



Erfaringsopsamling



Læringer fra udrulning af
sæsonvaccinationsprogrammer 2022-2023

Erfaringsopsamling

Læringer fra udrulning af sæsonvaccinationsprogrammer 2022-2023

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 01.03.2023
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Marts, 2023

1. Resume	5
2. Introduktion	9
2.1. Baggrund	9
2.2. Erfaringsopsamlingens formål og afgrænsning	10
3. Tilslutning til vaccinationsprogrammerne og forebyggelse af sygdom og dødsfald.....	12
3.1. Planlægningsgrundlaget.....	12
3.2. Hovederfaringer	12
3.2.1. Tilslutning generelt.....	12
3.2.2. Tilslutning fordelt på målgrupper og alder.....	13
3.2.3. Lighed i tilslutning på tværs af regioner	16
3.2.4. Lighed i tilslutning på tværs af kommuner	17
3.2.5. Lighed i tilslutning til vaccination på tværs af sogne i udvalgte kommuner	17
3.3. Særligt målrettede vaccinationsindsatser til at forebygge ulighed i tilslutningen.....	18
3.4. Vaccinationsindsatsens betydning for sygdom og dødsfald	19
3.5. Opsamling på hovederfaringer.....	21
4. Regional planlægning af vaccinationstilbud og deres tilgængelighed	22
4.1. Planlægningsgrundlaget.....	22
4.2. Det iværksatte	22
4.3. Vaccinationsaktivitet fordelt på type vaccinationssteder	23
4.4. Vaccinationsaktivitet i løbet af udrulningen.....	24
4.4.1. Regional planlægning af nære vaccinationstilbud og inddragelse af private aktører	25
4.5. Hovederfaringer	26
4.5.1. Samarbejde med private aktører.....	26
4.5.2. Samarbejde med kommuner	28
4.5.3. Vaccination af sundhedspersonale	28
4.5.4. Borgernes brug og oplevelser af vaccinationstilbuddenes tilgængelighed.....	29
4.5.5. Influenzavaccination af børn – og tilgængelighed af vaccinationstilbud.....	30
4.5.6. Tilrettelæggelse af tilbud om flere vaccinationer samtidig	31
4.6. Opsamling på hovederfaringer	33
5. Logistik og distribution af vacciner	34
5.1. Planlægningsrundlaget.....	34
5.2. Det iværksatte	34
5.3. Hovederfaringer	34
5.3.1. Vaccineudnyttelse.....	34
5.3.2. Styring og fordeling af vacciner mellem aktører	36
5.3.3. Et komplekst og manuelt bestillingssystem	37
5.3.4. Antal aktørers betydning for ompakning og distribution af vacciner	37
5.4. Opsamling på hovederfaringer	39

6. IT- og dataunderstøttelse af vaccinationsindsatsen.....	40
6.1. Planlægningsgrundlaget.....	40
6.2. Det iværksatte	40
6.3. Hovederfaringer	42
6.3.1. Bookingsystem og registrering af vaccination	42
6.3.2. Tro- og love-erklæringer	42
6.3.3. Invitationer og påmindelsesbreve	43
6.3.4. Monitorering og dataunderstøttelse	43
6.4. Opsamling på hovederfaringer	45
7. Governance og øvrige rammevilkår for vaccinationsindsatsen	46
7.1. Planlægningsgrundlaget.....	46
7.2. Det iværksatte	46
7.3. Hovederfaringer	47
7.3.1. Taskforce og koordinationsgrupper.....	47
7.3.2. Tidmæssige rammer.....	48
7.4. Opsamling på hovederfaringer	49
8. Kommunikation om sæsonvaccinationsprogrammerne	50
8.1. Planlægningsgrundlaget.....	50
8.2. Det iværksatte	50
8.2.1. Den borgerrettede kommunikationsindsats	51
8.2.2. Netværksindsats	51
8.3. Hovederfaringer	52
8.3.1. Kommunikationens rækkevidde	52
8.3.2. Oplevelsen af kommunikationen	52
8.3.3. Kendskab til anbefalingerne	53
8.3.4. Presseindsats og sst.dk.....	53
8.4. Opsamling på hovederfaringer	54
9. Konklusion.....	56
10. Bilag.....	59
10.1. Tilslutning	59
10.2. Lighed i tilslutning	59
10.3. Vaccinationsindsatsens betydning for syg og dødsfald	61
10.4. Regionernes forventede fordeling af aktivitet på tværs af vaccinationssteder	65
10.5. Tilslutning vaccination i kommuner ift. vaccinationstilbud	65
10.6. Beskrivelse af kommunernes rolle og arbejdsopgaver under vaccinationsudrulningen	66
10.7. Aktivitet fordelt på vaccinationssteder og målgrupper	68
10.8. Kort beskrivelse af proces for bestilling, pakning og levering af vacciner	69
10.9. Fordeling af udnyttelsesprocent for de enkelte programmer, vacciner og aktører	72
10.10. Sundhedsstyrelsens strategiske ramme for kommunikationsindsatsen.....	73

1. Resume

For at bygge videre på de positive erfaringer fra udrulningen af vaccinationsprogrammet under covid-19 epidemien, blev det i 2022 besluttet af den daværende regering, at sæsonvaccinationsprogrammerne for covid-19, influenza og pneumokoksygdom skulle sammentænkes og udføres i et statsligt-regionalt samarbejde i efteråret og vinteren 2022-2023. Formålet var overordnet at fremme folkesundheden og forebygge smitsomme sygdomme gennem høj og lige tilslutning til vaccinationsprogrammerne. Når regionerne skulle vaccinere borgerne med booster-vaccination mod covid-19, kunne organiseringen med fordel favne andre vaccinationsprogrammer og dermed styrke effektiviteten og tilslutningen til programmerne. Det skulle understøttes af nære og let tilgængelige vaccinationstilbud for alle målgrupper, løbende monitorering og opfølgning, en effektiv it-understøttelse og en målrettet kommunikationsindsats samt optimal udnyttelse og fordeling af vacciner. Der etableredes en governance-struktur, herunder en Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer, der fastlagde de konkrete rammer for gennemførelsen af vaccinationsprogrammerne og sikrede en velkoordineret indsats. Nærværende erfaringsopsamling afdækker, i hvilken udstrækning den statslige-regionale styring og udrulning af vaccinationsprogrammerne for covid-19, influenza og pneumokoksygdom er lykkedes efter formålet i efteråret og vinteren 2022-2023 samt hvilke erfaringer, der kan tages med til en næste udrulning.

Tilslutning til vaccinationsprogrammerne

Der blev med årets vaccinationsindsats opnået en meget høj tilslutning indenfor alle tre vaccinationsprogrammer, særligt blandt de ældste borgere og plejehjemsbeboere. I europæiske sammenhænge opnåede Danmark den højeste tilslutning til vaccinationsprogrammet for covid-19 i efteråret og vinteren 2022-2023. For influenzavaccination var tilslutningen blandt personer på mindst 65 år den højeste, siden influenzavaccination for første gang blev tilbudt som en del af det offentlige vaccinationsprogram.

For nogle enkelte målgrupper herunder børn, sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko, var der ikke en høj tilslutning. Dog er tilslutningen for sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko formentlig underestimeret på grund af et usikkert datagrundlag.

Det lykkedes at opnå høj lighed i tilslutningen til vaccinationsprogrammerne på tværs af regioner, kommuner og sogne.

Der var en større ulighed i tilslutningen på tværs af kommuner og regioner blandt personer i øget risiko, gravide og børn mellem 2-6 år. Der var få enkelte sogne, hvor der var ulighed i tilslutningen blandt yngre aldersgrupper. Sognene er karakteriseret ved at have særligt socialt udsatte boligområder. Hvis ligheden skal styrkes gennem målrettede vaccinationsindsatser, skal indsatserne understøttes med en aftale til det specifikke formål.

Forebyggelse af sygdom og dødsfald

På baggrund af indeværende sæsons registrerede indlæggelser og dødsfald som følge af covid-19 samt den observerede vaccineeffektivitet viser beregninger af forskellige tilslutningsniveauer, at et lavere tilslutningsniveau på 60 pct. i stedet for det opnåede 79 pct. ville have resulteret i en stigning på 505-686 flere indlæggelser og 65-146 flere dødsfald på grund af covid-19.

Regional planlægning af vaccinationstilbud og deres tilgængelighed

Regionerne etablerede mange nære og fleksible vaccinationstilbud i samarbejde og almen praksis og andre private aktører. Regionerne etablerede samlet set et meget stort antal vaccinationstilbud, og borgerne i målgrupperne oplevede i høj grad, at vaccinations tilbuddene har været tilgængelige. Det var en udfordring for regionerne strategisk at udvælge nogle private aktører uden at tage alle med i vaccinationsindsatsen, blandt andet pga. begrænset tid til dialog. Borgerne foretrækker kort afstand til vaccinationsstedet, kort ventetid, drop-in eller mulighed for booking af tid til vaccination over nettet, men faktorerne var ikke afgørende for deres vaccinationsvillighed. En væsentlig erfaring var, at det at have mange vaccinationstilbud i sig selv, ikke øgede tilslutningen. De mange vaccinationssteder udfordrede til gengæld koordination og styring af vaccinationsindsatsen samt logistik og distribution af vacciner. En undersøgelse peger på, at det vil være muligt at justere udbuddet og type af vaccinationssteder uden, at det vil have en afgørende betydning for de aldersdefinerede målgruppers vaccinationsvillighed.

Omkring halvdelen af alle vaccinationer blev gennemført i vaccinationscentre. Der var forskelle på regionernes inddragelse af private aktører og deres udrulningshastighed, men det gav ikke udslag i forskelle i regionernes tilslutning.

Regionerne havde et godt samarbejde med kommunerne om udekørende tilbud og udrulningen af vaccinationstilbud på plejehjem, som byggede på erfaringer fra tidligere vaccinationsudrulninger.

Sammenkoblingen af tre vaccinationsprogrammer i én udrulning blev i sæson 2022-2023 en meget stor succes. Regionerne og øvrige aktører sikrede en vellykket og effektiv tilrettelæggelse af tilbuddet, så borgerne kunne få flere vaccinationer samtidig, hvilket yderligere blev understøttet af en robust og veludviklet it-understøttelse. En meget stor andel af borgerne, valgte at tage imod flere vaccinationer på samme tid, hvilket tyder på, at sammenkoblingen af vaccinationsprogrammerne styrkede tilgængeligheden af vaccinationstilbuddene. Det havde været en fordel, hvis influenza- og covid-19 vaccinationer havde kunne udføres samtidigt på plejehjemmene, og hvis sundheds- og plejepersonalet blev tilbudt vaccination samtidig med vaccination af beboerne.

Logistik og distribution af vacciner

Logistik og distribution af vacciner har i årets vaccinationsindsats været udfordret. Det skyldtes blandt andet indsatsens kompleksitet med flere forskellige vacciner, der blev udskiftet undervejs med en ny multivariantopdateret udgave, et begrænset antal influenza-vaccinedoser og særdeles mange aktører. Herudover var forventningsafstemningen

mellem aktører utilstrækkelig, og endelig var bestillings- og leveringssystemet meget komplekst, hvilket forlængede leveringstiderne betydeligt.

Der efterspørges et mere smidigt digitalt bestillingssystem, som alle aktører kan tilgå. Fordelingsnøglen og regionernes koordinering og styring af bestillinger understøttede en rimelig fordeling af vaccinerne på tværs af landet og en god udnyttelse af influenzavacciner. Regionernes rolle opleves dog også som et ekstra bureaukratiske led, og der bør findes løsninger, der både understøtter behovene for en optimal prioritering og udnyttelse af vacciner, samtidig med en smidig bestilling og levering af vacciner.

It- og dataunderstøttelse

Der blev i 2022 etableret en solid it-infrastruktur, herunder et bookingsystem, invitationer, tro-og love-erklæringer og Kvikvac, der var essentielle for udrulningen af vaccinationsindsatsen. Udviklingen af it-systemerne var udfordret af sene afklaringer, korte tidsfrister og kompleksiteten i vaccinationsindsatsen. Hvis kompleksiteten øges yderligere, bør der udvikles nye komponenter.

For at forbedre datakvaliteten bør snitfladen til DDV videreudvikles med henblik på bedre understøttelse af registreringspraksis i almen praksis og hos private aktører. Muligheder for booking og kapacitetsstyring kan med fordel udvikles, så de omfatter flere aktører.

Det Operationelle Kapacitetsstyringsværktøj og datatræk fra Webreq til den daglige kapacitetsstyring i vaccinationscentre var meget værdifulde arbejdsredskaber for regionerne. Der var et udækket behov for at kunne koble data om bestillinger, leverancer og forbrug af vacciner.

Governance og øvrige rammevilkår

Der blev etableret en velfungerende og hensigtsmæssig governance bestående af en Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer og koordinationsgrupper, der fulgte udrulningen løbende og iværksatte løsninger og indsatser efter behov. Sundhedsstyrelsens løbende dataleverancer understøttede i løbet af udrulningen parternes mulighed for monitorering af indsatsen.

Begrænset tid til planlægning af efteråret og vinterens vaccinationsindsats 2022-2023 udfordrede alle aktører. I det omfang det er muligt, er tidlig afklaring af regionernes ansvar og rolle, det sundhedsfaglige grundlag (målgrupper, timing og vacciner) og hjemmel i form af bekendtgørelser væsentlige for at understøtte planlægningen af en fremrettet vaccinationsindsats herunder planlægningen af nære vaccinationstilbud, styrket inddragelse af aktører og udvikling af optimal it-understøttelse mv.

Kommunikation

Kommunikationsindsatsen om sæsonvaccinerne i efteråret og vinteren 2022-2023 nåede bredt ud på tværs af befolkningen og målgrupperne for vaccination. Epinions undersøgelse viste, at 80 pct. af respondenterne angav at have modtaget information om vaccination fra Sundhedsstyrelsen via digital post. Foruden digital post er kommunikationen

blevet udrullet på tværs af en række kanaler, blandt andet sociale medier, annoncering på hjemmeside, streamingtjenester, TV, biografer, aviser mv. På tværs af målgrupperne var der generelt stor tillid til Sundhedsstyrelsens som afsender, og deres oplevelse af kommunikationen var positiv.

Den kommunikative udfordring var størst blandt forældre og personer under 65 år med kroniske sygdomme. Forældre til børn i alderen 2-6 år oplevede i højere grad end andre, at kommunikationen om vaccination er politisk motiveret, hvor personer under 65 år med kroniske sygdomme fandt kommunikationen mindre relevant for dem.

Samlet vurdering

Det konkluderes, at det har været en vellykket udrulning af vaccinationsprogrammerne for covid-19, influenza og pneumokoksygdom i et statsligt-regionalt samarbejde, der sikrede høj og lige tilslutning til programmerne, nære og tilgængelige vaccinationstilbud, en god prioritering og udnyttelse af influenzavacciner samt en solid it-understøttelse og monitorering af indsatsen. Derudover er det væsentligt at forholde sig til økonomien forbundet med sæsonvaccinationsindsatsen 2022-2023, som vil blive belyst i en analyse gennemført af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Der er på baggrund af erfaringsopsamlingen identificeret en række udfordringer og målgrupper, der kan prioriteres yderligere i den fremadrettede planlægning og tilrettelæggelse af sæsonvaccinationsprogrammerne.

2. Introduktion

2.1. Baggrund

Veltilrettelagte nationale vaccinationsprogrammer er et centralt element i infektionsberedskabet og er, både i et individuelt og folkesundhedsperspektiv, afgørende for at undgå alvorlig sygdom og død, som følge af smitsomme sygdomme som influenza og covid-19. Covid-19 epidemien og udrulningen af vaccinationsindsatsen har synliggjort, hvordan tæt koordinering og styring mellem relevante myndigheder og ansvarlige aktører er essentielt for at sikre en veltilrettelagt vaccinationsindsats med en høj tilslutning på tværs af målgrupper, geografiske og socioøkonomiske forhold.

