bevis på att vaccinationsprogrammet antingen inte når alla individer eller att en del individer väljer att inte följa programmet. Utbrotten har dock varit begränsade, och det tyder på att immuniteten i vissa av dessa områden är god, troligen beroende på att många redan har haft sjukdomen eller vaccinerats efter två års ålder.

Figur 1. Andel (%) vaccinerade mot difteri, stelkramp, kikhosta och polio (DTP-Polio) respektive mässling, påssjuka och röda hund (MPR) bland 2-åringar.



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Grupper med låg vaccinationstäckning

Skälen till att inte vaccinera kan vara komplexa och av varierande karaktär. Bland dem finns faktorer såsom okunskap, låg utbildning, brist på möjligheter, marginalisering, tidigare erfarenheter, oro kring vaccinsäkerhetsfrågor, prioriteringar och kultur eller livsåskådning och tro.

Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) har i en rapport försökt definiera olika populationer med låg vaccinationstäckning (19) enligt följande:

Hard-to-Reach (HtR) – svårnådda grupper. I dag finns ingen enhetlig definition av svårnådda populationer (19). HtR-grupper har emellertid generellt definierats inom hälso- och sjukvårdssystemets kontext, och syftar då på personer som inte söker eller inte nås av vaccinationserbjudanden på grund av att de har begränsad eller ingen tillgång till offentlig hälso- och sjukvård. HtR-grupper omfattar individer från olika minoritetsgrupper när det gäller religion, etnicitet och ursprung, och de kan vara svåra att nå eller okända för lokala vaccinatörer och folkhälsomyndigheter. Individer i dessa grupper är ofta mindre integrerade i samhället. Storleken på HtR-grupper är därför svår att uppskatta.

Hard-to-Convince – svårövertygade grupper. Vaccinskeptiska grupper omfattar personer som i allmänhet är mycket lika den övriga befolkningen när det gäller socioekonomisk status, kultur, språk och skrivkunnighet. Gruppmedlemmarna har dessutom oftast samma tillgång till sjukvård och social service som övriga befolkningen men har en avvaktande inställning till vaccination och kan av olika skäl antingen vänta med eller helt avstå från att vaccinera sina barn (19).

På senare tid har man omformulerat begreppet *hard-to-reach* och alltmer gått över till att använda benämningar såsom *underserved* eller *poorly served* om grupper som är svåra att nå på grund av socioekonomiska faktorer eller marginalisering. Vaccinationsfrågorna ska då ses i folkhälsans kontext och bör inkludera andra aspekter såsom utbildning, transport, registrering och hälso- och sjukvårdspolicy för sårbara grupper (20).

Orsaker till låg vaccinationstäckning

Skepsis och kritiska röster mot vaccinationer har alltid funnits, men osäkerheten kring vaccination och vacciner kan öka i takt med att man ser mindre av de allvarliga och smittsamma sjukdomar det vaccineras mot. På senare tid har det kommit ett flertal publikationer som belyser vaccinationsmotstånd eller skepsis (21, 22) samt orsaker till att föräldrar avböjer vaccination (23) eller att de möter hinder i tillgång till vacciner (24).

Flera studier har belyst frågan om bestämningsfaktorer för individers attityder till och slutliga beslut om vaccinationer (21-25). Det finns också flera modeller om vaccinacceptans respektive vaccinmotstånd, varav de flesta har fokus på föräldrarnas beslutsfattande (23). Gemensamt för dessa modeller är att attityder till vaccination ses som ett kontinuum som sträcker sig allt från en aktiv efterfrågan på vaccin till ett fullständigt avståndstagande från alla typer av vacciner.

I samband med mässlingsutbrott i Europa har Muscat et al funnit tre huvudsakliga orsaker till låg vaccinationstäckning mot mässling (26):

- *Bristande tillgång till hälso- och sjukvård.* Detta är en av de viktigaste orsakerna till låg vaccinationstäckning bland sårbara grupper. Individer som tillhör befolkningsgrupper av romer, sinti, kringresande och migranter har drabbats oproportionerligt hårt av mässling i samband med utbrott i flera länder i Europa. Ojämn tillgång till reguljär hälso- och sjukvård är

dokumenterad i dessa grupper och kan delvis förklara den låga vaccinationstäckningen.

- *Vaccinationsmotstånd.* En sådan inställning kan baseras på gruppens religion eller livsåskådning. Beslutet att avstå från vaccination kan tolkas som ett uttryck för gruppens egen definition av hälsa där individerna hävdar sin rätt till egna beslut utifrån religiösa, filosofiska eller medicinska övertygelser.
- *Bristande information.* I dessa fall leder felaktig eller vilseledande information, rädsla, misstro, konkurrerande prioriteringar med mera till tveksamhet samt till att man senarelägger, uteblir vid vaccinationstillfället eller aktivt väljer bort vaccinationer.

Inom Europa finns ett växande behov av att adressera vaccinationsmotstånd eller skepsis i områden med låg vaccinationstäckning. Det har lett till olika strategier och verktyg med syfte att öka vaccinacceptansen och därmed förbättra vaccinationstäckningen. Ett av dessa verktyg är TIP-metoden som beskrivs i denna rapport.

Nulägesbeskrivning

Två grupper har sedan tidigare identifierats som svårnådda när det gäller MPR-vaccination, baserat på dokumenterat låg vaccinationstäckning: befolkning i Järna med antroposofisk livsstil och befolkning med somaliskt ursprung i Rinkeby och Tensta i norra Stockholm.

En tredje grupp med misstänkt låg vaccinationstäckning är migranter som inte nåtts av kompletterande vaccination. Papperslösa är en särskilt utsatt grupp bland migranterna med begränsad tillgång till vård.

Lokal vaccinationsstatistik för 2012 visar låg vaccinationstäckning för MPR vaccin i de studerade områdena (tabell 1).

Tabell 1. Vaccinationstäckning (%) för 2-åringar

Vaccinationstäckning 2012, barn födda 2009								
BVC	Antal reg. barn	MPR	Difteri	Stel- kramp	Kik- hosta	Polio	Hib	Pneu mokocker
Järna, område med hög andel befolkning med antroposofisk livsåskådning								
Järna	126	93,7	94,4	94,4	94,4	94,4	93,7	92,1
Familjehälsa ¹	41	4,9	26,8	26,8	26,8	26,8	14,6	4,9
Rinkeby och Tensta, områden med hög andel befolkning med somaliskt ursprung								
Rinkeby	323	71,5	87,9	87,9	87,9	87,9	87,9	76,2
Tensta	343	69,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,7	92,1
Stockholm och Göteborg, områden med hög andel befolkning med utländsk bakgrund								
Vantör (Stockholm)	413	95,9	98,3	98,3	98,3	98,1	97,8	97,1
Flemingsberg (Stockholm)	197	88,8	93,4	93,4	93,4	93,4	93,4	89,3
Angered (Göteborg)	53	90,6	98,1	98,1	98,1	98,1	98,1	96,2
Bergsjön (Göteborg)	267	94,8	97	97	97	97	95,5	94
Riksgenomsnittlig vaccinationstäckning								
	113 739	97,2	98,4	98,4	98,4	98,3	98,2	97,5

¹ Kirstens familjehälsa - BVC med antroposofisk inriktning i Järna

Befolkning med antroposofisk livsstil i Järna

Järna är en tätort i Södertälje kommun i Stockholms län med en folkmängd på 7 000 och 140–150 barnafödslar per år. En del av befolkningen har en så kallat antroposofisk livsåskådning med en särskild syn på mat, hälsa och utbildning. Livsstilen innebär att man följer läror från grundaren Rudolf Steiner som förespråkar en holistisk syn på hälsa (27, 28). Det är sedan tidigare känt att personer med antroposofisk livsåskådning är tveksamma till MPR-vaccinationer eftersom man tror att en naturlig mässlinginfektion är bra för barnets fysiska och psykiska hälsa och utveckling. Befolkningen är dock heterogen och kan inte bedömas som en enhetlig grupp. En rapport från ECDC uppskattade vaccinationstäckningen för MPR-vaccin i antroposofiska områden i Europa till 0,6–65,4 procent (19).

Vaccinationstäckningen för MPR-vaccin bland tvååriga barn i Järna är lägre än i övriga Sverige, och varierar mellan 4,9 procent på en antroposofisk BVC-mottagning och 93,7 procent på en landstingsdriven BVC. Vaccinationsdata från Folkhälsomyndigheten visar att det inte bara är MPR-vaccinet som en del föräldrar i Järna tackar nej till – även övriga barnvaccinationer har lägre täckningsgrad än i

resten av landet (tabell 1). Vaccinationstäckningen för exempelvis stelkramp, difteri, kikhosta (DTP) och polio är 26,8 procent, vilket innebär att endast vart fjärde barn har fullgott skydd mot dessa sjukdomar.

Flera utbrott av mässling och röda hund har ägt rum i Järna och i närliggande områden under de senaste åren. Under 2012 rapporterades 23 fall av mässling och 50 fall av röda hund med ursprung från i Järna.

Befolkning med somalisk bakgrund i Rinkeby och Tensta

Rinkeby och Tensta är två intilliggande stadsdelar i Västerort i Storstockholm och där finns en hög andel invånare med utländsk bakgrund. År 2013 uppgick folkmängden i Rinkeby stadsdel till 16 047 personer, varav 1 638 barn under fem år (8,9 procent), och i Tensta stadsdel fanns 18 866 personer, varav 1 673 barn under fem år (10,2 procent). Befolkningen med somaliskt ursprung uppskattas till cirka 30 procent (29).

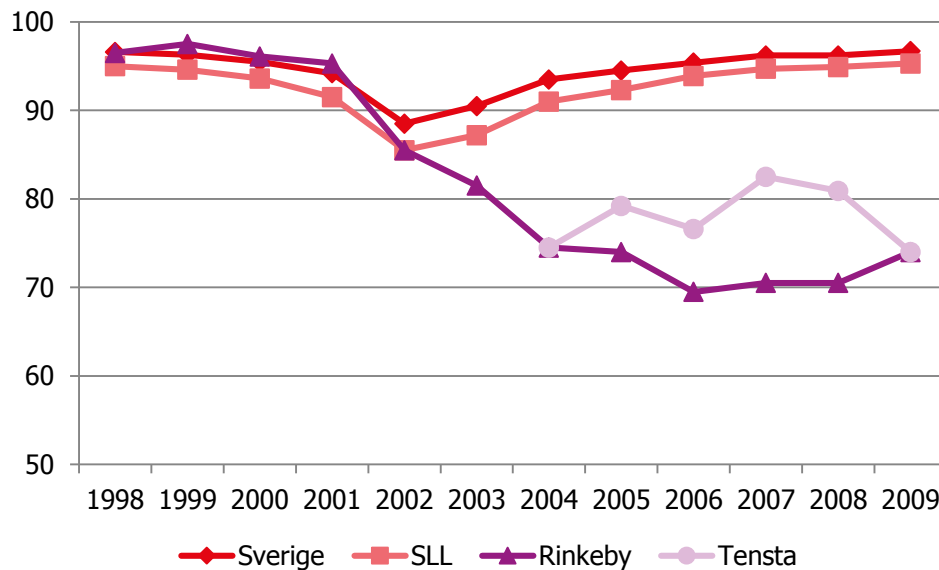
I Rinkeby och Tensta finns en oro kring MPR-vaccination bland grupper med somaliskt ursprung och en kvalitativ studie från 2007 bland somaliska kvinnor i området visade att de inte vill vaccinera sina barn då de tror att vaccinet kan orsaka autism (29). En rapport från Socialstyrelsen bekräftade dessa farhågor (30).

Bakgrunden är artikeln av Wakefield et al. (14) som visade ett samband mellan vaccin mot mässling och utvecklingsstörning och autism. Detta orsakssamband har dock vederlagts i flera studier och information om detta har spritts till den somaliska populationen i Rinkeby och Tensta, trots det finns inom vissa grupper en tveksamhet till MPR-vaccination. Detta återspeglas i att området har haft en låg vaccinationstäckning sedan slutet av 90-talet (figur 2). Många föräldrar väljer att senarelägga MPR-vaccinationen och data från barnhälsovården för 2011 visar att 59 procent av tvååringarna vid BVC i Rinkeby var vaccinerade, liksom 72 procent i Tensta. För fyraåringar var andelarna 76 procent respektive 82 procent (31).

År 2012 var vaccinationstäckningen för MPR-vaccin i Tensta och Rinkeby kring 70 procent bland tvååriga barn (barn födda 2009), vilket är avsevärt lägre än genomsnittet i Stockholms län och hela Sverige (figur 2). Under 2013 rapporterades nio fall av mässling i Stockholms län. Två av fallen var smittade i Somalia, varav ett barn som var 1,5 år och som inte hade vaccinerats före avresan (32). Dock uppstod inget utbrott runt dessa två fall.

Under 2013 pågick ett stort utbrott av polio i Somalia som tyder på att vaccinationsprogrammet där inte fungerar optimalt (33). Under sommarmånaderna reser många svensk-somalier till Somalia och utan fullgott skydd riskerar de att smittas av vaccinsjukdomar. Risken för ett lokalt utbrott ökar då vaccinationstäckningen varit låg under ett antal år.

Figur 2. Andel (%) vaccinerade mot mässling, påssjuka och röda hund (MPR) bland tvååringar i Rinkeby (triangel), Tensta (cirkel), Stockholms läns landsting (SLL) (kvadrat) och Sverige (romb).



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Migranter

Ungefär 20 procent av befolkningen i Sverige har utländsk bakgrund, det vill säga är antingen födda i ett annat land än i Sverige (15 procent) eller har två utrikesfödda föräldrar (5 procent). Asylsökande och andra migranter som saknar uppehållstillstånd finns inte med i befolkningsstatistiken. Migranter är en mycket heterogen grupp när det gäller skäl och tidpunkt för migration, social situation och ursprungsland. Begreppet omfattar olika grupper såsom asylsökande, anhänginvandrare, arbetskraftsinvandrare, studenter, forskare och ensamkommande barn. Migrationen kan variera betydligt från år till år. Under åren 2006–2013 var det 86 000–116 500 personer per år som fick uppehållstillstånd i Sverige. År 2013 ansökte 54 259 personer om asyl och de vanligaste ursprungsländerna var Syrien, Somalia, Afghanistan och Eritrea.

Ur individens och samhällets synpunkt är det viktigt att få kunskap om nyanlända migranternas vaccinationsstatus. Många kommer från krigsdrabbade områden där vaccinationsprogrammet upphört att fungera på grund av konflikter, vilket bland annat har märkts genom utbrott av polio bland barn i Somalia under våren 2013 och i Syrien hösten 2013. Många nyanlända har troligtvis ett gott immunitetsläge av antingen en genomgången infektion eller av vaccination men det finns begränsat med säkra uppgifter. År 2007 genomförde dåvarande Smittskyddsinstitutet en seroimmunitetsstudie bland utlandsfödda ungdomar i åldrarna 14–16 år och jämförde resultaten med svenskfödda ungdomar (34). Studien visade att immuniteten mot sjukdomar som ingår i barnvaccinationsprogrammet var lika god i båda grupperna. Studien var emellertid begränsad och kan inte anses vara

representativ för den utlandsfödda populationen i Sverige då bortfallet var stort och undersökningen var inriktad på tonåringar.

Papperslösa migranter i Sverige

Irreguljära migranter eller personer som vistas i Sverige utan tillstånd betecknas ofta som papperslösa. En rapport från Socialstyrelsen (35) visar att individer i den gruppen har begränsade möjligheter till vård och är hänvisade till den informella arbetsmarknaden. De lever utanför samhället, ofta trångt och under osäkra förhållanden, och tills helt nyligen hade de begränsad rätt till skola och hälso- och sjukvård. Stockholms Stadsmissionens nyligen utgivna rapport om barn och ungdomar bekräftar de papperslösa barnens utsatthet (36). De har, trots att de enligt lagen har rätt till det, i praktiken fortsatt begränsad tillgång till utbildning och sjuk- och tandvård.

I Sverige uppskattas de papperslösa till 10 000–50 000 individer, varav cirka 2 000–3 000 är barn. De flesta papperslösa är troligen asylsökande som fått avslag på sin asylansökan, inklusive ensamkommande flyktingbarn, och det är en växande sårbar grupp. Det finns således påtagliga behov av undersökningar om papperslösa och deras livsvillkor (37).

Hälsoundersökning

Enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande ska Sveriges landsting erbjuda en kostnadsfri hälsoundersökning till dem som söker asyl här. Rätten till hälsoundersökning gäller även anhöriginvandrare, där den anhörige haft uppehållstillstånd i Sverige i högst två år, samt gömda och papperslösa migranter. Hälsoundersökningar, som är frivilliga för individen, är framför allt angeläget för individens hälsotillstånd, men även för samhället ur ett smittskyddsperspektiv. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och webbaserade vägledning ska vaccinationsstatus bedömas vid hälsoundersökningen och en plan för kompletterande vaccinationer upprättas. Barn har rätt till kostnadsfria kompletterande vaccinationer men inte vuxna, vilket är ett hinder för denna grupp.

Statistiken om genomförda hälsoundersökningar indikerar dock att det finns brister med systemet. För år 2011 redovisade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) att endast 56 procent av de asylsökande genomgick en hälsoundersökning. År 2012 hälsoundersöktes 46 procent av alla nyanlända asylsökande och preliminära siffror för 2013 pekar på ännu lägre nivåer (43 procent) (38). En tänkbar förklaring till nedgången 2013 kan vara den ovanligt stora inströmningen av asylsökande från bland annat Syrien, vilket medförde en överbelastning på Migrationsverket och/eller vårdcentraler som utför hälsoundersökningarna. En undersökning från Stockholms läns landsting 2008 visade att motsvarande siffra för asylsökande barn under sex år var 20 procent.

Rätt till hälso- och sjukvård

Sedan 1 juli 2013 gäller en ny lag (2013:407) i Sverige som ger alla barn under 18 år, oberoende av legal status, rätt till hälso- och sjukvård inklusive vaccinationer enligt det nationella vaccinationsprogrammet för barn. Även vuxna papperslösa har fått utökad rätt till vård i samma omfattning som vuxna asylsökande haft sedan tidigare. En nyligen publicerad studie visar att den nya lagen med utökad rätt till vård för papperslösa inte fungerar optimalt i praktiken då en av fem papperslösa nekades subventionerad vård (39).

Tailoring Immunization Programmes (TIP)

Principen bakom TIP

Som ett led i arbetet med att eliminera mässling och röda hund har WHO-Europa nyligen utvecklat en metod, *Tailoring Immunization Programmes* (TIP). Syftet är att identifiera och öka kunskapen om grupper med låg vaccinationstäckning (40).

TIP-metoden baseras på beteendevetenskapliga teorier och planeringsmodeller för hälsoprogram, inklusive social marknadsföring (social marketing) och kommunikation med fokus på beteendeförändring. Modellerna har sedan anpassats till vaccinområdet av WHO.

TIP innehåller specifika analysverktyg för följande delsteg:

- identifiera och stratifiera grupper med låg vaccinationstäckning
- kartlägga faktorer som hindrar och främjar vaccination i dessa grupper
- utforma evidensbaserade insatser utifrån behov

Analysmetoden omfattar forskningsstudier som kopplar ihop traditionella folkhälsoundersökningar och målsökningsteknik med förfinad stratifiering och profilering av målgrupperna. Detta bidrar till att förstå vilka intressen, egenskaper och behov olika befolkningsgrupper och individer har i ett samhälle.

WHO:s TIP-guide tillhandahåller metoder och verktyg som stöd i arbetet med de nationella vaccinationsprogrammen, med syfte att utforma riktade strategier som ökar anslutningen till programmet. De metoder som beskrivs i guiden kan tillämpas när som helst i arbetet med att upprätthålla hög vaccinationstäckning, men de kan vara särskilt värdefulla när man har identifierat grupper med låg vaccinationstäckning eller riskgrupper med ökad mottaglighet för vaccinsjukdomar.

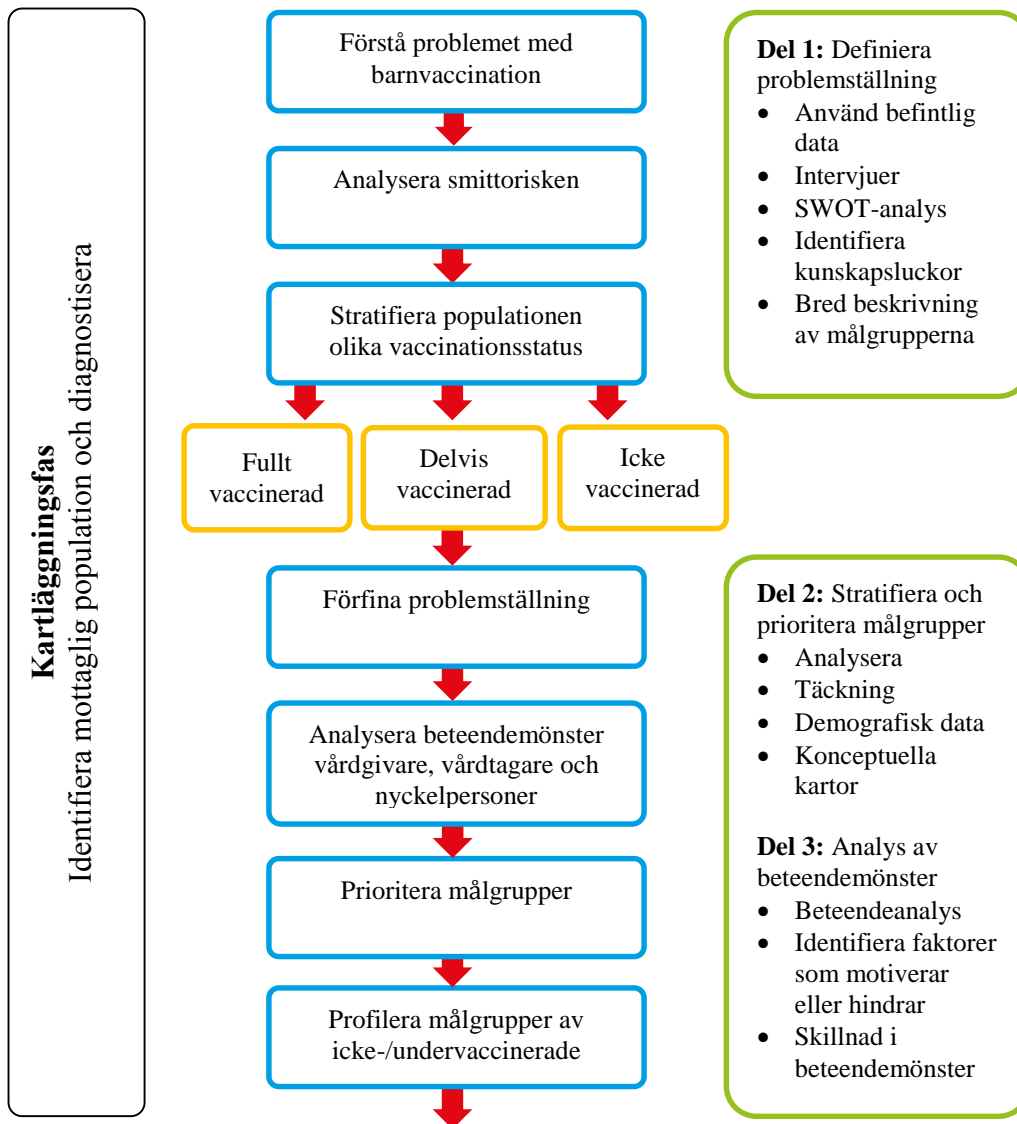
TIP: steg för steg

TIP-processen är uppbyggd av flera steg, omfattande två huvudfaser (kartläggning respektive planering), vilka i sin tur är uppdelade i delsteg.

Kartläggningsfasen (figur 3) syftar till att identifiera och analysera problemet genom tre delsteg:

1. definiera problemställning
2. stratifiera och prioritera målgrupper
3. analysera beteendemönster

Figur 3. Översiktsbild över kartläggningsfasen i TIP-metoden.