Gennemførelsen af vaccinationsindsatsen mod covid-19 var succesfuld med en exceptionel høj tilslutning i både dansk og international sammenhæng samt en ekstremt hurtig udrulning af tredje stik. Det lykkedes under vanskelige forhold, hvor nogle væsentlige forklaringer på succesen er anvendelsen af et setup baseret på det offentlige sundhedsvæsen med tæt statsligt-regionalt samarbejde, effektiv it-understøttelse, solid sundhedsfaglig rådgivning og legitimitet samt massiv og transparent kommunikation til befolkningen.

For at bygge videre på de positive erfaringer fra udrulningen af vaccinationsprogrammet under covid-19 epidemien, blev det af den daværende regering besluttet, at sæsonvaccinationsprogrammerne for covid-19, influenza og pneumokoksygdom skulle sammentænkes og udføres i et statsligt-regionalt samarbejde i efteråret og vinteren 2022-2023. Vaccinationsprogrammerne skulle udbydes af regionerne i tæt samarbejde med kommuner og øvrige aktører samt understøttes af de statslige myndigheder. Når regionerne skulle vaccinere borgerne med booster-vaccination mod covid-19, kunne organiseringen med fordel også favne andre vaccinationsprogrammer og dermed styrke effektiviteten og tilslutningen til programmerne.

Formålet med den organisatoriske sammentænkning var overordnet at fremme folkesundheden og forebygge smitsomme sygdomme gennem høj og lige tilslutning til vaccinationsprogrammerne. Disse skulle understøttes af nære og let tilgængelige vaccinationstilbud for alle målgrupper, løbende monitorering og opfølgning, en effektiv it-understøttelse og en målrettet kommunikationsindsats samt optimal udnyttelse og fordeling af vacciner. Der etableredes en governance-struktur, herunder en Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer, der skulle fastlægge de konkrete rammer for gennemførelsen af vaccinationsprogrammerne og sikre en velkoordineret indsats. Det gælder udrulningen, monitoreringen og opfølgningen på gennemførelsen, tilslutningen og effekten af programmerne.

Den nye statslige-regionale organisering er et nybrud i forhold til tidligere organisering af sæsonvaccinationsindsatsen, der typisk har været udpræget forbrugerdrevet. Hidtil har influenzavaccination været tilbudt til befolkningen via almen praksis og private aktører,

der har bestilt vacciner fra Statens Serum Institut og vaccinereret i almen praksis, på apoteker og på arbejdspladser mv. Det har været et setup med op imod 2.000 selvstændige udførende aktører, der har bidraget med mange små kapaciteter, der tilsammen har givet et stort volumen. Der har imidlertid ikke været en understøttende governance-struktur som ramme for fælles styring, planlægning, koordinering af de nationale vaccinationsprogrammer, hvilket giver risiko for unødigt lav og ulige tilslutning i vaccinationsprogrammerne samt risiko for vaccinekassation og-mangel. De begrænsede muligheder for at overvåge vaccinationsindsatserne, vaccinebeholdning og kapacitet reducerede tilsvarende mulighederne for at foretage strategiske valg og prioritere, når det var nødvendigt.

2.2. Erfaringsopsamlingens formål og afgrænsning

Nærværende erfaringsopsamling afdækker, i hvilken udstrækning den statslige-regionale styring og udrolning af vaccinationsprogrammerne for covid-19, influenza og pneumokoksygdom er lykkedes efter formålet i efteråret og vinteren 2022-2023 samt hvilke erfaringer, der kan tages med til en næste udrolning.

Erfaringsopsamlingen vil have et særligt fokus på vaccinationsudrulningens målsætninger herunder forebyggelse af smitsomme sygdomme samt høj og lige tilslutning til vaccinationsprogrammerne på tværs af geografi og målgrupper. Derudover vil erfaringsopsamlingen have et overordnet fokus på en række områder, som Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer har vurderet er centrale for at understøtte og gennemføre vaccinationsindsatsen. Disse emner omfatter regional planlægning og tilgængelighed af vaccinationstilbud, governance-struktur, it- og dataunderstøttelse, logistik og distribution af vacciner samt vaccineudnyttelse.

Erfaringsopsamlingen er baseret på en række møder med Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer og Koordinationsgruppen for målrettede vaccinationsindsatser, Operationel teknisk gruppe samt Koordinationsgruppen for it-understøttelse og udvikling med henblik på specifik drøftelse af evalueringstemaer. Derudover er der afholdt møder med PLO, Dansk Selskab for Almen Medicin og Apotekerforeningen, Apovac og Danske Lægers Vaccinationservice, som deltog i årets vaccinationsindsats. Der er yderligere indhentet skriftlige input fra regionerne, udvalgte kommuner og Statens Serum Institut gennem spørgeskemaer. Sundhedsstyrelsen har også taget imod input fra andre interessenter, der har vist interesse herunder Dansk Erhverv, Danske Seniorer og Ældresagen.

Sundhedsstyrelsen har yderligere gennemført en række analyser på baggrund af et omfattende datamateriale leveret Statens Serum Institut, Danmarks Statistik og regionerne. Datamaterialet omfatter blandt andet detaljerede data om målgrupper, tilslutning, kapacitet og vaccinedistribution opgjort på geografiske og demografiske parametre. Sundhedsstyrelsen har løbende udarbejdet analyser, der er formidlet til offentligheden i ugentlige statusrapporter. I erfaringsopsamlingen er der inkluderet supplerende analyser om geografisk fordeling, lighed, vaccineudnyttelse og forebyggelse af sygdom og død

Konsulenthuset Epinion har gennemført spørgeskemaundersøgelser med forældre til børn i alderen 2-6 år vedrørende influenzavaccination (n=830) samt spørgeskemaundersøgelser med borgere i alderen 50+ med fokus på covid-19 booster-vaccination (n=2401). I denne erfaringsopsamling inddrages resultaterne, der omhandler brugernes oplevelser af vaccinationstilbuddenes tilgængelighed. Resultaterne suppleres af resultater fra 20 kvalitative interviews gennemført af Epinion med borgere i målgruppe for vaccination mod covid-19 og influenza over 50 år.

Kommunikationsindsatsen og Sundhedsstyrelsens informationskampagner evalueres af konsulenthuset Radius, og evalueringen vil blandt andet bygge på resultater fra spørgeskemaundersøgelsen gennemført af Epinion. Evalueringen af kommunikationsindsatsen offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, og hovedresultater præsenteres i kapitel 8 i denne erfaringsopsamling. Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil supplerende udarbejde en overordnet analyse af økonomien forbundet med sæsonvaccinationsindsatsen 2022-2023, som afrapporteres i et andet regi.

3. Tilslutning til vaccinationsprogrammerne og forebyggelse af sygdom og dødsfald

3.1. Planlægningsgrundlaget

Formålet med årets vaccinationsindsats og den organisatoriske sammentænkning var overordnet at fremme folkesundheden og forebygge smitsomme sygdomme gennem høj tilslutning til vaccinationsprogrammerne og høj lighed i tilslutningen på tværs af geografiske, demografiske og socioøkonomiske forhold. Dette skulle understøttes gennem etableringen af vaccinationstilbud med mulighed for monitorering og styring, hvorved vaccinerne kunne prioriteres til specifikke målgrupper og indsatser for at fremme lighed i vaccinationsdækning.

I det følgende kapitel vurderes det, hvorvidt det er lykkedes at opnå Sundhedsstyrelsens målsætninger om henholdsvis høj tilslutning til vaccinationsprogrammerne og høj lighed i tilslutning til programmerne på tværs af geografiske forhold (regioner, kommuner og sogne), demografiske forhold (alder og målgrupper) samt socioøkonomiske forhold. For sidstnævnte har det ikke været muligt at benytte socioøkonomiske data specifikt for målgrupperne til vaccinationsprogrammerne, fx indkomstniveauer og uddannelsesgrad mv. Som alternativ til opgørelse af tilslutning ud fra socioøkonomiske faktorer er tilslutningen i stedet opgjort på sogneniveau (gennem udvælgelse af specifikke kommuner og sogne).

Kapitlet afsluttes med et afsnit om vaccinationsindsatsens betydning for sygdom og dødsfald.

3.2. Hovederfaringer

3.2.1. Tilslutning generelt

Vaccinationsindsatsen i efteråret og vinteren 2022-2023 opnåede en høj tilslutning indenfor alle tre vaccinationsprogrammer, særligt blandt de ældste og plejehjemsboere, og derved blev målsætningen delvist opfyldt. Således blev 92 pct. af målgruppen på plejehjem booster-vaccineret mod covid-19 og 85 pct. blev vaccineret mod influenza. For covid-19 booster-vaccination blev tilslutningen blandt personer på mindst 50 år 79 pct., mens den for personer på mindst 60 år blev 87 pct. I europæiske sammenhænge fik

Danmark dermed den højeste tilslutning i efteråret og vinteren 2022-2023 (se Figur B 1, bilag 10.1). Det er til trods for et noget lavere bekymringsniveau i befolkningen¹.

For influenzavaccination blev tilslutningen blandt personer på mindst 65 år på 82 pct. Det er den højeste tilslutning i denne aldersgruppe, siden influenzavaccination for første gang blev tilbudt som en del af det offentlige vaccinationsprogram. Det afspejler en vaccinationsindsats, hvor influenzavacciner er blevet prioriteret til ældre borgere, som alt andet lige har det største behov.

For nogle grupper, herunder børn, sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko, opnåede vaccinationsindsatsen ikke samme gode resultater. Dog er der usikkerhed om målgruppestørrelserne for sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko, hvor tilslutningen for disse formentlig er underestimeret.

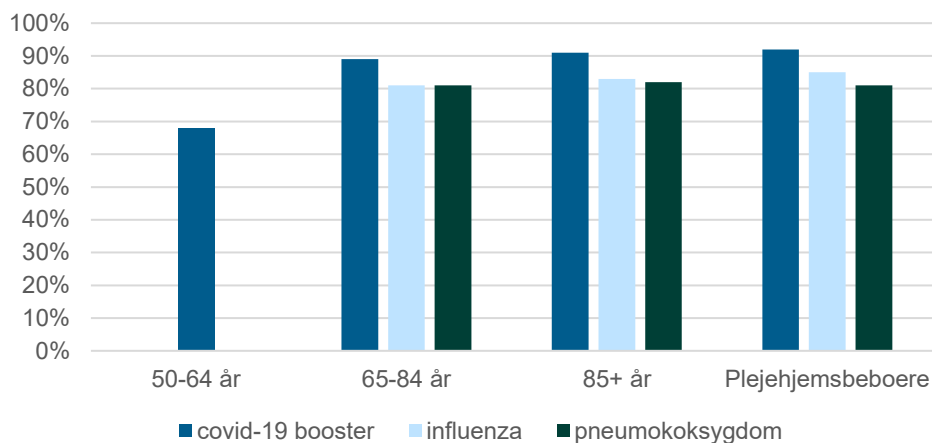
Vaccination mod pneumokoksygdom foretages hvert sjette år for de fleste i målgruppen, og derfor er tilslutningen til pneumokokvaccination beregnet samlet for en seksårig periode, medmindre andet er angivet. Vaccinationsindsatsen opnåede en høj tilslutning til vaccinationsprogrammet mod pneumokoksygdom, se nedenfor.

3.2.2. Tilslutning fordelt på målgrupper og alder

Tilslutningen er kendetegnet ved at være høj i de målgrupper, der var defineret ud fra alder eller status som plejehjemsbeboer, jf. Figur 1. Plejehjemsbeboere havde den højeste tilslutning i alle tre programmer, og ellers var tendensen, at jo ældre man var, desto større var sandsynligheden for, at man lod sig vaccinere mod både covid-19, influenza og pneumokoksygdom

¹ Epiinionsundersøgelsen viste, at blandt personer over 50 år (n=1.249) var ca. 52 pct. helt eller delvist enige i udsagnet: Jeg er bekymret for at blive smittet med covid-19.

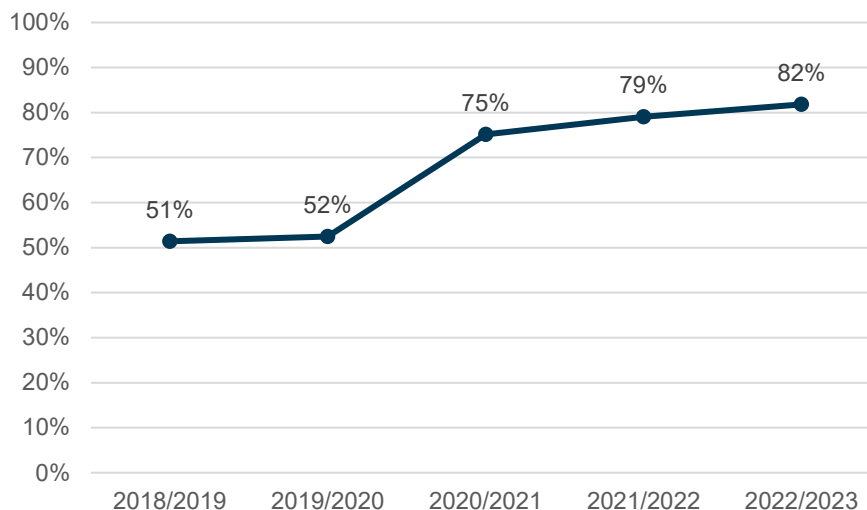
Figur 1: Tilslutning blandt plejehjemsbeboere samt aldersdefinerede målgrupper. Opgjort 23-01-2022. Kilde: Statens Serum Institut



De højeste tilslutninger var blandt plejehjemsbeboere, som havde en tilslutning på 92 pct. til covid-19 booster-vaccination, 85 pct. til influenzavaccination og 81 pct. til pneumokokvaccination.

For personer på mindst 65 år var tilslutningen til influenzavaccination i 2022-2023 på 82 pct., og for personer på mindst 85 år var den på 83 pct. Dermed var tilslutningen i disse grupper den højeste, siden influenzavaccination blev en del af det offentlige vaccinationsprogram, jf. Figur 2: Tilslutning til influenzavaccination blandt personer på mindst 65 år siden 2018. Opgjort 23-01-2022. Kilde: Statens Serum Institut og Danmarks Statistik. Figur 2. Det afspejler Sundhedsstyrelsens generelle anbefaling om, at personer i denne aldersgruppe blev vaccineret mod influenza, og at det lykkedes at prioritere vaccination af de ældste og mest sårbare.

Figur 2: Tilslutning til influenzavaccination blandt personer på mindst 65 år siden 2018. Opgjort 23-01-2022.
Kilde: Statens Serum Institut og Danmarks Statistik



Tilslutningen til covid-19 booster-vaccination var ligeledes høj i de aldersdefinerede målgrupper med en tilslutning på 79 pct. for personer på mindst 50 år. De yngste aldersgrupper havde den laveste tilslutning, mens de ældre aldersgrupper har en meget høj tilslutning. Aldersgruppen 50-64 år har en samlet tilslutning på 69 pct., 65-84 år har en tilslutning på 89 pct., og personer på mindst 85 år havde en samlet tilslutning på 91 pct.

Efteråret og vinteren 2022-2023 var første gang covid-19 booster-vaccination implementeres som en sæsonvaccination, og derfor var det ikke muligt at sammenligne resultatet direkte med tidligere sæsoner. Dog kunne det konstateres, at der har været en meget stor efterspørgsel på booster-vaccination, og det er lykkedes at etablere et tilsvarende stort tilbud om vaccination.

Tilslutning til pneumokokvaccination var for personer mellem 65 og 84 år på 81 pct. og for personer på mindst 85 år på 82 pct. Målgruppestørrelsen for personer i øget risiko kendes ikke, men i alt blev 31.566 personer under 65 år vaccineret mod pneumokoksygdom i denne sæson udover børnevaccinationsprogrammet.

Tilslutningen til vaccination var lav for sundheds- og plejepersonale. Det gælder både covid-19 booster-vaccination til personale under 50 år og influenzavaccination til personale under 65 år, hvor tilslutningen har været hhv. 20 pct. og 21 pct. Der er dog flere usikkerheder ved opgørelsesmetoden. For det første var målgrupperne dannet på baggrund af data i DREAM, som kategoriserer beskæftigelse efter arbejdsplads, men der blev ikke taget hensyn til faggruppe eller arbejdsopgaver. Derfor var målgruppen med stor sandsynlighed overestimeret, og den reelle tilslutning er sandsynligvis højere.

Målgrupperne for personer i særligt øget risiko, på grund af deres sygdom eller helbreds-tilstand², var på samme måde kendetegnet ved en relativt lav tilslutning på hhv. 14 pct. til covid-19 booster-vaccination og 34 pct. til influenzavaccination. Målgruppeestimeringen var med stor sandsynlighed overestimeret på grund af begrænsninger i datagrundlaget, og den reelle tilslutning kan derfor have været højere.

Tilslutningen blandt gravide i 2. eller 3. trimester³ til både covid-19 booster-vaccination og influenzavaccination var også lav, hhv. 13 pct. og 27 pct.

Tilslutningen til influenzavaccination blandt børn på 2-6 år var også lav, hvor 19 pct. er færdigvaccinerede, og 22 pct. har fået mindst én dosis. Børn på 2-6 år blev tilbudt vaccination med næsespray, som gives to omgange med 28 dages interval det første år. Efterfølgende sæsoner skal barnet kun have en enkelt dosis.

3.2.3. Lighed i tilslutning på tværs af regioner

For de aldersdefinerede målgrupper samt plejehjem ses der for alle tre vaccinationsprogrammer en udpræget grad af lighed mellem regionerne.

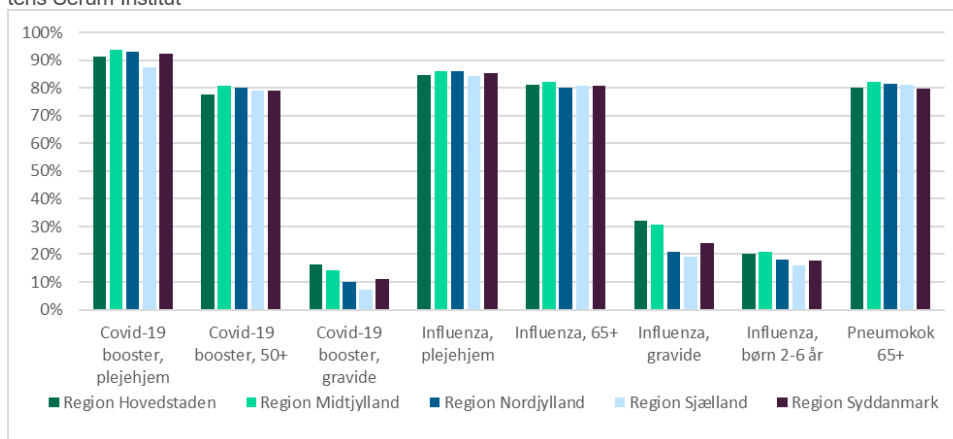
Overordnet var tilslutningen høj og jævnt fordelt på de forskellige regioner med små variationer, jf. Figur 3. De største regionale forskelle i tilslutningen var ved covid-19 booster-vaccination blandt gravide, som varierede fra 6 pct. til 14 pct. i hhv. Region Sjælland og Region Hovedstaden. Tilslutningen til influenzavaccination blandt gravide varierede også meget, mellem 18 pct. og 30 pct. i hhv. Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Der var også forskelle i tilslutning blandt børn mellem 2-6 år.

² Defineret i bekendtgørelse nr. 1260 af 09/09/2022 om gratis vaccination mod influenza, pneumokokker og COVID-19 til visse persongrupper §3 stk. 3, 4 og 6, samt sundhedsstyrelsens retningslinje: "Retningslinje for vaccination mod covid-19, influenza og pneumokoksygdom"

³ Opgjort ud fra træk fra LPR

Figur 3: Tilslutning til vaccination i udvalgte målgrupper opdelt på bopælsregion. Opgjort 23-01-2023 Kilde: Statens Serum Institut



I Epinions spørgeskemaundersøgelse blev forældre på tværs af regionerne spurgt om deres holdning til at få deres barn vaccineret. Resultaterne fra undersøgelsen afspejlede også forskellene i tilslutningen. Tilslutningen var højest i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, som tilsvarende havde den højeste andel af forældre, der var villige til at lade deres børn vaccinere (hhv. 63 pct. og 61 pct.). Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Syddanmark havde en lavere tilslutning end Region Hovedstaden og Region Midtjylland og havde tilsvarende også en lavere andel af forældre, der var tilbøjelige til at ville lade deres børn vaccinere (hhv. 56 pct., 51 pct., 55 pct.).

3.2.4. Lighed i tilslutning på tværs af kommuner

Der var generelt en høj grad af lighed i tilslutning til vaccinationsprogrammerne på tværs af kommunerne med undtagelse af covid-19 og influenzavaccination af gravide samt influenzavaccination blandt børn.

For de aldersdefinerede målgrupper samt plejehjem var der en høj grad af lighed for covid-19 og influenzavaccination mellem kommunerne. Der var en højere grad af variation i tilslutning til pneumokokvaccination på tværs af kommunerne. Variationen mellem kommuner forsvinder dog, når tilslutningen til vaccinationsprogrammet mod pneumokoksygdom betragtes over en 6-årig periode. Se Tabel B 1, bilag 10.2.

3.2.5. Lighed i tilslutning til vaccination på tværs af sogne i udvalgte kommuner

For at vurdere og styrke graden af socioøkonomisk lighed i vaccinationstilslutning blev der udvalgt ti kommuner til at vidensdele og gennemføre særligt målrettede vaccinationsindsatser. Kommunerne blev udvalgt på baggrund af lav tilslutning i 2021 samt

tilstedeværelse af udsatte boligområder med lav tilslutning. Tilslutning blev for disse områder yderligere opgjort på sogneniveau⁴.

For de ti kommuner var der med enkelte undtagelser generelt høj lighed mellem sognene for covid-19 vaccination. Undtagelserne inkluderede fire sogne, hvor der for hver var en tilslutning, der var markant lavere end de resterende sogne i kommunen (mere end 20 pct. under medianen i tilslutning). Se Tabel B 2, bilag 10.2.

De fire sogne var Tingbjerg (København), Vollsmose (Odense), Ejdrup (Aalborg) og Gellerup (Århus). Med undtagelse af Ejdrup havde alle sognene en målgruppestørrelse på over 1.300 borgere. For Ejdrup sogn var målgruppestørrelsen dog under 100 personer, og tallene er derfor ikke umiddelbart sammenlignelige. Ejdrup sogn er derfor ekskluderet i videre opgørelser.

Blandt de resterende tre sogne, som alle var karakteriseret ved at have særligt udsatte boligområder, var det særligt tilslutning blandt yngre aldersgrupper, der var lav, sammenlignet med medianen i kommunen (Figur B 2, bilag 10.2). For influenzavaccination var der, i modsætning til tilslutningen til covid-19 vaccination, ikke de samme forskelle i tilslutning på tværs af aldersgrupper (Figur B 3, se bilag 10.2). Den lavere tilslutning er her mere jævnt fordelt på tværs af aldersgrupperne med undtagelse af tilslutningen blandt plejehjemsbeboere, hvor tilslutningen til influenzavaccination er på niveau med medianen i kommunen. Dette kan skyldes, at vaccination på plejehjem har været organiseret anderledes end for resten af målgrupperne.

3.3. Særligt målrettede vaccinationsindsatser til at forebygge ulighed i tilslutningen

De målrettede vaccinationsindsatser i de ti udvalgte kommuner handlede om at understøtte vaccinationsindsatsen for særlige målgrupper i specifikke områder, hvor der var erfaring med lavere tilslutning til vaccination. Indsatsen byggede på erfaringerne fra de forgangne runder med covid-19 vaccination, hvor lettere adgang til vaccination, samt målrettet kommunikation- og dialogaktiviteter, højnede tilslutningen til vaccination.

De deltagende kommuner varetog opgaver med henblik på at udligne uligheden i tilslutningen på tværs af kommunen. De udførte blandt andet kommunikationsindsatser i samarbejde med lokale boligforeninger og borgergrupper, pop-up vaccination på udvalgte lokationer, indgik strategiske samarbejder med civilsamfundsorganisationer mv. Indsatsene blev understøttet af tilslutningsdata på sogneniveau leveret af Sundhedsstyrelsen, hvor kommunerne blandt andet brugte disse til at monitorere, hvorvidt indsatsene havde en effekt på tilslutningen. Ud fra denne sæsons erfaringer vurderes det, at hvis de målrettede indsatser skal løftes yderligere, skal der understøttes med en aftale og midler til kommunerne til udførelse. Det vurderes yderligere, at der var behov for en bredere og

⁴ De monitorerede sogne kommer fra kommunerne Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gladsaxe, Høje Taastrup, Ishøj, København, Odense, Aalborg og Århus. Da sogne niveau er en relativ lille geografisk enhed, kan der opstå behov for diskretionering i det følgende data, hvorfor ikke alle sogne vil være inkluderet i alle figurer eller tabeller.

mere kontinuerlig indsats med kommunerne m.fl. året rundt for at opnå større grad af lighed i vaccinationstilslutningen i de specifikke sogne, fordi en højere tilslutning kræver generelt styrket tillid til myndigheder og sundhedsvæsen, hvilket forudsætter et vedvarende arbejde, som ikke kan afgrænses til en konkret periode for en konkret vaccinationsindsats.

Derudover vurderede kommunerne, at afklaringen på hvilke opgaver og målgrupper kommunerne skulle varetage på socialområdet i forbindelse med vaccinationsindsatsen, kom sent, hvilket besværliggjorde kommunernes planlægning. Desuden efterspurgte kommunerne, at der i de kommende sæsoner blev taget mere højde for borgere inden for socialområdet, fx hjemløse. Det blev blandt andet rapporteret af kommunerne, at det kan være vanskeligt for socialt udsatte borgere at få tilstrækkelig hjælp til at blive vaccineret. Nogle borgere var ikke omfattet af aftalen mellem Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL, da de var under 65 år. Særligt i forbindelse med vaccination af beboere på botilbud var det vanskeligt for kommunerne at håndtere aldersgrænsen på 65 år, hvor flere af beboerne under 65 år var i målgruppe til vaccination pga. sygdom eller helbredstilstand, men var ikke berettiget til kommunal hjælp.

3.4. Vaccinationsindsatsens betydning for sygdom og dødsfald

For at anslå i hvilken grad vaccinationsindsatsen har forhindret sygdom og død i befolkningen, er det estimeret, hvor mange indlæggelser og dødsfald, som ville være forårsaget af covid-19 ved andre tilslutningsniveauer til booster-vaccination. Beregningen viser, at en tilslutning på 60 pct. kan antages at have resulteret i 505-686 flere indlæggelser og 65-146 flere dødsfald på grund af covid-19, end der faktisk har været siden 15. september 2022 i målgruppen for booster-vaccination, se Tabel 1 og Tabel 2. Der redegøres i bilag 10.3 for beregningsmetoden. Det har ikke været muligt at opgøre tilsvarende for influenza- og pneumokokvaccination.

Tabel 1: Indlæggelser pga. covid-19 givet tilslutning til booster-vaccination.

Indlæggelser pga. covid-19	Beregnet	
	Total (95 pct. konfidensinterval)	Ændring (95 pct. konfidensinterval)
Tilslutningsgrad		
95 pct.	1610 (1529; 1682)	-497 (-425; -578)
90 pct.	1765 (1710; 1815)	-342 (-292; -397)
79 pct. (aktuelt realiseret)	2107	0
60 pct.	2697 (2612; 2793)	590 (505; 686)
40 pct.	3319 (3144; 3516)	1212 (1037; 1409)

20 pct.	3940 (3675; 4238)	1833 (1568; 2131)
0 pct.	4561 (4207; 4961)	2454 (2100; 2854)

Tabel 2: Dødsfald pga. covid-19 givet tilslutning til booster-vaccination.

Covid-19 Dødsfald	Beregnet	
	Total (95 pct. konfidensinterval)	Ændring (95 pct. konfidensinterval)
Tilslutningsgrad		
95 pct.	145 (106; 174)	-84 (-55; -123)
90 pct.	171 (144; 191)	-58 (-38; -85)
79 pct. (aktuelt realiseret)	229	0
60 pct.	328 (294; 375)	99 (65; 146)
40 pct.	433 (363; 529)	204 (134; 300)
20 pct.	538 (431; 683)	309 (202; 454)
0 pct.	642 (500; 836)	413 (271; 607)

Beregningen hviler på antagelser og er behæftet med usikkerhed. Beregningen bygger på den komparative vaccineeffektivitet (kVE), som løbende beregnes af Statens Serum Institut⁵. kVE er afledt af forholdet mellem den justerede risiko i den gruppe, som har modtaget tre doser covid-19 vaccination og den gruppe, som har modtaget fire doser. Opgørelsen gælder for personer på mindst 50 år. kVE er justeret for kalendertid, alder, køn, region, komorbiditet og tidligere infektion⁶. Metoden svarer principielt til de relative risikomål, som ofte anvendes i forbindelse med fx medicinske teknologivurderinger blot med de forskelle, at de anvendte data er opgjort direkte fra den relevante målgruppe og ikke en studiepopulation, samt at risikoen er ekstrapoleret til målgruppen justeret for tilslutningen i et givent scenarie⁷. Antagelser og yderligere forbehold er beskrevet nærmere i bilag 10.3.

Beregningen tager ikke højde for potentielle dynamiske effekter, som fx at graden af vaccination i befolkningen påvirker smittespredningen, således at højere tilslutning til vaccination betyder mindre smittespredning. På samme måde tager den ikke højde for, at lavere tilslutning, og dermed højere udbredelse af covid-19, påvirker befolkningens adfærd i retning af at udvise mere forsigtighed og derfor reducere smittespredningen. Dette kan både medføre, at beregningen over- eller underestimerer antallet af dødsfald og indlæggelser i de kontrafaktiske scenarier.

Beregningen kan bidrage med indsigt i, hvilken størrelsesorden betydningen af booster-vaccination mod covid-19 kan have med hensyn til indlæggelser og død, men skal ikke

⁵ Ugentlige tendenser: Covid-19 og andre luftvejsinfektioner – uge 6 2023. Statens Serum Institut 2023. [Ugentlige tendenser for covid-19 og andre luftvejsinfektioner \(ssi.dk\)](#) (tilgået 09-02-2023)

⁶ Statens Serum Institut redegør i sin ugentlige tendensrapport for opgørelsesmetoden for kVE

⁷ Medicinsk teknologivurdering (MTV) af influenzavaccination, Sundhedsstyrelsen, 2021. [Medicinsk teknologivurdering \(MTV\) af influenzavaccination \(sst.dk\)](#) (tilgået 09-02-2023)

ses som et udtryk for, hvad der konkret ville være sket, hvis tilslutningen havde været en anden.

3.5. Opsamling på hovederfaringer

- Vaccinationsindsatsen opnåede høj tilslutning til sæsonvaccinationsprogrammerne 2022-2023.
- I europæiske sammenhænge har Danmark den højeste tilslutning til covid-19 vaccinationsprogrammet i efteråret og vinteren 2022-2023.
- Der var en tendens til, at de ældste aldersgrupper lod sig vaccinere i endnu højere grad end de yngre, og tilslutningen er allerhøjest blandt plejehjemsbeboere. Det afspejler en vaccinationsindsats, hvor vacciner er blevet prioriteret til ældre borgere, som har det største behov.
- For nogle grupper, herunder børn, sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko, var der opnået en lav tilslutning. Dog var der usikkerhed om målgruppe størrelserne for sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko, hvorfor tilslutningen for disse formentlig er underestimeret.
- For de aldersdefinerede målgrupper samt plejehjem var der for alle tre vaccinationsprogrammer en udpræget grad af lighed mellem regionerne og kommunerne.
- Der var generelt stor lighed på tværs af sogne i kommuner. Der er enkelte sogne, hvor der ses ulighed i tilslutningen blandt yngre aldersgrupper. Sognene er karakteriseret ved at have særligt socialt udsatte boligområder.
- Det vurderes, at hvis målrettede indsatser skal løftes yderligere, skal opgaven understøttes med en aftale med kommunerne om udførelse. Det vurderes yderligere, at der er behov for en bredere og mere kontinuerlig indsats med kommunerne m.fl. året rundt for at opnå større grad af lighed i vaccinationstilslutningen i de specifikke sogne.
- På baggrund af indeværende sæsons registrerede indlæggelser og dødsfald på grund af covid-19 samt den observerede vaccineeffektivitet, viser beregninger af forskellige hypotetiske tilslutningsniveauer, at et lavere tilslutningsniveau ville have resulteret i en estimeret stigning på 505-686 flere indlæggelser og 65-146 flere dødsfald på grund af covid-19

4. Regional planlægning af vaccinationstilbud og deres tilgængelighed

4.1. Planlægningsgrundlaget

Med en styrket statslig-regional vaccinationsindsats blev principperne for vaccinationstilbuddene fastsat, og det blev aftalt, at der skulle etableres fleksible og lettilgængelige vaccinationstilbud for alle målgrupper i hele landet. De skulle bestå af en kernestruktur med minimum 22 faste centralt placerede vaccinationscentre (minimum ét vaccinationscenter i hver sundhedsklynge), samt decentrale vaccinationstilbud i områder med lavere befolkningstæthed⁸. Regionerne fik ansvar for at etablere vaccinationstilbud tilpasset lokale behov, og de kunne indgå aftaler med kommuner, almen praksis og private vaccinationsfirmaer (herunder vaccinationstilbud på apoteker) for at understøtte udrulningen af vaccinationsindsatsen.