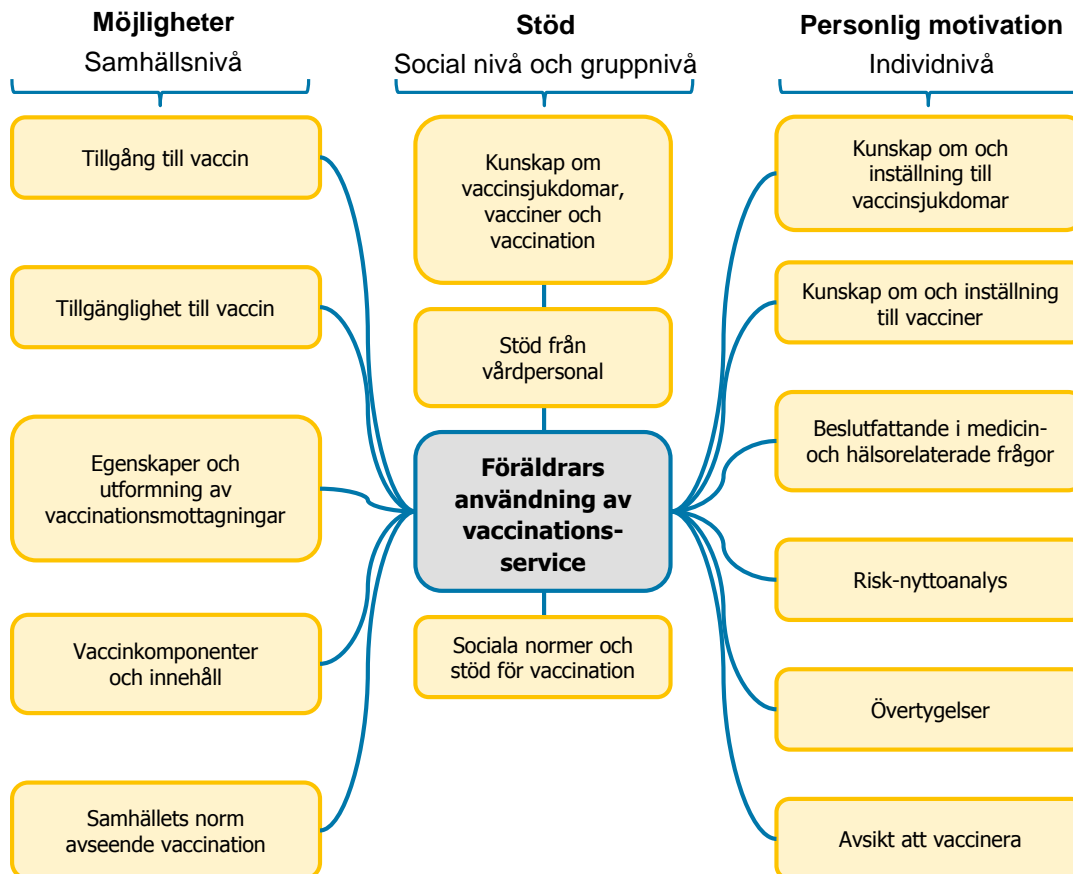
Anpassad efter TIP-guiden (40)

I **del 1** identifierar man problemställningen och fokuserar forskningsfrågorna genom att identifiera kunskapsluckor.

Del 2 handlar om att stratifiera och prioritera bland målgrupperna med hjälp av kvantitativa data, litteratursökningar och diskussioner med nyckelpersoner. Därefter samlas data in, huvudsakligen genom kvalitativa studier som analyseras med innehållsanalys (*content analysis*). Resultaten struktureras sedan med hjälp av konceptuella kartor (figur 4). En konceptuell karta beskriver de viktigaste bestämningsfaktorerna på samhälls-, grupp- respektive individnivå när det gäller beslut om eller tillgången till vaccination. En faktor som utgör ett hinder för individen eller målgruppen illustreras med en röd bubbla medan en främjande eller motiverande faktor presenteras som grön (se konceptuella kartor för respektive delstudie).

I del 3 analyseras beteendemönster utifrån en konceptuell karta. Hindren för vaccination identifieras och analyseras i detalj. Stor vikt läggs även vid att förstå hur de undergrupper som faktiskt vaccinerar sina barn resonerar: Vad gör att man väljer att vaccinera? I dynamiken i svaren och resonemangen mellan dem som vaccinerar och dem som inte vaccinerar kan man urskilja mönster och bättre förstå beteenden.

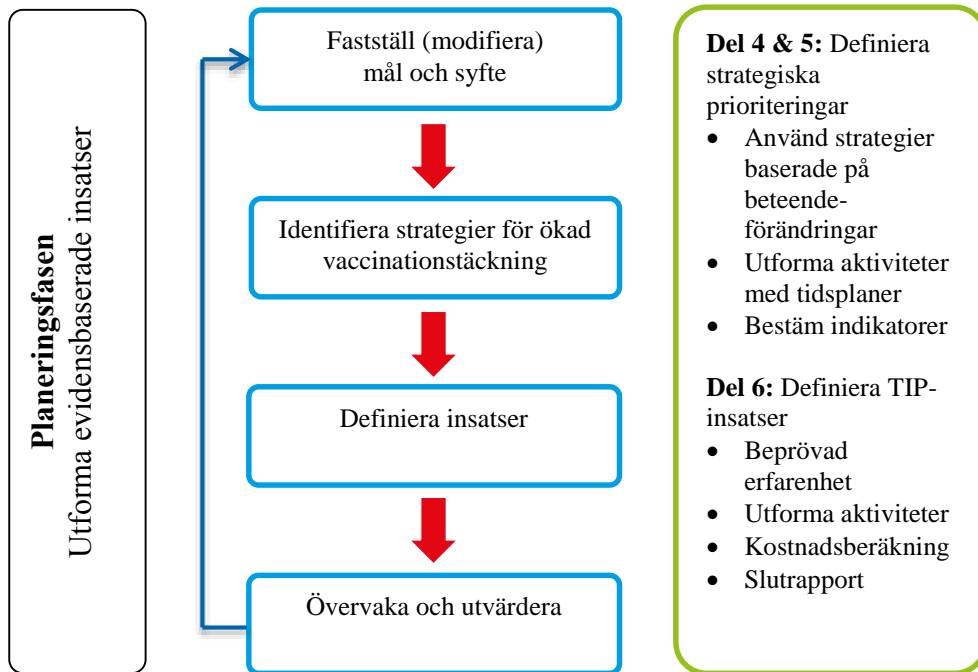
Figur 4. Exempel på konceptuell karta enligt TIP-metoden – faktorer som påverkar föräldrars val om vaccination och användning av vården för vaccination.



Anpassad efter TIP-guiden (40)

Andra fasen av TIP-processen är **planeringsfasen** som omfattar design av riktade insatser utifrån TIP-resultat i fyra steg (figur 5). I denna fas drar man lärdom av den samlade erfarenheten från TIP-metoden, och vid behov modifieras mål och syfte. Det är viktigt att i dessa diskussioner samla en bred och tvärvetenskaplig grupp som även omfattar personer med lokal kunskap om målgrupperna samt personer inom hälso- och sjukvården som är ansvariga för vaccinationstäckningen i området man studerat.

Figur 5. Översiktsbild över planeringsfasen i TIP-metoden.



Anpassad efter TIP-guiden (40)

Syfte

Det övergripande syftet med detta projekt är att bidra till att eliminera mässling och röda hund i Europa genom att öka vaccinationstäckningen till minst 95 procent i områden där vaccintäckningen är som lägst i Sverige

Specifika delmål

De specifika delmålen:

- pilottesta TIP-metoden i Sverige för ökad kunskap om grupper med låg vaccinationstäckning och risk för utbrott
- klargöra hinder och motiverande faktorer för MPR-vaccination i de studerade grupperna
- ta fram förslag till möjliga insatser för att hindra spridning av sjukdomarna i Sverige genom att utveckla målgruppsanpassade insatser i grupper med låg MPR-vaccinationstäckning

Erfarenheterna från projektet ska utgöra underlag för planering av insatser, upplysning och utbildning av föräldrar och andra personer med inflytande över beslut att låta vaccinera barnen.

Metod

WHO-Europas TIP-metodik har använts genomgående i denna svenska pilotstudie.

TIP steg 1 – kartläggningsfas

Del 1: Definiera problemställning

Arbetet med TIP med syfte att definiera problemställningen startade med en workshop med nyckelpersoner, aktörer och projektgruppen (bilaga 1). Principen för TIP-metoden presenterades och en nulägesbeskrivning av situationen togs fram. Deltagarna gjorde även en preliminär SWOT-analys av det nationella vaccinationsprogrammet. En första analys av vilka grupper som borde inkluderas i projektet samt en första lägesrapportering om grupperna var en viktig utgångspunkt för det fortsatta arbetet och för att specificera frågeställningen för de kvalitativa studierna.

Projektet har fokuserat på tre identifierade grupper med risk för utbrott av mässling och röda hund. Grupperna identifierades i förväg och beskrivs i nulägesbeskrivningen i bakgrunden:

- befolkning med antroposofisk livsstil i Järna
- befolkning med somalisk bakgrund i Rinkeby och Tensta
- papperslösa migranter i Stockholm och Göteborg

Del 2: Stratifiera och prioritera målgrupper

Det andra momentet i kartläggningsfasen bestod i att göra tre kvalitativa delstudier genom djupintervjuer med föräldrar till barn i förskoleåldern samt djupintervjuer med BVC-personal, vårdpersonal och andra nyckelpersoner såsom tolkar och personal på kliniker för papperslösa. Kvalitativ forskningsmetodik användes i hela studien och materialet analyserades med innehållsanalys (tabell 2). Momentet omfattade även frågor kring informationskanaler och media- och informationssökningsmönster.

Innehållsanalys (*content analysis*) är en empirisk vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser om innehållet i olika slag av kommunikation, till exempel vid djupintervjuer (41). Inom den kvalitativa forskningen analyseras det latenta innehållet i en intervjutext, vilket innebär att forskaren gör en tolkning av textens innebörd. Analysprocessen har ett bestämt tillvägagångssätt och processen redovisas i detalj i varje delstudie, i synnerhet hur kategoriseringen gått till.

Efter den kvalitativa analysen strukturerades resultaten enligt TIP-modellen och preliminära konceptuella kartor togs fram för varje delstudie.

Tabell 2. Övergripande beskrivning av datainsamlingsmetoder och analys för alla delstudier

Datainsamling och analys		
Järna	Rinkeby/Tensta	Stockholm/Göteborg
Område med hög andel av befolkning med antroposofisk livsåskådning	Område med hög andel befolkning med somaliskt ursprung	Områden med hög andel befolkning med utländsk bakgrund
19 djupintervjuer med 20 föräldrar	12 djupintervjuer med föräldrar	6 djupintervjuer med 7 föräldrar
6 intervjuer med nyckelpersoner, 2 med BVC-personal, 2 med forskare, 2 med barnhälsovårdsöverläkare.	11 intervjuer med BVC-personal	3 intervjuer med BVC-sköterskor
		10 intervjuer med vårdgivare/volontärer på kliniker för papperslösa
Innehållsanalys	Innehållsanalys	Innehållsanalys
Litteraturstudie	Litteraturstudie	Litteraturstudie
Lokal vaccinationsdata	Lokal vaccinationsdata	Lokal vaccinationsdata

Del 3: Analysera beteendemönster

Utifrån alla samlade studieresultat, både kvantitativa och kvalitativa, analyserade sedan varje forskargrupp enskilda beteendemönster samt de faktorer som visat sig vara viktiga hinder respektive motiverande faktorer för vaccination. I det tredje momentet analyserades de kvalitativa resultaten tillsammans med den dynamik som blir tydlig i de konceptuella kartorna. Resultaten för delstudien i Järna beskrivs i en nyligen publicerad vetenskaplig publikation (42); för delstudien i Rinkeby och Tensta pågår arbetet med en vetenskaplig publikation (43) och för papperslösa finns resultaten i en mastersuppsats (44).