Med dette kapitel ønskes det belyst, hvordan regionerne sikrede tilgængelige vaccinationstilbud i henhold til planlægningsgrundlaget. Herunder hvilke udfordringer og positive erfaringer der er væsentlige at fremhæve fra planlægningen af nære tilgængelige vaccinationstilbud i samarbejde med kommuner, almen praksis og øvrige aktører.

4.2. Det iværksatte

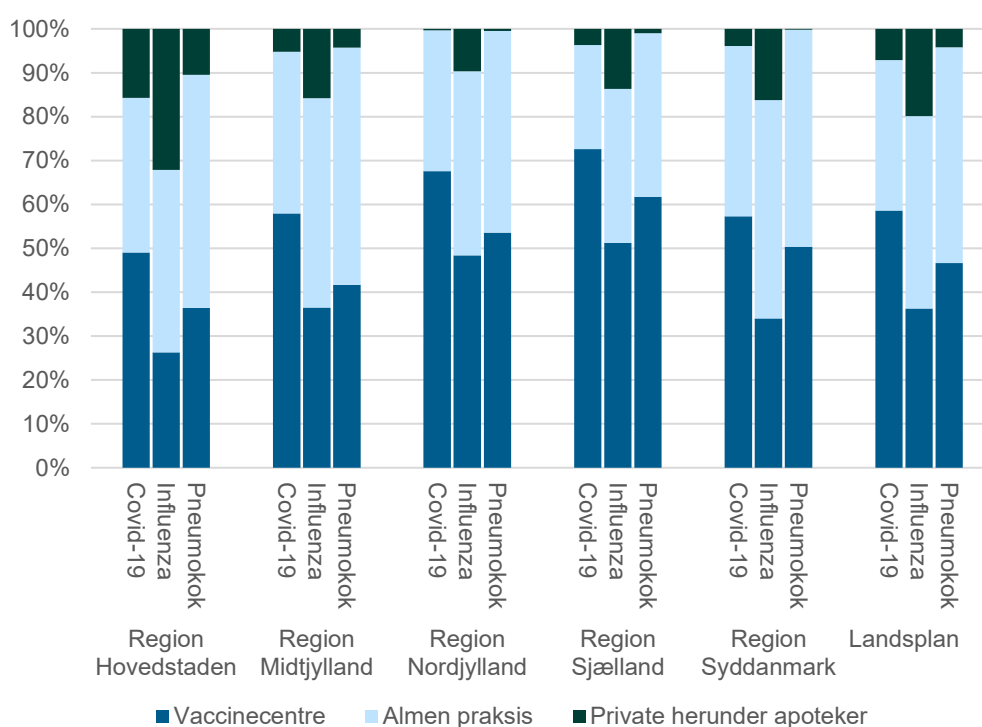
Fra forhåndstilkendegivelser og offentliggørelsen af regeringsbeslutningen i marts og juni 2022, og frem mod opstart af sæsonvaccinationsindsatsen, gennemførte regionerne udbud og indgik aftaler med private aktører, som skulle hjælpe med at understøtte indsatsen. Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner indgik aftale om kommunal hjælp til vaccination mod covid-19 af borgere på plejehjem og borgere fra 65 år med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation indgik i august 2022 en rammeaftale om vaccination mod covid-19, influenza og pneumokoksygdom, hvorefter regionerne hver især tiltrådte aftalen med ønsket om at inddrage almen praksis i vaccinationsindsatsen.

⁸ Sundhedsstyrelsen, *Organisering og tilgængelighed af vaccinationstilbud i efteråret/vinteren 2022-2023*

4.3. Vaccinationsaktivitet fordelt på type vaccinationssteder

Regionerne forventede i foråret og sommeren 2022, at omkring 80 pct. af vaccinationsaktiviteten skulle gennemføres i vaccinationscentrene og 20 pct. ved andre aktører, dog med nogen variation mellem regionerne (se Tabel B 5, bilag 10.4.). Det blev i august aftalt i Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer, at regionerne kunne tilpasse vaccinationssteder og samarbejdet med private aktører efter regionale forhold, og at målet ikke var en eksakt eller ens fordeling af aktiviteten på tværs af regionerne.

Figur 4: Aktivitet på vaccinationssteder, i regioner og på landsplan. Opgjort 24-11-2022. Kilde: SSI



Opgørelser over vaccinationsaktiviteten i efteråret 2022 viser, at vaccinationscentrene samlet set har gennemført omkring 50 pct. af alle vaccinationer, mens almen praksis og øvrige aktører (inklusive apoteker) har foretaget hhv. 40 pct. og 10 pct. af vaccinationerne. Fordelingen mellem vaccinationscentrene og almen praksis varierer på tværs af regioner og de tre vaccinationsprogrammer (se Figur 4). Region Sjælland har gennemført flere vaccinationer i vaccinationscentrene (51-73 pct.) og en mindre andel er foretaget i almen praksis (24-37 pct.), mens Region Hovedstaden har gennemført færre vaccinationer i vaccinationscentrene (26-49 pct.) og i højere grad gjort brug af almen praksis (35-53 pct.) og øvrige aktører (10-32 pct.). Almen praksis har generelt gennemført en større andel af influenza- og pneumokokvaccinationerne (44-49 pct.) og en mindre andel af vaccinationerne mod covid-19 (34 pct.) (Figur 4).

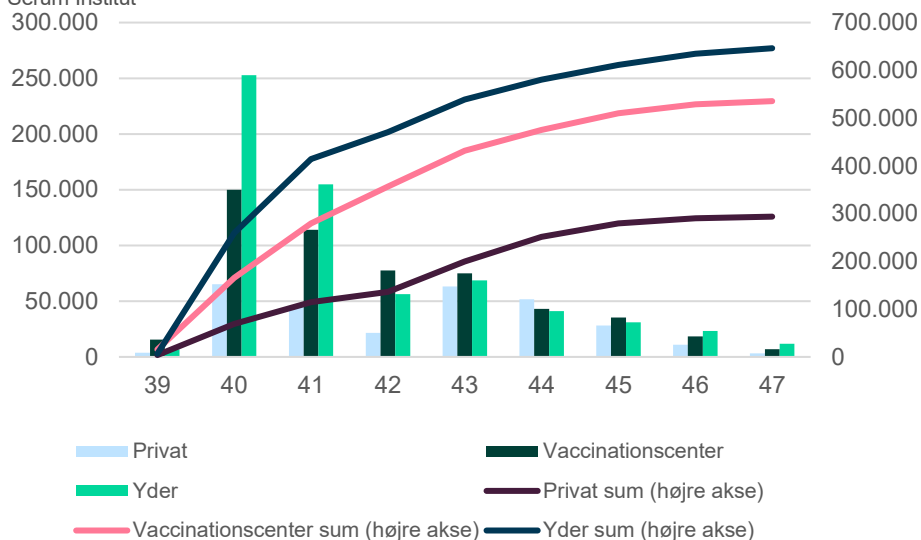
I alle regioner har aktiviteten i vaccinationscentre været betydeligt mindre på tværs af programmerne, end hvad der var beskrevet i regionernes egne indmeldinger fra medio august. Flere regioner beskriver blandt andet, at de ændrede strategi undervejs i udrulningen på grund af stor efterspørgsel og pres fra almen praksis, der ønskede flere influenzavacciner. Flere regioner gik derfor med til at sende en større andel af regionens samlede influenzavacciner ud til almen praksis, end de først havde planlagt, og det har haft stor betydning for håndtering af bestilling og distribution af vacciner (se side 32).

På trods af regionale forskelle i fordelingen af vaccinationsaktiviteten mellem vaccinationscentre og øvrige aktører er der opnået meget ensartet tilslutning på tværs af regionerne, med undtagelse af gravide samt sundheds- og plejepersonale, hvor der ses større forskelle i tilslutning mellem regionerne jf. afsnit 3.2.3.

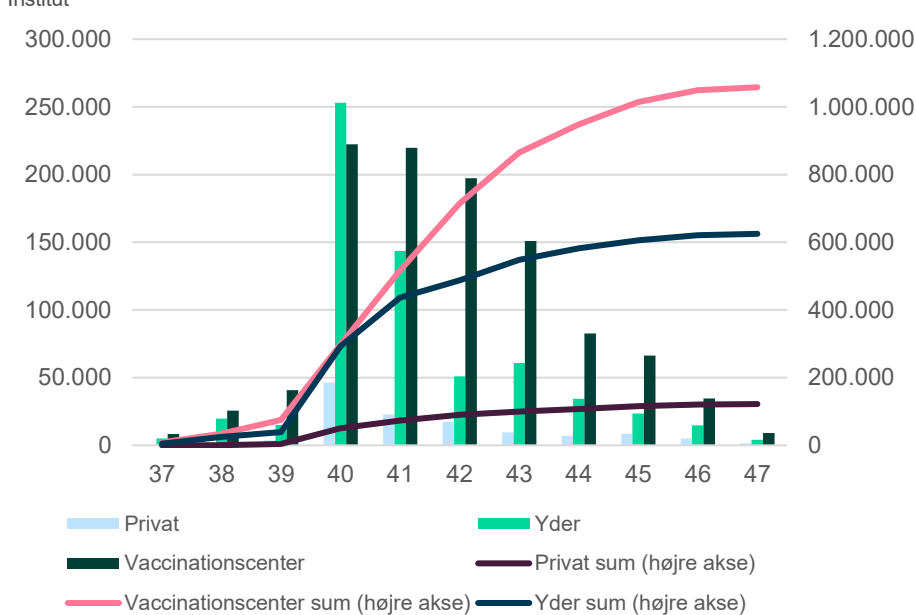
4.4. Vaccinationsaktivitet i løbet af udrulningen

Overordnet set blev den totale aktivitet i regionerne blevet gennemført i henhold til den planlagte udrulningsplan fra uge 40-47, hvorefter der som forventet var meget lav aktivitet fra uge 48 og frem. Der var dog stor forskel på, hvornår i udrulningen de forskellige typer af vaccinationssteder var mest aktive. Almen praksis var altovervejende aktive i de første to uger af indsatsen (uge 40 og 41). Det afspejles også i, at der i de første to uger blev gennemført 400.000 influenzavaccinationer, hvorefter aktiviteten i forbindelse med influenzavaccination faldt, jf. Figur 5. For covid-19 var aktiviteten tilsvarende høj i uge 40-41, både på grund af almen praksis og vaccinationscentre, med den forskel, at aktiviteten i vaccinationscentre forblev høj i længere tid end i almen praksis (Figur 6). I almen praksis ses et midlertidigt fald i aktiviteten i uge 42, som ikke ses i vaccinationscentre. På grund af forskelle i brug af vaccinationscentre, almen praksis og øvrige aktører på tværs af regioner er udrulningen også sket med forskellig hastighed. Det gav dog ikke udslag i forskelle i tilslutningen på tværs af regionerne.

Figur 5: Aktivitet over tid fordelt på vaccinationssted, influenzavaccination. Opgjort 24-11-2022. Kilde: Statens Serum Institut



Figur 6: Aktivitet over tid fordelt på vaccinationssted, covid-19 booster. Opgjort 24-11-2022. Kilde: Statens Serum Institut



4.4.1. Regional planlægning af nære vaccinationstilbud og inddragelse af private aktører

Regionerne har i løbet af udrulningen etableret mere end 1.600 vaccinationssteder, herunder 71 vaccinationscentre. Regionerne involverede private aktører (almen praksis, apoteker og andre private aktører), som samlet bidrog med mere end 1.360

vaccinationssteder (se Tabel 3). Der har dermed været mange typer nære vaccinations-tilbud til rådighed for borgerne.

Tabel 3: Aktive vaccinationssteder siden d. 1. oktober 2022. Kilde: Danmarkskortet, coronasmitte.dk og Regionerne.

Regioner	Vaccinationscentre	Apoteker	Almen praksis	Privat	Hovedtotal
Region Hovedstaden	5	87	527		619
Region Midtjylland	14	19	253	12	298
Region Nordjylland	11	14	109		134
Region Sjælland	19	7	168		194
Region Syddanmark	22	48	311		381
Hovedtotal	71	175	1368	12	1626

Regionernes planlægning af vaccinationstilbuddene lå tæt op ad principperne for organisering med fokus på centralt placerede lokationer med gode adgangsforhold, herunder let adgang til offentlig transport og parkering samt adgang for kørestolsbrugere, personer med gangbesvær mv. De fleste af regionerne havde et princip om at placere minimum ét center i hver kommune, og der er eksempler på regionalpolitiske krav om højst 25 km til et vaccinationscenter. Dertil var der løbende tilpasning af placering af vaccinationssteder og åbningstider efter behov og efterspørgsel.

Størstedelen af alle regionale vaccinationscentre (herunder pop-up vaccinationscentre) havde åbent uden for almindelig arbejdstid (kl. 08.00-16.00 i hverdage) samt åbent i weekenderne, og det var i flere regioner muligt at blive vaccineret uden tidsbestilling (drop-in). Nogle almen praksis havde tilbud om vaccination uden for almindelig arbejdstid og ved åbent hus-arrangementer. Nogle regioner inddrog flere private aktører end de oprindeligt havde planlagt, blandt andet for at sikre et let tilgængeligt vaccinationstilbud for alle borgere. Alle regioner valgte blandt andet at inddrage almen praksis med henblik på at sikre nærhed og bred geografisk dækning i vaccinationstilbuddene, og fordi de vurderede, at almen praksis havde flere fordele i forhold til at vaccinere børn og sårbare grupper mv.

4.5. Hovederfaringer

4.5.1. Samarbejde med private aktører

I alle regioner blev det, med afsæt i den centrale rammeaftale, muligt for alle almen praksis at deltage i vaccinationsindsatsen, hvis de ønskede det, under en forudsætning af, at de skulle kunne tilbyde alle tre vaccinationer samtidig. Der blev dog indgået specifikke aftaler og undtagelser vedrørende kravet om tilbud om alle 3 vacciner for at få flere almen praksis til at tilbyde influenzavaccination af børn. Enkelte af regionerne ønskede oprindeligt kun at inddrage udvalgte almen praksis, men det lykkedes ikke, selvom rammeaftalen rummede denne mulighed. Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer vurderer blandt andet, at en meget sen indgåelse af rammeaftalen gjorde det svært for regionerne at gå i dialog med regionale PLO-organisationer vedrørende eventuel

udvælgelse af specifikke almen praksis i bestemte områder af regionen. Derudover havde det været fordelagtigt med yderligere forventningsafstemning og plan på tværs af regionerne for, hvordan almen praksis skulle inddrages. En enkelt region indgik en sær aftale med almen praksis om, at de kunne varetage en større del af vaccinationsindsatsen i de områder, hvor der var mere end 20 km til et vaccinationscenter.