TIP steg 2 – planeringsfas

I steg 2 av TIP-modellen, planeringsfasen, samlades hela projektgruppen under en två dagars workshop för att diskutera resultaten av kartläggningsfasen och identifiera strategiska prioriteringar för att kunna utforma möjliga och relevanta insatser. Det var särskilt viktigt att representanterna för Stockholms läns landsting deltog (Smittskydd Stockholm och Barnhälsovårdsenheterna) för att identifiera lämpliga insatser tillsammans med dem som utfört studierna på Folkhälsomyndigheten och Karolinska Institutet. Dessutom deltog representanter för ECDC och WHO-Europa. I denna tvärvetenskapliga projektgrupp fanns en bred kunskap med vaccinexperter, hälsokommunikatörer, landstingsansvariga aktörer och forskare. Möjliga insatser identifierades främst utifrån resultaten av studierna, gruppens kollektiva kunskap samt de visuella instrument som TIP erbjuder i form av färgsatta resultatdiagram (konceptuella kartor). Såväl den preliminära SWOT-analysen som de konceptuella kartorna uppdaterades gemensamt.

Under våren 2014 hölls flera uppföljande möten med mindre projektgrupper, och genom dem har insatserna detaljplanerats. I tabell 3A–D beskrivs föreslagna mål och aktivitetsplaner inklusive målgrupper och ansvarsfördelning.

Metod för att planera och utvärdera insatserna

Folkhälsomyndigheten följer vaccinationstäckningen långsiktigt och därmed kan effekten av eventuella insatser utvärderas. Varje år sammanställs statistik över vaccinationstäckningen på nationell och lokal nivå. Dessutom har Folkhälsomyndigheten ansvar för det nya nationella vaccinationsregistret som startade 1 januari 2013, vilket möjliggör en kontinuerlig utvärdering av vaccinationstäckningen på lokal nivå.

Insatserna kommer att planeras och utvärderas enligt utvärderingsmodellen RE-AIM (45). Detta blir en pilotstudie av modellen inom ramen för ett annat projekt för att identifiera en utvärderingsmodell för folkhälsoinsatser.

RE-AIM består av fem aspekter: Reach (att nå ut), Efficacy (effektivitet), Adoption (införande), Implementation (implementering) och Maintenance (upprätthållande) som tillsammans utgör den totala hälsoeffekten av en folkhälsoinsats. Modellen är flexibel och kan bygga på olika metoder, vilket gör att den kan anpassas till de olika planerade insatser som ska leda till beteendeförändringar hos en specifik målgrupp. Modellen kan också tillämpas vid planeringen av insatser med hjälp av en tillhörande verktygslåda (36). Systematisk planering av insatser med de olika verktygen kan leda till pålitliga resultat (46) men också till bättre utvärderingar (47, 48).

Kommunikationsinsatser till nyanlända och papperslösa kan vara problematiska att utvärdera då det är svårt att uppskatta nämnardata. Utvärderingsmodellen RE-AIM kommer att användas för insatserna i Järna samt Rinkeby och Tensta, och så långt det går för att såväl planera som utvärdera kommunikationsinsatser bland de papperslösa.

Resultat

Resultatavsnittet följer TIP-strategin. Analyser av vaccinationsprogrammet följs av resultaten från delstudierna av tre olika målgrupper (antroposofier i Järna, somaliska populationen i Rinkeby och Tensta samt papperslösa i Stockholm och Göteborg). Slutligen presenteras strategiska prioriteringar för att utforma relevanta insatser.

Analys av det nationella vaccinationsprogrammet

Det första kartläggningssteget i TIP-projektet var att analysera det nationella vaccinationsprogrammet enligt SWOT-metoden (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) som är ett välanvänt verktyg då lämpliga strategier ska tas fram (figur 6). Styrkor och svagheter ger en bild av den interna miljön och nuläget, medan möjligheter samt risker och hot står för den externa miljön och ger en mer framtidsinriktad bild av situationen.

Figur 6. SWOT-analys av svenska nationella vaccinationsprogrammet

Styrkor Hög och stabil vaccinationstäckning för MPR-vaccin. Välfungerande vaccinationsprogram, inkl. påminnelser och rapportering, både inom BHV och SHV. Fokus på relation och tillit mellan föräldrar och vårdpersonal. Folkhälsomyndighetens webbplats är välbesökt av framför allt vårdprofessionen.	Svagheter Misstro mellan några samhällsgrupper och vården. Bristande kunskap om attityder till vaccination hos BVC-personal. BVC-personal ofta överbelastad och har tidsbrist. Minskade resurser till SHV (Elevhälsan). Avsaknad av flera kommunikationskanaler om vaccin från tillförlitliga källor.
Möjligheter Regering är engagerad i vaccinationsfrågor: ny lag för nationella vaccinationsprogram 2012. Nytt nationellt vaccinationsregister Ny Folkhälsomyndighet 2014 med övergripande ansvar för hälsofrågor. Användning av sociala medier/IT, litterat befolkning. Föräldrars medgivande krävs för vaccination (muntlig och skriftlig) – bra tillfälle att delge information.	Risker/hot Ökande vaccinoro och skepsis i vissa grupper. Utbrott efter importerad mässling och röda hund. Grupper som aktivt motsätter sig vaccination. Ökad segregation och marginalisering av vissa grupper i samhället.

Det svenska barnvaccinationsprogrammet är generellt ett välfungerande program med många styrkor och möjligheter. Det finns dock ett par svagheter och risker i SWOT-analysen som är intressanta att lyfta fram. Bland dem finns bristande kunskap om vårdgivares syn på och attityd till vaccination, vilket måste adresseras som en del i hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete, särskilt i områden med låg vaccinationstäckning. Dessutom har BVC- och skolsköterskor en pressad tillvaro med lite tid för dialog. Vidare ökar vaccinskepsisen i vissa grupper som är närvarande i sociala medier. Det är därför viktigt att använda flera olika

kommunikationskanaler för att förmedla faktabaserad kunskap om vacciner, både till allmänheten och till professionen.

Studie i Järna bland befolkning med antroposofisk livsåskådning

Resultat av kvalitativ studie och TIP-analys

Resultatet av studien visade att det var stora skillnader i de intervjuade föräldrarnas resonemang kring MPR-vaccination och deras attityder till vaccination. Tre olika föräldragrupper kunde urskiljas:

- de som vaccinerar i tid
- de som skjuter upp MPR-vaccinationen i några år
- de som avstår vaccination i barnåren

Föräldrar som vaccinerar respektive avstår från vaccination för sina barn har olika syn på hälsa som går att sammanfatta i två teman: en *konventionell syn på hälsa* samt en *holistisk syn på hälsa*.

Den föräldragrupp som vaccinerade i tid ser mässling som en allvarlig sjukdom samt känner tillit till BVC-personal och vaccinexperter. Föräldrarna kände sig trygga med MPR-vaccinet eftersom det har använts under lång tid.

En annan föräldragrupp sköt upp vaccinationen i ett par år då de ansåg att barnen var för små för att vaccineras mot MPR vid 18 månaders ålder (figur 7).

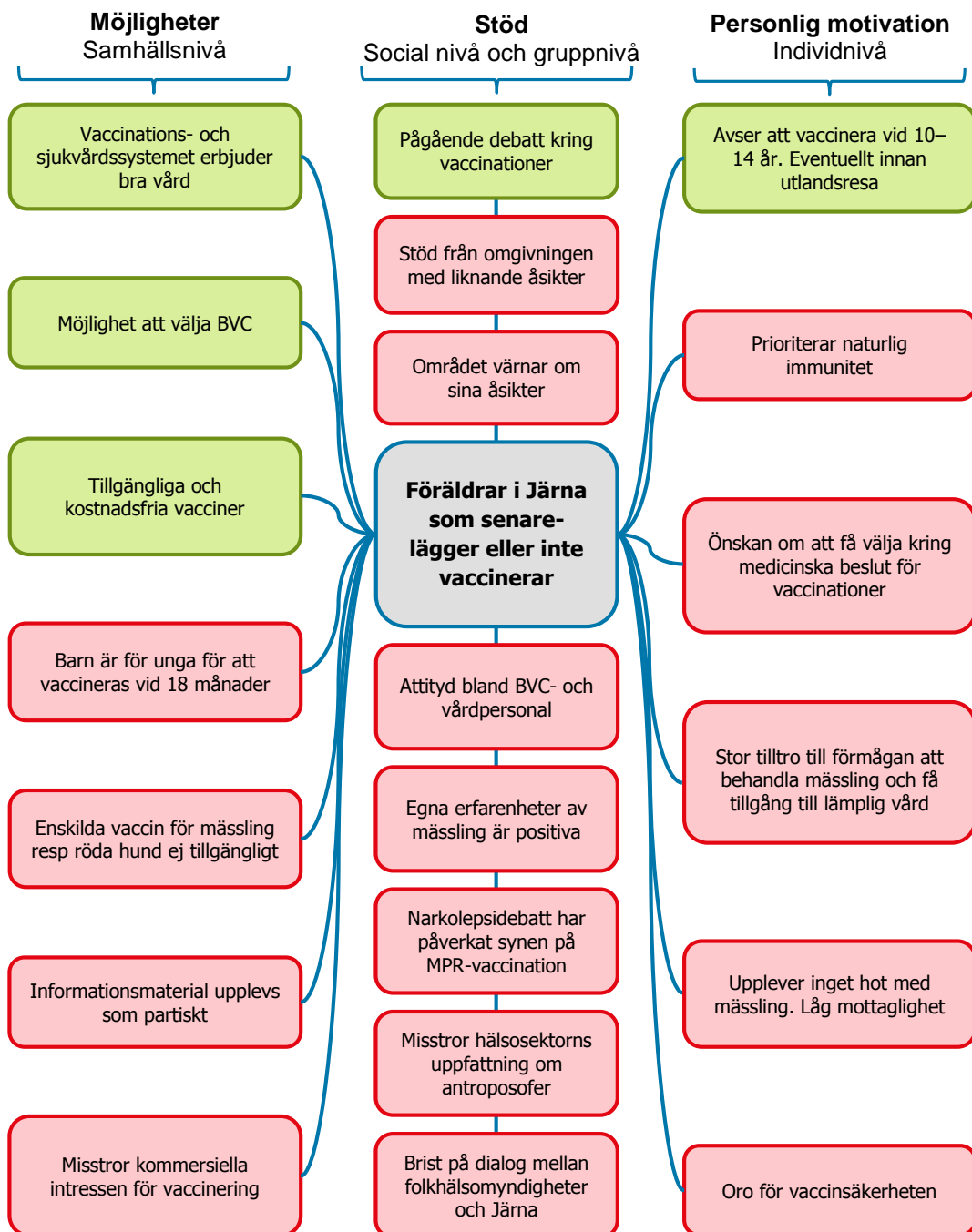
Föräldrarna föredrar naturlig immunitet men avstår inte helt från vaccinering, utan vill snarare vänta ett par år för att ge barnet tid att växa och utvecklas samt bygga upp ett immunförsvar inför vaccinationstillfället. Under tiden som barnet är ovaccinerat är föräldrarna försiktiga när det gäller exposition för smitta och smittspridning. Föräldrarna ansåg sig vara ansvarstagande för både sitt eget och andras barn i omgivningen. Alla föräldrar som vaccinerade sina barn före fem års ålder såg flockimmunitet som ett viktigt koncept.

Föräldrar som inte vaccinerar sina barn ansåg att naturlig immunitet är utvecklande för barn upp till tonåren, men därefter avser många att vaccinera barnet i samband med utlandsresor eller om barnet inte förvärvat naturlig immunitet genom infektion (figur 7). Oro för vaccinbiverkningar på lång sikt är ytterligare en anledning till att senarelägga eller avstå från vaccination. Föräldrarna uttryckte också misstro och ifrågasatte vinstintressen från läkemedelsindustrin och samhället då de upplever att man enbart handlar utifrån ekonomiska intressen. Föräldrarna känner att de har den kunskap och tid som behövs för att ta hand om mässlingssjuka barn och anser att det gäller att ta hand om barnen på ett bra sätt. På så sätt anser de att riskerna för komplikationer av mässling minskar. De kände sig trygga med tillgången till antroposofisk vård och den kunskap som finns i Järna där de ansåg att det finns kunnig och erfaren personal. Innan de tog ett slutligt beslut diskuterade de saken med antroposofisk vårdpersonal samt sökte information på internet.