Regionernes erfaringer med inddragelse af private vaccinationsfirmaer gennem udbud var positive. Det gav blandt andet mulighed for, at regionerne kunne stille krav til vaccinationsstilbuddene, herunder åbningstider, placering og kapacitet. Region Hovedstaden er den region, som inddrog flest apoteker i vaccinationsindsatsen på denne måde, mens andre regioner inddrog udvalgte apoteker under udbudsgrænsen. Både Apotekerforeningen og regionerne vurderede, at apoteker var et let tilgængeligt vaccinationssted, fordi en stor del af målgruppen alligevel kom på apoteket for at hente deres medicin, og at der typisk var mulighed for vaccination uden tidsbestilling. Mange apoteker og private aktører har på baggrund af tidligere sæsoner uddannet personale og indrettet lokaler med henblik på vaccination. Det skabte derfor frustration, at apoteker ikke havde de samme muligheder for at deltage i vaccinationsindsatsen. Ifølge regionerne og Apotekerforeningen var det svært for borgerne at gennemskue, hvorfor det ikke var muligt at blive vaccineret på alle apoteker på tværs af regioner og internt i regionerne. Dette er et vilkår, når der udarbejdes regionale udbud, og både apotekerforeningen og mange private vaccinationsfirmaer foretrækker den tidligere bekendtgørelsesordning, som ikke involverer regionerne, fordi det ikke i samme grad begrænser aktørers deltagelse i vaccinationsindsatsen. Der efterspørges blandt andet et mere enkelt system, idet regionerne administrerer udbud forskelligt, hvilket gør det uigennemsigtigt for potentielle leverandører.

Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer vurderede, at der var en udfordring ved på den ene side at sikre nære og lettilgængelige vaccinationstilbud samtidig med, at en stor andel af det samlede antal vacciner skulle gives i regionale vaccinationscentre. Ønsket om at sikre nærhed og tilgængelighed i vaccinationstilbuddene har for regionerne medført inddragelse af mange vaccinationssteder og mange forskellige typer aktører. Det har kompliceret overblikket og styringen af vaccinationsindsatsen samt selve leveringen af vaccinerne (se kapitel 5). Det bidrog også, at det var vanskeligt at justere vaccinationstilbuddene løbende på baggrund af sundhedsfaglige anbefalinger. Opgørelser på baggrund af data fra Statens Serum Institut og regioner peger på, at tilslutningen ikke blev højere der, hvor der var mange vaccinationssteder. Størstedelen af landets kommuner har haft mellem 2 og 8 vaccinationssteder per 10.000 borgere, og tilslutningen blandt målgrupperne i størstedelen af kommunerne ligger mellem 70-80 pct. for covid-19 vaccination og 75-85 pct. for influenzavaccination. Der ses ikke en sammenhæng mellem antallet af vaccinationssteder per 10.000 borgere og vaccinationstilslutning, hverken for covid-19 eller influenzavaccination (Figur B 6 og Figur B 7, bilag 10.5).

Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer lægger op til, at det i fremtiden bør overvejes, om det er hensigtsmæssigt at have alle typer aktører involveret med henblik på at sikre tilgængelighed eller om mere enkelt setup med færre aktører involveret fortsat kan sikre vellykket udrulning med høj tilslutning.

4.5.2. Samarbejde med kommuner

Kommunerne ydede hjælp til vaccination af borgere på plejehjem og hjælp til transport til vaccinationssted til borgere fra 65 år og derover med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Kommunerne ringede op til borgere fra 65 år, som ikke havde taget imod tilbudet om vaccination og identificerede borgere, som havde behov for hjemmevaccination. I nogle tilfælde supplerede kommunerne med yderligere indsatser, eksempelvis etablering af lokale vaccinationscentre og pop-up vaccinationssteder fx på bosteder, herberger, fængsler mv. I forlængelse heraf understøttede mange kommuner regionerne i forhold til vaccination af socialområdet. Kommunerne bistod i planlægningen af vaccination til botilbud inden for handicap- og psykiatriområdet, rusmiddelcentre samt tilbudt samarbejde med boligforeninger i udsatte boligområder. I bilag 10.6 beskrives kommunernes rolle og arbejdsopgaver under vaccinationsindsatsen yderligere.

Generelt havde kommunerne positive erfaringer med at udføre opgaverne, og samarbejdet med regionerne, regionale vaccinationscentre og almen praksis var velfungerende med en gensidig forståelse af opgaverne. Særligt indsatsen omkring vaccination på plejehjem forløb fleksibelt og effektivt, og kommunerne trak på mange erfaringer fra tidligere vaccinationsudrulninger.

Dét, at de ældste borgere skulle modtage deres covid-19 vaccine og influenzavaccine på forskellige tidspunkter bidrog til flere koordinationsopgaver og planlægningen af to besøg i stedet for ét.

Kommunerne oplevede, at det var en meget omfattende opgave at ringe op til borgere over 65 år med nedsat fysisk- og psykisk funktionsevne, der efter 3-4 uger ikke havde bestilt tid til vaccination. Ringelisterne var ofte ikke tilstrækkeligt opdaterede, hvilket resulterede i mange opkald til borgere, der allerede var vaccineret eller havde bestilt tid til vaccination. Opgaven med udsøgning af borgere, som havde behov for hjemmevaccination var ligeledes en meget ressourcekrævende opgave for kommunerne at varetage og kunne ligeledes effektiviseres og afgrænses. De udvalgte kommuner vurderer, at opgaverne med kontakt til borgere over 65 år har haft meget lidt værdi.

Ældresagen og Danske Seniorer påpegede, at der var behov for større fleksibilitet i forhold til etablering af udkørende vaccinationstilbud i fx foreningslivet, som tidligere har været let at arrangere.

4.5.3. Vaccination af sundhedspersonale

Regionerne havde i nærværende vaccinationsindsats ansvaret for vaccination af sundheds- og plejepersonale. Størstedelen af regionerne tilbød vaccination til personalet i arbejdstiden på landets hospitaler, og der blev i begrænset omfang iværksat særlige tilbud for sundheds- og plejepersonale i kommunerne. I to regioner var der tilbud om vaccination af sundheds- og plejepersonale i forbindelse med vaccination af beboere, og enkelte regioner tilbød senere i udrolningen et udkørende vaccinationstilbud til kommunerne, blandt andet på de kommunale arbejdspladser. Det var dog få kommuner, der tog imod

disse. Regionerne har overordnet set været tilfredse med deres tilbud om vaccination til sundhedspersonale.

Datagrundlaget til at vurdere tilslutningen blandt social- og sundhedspersonale er usikkert, men det er regionernes og udvalgte kommuners umiddelbare vurdering, at en stor del af personalet blev vaccineret. Det er udvalgte kommuners vurdering, at det fremadrettet kan øge antallet af vaccinerede blandt sundheds- og plejepersonale i kommunerne, hvis de får tilbud om vaccination på arbejdspladsen, fx at de ansatte på plejehjem vaccineres samtidig med at beboerne bliver vaccineret.

4.5.4. Borgernes brug og oplevelser af vaccinationstilbuddenes tilgængelighed

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen gennemført af Epinion for Sundhedsstyrelsen vurderes det, at borgerne har oplevet en meget høj tilgængelighed i vaccinationstilbuddene⁹. Undersøgelsen viser blandt andet, at 93 pct. af respondenterne over 50 år vurderede, at det var meget (60 pct.) eller rimelig nemt (33 pct.) at blive vaccineret mod covid-19. Under 5 pct. vurderede, at det var rimelig eller meget besværligt at blive vaccineret. Blandt de 2380 respondenter over 50 år mente 93 pct. helt (83 pct.) eller delvist (13 pct.), at det var nemt at finde ud af, hvor de skulle vaccineres. Størstedelen af respondenterne mente ligeledes helt (77 pct.) eller delvist (15 pct.), at det var nemt at nå frem til vaccinationsstedet.

Ifølge resultaterne fra den kvalitative undersøgelse gennemført af Epinion med borgere, der havde valgt at tage imod vaccinationstilbuddet, var information fra myndigheder let forståelig og overskuelig og det var nemt at booke tid, hvad end det var ved egen læge eller et vaccinationscenter.

Type vaccinationssted var ikke en faktor, der havde en væsentlig betydning for, om de 50+ årige borgere tog imod vaccinationstilbuddet. Blandt deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen var årsager til, at borgere valgte et vaccinationscenter fremfor et andet vaccinationssted ofte, at det var nemt at booke tid til vaccination, der var kort ventetid, det var tæt på deres bopæl, eller at det generelt var hurtigt eller nemt. Ligeledes angav borgere, der blev vaccineret hos almen praksis fremfor et andet vaccinationssted, at det var praktisk, nemt og hurtigt samt tæt på deres bopæl. Nogle borgere valgte også almen praksis på grund af trygheden ved de kendte rammer. Blandt deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen valgte de fleste (64 pct.) at blive vaccineret i et vaccinationscenter, mens 29 pct. blev vaccineret hos almen praksis eller hos øvrige aktører (7 pct.). Dette er dog ikke repræsentativt for den generelle aktivitet blandt årets målgrupper og vaccinationsprogrammer. Det var knap halvdelen (49 pct.) af alle vaccinationer mod influenza og covid-19, der blev gennemført i et vaccinationscenter, mens 39 pct. af alle vaccinationer blev gennemført hos almen praksis.

⁹ Spørgeskemaundersøgelsen tager udgangspunkt i brugernes perspektiv ift. covid-19, og da alle vaccinationssteder har været forpligtet til at tilbyde vaccinationer mod både covid-19, influenza og pneumokoksygdom bruges resultaterne som indikator for brugernes vurdering af det generelle vaccinationstilbud.

Resultaterne fra undersøgelsen peger på, at faktorer, der øger sandsynligheden for at tage imod vaccinationstilbuddet, er kort afstand til vaccinationsstedet, kort ventetid samt mulighed for drop-in eller tidsbestilling online. Ifølge resultaterne fra de kvalitative interviews var der dog ingen af disse faktorer, der var afgørende for borgernes valg om at blive vaccineret. Valg af vaccinationssted bliver for mange et tilvalg grundet bekvemmelighed snarere end et egentligt fravalg af alternativerne. Fx har en uges ventetid fra eller til været afgørende for valg af vaccination hos egen læge eller i et vaccinationscenter, ligesom flere er blevet vaccineret på et apotek, som de tilfældigt kom forbi, selvom de faktisk havde bestilt tid til vaccination et andet sted. Ingen af interviewpersonerne var utilfredse med måden vaccination var organiseret på i år, og samtidig gav de udtryk for, at de var åbne overfor alternativer i forhold til deres valg af vaccinationssted næste år.

Samlet set vurderes det på baggrund af undersøgelsesresultaterne, at det er muligt at justere udbuddet og type af vaccinationstilbud, uden at det vil have væsentlig betydning for 50+ åriges vaccinationsvillighed. Det kan dog være relevant at se nærmere på variationen i præferencer på tværs af målgrupper og forskelle i deres valg af vaccinationssted (bilag 10.7).

4.5.5. Influenzavaccination af børn – og tilgængelighed af vaccinationstilbud

Som beskrevet i kapitel 3 blev få børn i alderen 2-6 år vaccineret mod influenza i efteråret og vinteren 2022-2023, og med en samlet tilslutning på 22 pct. Lykkedes det ikke at nå Sundhedsstyrelsens målsætning eller sidste års tilslutning på samme tidspunkt.

Resultaterne fra Epiinions spørgeskemaundersøgelse blandt 830 forældre til børn i alderen 2-6 år viste, at 61 pct. af de adspurgte var villige til at lade deres børn vaccinere mod influenza i december 2022, hvilket tyder på, at der er potentiale for at øge tilslutningen til influenzavaccination blandt børn i fremtiden. Forældrene angav, at det særligt var sygdom og manglende tid i hverdagen, der var barriererne for at få sine børn vaccineret.

Nogle forhold kan have udfordret tilgængeligheden til influenzavaccination til børn i starten af udrulningen. Regionerne planlagde udelukkende influenzavaccination af børn hos almen praksis, fordi de havde erfaring med vaccination af børn. Almen praksis var ikke forpligtet til at deltage i indsatsen eller yde en opsøgende indsats, ligesom det var tilfældet i 2021-2022. Ifølge PLO og Dansk Selskab for Almen Medicin var almen praksis ikke klar over, at de havde monopol på opgaven med at vaccinere børn mod influenza. Aftalen mellem regionerne og PLO gjorde yderligere, at almen praksis ikke kunne tilbyde influenzavaccination til børn uden også at tilbyde vaccination mod covid-19, influenza og pneumokoksygdom til voksne.

For at styrke tilgængeligheden til influenzavaccination til børn indgik nogle regioner specifikke aftaler med almen praksis i bestemte områder. Regionerne lavede også undtagelser vedrørende kravet om, at almen praksis skulle tilbyde alle fire vacciner for at få flere almen praksis til at tilbyde influenzavaccination til børn. Fra uge 46/47 2022 blev det muligt for børn at blive vaccineret på udvalgte vaccinationscentre og apoteker for at øge tilgængeligheden, hvilket medførte en stigning på ca. 10 pct. flere vaccinationer i uge 46

sammenlignet med ugen før. Sundhedsstyrelsen sikrede, i samarbejde med regionerne, et opdateret danmarkskort over vaccinationssteder på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, så det var muligt for forældre at se, hvor de kunne lade deres børn vaccinere.

I løbet af udrulningen var der 1354 vaccinationssteder i Danmark, der tilbød influenzavaccination til børn, og ifølge Epinionsundersøgelsen mente 77 pct. af de adspurgte forældre i december 2022, at det var nemt for dem at få deres barn vaccineret mod influenza i Danmark. Kun 9 pct. mente, at det var besværligt, blandt andet fordi tid til vaccination lå oven i arbejdstiden, og fordi ikke alle lægehuse tilbød vaccinen. Ovenstående resultater peger overordnet på, at de regionale vaccinationstilbud til børn var tilgængelige. I en kvalitativ undersøgelse med 20 forældre, der havde fravalgt influenzavaccination til deres børn, var praktiske forhold og logistik sjældent en barriere for vaccination. Der var tale om et aktivt fravalg af vaccinen baseret på argumenter om manglende nødvendighed.

Tilgængelighed kan have haft en større betydning for forældre, der var i tvivl om hvorvidt, de skulle lade deres barn vaccinere¹⁰. Blandt forældre i spørgeskemaundersøgelsen, der var i tvivl, rapporterede 45 pct. i december 2022, at det kan ske, at deres barn ikke bliver vaccineret mod influenza, fordi det er besværligt. Denne andel steg markant sammenlignet med målingen i september 2022, hvor kun 22 pct. af de adspurgte forældre svarede tilsvarende. Det kunne indikere, at respondenterne oplevede, at tilbuddet var mere besværligt senere i forløbet, eller at det for den enkelte forælder var mere besværligt at arrangere tid til vaccination grundet den kortere deadline før tilbuddet om vaccination ophørte. Blandt forældre der var fortalere og skeptikere rapporterede hhv. 26 pct. og 15 pct., at det kunne ske, at deres barn ikke blev vaccineret mod influenza, fordi det er besværligt. For skeptikere spillede andre faktorer en større rolle, blandt andet oplevelser af, at influenzavaccination til børn er unødvendigt, fordi influenza ikke rammer deres børn hårdt.

Ses der på forældres præferencer, foretrækker forældre at få deres barn vaccineret hos egen læge og kort afstand (under 3 km) til nærmeste vaccinationssted og tid til vaccination uden for almindelig arbejdstid. Derudover foretrækker forældre kort ventetid til næste ledige tid (under en uge) eller muligheden for drop-in uden tidsbestilling. Sandsynligheden for at tage imod vaccinationstilbuddet reduceres med 13 pct., hvis der kræves tidsbestilling via telefon sammenlignet med muligheden for drop-in. Blandt de 830 forældre i spørgeskemaundersøgelsen mente 65 pct., at det i høj eller nogen grad vil gøre det nemmere for dem, hvis de kan få deres barn vaccineret mod influenza i daginstitutionen.