Föräldrar från alla grupper efterfrågade mer balanserad information om vaccinationer samt en objektiv dialog med vårdpersonal utifrån evidensbaserad information.

Resultaten för delstudien i Järna beskrivs i en nyligen publicerad vetenskaplig publikation (42).

Figur 7. Konceptuell karta som visar de faktorer som hindrar (röd) eller motiverar (grön) föräldrar i Järna som senarelägger eller avstår från MPR-vaccination för sina barn.



Insatser i Järna

Framtida riktade insatser i Järna bör vara långsiktiga och inkludera såväl småbarnsföräldrar som övriga i samhället samt hälsosektorn i området.

Följande förslag på fortsatt arbete i Järna bör ske i nära samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, BVC-personal i Järna samt Barnhälsovårdsenheten och Smittskyddsenheten i Stockholms läns landsting.

För övergripande och detaljerade mål och aktivitetsplaner, se tabell 3A/B.

Kompetenshöjande insatser riktade till vårdpersonal

- djupare utbildningsinsatser inom vaccinologi så att de har bättre möjligheter att svara på vaccinfrågor
- utbildningsinsatser för att skapa en konstruktiv dialog kring frågor som rör barns hälsa
- utbildningsinsatser för ökad kunskap om hur man på ett respektfullt sätt kan föra en dialog med de föräldrar som är tveksamma till vaccination

Hälsokommunikationsinsatser riktade till föräldrar

- balanserad och saklig information kring MPR-vaccination
- en kontaktperson – vaccinexpert – som kan ge en balanserad syn och information kring vaccinationer
- information om vikten av MPR-vaccin inför utlandsresor

Studie bland föräldrar med somaliskt ursprung i Rinkeby och Tensta

Resultat av kvalitativ studie och TIP-analys

Fyndet från den kvalitativa studien bland föräldrar med somaliskt ursprung kan sammanfattas i ett övergripande tema: *långlivade föreställningar om biverkningar av MPR-vaccinet: barn som inte börjar prata/autism*. Dessutom finns två underteman: *skäl att vaccinera* och *skäl att inte vaccinera*. Studien visar att flera faktorer påverkar föräldrars val om MPR-vaccination (figur 8). Nyinflyttade föräldrar var generellt mer positiva till MPR-vaccination, men när de blivit väl förankrade och etablerat sociala kontakter i området ville de avvakta med MPR-vaccination tills barnet börjat prata.

Sammanfattningsvis visar denna studie i Rinkeby och Tensta att föräldrar som inte vaccinerar sina barn generellt tror att MPR-vaccinet kan leda till biverkningar såsom autism.

Både föräldrar och BVC-personal berättade om hur icke-vaccinerande föräldrar försökte påverka andra föräldrar att inte vaccinera barnen mot mässling. Rykten sprids om att MPR-vaccinet är förknippat med autism och en del föräldrar blev då rädda och avböjde vaccination.

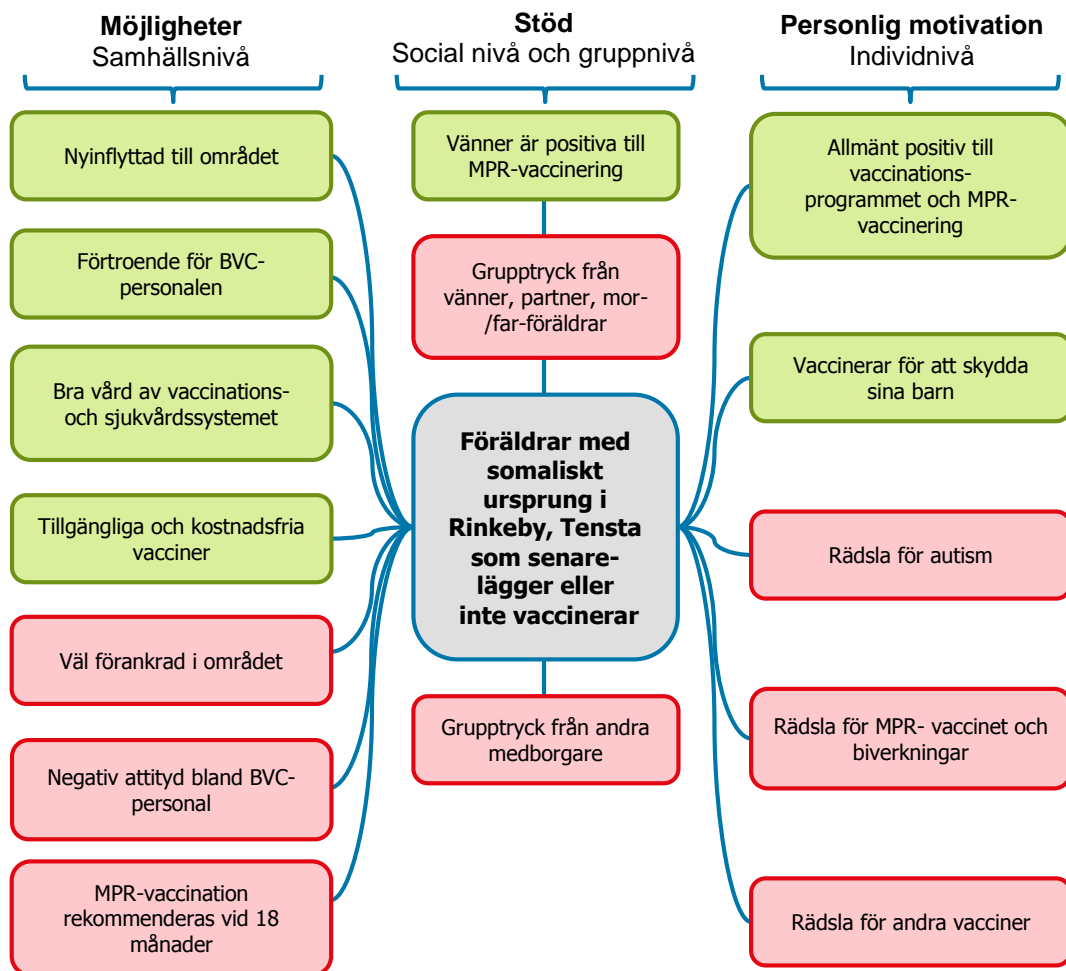
En ny trend som uppmärksammats av BVC-sköterskorna under det senaste året är att rädslan för MPR-vaccinet även påverkar beslut kring andra vaccinationer. BVC-personalen bekräftade att vissa föräldrar avböjer vaccination vid både ett och fem års ålder av rädsla för att det kan vara MPR-vaccinet de erbjuds.

Befolkningen efterfrågar mer information om vaccinationers för- och nackdelar, men man använder inte de traditionella kanalerna som erbjuds via BVC och Elevhälsan. Många kommer från en kultur där den muntliga traditionen är stark och man överför information och kunskap via personliga relationer, då är det svårare för vårdpersonal att förmedla kunskap om vacciner.

Föräldrarnas förtroende för BVC-personal var en annan avgörande faktor för att välja vaccination eftersom tilliten motiverade föräldrar att vaccinera i tid. Föräldrar som litade på BVC-personalen bad även om råd kring barnens hälsa och utveckling samt ställde mer frågor och litade på svaren. Vårdpersonalens attityd har också stor betydelse för val om vaccination och studiepersonerna efterlyste en bra dialog.

Delar av resultaten kommer att presenteras i en kommande vetenskaplig publikation (43).

Figur 8. Konceptuell karta som visar de faktorer som hindrar (röd) eller främjar (grön) föräldrar med somaliskt ursprung i Tensta och Rinkeby som senarelägger eller avstår MPR-vaccination.



Insatser i Rinkeby och Tensta

Kommande insatser i Rinkeby och Tensta bör innehålla flera parallella kommunikationsinsatser riktade till såväl småbarnsföräldrar som övriga samhällsmedlemmar och vårdpersonal i området. Insatserna bör särskilt fokuseras på svensk-somaliska nyckelpersoner i området, då resultatet av studien visar att föräldrarnas sociala nätverk påverkar deras beslut om vaccination.

I rapporten från Socialstyrelsen 2009 (30) framgår att BHV under 2007–2009 gjorde flera insatser i Tensta och Rinkeby för att informera och svara på frågor från allmänheten samt informera om MPR-vaccinet. Trots detta finns rädslan för autism kvar bland somalie-svenskar. Detta tyder på ett behov av innovativa insatser och nytänkande när det gäller utbildnings- och informationsinsatser.

Nedan finns ett förslag på fortsatt arbete i Rinkeby och Tensta som bör ske i nära samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, BVC, VC och SHV i området,

Barnhälsovårdsenheten och Smittskyddsenheten i Stockholms läns landsting, hälsokommunikatörer vid landstinget och kommunen samt somaliska frivilligorganisationer.

För övergripande och detaljerade mål och aktivitetsplaner, se tabell 3A/C.

Kompetenshöjande insatser riktade till hälso- och sjukvårdspersonal

- förstärkta utbildningsinsatser inom vaccinologi som ger bättre möjligheter att svara på vaccinfrågor
- utbildningsinsatser för lokalt verksam vårdpersonal för att skapa en konstruktiv dialog med somaliska grupper kring frågor som rör vaccination och autism
- stöd i hur man kan bemöta somaliska föräldrar som är tveksamma till vaccination

Hälsokommunikationsinsatser riktade till föräldrar

- kultur- och målgruppsanpassad kommunikation
- balanserad och saklig information kring MPR-vaccinationer
- förutsättningar att diskutera autism inom befintliga nätverk
- information om den felaktiga kopplingen mellan MPR-vaccin och autism
- en kontaktperson – vaccinexpert – med somaliskt ursprung som kan ge en balanserad syn på och information kring vaccinationer
- ett ”vaccine champion”-projekt, det vill säga kanaler för att nå ut till nyckelpersoner som kan föra information om vaccinationer vidare till svensk-somalier i Rinkeby och Tensta
- ett utbildningsprojekt enligt *peer-to-peer*-metodiken med en lokal utbildare i samhället. En viktig fördel med *peer-to-peer*-metoden är att den lokala utbildaren kan ge information på målgruppens eget språk och ta hänsyn till kulturella aspekter
- information om vikten av MPR-vaccin inför utlandsresor

Övriga riktade insatser

- vaccinationsstatus ska alltid bedömas som en del av hälsoundersökningar för nyanlända somalier
- en seroimmunitetsstudie i Rinkeby och Tensta med syfte att undersöka immunitetsläget i befolkningen som helhet mot mässling och röda hund. Detta för att bättre kunna bedöma risken för ett utbrott och behovet av särskilda insatser