4.5.6. Tilrettelæggelse af tilbud om flere vaccinationer samtidig

I dette års indsats var det muligt for borgere, der var i målgruppe for flere vaccinationsprogrammer, at få flere vaccinationer samtidigt. Sammenkoblingen af tre

¹⁰ Fortalere udgør 55 pct. (n=455) af respondenterne og er forældre, hvis børn i alderen 2-6 år var vaccineret inden for 0-3 måneder eller var helt eller delvist er enige i, at deres børn skulle vaccineres i efteråret og vinteren 2022-2023. Tvivlere udgør 11 pct af respondenterne (n=92) og har hverken svaret eller vidste ikke, om deres barn skulle vaccineres i dette efterår og vinter 2022-2023. Skeptikere udgør forældre (n=283), der var helt eller delvist enige i, at deres barn skulle vaccineres mod influenza i efteråret og vinteren 2022-2023.

vaccinationsprogrammer i én udrulning blev i sæson 2022-2023 en meget stor succes. Regionerne og øvrige aktører sikrede en vellykket og effektiv tilrettelæggelse af tilbuddet, så borgere kunne få flere vaccinationer samtidig, hvilket yderligere blev understøttet af en robust og veludviklet it-understøttelse. En meget stor andel af borgerne valgte at tage imod flere vaccinationer på samme tid, hvilket tyder på, at sammenkoblingen af vaccinationsprogrammerne styrkede tilgængeligheden af vaccinationstilbuddene.

Fra 1. oktober valgte ca. 1.009.000 personer at få flere vacciner på samme dag, og i alt blev ca. 52 pct. af alle vaccinationer mod covid-19 givet sammen med én eller flere andre vaccinationer¹¹. Blandt borgere over 65 år, der blev vaccineret mod covid-19, fik 77 pct. deres vaccination mod covid-19 sammen med én eller flere andre vaccinationer.

Ifølge PLO og regionerne fungerede planlægningen af samtidige vaccinationer godt. Det var et godt tilbud til borgerne og effektiv udnyttelse af ressourcer. Der var dog indledningsvist tekniske og planlægningsmæssige udfordringer i forhold til vaccinationscentrenes kalenderbygning (i Webreq) og den måde borgerne blev præsenteret for ledige tider.

Set fra et udrulningsperspektiv var det ikke hensigtsmæssigt, at borgere over 85 år skulle vaccineres mod covid-19 mellem den 15. og 30. september og mod influenza d. 1. oktober, da det betød, at de samme borgere skulle møde op til vaccination eller besøges af udkørende tilbud to gange.

¹¹ Sundhedsstyrelsen, "Status: Udrulning af vaccinationer mod covid-19, influenza og pneumokoksygdom", 4. januar 2023

4.6. Opsamling på hovederfaringer

- Vaccinationscentrene foretog en mindre andel af vaccinationerne end forudsat i planlægningsgrundlaget.
- Udrulningen skete med forskellig hastighed på tværs af regionerne, men det resulterede ikke i forskelle i tilslutningen.
- Regionernes strategi for samarbejde med private aktører ændrede sig undervejs på grund af høj efterspørgsel og pres fra almen praksis.
- Udrulningen og ønsket om nære og lettilgængelige vaccinationstilbud resulterede i planlægningen af et stort antal vaccinationssteder.
- Der var ikke statistisk sammenhæng mellem antallet af vaccinationssteder og tilslutningen fordelt på kommuner.
- Det var en udfordring for regionerne strategisk at udvælge nogle private aktører uden at tage alle med i vaccinationsindsatsen, blandt andet pga. begrænset tid til dialog.
- Det var i højere grad muligt for regionerne at styre vaccinationstilbuddenes åbningstider, placering og kapacitet, når det drejede sig om de regionale vaccinationscentre og private vaccinationstilbud end tilbud hos almen praksis.
- Målgrupperne oplevede en høj grad af tilgængelighed til vaccinationstilbud i årets indsats.
- Målgrupperne foretrak kort afstand til vaccinationsstedet, kort ventetid, drop-in eller mulighed for booking af tid til vaccination over nettet. Disse faktorer har dog ikke afgørende betydning for, om borgerne bliver vaccineret eller ej.
- Det vil være muligt at justere udbuddet og type af vaccinationssteder, uden at det vil have en afgørende betydning for de aldersdefinerede målgruppers vaccinationsvillighed.
- Særligt ældre borgere kan i højere grad have behov for meget nære vaccinationstilbud og adgang til information og tidsbestilling, der ikke kræver digitale færdigheder.
- Det kan være forvirrende for borgere, at der er forskelle på hvilke typer vaccinationstilbud, der er tilgængelige på tværs af regionerne og internt i regionerne.
- Regionerne havde et godt samarbejde med kommunerne om udrulningen af vaccinationstilbud på plejehjem, som byggede på tidligere erfaringer.
- Kommunerne oplevede, at opgaver vedrørende udsøgning af borgere over 65 år med nedsat psykisk og fysisk funktionsevne til hjemmevaccination og opkald til borgere, der ikke havde taget imod vaccinationstilbuddet, var meget omfattende og gav lidt merværdi. Kommunerne ønskede en hurtigere afklaring på, hvilke opgaver de havde på socialområdet.
- Sammenkoblingen af tre vaccinationsprogrammer i én udrulning blev i sæson 2022-2023 en meget stor succes. Regionerne og øvrige aktører sikrede en vellykket og effektiv tilrettelæggelse af tilbuddet, og en meget stor andel af borgere valgte at tage imod flere vaccinationer på samme tid.
- Sundheds- og plejepersonale i kommunerne kan med fordel få tilbud om vaccination samtidig med at beboere på blandt andet plejehjem bliver vaccineret.

5. Logistik og distribution af vacciner

5.1. Planlægningsrundlaget

Med visionen for styrket vaccinationsindsats 2022-2023 var det hensigten, at centrene skulle fungere som en central struktur understøttet af sygehusapotekerne, der gav få distributionsled og en robusthed i vaccinationsindsatsen. Der skulle være mulighed for distribution og fordeling af vacciner, så vaccinerne var tilgængelige de rette steder og blev udnyttet effektivt. Organisering af vaccinationsindsatsen tilsigtede en høj vaccinationsudnyttelse på tværs af alle fire vaccintyper og alle aktørtyper.

Der skulle udarbejdes en fordelingsnøgle (pro rata fordeling) på baggrund af estimerede målgrupper i regionerne, der skulle understøtte, at det samlede antal vacciner til rådighed i det offentlige program blev fordelt rimeligt på tværs af de fem regioner. Regionerne skulle sikre en rimelig fordeling af vaccinerne internt i regionen blandt de aktører, der havde inddraget i vaccinationsindsatsen.

Med dette kapitel ønskes det belyst, hvorvidt regionerne opnåede en effektiv udnyttelse af vaccinerne i det offentlige program, samt hvilke udfordringer og positive erfaringer, der har været i forbindelse med logistik og distribution af vacciner i årets vaccinationsindsats.

5.2. Det iværksatte

Kort beskrivelse af proces for bestilling, pakning og levering af vacciner til vaccinationsindsatsen i efteråret og vinteren 2022-2023 er inkluderet i bilag 10.8.

5.3. Hovederfaringer

5.3.1. Vaccineudnyttelse

Der blev i alt leveret ca. 4.885.000 covid-19-, influenza- og pneumokokvacciner til det offentlige program, og der blev i alt givet ca. 3.394.000 vaccinationer. Det giver en samlet udnyttelsesprocent for sæsonvaccination på 69 pct. Udnyttelsesgraden varierer på tværs af programmerne, og der var en høj udnyttelse af influenzavacciner på 86 pct., mens der var en relativt lav udnyttelse af covid-19 vacciner med en udnyttelsesgrad på 62 pct. Den samlede udnyttelsesgrad for pneumokokvacciner og influenzavacciner til børn ligger på hhv. på 72 pct. og 56 pct. (Tabel B 7, bilag 10.9).

Undervejs i vaccinationsudrulningen blev BA.1 variantopdaterede Comirnaty vaccine erstattet med den opdaterede BA.4/5 variantopdaterede Comirnaty vaccine. Denne overgang resulterede i, at en mængde af den allerede leverede BA.1 variantopdaterede vaccine ikke blev benyttet. Derudover varierede mængden af indkøbte vacciner i forhold til målgruppestørrelse for de forskellige vaccinationsprogrammer. Der blev tidligt i pandemien indgået kontrakter om indkøb af covid-19 vacciner. Den samlede mængde af indkøbte vacciner (herunder de variantopdaterede Comirnaty og Spikevax) var langt større end målgruppestørrelsen for årets vaccinationsindsats. Specifikt for de variantopdaterede covid-19 vacciner var der ni millioner doser til rådighed, mens der for influenzavacciner (influvactetra og vaxigriptetra) var truffet en beslutning¹² om at indkøbe et markant lavere antal vacciner end den samlede målgruppestørrelse. Denne forskel kan have influeret, hvor mange vacciner de forskellige aktører bestilte hjem (se Tabel B 7, bilag 10.9).

Den generelt lave udnyttelse af covid-19 vaccinerne sammenlignet med influenzavaccinerne kan desuden skyldes, at der ikke på samme måde var begrænsninger på hvor mange vacciner, de forskellige aktører kunne bestille hjem for covid-19 sammenlignet med influenza. Der blev i alt bestilt og leveret over tre millioner covid-19 vacciner til vaccinationsstederne, selvom at den samlede endelige målgruppe kun omfattede ca. 2.8 millioner borgere. Til sammenligning blev der bestilt og leveret under 1,5 millioner influenzavacciner til vaccinationsstederne (og 343.000 doser til egenbetalingsordning)), selvom målgruppen tilsvarende omfattede ca. 2,6 millioner borgere. De vacciner, der blev bestilt og leveret til influenzavaccination, udgjorde ca. 100 pct. af de indkøbte vacciner, mens vacciner, der blev bestilt til covid-19 udgjorde ca. 40 pct. af de indkøbte vacciner (resterende vacciner var indkøbt med henblik på sikkerhedsbeholdning). Derudover produceres covid-19 vacciner i flerdosis hætteglas, i modsætning til influenzavacciner, der produceres i enkeltsprøjter, hvilket kunne bidrage til, at det var vanskeligt at opnå en høj udnyttelsesgrad for covid-19 vaccinerne.

Vaccineudnyttelsesgraden varierer i nogen grad på tværs af aktørtyper (se Figur B 9, bilag 10.9). Der var ikke betydelige forskelle i vaccineudnyttelsen i vaccinationscentre sammenlignet med vaccineudnyttelsen hos almen praksis og apoteker¹³ for influenzavaccination af voksne. Udnyttelsesgraden af influenzavacciner ved andre eksterne aktører er beregnet til 99,8 pct., men det skal dog bemærkes, at beregningen her udelukkende er baseret på tal fra én region, der som de eneste har benyttet andre eksterne aktører til influenzavaccination af voksne. Tallet er derfor også på baggrund af et meget lille antal vaccinationer (8.534 vaccinationer udført og 8.550 vacciner leveret). Hos apoteker og øvrige eksterne aktører var udnyttelsesgraden af covid-19 vacciner noget lavere, hvilket potentielt kan tilskrives førnævnte udfordringer ved multidosis hætteglas. Vaccineudnyttelsesgraden af børneinflenzavacciner varierede betydeligt på tværs af aktører. Almen praksis havde fra starten af sæsonen opgaven med vaccination af børn og havde den højeste udnyttelse af børneinflenzavacciner (57 pct.). Senere i sæsonen blev der åbnet op for vaccination af børn ved centre og apoteker, hvor der generelt var meget lav

¹² Sundhedsstyrelsen udarbejdede en indstilling til målgruppestørrelse og vaccintyper til brug for indkøb til influenzavaccinationsprogrammet 2022-2023, hvorefter Finansministeriet besluttede, hvor mange vacciner der skulle indkøbes til sæsonen.

¹³ Vaccinationer udført ved apoteker i Region Syddanmark er ikke inkluderet i opgørelsen.

udnyttelse af børneinflenzavacciner (20-31 pct.). Dette kan sandsynligvis tilskrives det sene tidspunkt i sæsonen, hvor det blev muligt at vaccinere i centre og hos apoteker, da størstedelen af borgene generelt blev vaccineret i løbet af de første 8 uger.

5.3.2. Styring og fordeling af vacciner mellem aktører

Flere forhold havde betydning for regionernes arbejde med styring, koordinering og fordeling af vaccinebestillinger. Det begrænsede antal influenzavacciner indkøbt til det offentlige vaccinationsprogram fordrede, at regionerne var omhyggelige med at sikre, at vaccinerne blev fordelt rimeligt på tværs af regionen og blandt de aktører, der skulle vaccinere. Regionerne kunne ikke alene videresende en samlet bestilling af vacciner på baggrund af efterspørgsel, men skulle sikre, at det samlede antal bestilte vacciner var i overensstemmelse med regionens andel af de indkøbte vacciner til programmet, og at der var vacciner nok til blandt andet vaccinationscentre. Det store antal aktører involveret i vaccinationsindsatsen havde også betydning for hvor mange vacciner, der var til rådighed per aktør, fordi vaccinerne skulle fordeles blandt mange.

Der var en fin dialog mellem regionerne og de lokale PLO-afdelinger. Ifølge regionerne manglede der dog en tilstrækkelig forventningsafstemning mellem regioner og almen praksis i forhold til, hvor stor en rolle almen praksis skulle have i vaccinationsindsatsen. Det var oplevelsen, at nogle almen praksis ikke var tilstrækkeligt forberedte på, hvilken betydning den nye organisering havde for dem og hvor stor en andel af vaccinationerne, der skulle foretages henholdsvis hos dem og i vaccinationscentre. Nogle almen praksis havde en forventning om, at de kunne modtage flere eller det samme antal vacciner som forrige år, hvilket blandt andet var årsag til frustration og henvendelser fra nogle almen praksis, der blandt andet var nødt til at aflyse de planlagte tider med patienter og åbent hus-arrangementer. Ifølge en spørgeskemaundersøgelse udsendt af PLO, havde 52 pct. af de adspurgte almen praktiserende læger svaret, at de ikke fik de vacciner, som de ønskede.

Rammeaftale med PLO manglede et økonomisk incitament for almen praksis til at bestille præcis det antal vaccinedoser de med sikkerhed skulle bruge, da almen praksis ikke skulle betale for doserne, som ellers var gældende de forgangne år. Ifølge PLO har almen praksis dog stor erfaring med at bestille de vacciner, der skal bruges på baggrund af prognoser, og det havde været en stor hjælp for dem, hvis der havde været klarere kriterier for, hvilke borgere, der skulle vaccineres i almen praksis og hvilke borgere, de skulle vaccineres i centrene.

Flere regioner valgte, som beskrevet i kapitel 4, at justere fordelingen af vacciner på tværs af type vaccinationsaktør, herunder øge antallet af vacciner til almen praksis og apoteker på grund af høj efterspørgsel. Både PLO og regionerne påpegede, at mere tid til forventningsafstemning om roller havde været fordelagtigt.

Overordnet har fordelingsnøglen (pro rata fordeling) været velfungerende, og regionerne tilkendegiver, at fordelingen har været retfærdig. Dog ønskede regionerne at kunne

modtage opdateringer på den enkelte regions resterende andel af vacciner til den videre løbende planlægning.

5.3.3. Et komplekst og manuelt bestillingssystem

Både Statens Serum Institut og regionerne angiver, at processen for bestilling og fordeling af vacciner var omstændelig. Regionerne brugte forskellige værktøjer, både manuelle og digitale systemer, til at indhente og samle bestillinger fra de mange aktører. Regionerne brugte også forskellige metoder til at verificere bestillingerne og prioritere vaccinerne, inden den samlede bestilling blev sendt til Statens Serum Institut. Opgaven var ifølge regionerne mere ressourcekrævende end regionerne forventede og krævede tæt dialog med aktører ift. vaccinebestillinger og størrelsesordenen på disse. Regionernes bestillinger kunne ikke overføres direkte til bestillingssystemet hos Statens Serum Institut, hvilket genererede et stort manuelt arbejde for Statens Serum Institut. De fremhæver, at der blev brugt omkring 1.000 arbejdstimer alene på at håndtere og ajourføre de bestillinger, de modtog fra regionerne. De manuelle processer øgede risikoen for fejl i bestillingerne og bidrog til de lange bestillings- og leveringfrister, hvilket gjorde det svært for aktørerne at bestille vacciner efter behov. Der gik 7-12 dage fra Statens Serum Institut modtog bestillingerne til, at vaccinationsstederne fik vaccinerne leveret. For nogle almen praksis og øvrige private aktører var det svært at forstå bestillingssystemet (der gik via regionerne) og de lange bestillings- og leveringsfrister, hvilket også bidrog til henvendelser hos regionerne og Statens Serum Institut.