Studie bland papperslösa migranter i Stockholm och Göteborg

Resultat av kvalitativ studie och TIP-analys

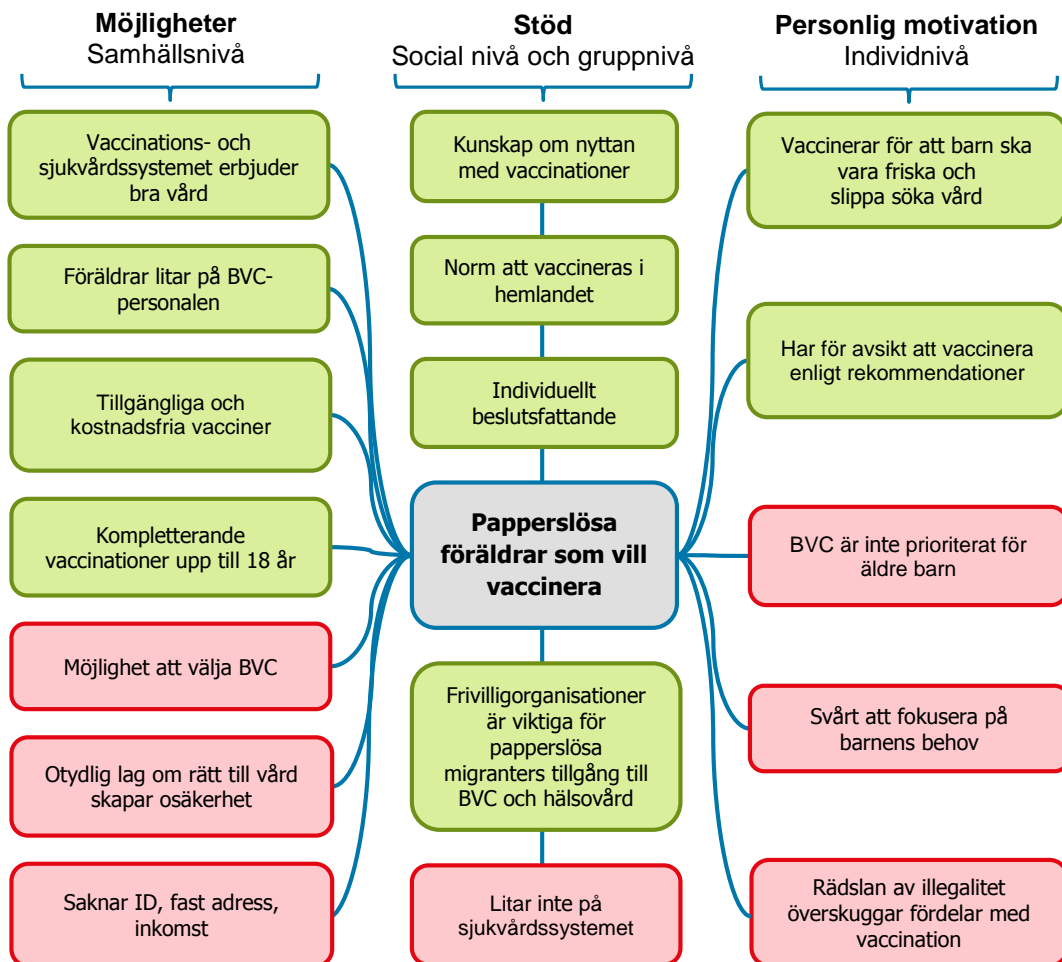
Fynden av den kvalitativa studien bland papperslösa kan sammanfattas i två övergripande teman: *föräldrarnas rädsla för att bli upptäckta* och *föräldrarnas acceptans av barnvaccination*. Sammanfattningsvis visar studien att papperslösa föräldrar har en positiv inställning till barnvaccination och vill vaccinera sina barn för att hålla dem friska och därmed undvika kontakt med reguljär sjukvård (figur 9). Det finns dock strukturella hinder på olika nivåer samt en genomgående rädsla som minskar deras tillgång till hälsovård och därmed även vaccinationer. Papperslösa barnfamiljer flyttar runt, ofta med kort varsel, vilket försvårar fullvaccinering enligt det rekommenderade vaccinationsschemat. Föräldrarna känner till barnens rätt till fri hälso- och sjukvård i Sverige, men uttrycker misstro mot vårdgivare och försöker undvika att söka vård. Många är rädda för att de ska bli avvisade eller ombudda att visa upp legitimation eller ange en fast adress, vilket de sällan har. Regelverket är komplicerat för både migranter och vårdpersonal, eftersom det beror på personens legala status.

Den främsta utmaningen som BVC-personalen ställs inför är att bygga upp föräldrarnas förtroende för BVC, och få dem att fortsätta komma till mottagningen för uppföljning och vaccinering. BVC-personal tampas också med administrativa och ekonomiska hinder såsom ersättningssystemet, vilket försvårar deras arbete och tar en viktig del av vårdtiden från patienterna.

Ett delmål med detta projekt var att ta reda på hur papperslösa föräldrar får tillgång till barnhälsovård och sjukvårdssystemet (så kallade *entry/exit points*). Vården har svårt att hantera människor utan personnummer eller LMA-kort (Lagen om mottagande av asylsökande). Missförstånd om rättigheter uppstår då vårdpersonal inte känner till lagstiftningen. Det gör att familjer blir rädda och känner sig avvisade, och de kan då välja att avstå från vård. Frivilligorganisationer utgör ett viktigt stöd för papperslösas kontakt med sjukvården. Klinikerna för papperslösa (Röda korset, Läkare i världen och Rosengrenska) förmedlar och underlättar kontakt med vården för både vuxna och barn. I sammanhanget är det viktigt att komma ihåg att en person kan byta legal status flera gånger under asylprocessen: från asylsökande, till gömd och tillbaka till asylsökande. Rättigheterna till vård är olika beroende på legal status.

Delar av resultaten har presenterats i en masteruppsats (44).

Figur 9. Konceptuell karta som visar de faktorer som hindrar (röd) eller främjar (grön) papperslösa föräldrar i Stockholm och Göteborg som vill vaccinera sina barn.



Insatser bland papperslösa migranter

Insatserna bör innehålla parallella och innovativa kommunikationsinsatser som är riktade till såväl de olika migrantgrupperna som sjukvårdspersonal. Särskilt fokus bör ges till nyckelpersoner och frivilligorganisationer då TIP-resultatet visar att de utgör en viktig ingångsport och länk till den reguljära hälsovården för både barn och vuxna som är papperslösa.

Folkhälsomyndigheten har tagit fram en vägledning inför hälsoundersökningar, riktad till hälso- och sjukvården (49), inom ramen för projektet ”Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar av asylsökande”. Det övergripande syftet med projektet är att öka antalet hälsoundersökningarna bland asylsökande. I vägledningen finns också viktiga teman kring arbetet med migranter i hälso- och sjukvårdssammanhang, med särskilt fokus på hälsoundersökningen. De kan vara värdefulla i det fortsatta arbetet med nyanlända migranter.

Nedan finns förslag på fortsatt arbete som bör ske i nära samverkan mellan olika aktörer såsom Folkhälsomyndigheten, barnhälsovården, smittskyddsenheter och frivilligorganisationer i respektive geografiskt område och på olika arenor. Syftet är att öka tillgången till kompletterande vaccinationer för sårbara migrantgrupper, framför allt papperslösa, asylsökande och nyanlända.

De papperslösa migranternas situation i vaccinations- och sjukvårdsfrågor handlar om strukturella problem på olika nivåer och behöver adresseras inom ramen för ett större myndighetsarbete. Det kan till exempel handla om att sprida information om nya lagen om nyanländas rätt till vård samt att öka genomförandegraden av hälsoundersökning där även en vaccinationsbedömning ingår.

För övergripande och detaljerade mål och aktivitetsplaner, se tabell 3A/D.

Riktade kompetenshöjande insatser till vårdpersonal inom primärvården

- informationsinsatser med målet att vaccinationsstatus alltid bedöms som en del av hälsoundersökningen
- utbildningsinsatser om kompletterande vaccination för personal som utför hälsoundersökningar

Övriga riktade insatser

- en seroimmunitetsstudie bland nyanlända för att få kunskap om immunitetsstatus mot mässling, röda hund och polio – för att på så sätt kunna bedöma behovet av särskilda insatser och få vägledning i rekommendationer för kompletterande vaccinationer för såväl barn som vuxna
- en riktad seroimmunitetsstudie i migranttäta områden med låg vaccinationstäckning
- informera om vikten att vaccineras mot MPR inför utlandsresor

Diskussion

Folkhälsomyndigheten ansvarar för att följa upp vaccinationsprogrammet och ska i samverkan med berörda myndigheter och aktörer arbeta förebyggande för att upprätthålla en hög vaccinationstäckning på nationell och lokal nivå. På nationell nivå behövs en kontinuerlig uppföljning av vaccinationstäckningen, men även en analys av trender och attitydförändringar när det gäller vaccinationer. Det bör finnas en tydlig målsättning för att preventionsinsatserna ska motsvara behoven och nå de grupper som av olika anledningar är svåra att nå: de mest sårbara grupperna såsom barn och vissa migrantgrupper, särskilt papperslösa migranter.

Resultaten från detta projekt och ett antal delstudier har gett en inblick i hur föräldrar i de studerade populationerna resonerar kring vaccinationsfrågor samt ett underlag för hur vaccinationsarbetet kan bedrivas bland dessa svårnådda grupper. Kartläggningen visar att riktade insatser såsom kommunikationsinsatser behöver förstärkas på lokal nivå och individnivå i områden som haft låg vaccinationstäckning under lång tid. Dessutom behöver hälso- och sjukvårdspersonalen relevant och faktabaserad information om vacciner och attityder. Frågor kring vårdgivarens bemötande av skeptiska föräldrar behöver adresseras.

När det gäller att planera de föreslagna insatserna bör man beakta att det inom vaccinområdet saknas vetenskapliga utvärderingar av insatser; det finns alltså inga så kallade evidensbaserade insatser som syftar till att öka vaccinationstäckningen bland svårnådda grupper genom beteendeförändring. Ofta är det komplicerat, dyrt och tidskrävande att utvärdera insatser, utan vetenskapliga bevis för vilka åtgärder som har bäst effekt kan man använda beprövad erfarenhet eller goda exempel (*best practice*). Det är dock nödvändigt att följa upp effekterna av insatserna, oavsett vilken typ av metod som används.

När det gäller antroposofiska grupper vore det gynnsamt om flera europeiska länder kan samarbeta och utbyta kunskap och erfarenheter eftersom flera grannländer har en liknande situationer som Sverige. Trots flera utbrott i Europa i antroposofiska områden och skolor finns begränsad information om insatser för att öka vaccinationstäckningen i denna grupp. Flera europeiska länder (Tyskland, Österrike, Storbritannien och Nederländerna) har haft utbrott i antroposofiska samhällen under de senaste åren (50-53) men insatserna har fokuserats på att kontrollera och begränsa utbrotten snarare än att förebygga dem. Det finns heller inga publikationer som rör evidensbaserade insatser för arbete med somaliska populationer eller papperslösa migranter i Europa.

Detta projekt har bidragit med ny kunskap och intressanta fynd som är specifika för de olika målgrupperna. Vi har fått ökad kunskap om föräldrars attityder till vaccination och hindren för att välja att vaccinera barnen. Vi har också fått en större inblick i vårdpersonalens utmaningar samt behovet av kompetensutveckling och stöd i deras dagliga arbete med svårnådda grupper.

Projektet utgör ett underlag och ger vägledning i det fortsatta arbetet med att nå fram med budskap och information om vaccination. Den här rapporten innehåller även förslag på riktade insatser för varje målgrupp, bestående av ett paket av budskap, kommunikationsvägar och material som ska tas fram. Hälso- och sjukvården har ansvaret för att implementera vaccinationsprogrammet och kommer även att vara ledande i detta arbete. Insatserna kommer att testas och utvärderas för att kommuner och landsting senare ska kunna använda dem som komplement till dagens arbete kring vaccinationstäckning.

Reflektioner kring TIP-metoden

Vår övergripande erfarenhet av TIP-metodologin är att den är ett bra verktyg för att strukturera problemställningen. Metoden är flexibel vad gäller datainsamling som sker med hjälp av kvalitativa och kvantitativa studier samt så kallad grå litteratur. Den grå litteraturen utgörs av rapporter, sammanställningar och forskningspublikationer som inte har publicerats som kvalitetsgranskade artiklar eller monografier, till exempel konferensbidrag eller rapporter. Detta är en styrka för att få ett helhetsperspektiv på frågeställningen samt identifiera eventuella lösningar och insatser.

Kartläggningsstudier bör ingå i arbetet med att utveckla och anpassa TIP-metoden, och de bör användas medan programmet pågår för att förfina och förbättra aktiviteterna. Nedan finns några kortfattade, allmänna kommentarer om erfarenheter och lärdomar av TIP-metoden.

Arbetsprocessen

- Med TIP är det lättare att fokusera på innehållet snarare än själva formatet. Det finns en färdig struktur – en verktygslåda – som stöd för hur kartläggningen ska gå till och man kan därmed fokusera på innehållet i problemställningen
- Teknisk support från WHO-konsulter och eventuellt lokala TIP-kunniga är mycket viktig för att både komma igång och analysera samt strukturera insamlad data på ett tidigt stadium.
- Seminarier och workshopar med tvärprofessionell kompetens och nyckelpersoner är essentiella.
- TIP utgör en bra start för att planera och utforma skräddasydda (riktade) insatser på vetenskaplig grund.
- Data samlas in på flera olika sätt men fokus ligger på kvalitativa studier.

Fördelar med TIP

- TIP-metoden och dess strukturerade sätt att presentera kvalitativa fynd gör det lättare att förstå problemet och se möjliga lösningar ur olika synvinklar, samt att arbeta på ett systematiskt sätt.
- En av hörnstenarna i TIP-metoden är stratifiering av den undersökta målgruppen i olika subgrupper, så kallade verkställare (*doers*) och icke-verkställare (*non-doers*). I vaccinsammanhang är den förra gruppen föräldrar som väljer att vaccinera, och den senare de som inte vaccinerar. I dynamiken mellan dessa gruppers svar framkommer tydligt vilka insatser som är mest troliga att lyckas.
- Vår erfarenhet är att TIP-metoden är flexibel såtillvida att alla steg inte alltid behöver inkluderas i en kartläggning. TIP kan tillämpas även om studiepopulationen inte tillåter stratifiering, som i fallet med papperslösa migranter.

Nackdelar med TIP

- En generell begränsning med TIP-metoden är att den syftar huvudsakligen till en förändring i individens beteendemönster. Ibland finns det strukturella hinder på system- och samhällsnivå som kan ligga utanför individens kontroll och möjlighet att påverka.
- Implementeringsdelen i TIP-metoden behöver utvecklas och kompletteras med en verktygslåda – motsvarande den för kartläggningsfasen – med konkreta förslag på evidensbaserade metoder för att nå fram med budskap och information om vaccination till de specifika målgrupperna. Det är även nödvändigt med förslag på modeller och verktyg för att systematiskt planera och utvärdera insatserna.

Nyttan med TIP för svenska förhållanden

- TIP har direkt bidragit till utformningen av den nationella handlingsplanen för att hindra spridning av mässling och röda hund (6) samt den nationella kommunikationsplanen för vaccinationer i Sverige (7).
- TIP användes som hjälp för att identifiera strukturella – administrativa och ekonomiska – hinder som ligger utanför vårdgivarnas inflytande.
- Erfarenheter och lärdomar av att testa och implementera TIP-metoden inom vaccinationsområdet kommer att tillvaratas inom andra folkhälsoområden. TIP-metoden har anpassats för att nå målgrupper för antibiotikaprogram, nu kallat *Tailoring Antimicrobial Resistance Programmes (TAP)*, och Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att pilottesta och implementera metoden under 2014.

Sammanfattningsvis har TIP-projektet bidragit med ny kunskap och betydelsefulla insikter när det gäller vaccination bland de studerade svårnådda grupperna.

Aktivitetsplaner – Nära samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och landstingen

Förslag till övergripande insatser – alla målgrupper

Tabell 3A

Projektmål	Målgrupp	Aktivitet	Ansvarig
Ökad kompetens i vaccinologi, vaccinsjukdomar och metodik för förbättrad dialog med vaccintveksamma.	Vårdpersonal – BVC	Webbaserad filmserie om a. Vaccinsjukdomars historik b. Vaccinsäkerhet c. Hur man bemöter föräldrar som är tveksamma till vaccin (rollspel). Tre filmer upplagda på Folkhälsomyndighetens webbplats	Folkhälsomyndigheten, EU-VR i samarbete: a. Virolog c. Läkemedelsverket d. BHV-öl, vaccin-expert och skådespelare
Underlätta vårdens dialog med vaccintveksamma genom att producera och tillhandahålla skriftligt evidensbaserat utbildningsmaterial.	Vårdpersonal – BVC och elevhälsan	En referensgrupp ser över, väljer, sammanställer och översätter befintligt informationsmaterial från ECDC, Socialstyrelsen, BHV, Promovax (se nedan externa resurser-kommunikationsmaterial)	Folkhälsomyndigheten, EU-VR och Komm samt Barnhälsovården och Smittskydd Stockholm
Ökad kunskap om vikten av att vara väl vaccinerad inför resor – gäller både grundvaccination och resevaccination.	Allmänheten och professionen	Information med fokus på resevaccination på webbplatsen – sjukdomar och vacciner Broschyr om resevaccination inklusive riskmedvetenhet	Smittskydd Stockholm, Barnhälsovårdsenhet SLL, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Granskning av referensgrupp bestående av TIP-deltagare och målgruppsmedlemmar
Ökad kunskap kring vaccin med uppdaterad information på Folkhälsomyndighetens webbplats.	Professionen (hälso- och sjukvården) Allmänheten	Utveckla och uppgradera webbplatsen. Inkludera FAQ Adressera vaccinoro Kompletterande vaccination Information riktad till föräldrar med fokus på: Hur vaccin fungerar Biverkningar Vaccintillsatser Länk till personliga berättelser	Folkhälsomyndigheten (VR och Kommunikation)

Förslag till riktade insatser – befolkning med antroposofisk livsåskådning i Järna

Tabell 3B

Projektmål	Målgrupp	Aktivitet	Ansvarig
Informera om TIP-studiens resultat i Järna.	Befolkning och BVC och elevhälsans personal i Järna	Möte och diskussion om masteruppsats vid områdesträff för BVC-personal i Järna och Södertälje	Folkhälsomyndigheten (VR) BHV/Smittskydd
God kännedom om MI (Motivational Interviewing) hos vårdpersonal.	BVC-sköterskor	Motiverande samtal (MI) med fokus på vaccinationer (evidensbaserad dialogteknik)	BHV, del i standard utbildningsprogram för samtliga BVC ssk i SLL
Ökad kunskap i vaccinologi.	Elevhälsa- och BVC-personal i hela SLL	Riktad utbildning om vaccinationer	BHV-enheter, Smittskydd organiserar utbildningen
Attitydundersökning inom BHV som del i kvalitetsarbetet.	BVC- och VC-personal	Enskilda intervjuer med BVC-sköterskor och -läkare Fokusgruppsamtal	BHV, vårdutvecklare samordnar en kvalitativ studie

Förslag till riktade insatser – somalisk befolkning i Tensta och Rinkeby

Tabell 3C

Projektmål	Målgrupp	Aktivitet	Ansvarig
Informera om TIP-studiens resultat i Rinkeby/Tensta.	Befolkning och BVC och elevhälsans personal i Rinkeby, Tensta	Möte och diskussion om vetenskaplig artikel och rapport vid områdesträff för BVC-personal i Rinkeby och Tensta	Folkhälsomyndigheten (VR) BHV/Smittskydd
Öka kunskap om vacciner bland somaliska grupper genom olika utbildnings- och kommunikationsinsatser med syfte att: a. öka andelen MPR-vaccinationer enligt schema (18 månader) b. skingra rykten och desinformation om orsakssamband mellan mässlingvaccination och autism.	Somaliska befolkningen (föräldrar)	Webbaserat bildspel Utveckla bildspel med berättarröst på somaliska och svenska om 1. vaccinsjukdomar, 2. MPR-vaccin och autism Direktkontakt med vaccinexpert Vaccinexpert tillgänglig via e-post för att svara på frågor om vaccinationer Skriftlig information Ta fram målgruppsanpassad information om vaccinationer "Vaccin champion"-projekt Ta fram YouTube-film med känd somalier resp. somalisk läkare Peer-projekt Utbildningsprojekt som bygger på "peer-to-peer"-metodik inkl. diskussionsforum Föreläsningar riktade till föräldrar med olika vaccinrelaterade teman, anordnade via lokala frivilliga organisationer (t.ex. Tensta parents)	Folkhälsomyndigheten (EU-VR) sammankallande I samarbete med BHV och Smittskydd Stockholm
Öka vårdpersonalens kompetens att ge objektiv information som befrämjar vaccination enligt schema (18 m) bland somaliska barn samt öka kunskap om autism.	Vårdpersonal, hälsokommunikatörer och tolkar	Diskussionsforum/Databas Frequently Asked Questions (FAQ) och andra målgruppsanpassade informationshjälpmedel utvecklas av primärvården Utbildning i mindre grupper med syfte att kompetensutveckla vårdgivare och hälsokommunikatörer som arbetar med den somalisktalande befolkningen om MPR-vaccination och sjukdomarna samt autism	BHV, Smittskydd Stockholm

		Områdesträff med BUP-konsult som föreläser om autism.	
Ökad kunskap och nulägesbeskrivning kring autism i den somaliska befolkningen.		Fördjupade litteratursökningar och sammanställningar kring autismdiagnoser och MPR-vaccinaion i Rinkeby, Tensta och liknande områden, t.ex. Minnesota, USA	Folkhälsomyndigheten (EU-VR) (mastersstudent) och SLL
Få kunskap om immunitetsläget och därmed risken för utbrott bland barn och vuxna i Rinkeby/Tensta.	Omfattar hela befolkningen i området	Seroimmunitetsstudie i Tensta/Rinkeby genom insamling av överblivna prover	Folkhälsomyndigheten, EU-VR och MI-LU. Vårdcentraler i Tensta och Rinkeby. Insamling av överblivna prover

Förslag till riktade insatser – migranter, inklusive papperslösa

Tabell 3D

Projektmål	Målgrupp	Aktivitet	Ansvarig
Delge och diskutera TIP-resultat av studie bland nyanlända migranter och papperslösa.	Vårdpersonal vid kliniker för papperslösa	Delge studieresultat För intervjuade nyckelpersoner och volontärer Planering av aktiviteter I samband med detta hålla föreläsning om vacciner och barnvaccinationsprogrammet	Folkhälsomyndigheten, EU-VR sammankallande
Vaccinationsstatus alltid kontrolleras som del av hälsoundersökning.	Vårdpersonal som utför hälsoundersökningar	Utveckling av webbaserad undervisning (webbinarium) om kompletterande vaccination för personal som utför hälsoundersökningar och att vid behov planera för kompletterande vaccination och förmedla kontakt till BVC resp. VC för vuxna	Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, landsting
Få kunskap om immunitet bland barn och vuxna i migranttåta områden med låg vaccinationstäckning.	Svårnådda grupper med låg vaccinations-täckning	Riktad seroimmunitetsstudie i migranttåta områden med låg vaccinationstäckning (t.ex. Angered i Göteborg och Rosengård i Malmö) genom insamling av överblivna prover	Folkhälsomyndigheten, EU-VR och MI-LU. Vårdcentraler i Angered och Rosengård. Insamling av överblivna prover
Få kunskap om immunitet bland nyanlända migranter (flyktingar, asylsökande) barn och vuxna.	Svårnådda grupper med okänd immunstatus	Pilotstudie, riktad seroimmunitetsstudie (Stockholm) genom insamling av extra blodrör i samband med annan provtagning	Folkhälsomyndigheten, EU-VR och MI-LU Sex vårdcentraler som utför hälsoundersökningar i Stockholm

Referenser

1. WHO. Measles, Fact sheet no. 286. Hämtad från www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/. 2014.
2. WHO. Rubella, Fact sheet no. 367. Hämtad från www.who.int/mediacentre/factsheets/fs367/en/. 2014.
3. Lopalco P, Martin R. Measles still spreads in Europe: who is responsible for the failure to vaccinate. *Euro Surveill*. 2010;15(17):19557.
4. ECDC. Number of measles cases by month and notifications (cases per million), March 2012-February 2013, EU/EEA countries and Croatia. Hämtad från http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/epidemiological_data/pages/measles_past12months.aspx. 2014.
5. ECDC. Number of rubella cases by month and notifications (cases per million) in the last 12 months, March 2012 - February 2013, EU and EEA countries. 2013; Hämtad från: <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/rubella/epidemiological-data/pages/rubella-cases-past-year.aspx>.
6. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för att hindra spridning av mässling och röda hund. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-5-6>. 2014.
7. Socialstyrelsen. Kommunikationsstrategi för vacciner och vaccinationsprogram. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/> Rapport under produktion. 2014.
8. Colzani E, McDonald SA, Carrillo-Santistevan P, Busana MC, Lopalco P, Cassini A. Impact of measles national vaccination coverage on burden of measles across 29 Member States of the European Union and European Economic Area, 2006-2011. *Vaccine*. 2014 Apr 1;32(16):1814-9. PubMed PMID: 24530930. Epub 2014/02/18. eng.
9. Moss WJ, Polack FP. Immune responses to measles and measles vaccine: challenges for measles control. *Viral immunology*. 2001;14(4):297-309.
10. Blennow M, Carlsson R-M, Hanson LÅ, Lindberg A, Lindquist L, Magnusson M, et al. Vacciner till barn-skyddseffekt och biverkningar: En systematisk litteraturoversikt. SBU rapport. 2009.
11. Strebel PM, Henao-Restrepo AM, Hoekstra E, Olive JM, Papania MJ, Cochi SL. Global measles elimination efforts: the significance of measles elimination in the United States. *The Journal of infectious diseases*. 2004 May 1;189 Suppl 1:S251-7. PubMed PMID: 15106119. Epub 2004/04/24. eng.
12. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationsuppföljning seroepidemiologisk tvärsnittstudie 1997, slutrapport. 2004.
13. Folkhälsomyndigheten. Vaccinationsuppföljning seroepidemiologisk tvärsnittstudie 2007, slutrapport. 2012.
14. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell J, Casson D, Malik M, et al. RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*. 1998;351(9103):637-41.
15. Bågenholm G, Blennow M. Asylsökande barn i Stockholms län Hälsoundersökningar efter ankomst till Sverige. Hämtad från http://www.webbhotells.se/Global/Bhv/Dokument/Rapporter/Asyl_slutrapport_110509.pdf. 2011.
16. Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A, Price D. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;4.
17. WHO. WHO, MMR and Autism - a review for the Global Advisory Committee on Vaccine Safety, WER 24 Jan 2003. 2003.

18. Taylor LE, Swerdfeger AL, Elick GD. Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*. 2014 Jun 17;32(29):3623-9. PubMed PMID: 24814559.
19. ECDC. Review of outbreaks and barriers to MMR vaccination coverage among hard-to-reach populations in Europe. Stockholm:ECDC; 2013. <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/mmr-vaccination-hard-to-reach-population-review-2013.pdf>. 2013.
20. ECDC. Let's talk about protection- enhancing childhood vaccination uptake. Stockholm: ECDC; 2012. <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/comms-aid/Documents/Vaccine-comms-action-2013.pdf>. 2012.
21. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. Vaccine hesitancy: An overview. *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2013;9(8):1763-73.
22. Larson H. Underlying issues are key to dispelling vaccine doubts. World Health Organization Marketing and Dissemination, GENEVA 27, SWITZERLAND; 2014.
23. Brown KF, Kroll JS, Hudson MJ, Ramsay M, Green J, Long SJ, et al. Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. *Vaccine*. 2010 Jun 11;28(26):4235-48. PubMed PMID: 20438879. Epub 2010/05/05. eng.
24. Favin M, Steinglass R, Fields R, Banerjee K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature. *International health*. 2012 Dec;4(4):229-38. PubMed PMID: 24029668. Epub 2013/09/14. eng.
25. Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: A critical review. *Soc Sci Med* 2014.
26. Muscat M. Who Gets Measles in Europe? *Journal of Infectious Diseases*. 2011 July 1, 2011;204(suppl 1):S353-S65.
27. Arman M. H, A. S., & Kullberg, A. . Anthroposophic health care in Sweden - a patient evaluation. . *Compl Ther Clin Pract*, 17(3), 170-178 2011 2011.
28. Duffell E. Attitudes of parents towards measles and immunisation after a measles outbreak in an anthroposophical community. *J Epidemiol Community Health*, 55(9), 685-686. 2001.
29. Kulane A JA, Robleh I, Bågenholm G. . Somali parents' acceptance of MPR vaccinations for their children. An exploratory study. Division of International Health (ICHAR), Karolinska Institutet, Stockholm and Department of Preventive Child Health, Karolinska University Hospital, Stockholm. Juni 2007.
30. Socialstyrelsen. Rapport från informations- och samrådsmöte om MPR-vaccination, vitamin D och autism. <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17811/2009-11-10.pdf>. 2009.
31. SLL. Stockholms läns landsting. Barnhälsovård Årsrapport 2012 <http://www.bhvsll.se/>. 2012.
32. SLL. Verksamhetsberättelse för Smittskydd Stockholm 2013. www.smittskyddstockholm.se [http://www.vardgivarguiden.se/global/05_områden/smittskydd/diverse/verksamhet/verksamhetsberättelse 2013.pdf](http://www.vardgivarguiden.se/global/05_områden/smittskydd/diverse/verksamhet/verksamhetsberättelse%202013.pdf). 2013.
33. WHO. Poliomyelitis outbreak in Somalia and Kenya, 2013. *Wkly Epidemiol Rec*. 2013 Aug 16;88(33):349-55. PubMed PMID: 24040675. Epub 2013/09/18. eng.
34. Andersson M HH, Ljungman M, Norder H, Brytting M, Thorstensson R, et al. . Svenska barnvaccinationsprogrammet når även de utlandsfödda barnen. *Läkartidning* 2012;3(109):94-8.
35. Envall E, Westin S, Björngren Cuadra C, Staaf A, Ascher H, Khosravi S. Social rapport 2010. Rapport. 2010:267-92.
36. Stockholms, Stadsmission. Barn- och Ungdomsrapport 2014. http://www.stadsmissionen.se/Global/Ge_och_hjalpa/Barn%20och%20ungdomsrapport%202014.pdf. 2014.

37. Ascher H. Refugee children living in hiding. What do we know and what don't we know? In C Malmström (Ed), Children living in hiding today and tomorrow A seminar about health and human rights (pp 2-8) Gothenburg: The Solstickan Foundation and Nordic School of Public Health 2009.
38. SKL. Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling 2013 - See more at: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/statistik-om-halso-och-sjukvard-och-regional-utveckling-2013.html#sthash.6hKVo5HD.dpuf>. . 2014.
39. Läkare iv. Ett år med utökad rätt till vård för papperslösa. <http://lakareivarlden.org/wp-content/uploads/2014/06/Ett-ar-med-utokad-ratt-till-vard-for-papperslosa.pdf>. 2014.
40. WHO. Guide to tailoring immunization programmes [WWW] World Health Organization. Hämtad från <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2013/guide-to-tailoring-immunization-programmes>. 2013.
41. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
42. Byström E, Lindstrand A, Likhite N, Butler R, Emmelin M. Parental attitudes and decision-making regarding MMR vaccination in an anthroposophic community in Sweden - a qualitative study. *Vaccine*. 2014;32(50):6752-6757.
43. Jama A, Ali M, Kulane A, et al. Exploring low coverage of MMR vaccine among Somali community in Rinkeby and Tensta, Stockholm. Manuscript under production. 2014.
44. Godoy Ramirez K. Views, attitudes and experiences about child vaccination among undocumented migrants in Sweden – A qualitative study. Hämtad från Folkhälsomyndigheten <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittykydd-och-sjukdomar/vaccinationer/>. 2014.
45. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Pub Health*. 1999;89(9):1322-7.
46. Belza B, Toobert DJ, Glasgow RE. RE-AIM for program planning: Overview and applications. Washington, DC The National Council on Aging. 2007.
47. Carljford S, Andersson A, Bendtsen P, Nilsen P, Lindberg M. Applying the RE-AIM framework to evaluate two implementation strategies used to introduce a tool for lifestyle intervention in Swedish primary health care. *Health Promot Int*. 2012;27(2):167-76.
48. Wozniak L, Rees S, Soprovich A, Al Sayah F, Johnson ST, Majumdar SR, et al. Applying the RE-AIM framework to the Alberta's Caring for Diabetes Project: a protocol for a comprehensive evaluation of primary care quality improvement interventions. *BMJ open*. 2012;2(5).
49. Folkhälsomyndigheten. Vägledning inför hälsoundersökningar för migranter. Möten om hälsa. Hämtad från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Moten-om-halsa/> 2014.
50. Hanratty B, Holt T, Duffell E, Patterson W, Ramsay M, White J, et al. UK measles outbreak in non-immune anthroposophic communities: the implications for the elimination of measles from Europe. *Epidemiol Infect*. 2000;125(02):377-83.
51. Kasper S, Holzmann H, Aberle SW, Wassermann-Neuhold M, Gschiel H, Feenstra O, et al. Measles outbreak in Styria, Austria, March-May 2009. *Euro Surveill*. 2009;14(40). PubMed PMID: 19822121. Epub 2009/10/14. eng.
52. Wadl M, Siedler A, Krämer W, Haindl ME, Gebrande S, Krenn-Lanzl I, et al. Measles transmission from an anthroposophic community to the general population, Germany 2008. *BMC public health*. 2011;11(1):474.
53. Van Velzen E, de Coster E, van Binnendijk R, Hahné S. Measles outbreak in an anthroposophic community in The Hague, The Netherlands, June-July 2008. *Euro surveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles= European communicable disease bulletin*. 2008;13(31):717-27.

Bilagor

Bilaga 1 Projektorganisation

Styrgrupp

Anders Tegnell, avdelningschef, avdelningen för epidemiologi och utvärdering

Ingrid Uhnoo, programchef, enheten för vaccin och register

Ann Lindstrand, enhetschef, enheten för vaccin och register

Projektgrupp på Folkhälsomyndigheten

Karina Godoy Ramirez, projektledare, enheten för vaccin och register

Emma Byström, folkhälsovetare, enheten för vaccin och register

Eva Netterlid, klinisk prövningsledare, enheten för vaccin och register

Christina Ebbersten, kommunikationsstrateg, enheten för kommunikation

Mona Ali, epidemiolog, enheten för statistik och övervakning

Externa samarbetspartner

Karolinska Institutet

Asli Kulane, docent i folkhälsa, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för global hälsa, Karolinska Institutet

Asha Jama, folkhälsovetare, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för global hälsa, Karolinska Institutet

Stockholm läns landsting (SLL)

Helena Martin, barnhälsovårdsöverläkare, Nord

Marianne Schedvins, vårdutvecklare, Sydväst

Johanna Rubin, barnhälsovårdsöverläkare, Sydväst

Helena Hervius-Askling, biträdande smittskyddsläkare

WHO-Europa

Robb Butler, Technical Officer, Advocacy and Behaviour Change Communications, WHO/Europe

Nathalie Likhite, Technical Consultant, WHO/Europe

ECDC

Ulla-Karin Nurm, Senior Advisor, Head Public Health Capacity and Communication Unit, ECDC

Irina Dinca, Senior Advisor, Public Health Capacity and Communication Unit, ECDC

Svetla Tsoлова, Senior Advisor, Public Health Capacity and Communication Unit, ECDC

Bilaga 2. Externa resurser – kommunikationsmaterial

Antalet personer utan skydd mot vaccinsjukdomar ökar i WHO:s Europaregion, så på senare tid har en rad olika internationella organ, nätverk och organisationer bildats för att gemensamt arbeta med vaccinationsfrågor riktat till olika målgrupper. Bland annat har följande vägledningsdokument, informationsmaterial, arbetsmetoder och verktyg publicerats:

ECDC

- *Let's talk about protection*. Stöd för vårdpersonal i samtal om barnvaccinationer och influensavaccination samt i att bemöta myter om MPR-vaccination. <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/comms-aid/Documents/Vaccine-comms-action-2013.pdf>
- *Conducting health communication activities on MMR vaccination*. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/1008_ted_conducting_health_communication_activities_on_mmr_vaccination.pdf
- *Communication on immunization – Building trust*. <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/TER-Immunisation-and-trust.pdf>

WHO

- *Immunization in Practice - A practical guide for health staff, 2014 Updated*. <http://www.who.int/immunization/documents/training/en/>

Promovax (Promote Vaccination among Migrant Populations in Europe) project, www.promovax.eu.

- *A toolkit for the Health Care Worker*, Informationsmaterial för vårdgivare. Finns på engelska och somaliska.
- *Do you know all about vaccines?* Informationsmaterial för migranter. Finns på engelska och somaliska.

Socialstyrelsen

- Broschyr. Det svenska vaccinationsprogrammet för barn. Information till föräldrar. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17855/2010-1-2.pdf>

Rapporten redovisar resultatet av pilottestet Tailoring Immunization Programmes (TIP), en metodologi utvecklad av WHO-Europa. Metoden syftar till att identifiera de faktorer som har störst påverkan i beslutet att vaccinera sig eller ej, i grupper med låg vaccinationstäckning.

Studien ligger till grund för flera riktade kommunikations- och utbildningsinsatser med syfte att öka vaccinationstäckningen i de aktuella grupperna.

Målgrupperna för rapporten är smittskyddsläkare, barnhälsovården, skolhälsovården, andra nationella myndigheter och frivilliga organisationer.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se