Dét forhold, at regionerne havde ansvaret for at samle og styre bestillingerne, mens Statens Serum Institut varetog distributionen, gjorde, at regionerne ikke havde indblik i, hvor mange vacciner, der var leveret til de forskellige vaccinationssteder, og hvornår de fik vaccinerne leveret. Ifølge regionerne fik de henvendelser fra aktører vedrørende bestillinger og leverancer, som de ikke kunne besvare, fordi de manglede et samlet overblik over dette. Regionerne mener også, at det havde styrket deres opgaveløsning, hvis der havde været overblik over, hvor mange ikke-brugte vacciner, der fortsat var hos vaccinationsstederne decentralt.

Regionerne og Statens Serum Institut har et ønske om et digitalt bestillingssystem, som alle aktører kan tilgå. Særligt regionerne så også gerne, at bestillingssystemet ikke involverede regionerne som mellemlid i bestillingen. Der skulle i så fald findes en løsning ift. at sikre rimelig fordeling af vacciner internt i regionen.

5.3.4. Antal aktørers betydning for ompakning og distribution af vacciner

Statens Serum Institut, som havde ansvar for ompakning og levering af vacciner, var udfordret under vaccinationsindsatsen i efteråret 2022. Da antallet af aktører i vaccinationsindsatsen blev øget markant, blev opgaven med ompakning og levering af vacciner også væsentlig mere kompleks og ressourcekrævende. Statens Serum Institut havde forventet en distribution af vacciner, der var understøttet af en organisering, hvor størstedelen af borgerne blev vaccineret i færre og større vaccinationscentre. Denne organisering blev ikke efterlevet, og Statens Serum Institut endte med at levere vacciner til mere end 1500

vaccinationssteder – både små og store aktører. Det var ekstra ressourcekrævende at ompakke vacciner til de små aktører på grund af optøning og etikettering af hver enkelt pakke til de enkelte aktører. Der var en begrænsning på, hvor mange medarbejdere der kunne opholde sig i kølerummene samtidig, hvilket medførte en begrænsning på, hvor hurtigt det var muligt at ompakke vaccinerne og gøre dem klar til levering til vaccinationsstederne. Personalet arbejdede i toholdsskift, og nye medarbejdere blev oplært for at kunne nå at ompakke og distribuere vaccinerne, når de blev leveret af producenten. Optøning og pakning skete ad hoc (dvs. det var ikke muligt at optø på forhånd), da covid-19 vaccinerne blev leveret løbende fra producenten og har en relativt kort holdbarhed efter optøning (ti uger). Statens Serum Institut noterer, at det har været svært at efterleve ændringer i planlægningen med kort varsel, når kapaciteten (medarbejdere og fysiske rammer) har været udnyttet til sit maksimale, fx da covid-19 vaccinerne i programmet blev udskiftet undervejs med nye variantopdaterede vacciner. Det var ikke muligt for Statens Serum Institut at levere inden for normal arbejdstid, hvilket skyldtes de mange vaccinationssteder, og at alle de GDP-godkendte biler var ude at køre.

Der var også udfordringer med vaccineleverancer og modtagernes åbningstider. I perioden modtog Statens Serum Institut ca. 100 leverancer retur på grund af nægtet modtagelse, eller fordi kunden ikke var til stede.

5.4. Opsamling på hovederfaringer

- Der har i løbet af vaccinationsindsatsen været tæt styring, der har understøttet en høj udnyttelse og fordeling af influenzavacciner.
- Mængden af indkøbte vacciner til de forskellige vaccinationsprogrammer kan have haft betydning for udnyttelsesgraden. Derudover kan pakningsformen have haft betydning for udnyttelsesgraden ved mindre vaccinationssteder.
- Rammeaftale med PLO manglede et økonomisk incitament for almen praksis til at bestille præcis det antal vaccinedoser, de kunne og skulle have jævnført en overordnet planlægning.
- Der var færre vacciner til rådighed per aktør, fordi vaccinerne skulle fordeles blandt mange.
- Der var en utilstrækkelig forventningsafstemning mellem involverede parter i forhold til roller og opgaver.
- Det har været et komplekst og ressourcekrævende bestillingssystem – med regionerne som ekstra mellemlid, som bidrog til lange leveringstider.
- Der efterspørges et digitalt bestillingssystem, som alle aktører kan tilgå.
- Der manglende et fælles overblik over information om bestilling og levering af vacciner.
- Klare kriterier for, hvilke målgrupper der skal vaccineres hvor, kan understøtte fordelingen af vacciner.

6. IT- og dataunderstøttelse af vaccinationsindsatsen

6.1. Planlægningsgrundlaget

I vaccinationssæsonen 2022-2023 skulle IT-understøttelsen i grove træk bygge på de eksisterende systemer fra covid-19 vaccinationsindsatsen i 2021-2022. Dog var der fra starten et ønske om at tilføje funktioner til systemet, blandt andet at man kunne booke tid til flere forskellige vacciner via online bookingsystemet, vacciner.dk, samt at flere forskellige vacciner blev understøttet på vaccinationscentrene. Det var en vigtig præmis for planlægningen og organiseringen af denne sæsons vaccinationsindsats, at det skulle være muligt at få alle vacciner samtidigt, hvis man var i målgruppe til flere end én vaccine. Det betød, at der skulle ske en omfattende videreudvikling af IT-understøttelsen, og at løsningen skulle håndtere en øget kompleksitet. Andre beslutninger, herunder at der skulle være mulighed for at få adgang til vaccination gennem online tro- og love-erklæring, og at der skulle udsendes ét brev til alle, der var i de aldersbaserede målgrupper, stillede yderligere krav til udviklingen af IT-understøttelsen, og øgede kompleksiteten.

I dette kapitel belyses erfaringer i forbindelse med udvikling af it-understøttelse af vaccinationsindsatsen 2022-2023 herunder bookingsystemer, digitale tro- og love-erklæringer, invitationer og påmindelsesbreve samt monitorering.

6.2. Det iværksatte

Herunder beskrives de vigtigste dele af IT-understøttelsen.

Det Danske Vaccinationsregister (DDV) er et centralt register af borgernes vaccinationsoplysninger, herunder anbefalede og effektuerede vaccinationer. Det kan blandt andet tilgås gennem Fælles Medicin Kort (FMK) online, herunder Kvikvac, som giver adgang til at oprette og slette vaccinationsforløb, og til registrering af effektuerede vaccinationer i DDV. Webreq understøtter booking af vaccination i vaccinationscentre sammen med vacciner.dk, som er den borgerrettede onlineløsning til booking og udfyldelse af tro- og love-erklæringer. I forbindelse med vaccinationssæsonen 2022-2023 blev der foretaget videreudvikling af alle disse komponenter, som beskrevet i Tabel 4.

Tabel 4: Videreudviklingsaktiviteter i IT-understøttelsen, 2022.

Komponent	Ændring til vaccinationssæson 2022-2023
Kvikvac	Udvidet til at understøtte vaccination med flere vaccinetyper, dvs. influenza og pneumokok.

	<p>Forbedring af brugergrænsefladen, med henblik på at understøtte en arbejdsgang med vaccination med flere typer i samme besøg.</p> <p>Ajourføring af advarsler og kvalitetstjek ved registrering</p> <p>Ajourføring af standardtekster og valgmuligheder ved journalisering</p>
DDV	<p>Opdatering med nye brevs-kabeloner til invitationer</p> <p>Mulighed for forløbsspecifikke brevs-kabeloner</p> <p>Samling af invitationer til borgere med invitation til flere forløb</p> <p>Understøttelse af udsendelse af opfølgning-breve (på baggrund af dataudtræk fra Statens Serum Institut)</p> <p>Modtagelse af tilmeldinger fra selvvisitering</p> <p>Tilretninger af substitutionsregler mellem vacciner</p>
Webreq og vacciner.dk	<p>Understøttelse af tro og love-erklæring</p> <p>Vejledningsskema til borgers vurdering af målgruppe</p> <p>Understøttelse af systemadministrators opgaver i forbindelse med fejlindtastning ved tro og love</p> <p>Selvvisitering til yderligere vaccintyper (inkl. styring af, hvad borger forventes at være inviteret til, aldersbetinget)</p> <p>Midlertidig løsning for aldersbetinget booking (+85 år)</p> <p>Understøttelse af 2-pust effektueringer for børneinfluenza</p> <p>Yderligere dataleverancer til brug for kapacitetsstyring / monitorering</p>

Dataunderstøttelsen tog udgangspunkt i bookingdata fra Webreq, vaccinationsdata fra DDV, og senere i udrulningen også leverancedata fra Statens Serum Institut. Bookingdata og vaccinationsdata blev bearbejdet og udstillet til regioner, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet af Testcenter Danmark, mens Statens Serum Institut leverede vaccinationsdata direkte til Sundhedsstyrelsen med henblik på monitorering. Sundhedsstyrelsen udgav status over vaccinationsudrulningen 1-2 gange ugentligt afhængigt af aktiviteten, mens Sundhedsdatastyrelsen udgav et covid-19 dashboard til Statsministeriet to gange ugentligt, som også indeholdt data om vaccination.

6.3. Hovederfaringer

6.3.1. Bookingsystem og registrering af vaccination

I vaccinations sæsonen 2022-2023 blev der bygget videre på den eksisterende understøttelse af booking, som blev bygget under udrulningen af covid-19 vaccination fra 2021. Flere parter tilkendegiver, at understøttelsen ikke var optimeret til flere vaccinetyper, og nåede den maksimale kompleksitet, som kan understøttes med det nuværende setup. Blandt andet var der store udfordringer med det underliggende kalendersystems opbygning og kapacitet i Webreq. Disse udfordringer blev forstørret af, at opgaven med at bygge kalendere tilfaldt nye medarbejdere i flere regioner, og at der var kort tid til at gøre sig bekendt med de nye muligheder, som blev tilgængelige i Webreq, når det blev muligt at oprette tider til mere end ét vaccinationsprogram. Det resulterede også i manglende tider til borgere indledningsvist i vaccinationsindsatsen, blandt andet på grund af uhenigtsmæssig tilrettelæggelse af vaccinationstider i bookingsystemet. Det var blandt andet kun muligt for regionerne at oprette tider for 28 dage frem i tiden. Alle aktører fremhæver, at det vigtigt at der hurtigst muligt træffes beslutning om udvikling af et styrket bookingsystem, hvis kompleksiteten igen øges i sæsonen 2023-2024.

Korrektheden af vaccinationsdata har været udfordret af et betydeligt antal fejlregistreringer. Eksempelvis var der en række vaccinationer, hvor registreringen af vaccinetype og batchnummer ikke stemte overens. Dette forekom i højere grad i almen praksis end i vaccinationscentre, hvor der var flere valideringer af indtastninger og mere automatiseret registrering. Det er dog væsentligt at pointere, at registreringen af vaccination i almen praksis kan understøttes bedre, end det var tilfældet i 2022-2023. Dog med det forbehold, at ændringer i snitfladen til systemerne hos almen praksis som udgangspunkt skal varsles 18 måneder forud. Inden vaccinationsindsatsen 2022-2023 begyndte, blev der ikke lagt vægt på at forbedre disse systemer, da udgangspunktet var, at 80 pct. af alle vaccinationer skulle foretages i vaccinationscentre. Uanset påpeger Sundhedsdatastyrelsen, at der er potentiale i at se på datakvalitet på en mere systematisk og datadrevet måde.

6.3.2. Tro- og love-erklæringer

Muligheden for at udfylde en tro- og love erklæring via en hjemmeside, og derved få adgang til vaccination og tidsbooking, var ny i 2022-2023. Denne mulighed var tænkt til personer i de definerede målgrupper som af forskellige årsager ikke havde modtaget en invitation til vaccination. I tidligere influenzavaccinationsprogrammer har der været mundtlige tro- og love-erklæringer på nogle vaccinationssteder. Sundhedsdatastyrelsen tilkendegiver, at udviklingsprocessen for denne løsning var meget presset, men fremhæver samtidigt, at det var en modig løsning. Det var positivt at løsningen blev så simpel og ikke-bureaukratisk, som det var tilfældet. Task Forcen beskriver også Tro- og love-løsningen som en vellykket løsning.

Der var en bekymring indledningsvist, at løsningen ville føre til vaccineknaphed, fordi den gav meget let adgang til vaccination. Løsningen er dog ikke brugt i et omfang, der har medført knaphed på vacciner.

Flere parter oplevede, at kendskabet til denne løsning ikke var bredt nok ud, og at der med fordel kunne have været gjort en større kommunikativ indsats for at udbrede kendskabet. Ligeledes er det et ønske, at det bliver muligt at gemme data fra tro- og love erklæringer, og derved gøre det muligt at følge disse borgeres vaccinationer mere detaljeret.

6.3.3. Invitationer og påmindelsesbreve

I 2022-2023 blev der udsendt invitationer, som var tilpasset til om borgeren på baggrund af alder, var i målgruppe til én eller flere vaccinationer. Borgeren modtog kun ét brev med invitation til mellem én og tre vaccinationer. Der blev også sendt invitationer ud til forældre til børn mellem 2-6 år, som var i målgruppe for influenzavaccination. De fleste invitationer blev sendt ud i september måned, hvorefter borgerne havde mulighed for at booke tid. Der blev flere gange efterfølgende sendt invitationer ud til udvalgte borgere, fx fordi nogle borgere var blevet vaccineret mod covid-19 tæt på vaccinationsprogrammets opstart, og derfor ikke kunne vaccineres igen før senere. Børn blev inviteret løbende, efterhånden som de fyldte to år.

Udsendelse af invitationer beroede på præcise definitioner af målgruppen, og Statens Serum Institut oplevede, at der var korte aftrækstider, fra der forelå endelige sundhedsfaglige beslutninger om målgrupper til invitationerne skulle udsendes. Der var også ofte behov for en mere detaljeret stillingtagen end den, som var afspejlet i bekendtgørelser og retningslinjer herunder præcise og operationaliserbare kriterier. Processen blev yderligere udfordret af, at nogle vacciner krævede mere komplekse kriterier og træk på registre end andre. Ligeledes var der ikke i første omgang afsat nok tid mellem færdiggørelsen af brevskebeloner og udsendelse af skabeloner. Disse udfordringer blev håndteret gennem tæt dialog mellem Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut

Da hovedparten af alle invitationer blev udsendt inden vaccinationsindsatsen gik i gang, skabte det et stort pres på bookingsystemet i begyndelsen. Udsendelse af påmindelser var også negativt påvirket af, at det ikke var muligt at trække bookingdata fra alle aktører, herunder almen praksis.

Processerne med at udsende invitationer og påmindelser viser, at der i fremtiden er potentielle gevinster at indhente ved blandt andet i højere grad at sammentænke invitationer, påmindelser og bookingsystem og tydeliggøre ansvars- og rollefordelingen indenfor disse arbejdsområder.

6.3.4. Monitorering og dataunderstøttelse

Der var et godt samarbejde mellem alle parter i forhold til monitorering, I hovedsagen blev data tilvejebragt, når det blev efterspurgt, såfremt det var muligt.

Øget opmærksomhed på vaccination, sammentænkt med beslutningen om at gå bort fra manuel visitation til vaccination, har også udfordret dataunderstøttelsen og monitoreringen. Det har øget usikkerheden i det underliggende datagrundlag sammenlignet med de

første halvandet år med covid-19 vaccinationer. Samtidigt har interessen for tilslutning til vaccination mod influenza i alle målgrupper også været væsentligt større end før covid-19 pandemien, hvilket har gjort problemet med det usikre datagrundlag mere preserende. Et stort antal vaccinationssteder skabte ligeledes udfordringer med at sikre korrektheden af data.

Flere parter giver udtryk for, at der også i forhold til monitorering og dataunderstøttelse har været uklarhed om bestillinger, herunder prioritering af opgaver tidsmæssigt og økonomisk. Sundhedsdatastyrelsen tilkendegiver, at der i fremtiden med fordel kan være en formel beskrivelse af, hvor det ønskede monitoreringsniveau ligger. IT-understøttelse og monitorering var ikke i alle tilfælde tilstrækkeligt sammentænkte med det resultat, at monitorering og dataunderstøttelse blev udviklet på bagkant.

Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsens monitorering havde forskellige formål, henholdsvis dækningen i den samlede befolkning og tilslutning indenfor målgrupperne. Det gav anledning til, at divergerende tal blev publiceret samtidigt, hvilket kunne give anledning til forvirring, selvom de forskellige opgørelser begge var korrekte.

Operationaliseringen af målgrupper i øget risiko og sundheds- og plejepersonale gjorde det svært at anvende tilslutning i disse grupper i monitoreringen på en handlingsanvendende måde.

Statens Serum Institut fremhæver, at de var udfordret af korte deadlines på bestillinger af data. Flere parter påpeger, at det vil være gavnligt, hvis det i fremtiden er mere gennemsigtigt, hvor bestillinger udspringer fra, og hvordan de skal finansieres.

Regionerne brugte Testcenter Danmarks Operationelle Kapacitetsstyringsværktøj og datatræk fra Webreq til den daglige kapacitetsstyring i vaccinationscentre. Task Forcen for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer understreger, at kapacitetsstyringsværktøjet har været et meget værdifuldt arbejdsredskab for regionerne. Dog fremhæves det også, at en tidligere adgang til data havde været en fordel med henblik på i højere grad at kunne bruge værktøjet som et styringsværktøj og planlægningsgrundlag for fordeling af vacciner. De oplevede blandt andet vanskeligheder med at hjælpe borgere med at finde læger, der havde ubrugte vacciner, da det først sent blev muligt at se leverancedata i Kapacitetsstyringsværktøjet, samt at data om bestillinger, leverancer og forbrug af vacciner ikke kunne kobles på det enkelte vaccinationssted.

6.4. Opsamling på hovederfaringer

- Bookingsystemet, invitationer og Kvikvac (tilpasning af fælles medicinkort til vaccinationscentrene) har generelt været velfungerende og vigtige for understøttelse af vaccinationsindsatsen i 2022-2023, herunder booking af flere vaccinationer samtidig.
- De eksisterende it-systemer til booking og kalenderopbygning var udfordrede af at skulle håndtere kompleksiteten i vaccinationsindsatsen; hvis kompleksiteten øges yderligere, bør der udvikles nye komponenter.
- For at forbedre datakvaliteten bør snitfladen til DDV videreudvikles med henblik på bedre understøttelse af registreringspraksis i almen praksis og hos private aktører.
- Muligheder for at booking og kapacitetsstyring kan med fordel udvikles, så de omfatter flere aktører.
- Muligheden for at få adgang til vaccination via en online tro- og love-erklæring var vellykket, men kendskabet til funktionen kan udbredes mere.
- Videreudvikling af it-systemer og udsendelse af invitationer var presset af korte tidsfrister og sene afklaringer.
- Monitoreringen blev vanskeliggjort ved, at det ikke i alle tilfælde fra begyndelsen var klart, hvilke data der var nødvendige, og hvordan de skulle tilvejebringes.
- Beslutninger om it-understøttelse og monitorering kan med fordel gøres klarere.
- Der var et udækket behov for at kende placeringen af ubrugte vacciner på grund af knaphed. Derfor er der behov for at kunne koble data om bestillinger, leverancer og forbrug af vacciner

7. Governance og øvrige rammevilkår for vaccinationsindsatsen

7.1. Planlægningsgrundlaget

Med henblik på en hurtig, sikker og effektiv udrulning af vaccinationsindsatsen i efteråret og vinteren 2022-2023 blev der etableret en governance-struktur bestående af en Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer og tilhørende koordinationsgrupper. Governance-strukturen var inspireret af den hidtidige organisering under udrulningen af vaccinationsprogrammet mod covid-19, og skulle sikre at vaccinationsindsatsen kunne planlægges, koordineres og følges op på tværs af centrale og decentrale myndigheder og aktører. Task Forcen skulle fastlægge de konkrete rammer for gennemførelsen af vaccinationsprogrammerne, og sikre en velkoordineret indsats. Koordinationsgrupperne skulle varetage de specifikke opgaver, som bidrog til den samlede udrulning

Med dette kapitel ønskes det belyst, hvilken betydning governance-strukturen og de tidsmæssige rammer har haft i understøttelsen af vaccinationsindsatsens udrulning.

7.2. Det iværksatte

Sundhedsstyrelsen nedsatte i sommeren 2022 Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer¹⁴.

Task Forcen havde ansvaret for planlægning, koordination og opfølgning på vaccinationsprogrammerne, hvor blandt andet de sundhedsfaglige, logistiske og it-driftsmæssige blev inddraget. Mere præcist forestod Task Forcen planlægningen, implementeringsstøtte, monitorering og opfølgning på gennemførelsen, tilslutningen og effekten på tværs af de tre programmer.

Task Forcen nedsatte tre underliggende koordinationsgrupper; Koordinationsgruppen for målrettede vaccinationsindsatser, Operationel Teknisk gruppe samt koordinationsgruppen for it-understøttelse og udvikling¹⁵.

¹⁴ Kommissorium for Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer

¹⁵ Organisering af nationale sæsonvaccinationsprogrammer 2022-2023, Sundhedsstyrelsen, september 2022

7.3. Hovederfaringer

7.3.1. Taskforce og koordinationsgrupper

Medlemmerne af Task Forcen vurderer, at den samlede organisering, repræsentation og mødekadence i Task Forcen var passende og hensigtsmæssig i forhold til at løfte nævnte opgaver. De leverede statusrapporter og datagrundlaget var yderligere et godt udgangspunkt for, at Task Forcen kunne følge indsatsen løbende og justere den efter behov. Et konkret eksempel var udvidelse af tilbuddet om influenzavaccination til børn i vaccinationscentrene, da tilslutningen viste sig at være lav de første uger af udrulningen.

Koordinationsgrupperne har generelt været nogle velfungerende fora til vidensdeling og planlægning med en hensigtsmæssig repræsentation og mødekadence. De traf proaktivt beslutninger om konkrete spørgsmål og problemstillinger, og koordinerede på tværs af myndighederne. Møderne blev overvejende holdt online, hvilket muliggjorde en høj mødefrekvens samt en bred opbakning til deltagelse.

Teknisk operationel gruppe håndterede mange tekniske spørgsmål og problematikker vedrørende logistik, distribution, implementering af sundhedsfaglige anbefalinger mv. Det var muligt for medlemmerne at få den nyeste information vedrørende vaccinationsudrulningen samt faglig sparring og inspiration i forhold til håndtering af problemstillinger og implementering af løsninger. Koordinationsgruppen for it-understøttelse var ligeledes præget af et godt og tæt samarbejde på tværs og en vilje til at gøre en ekstra indsats, hvilket bidrog til udviklingen af vellykkede og sammenhængende it-løsninger.

I koordinationsgruppen for den målrettede vaccinationsindsats udførte de deltagende kommuner aktiviteter og kommunikationsindsatser med formål om at højne vaccinationstilslutningen i særlige målgrupper. Opgaverne var dog ikke omfattet af en aftale og med midler, hvilket skabte begrænsninger i kommunernes aktiviteter.

Udvikling af it-løsninger til vaccinationsindsatsen kræver tid og klare processer. Koordinationsgruppen for It-understøttelse og udvikling mener, at der i fremtiden er behov for at sikre klare aftaler om, hvad der skal udvikles og til hvilket tidspunkt. I 2022-2023 blev it-udvikling af flere løsninger igangsat (blandt andet i foråret 2022) på baggrund af forventninger og uden et klart mandat. For at omgå disse problemer ville det have været hensigtsmæssigt med en skærpet proces, når det angår bestillinger af udviklingsopgaver samt ansvar for disse og afklaring af, hvor risikoen bæres. En løsning kunne også være, at der indgår et beslutningsmandat i it-gruppens kommissorium.

Tilvejebringelse af dataunderstøttelse i løbet af udrulningen 2022-2023 blev håndteret i en ikke-formaliseret koordinationsgruppe for dataunderstøttelse, fordi der var et behov for koordinering på området. Denne gruppe kan med fordel få en formel placering i governance-strukturen med henblik på at fastlægge ansvarsfordelingen, samarbejdet samt styrke processerne for dataunderstøttelsen.

7.3.2. Tidmæssige rammer

Som beskrevet gennem foregående kapitler har tid til forberedelse været et væsentligt og kritisk rammevilkår for alle parter i tilrettelæggelsen af vaccinationsindsatsen 2022-2023.

Efter forhåndstilkendegivelser i marts 2022 besluttede den daværende regering 1. juni 2022 at gennemføre en styrket vaccinationsindsats med tæt statslig-regionalt samarbejde, hvorefter den officielle planlægning og gennemførelse af udbud og aftaler med eksterne aktører blev gennemført.

Der var et betydeligt tidspres på de involverede aktører. Yderligere var der begrænset mulighed for tilstrækkelig forventningsafstemning mellem parterne og strategiske aftaler på tværs af regionerne. De sene afklaringer medvirkede også til et stort arbejdspress blandt private aktører, der efterspørger tidligere udmeldinger og afklaringer før næste vaccineudrulning.

En sen endelig afklaring på det sundhedsfaglige planlægningsgrundlag (målgrupper, timing og vaccineteknologi relateret til covid-19), og sen offentliggørelse af bekendtgørelser, som underarbejdes på baggrund af planlægningsgrundlaget, har yderligere udfordret planlægningen af vaccinationsindsatsens tilbud. Særligt fremhæves det, at udviklingsopgaverne relateret til it-driften (fx tro og loveerklæringen på vacciner.dk) har været under særligt pressede deadlines på grund af de sene afklaringer. Samtidig er det et vilkår, at det tager tid at sikre sig fagligt begrundede og fagligt tydelige anbefalinger, som også skal have faglig opbakning. Særligt når det gælder en ny sygdom som covid-19, hvor der ikke er evidens eller erfaring at træffe beslutninger ud fra. En høj tilslutning og befolkningsaccept er baseret på tydelig faglige anbefalinger. Erfaringerne peger på, at der bør foreligge en samlet tidsplan for udrulningen af vaccinationsindsatsen i god tid. Ligesom der med fordel kan udarbejdes et årshjul for relevante aktiviteter og beslutninger, som har betydning for sæsonvaccinationsindsatsen.

7.4. Opsamling på hovederfaringer

- Den samlede organisering og repræsentation har været hensigtsmæssig med Task Force og tilhørende koordinationsgrupper.
- Sen afklaring på centrale beslutninger herunder regeringsbeslutningen efter forhåndstilkendegivelser i marts 2022, det sundhedsfaglige planlægningsgrundlag vedrørende målgrupper, timing og vaccineteknologi og bekendtgørelser udfordrede planlægningen af vaccinationsindsatsen 2022-2023.
- Sen afklaring på de faglige anbefalinger er dog et vilkår, da det tager tid at sikre sig fagligt begrundede og fagligt tydelige anbefalinger, særligt når det gælder en ny sygdom som covid-19, hvor der ikke er evidens eller erfaring at træffe beslutninger ud fra.
- Beslutninger om nye udviklingsopgaver særligt på it-området bør, så vidt muligt, træffes i bedre tid forud for ibrugtagning i vaccinationsindsatsen.
- Det har været en udfordring for koordinationsgruppen for særligt målrettede indsatser, at opgaven ikke har været understøttet med aftale og midler til relevante kommuner jf. pointer fra målrettede indsatser,
- Der bør i god tid foreligge en samlet tidsplan for udrulning af vaccinationsindsatsen, ligesom der med fordel kan udarbejdes et årshjul for relevante aktiviteter og beslutninger, som har betydning for sæsonvaccinationsindsatsen.

8. Kommunikation om sæsonvaccinationsprogrammerne

8.1. Planlægningsgrundlaget

Formålet med kommunikationsindsatsen i forbindelse med sæsonvaccinationsprogrammerne 2022-2023 var at informere borgerne om efterårets vaccinationer. Herunder målgrupperne for vaccination, tilbuddet om gratis vaccination og den sundhedsfaglige baggrund for Sundhedsstyrelsens anbefalinger om vaccination. Derudover har formålet med kommunikationen været at guide målgrupperne gennem logistikken omkring vaccination fx om vaccinationssteder, tidsbestilling mv. samt motivere målgrupperne til at takke ja til tilbuddet om vaccination.

Overordnet set var formålet med kommunikationsindsatsen at bidrage til de samlede målsætninger for Sundhedsstyrelsens arbejde med sæsonvaccination og smitteforebyggelse i efteråret og vinteren 2022-2023.

Med afsæt i de overordnede formål for kommunikationsindsatsen blev der udarbejdet følgende delmål:

- Gennemslagskraft og dækning i målgruppen
- Positiv oplevelse af Sundhedsstyrelsens kommunikation blandt målgruppen
- Øget kendskab til tilbuddet om vaccination i målgruppen
- Høj vaccinationsvillighed i målgruppen
- Høj tillid og positiv holdning til Sundhedsstyrelsen som afsender

Der blev yderligere arbejdet ud fra Sundhedsstyrelsens strategiske ramme for kommunikationsindsats, der tager afsæt i den viden, Sundhedsstyrelsen har fra egne og eksterne kvalitative og kvantitative analyser og undersøgelser (se bilag 10.10).

8.2. Det iværksatte

Kommunikationsindsatsen om vaccination bestod af en borgerrettet kommunikationsindsats og en netværksindsats. Der blev gennemført en bred og segmenteret borgerrettet kommunikationsindsats, hvor der i alt blev lanceret fire vaccinationskampagner. Netværksindsatsen var målrettet aktører omkring borgere fx sundhedsprofessionelle, kommuner, regioner og patientforeninger.

8.2.1. Den borgerrettede kommunikationsindsats

Kommunikationen var segmenteret med målrettede budskaber og materialer til specifikke målgrupper, fx +50-årige, personer med kroniske sygdomme, forældre til børn mellem 2-6 år og gravide. Sundhedsstyrelsen kommunikerede om både vaccination mod covid-19, influenza og pneumokoksygdom i samme kampagne, hvis det gav mening ift. målgrupperne for vaccinationsprogrammerne.

Den borgerrettede kommunikation kørte i to spor. Det første spor var et instruktivt spor med fokus på at formidle information om målgrupper og logistik fx tidsbestilling, vaccinationssteder, vaccintyper mv. Det andet spor var det motiverende spor med fokus på baggrunden for anbefalingen om vaccination til de forskellige målgrupper.

For at nå bredt ud med kampagnernes budskaber blev kommunikationen udrullet på tværs af en række kanaler herunder:

- Sociale medier fx Facebook og Instagram
- Bannerannonceringer på hjemmesider og nyhedssites
- Videoannoncering på YouTube og streamingtjenester
- Annoncering på flow-tv og i biografer
- Annoncering på og i busser
- Skærme i storcentre, supermarkeder, metrostationer, på apoteker
- Plakater bybilledet,
- Printannoncer i trykte magasiner og aviser
- PR-indsats og løbende opdatering af sst.dk.

8.2.2. Netværksindsats

Netværksindsatsen var målrettet kommuner, regioner, patientforeninger og sundhedsprofessionelle fx jordemødre, sundhedsplejersker mv. Der blev løbende udviklet og delt materialer, som de kunne bruge for at være med til at sikre, at målgrupperne også blev mødt af vaccinekommunikation tæt på deres hverdag, og at kommunikationen blev båret af afsendere, som målgrupperne havde tillid til.

Materialerne blev delt via SkyFish, og der blev gennemført online informationsmøder for kommunerne, (hvor af 82 kommuner deltog), regioner, patientforeninger og sundhedsprofessionelle. Hver 14. dag blev der udsendt et nyhedsbrev til knap 500 modtagere med information om nye materialer samt om det aktuelle kommunikationsfokus fx børn og vaccination, lav tilslutning i bestemte kommuner mv.

Derudover blev der iværksat en indsats specifikt målrettet minoritetsetniske borgere herunder ældre og deres børn, som bestod af fire events, der blev lavet i samarbejde med foreningen Mino Danmark.

8.3. Hovederfaringer

8.3.1. Kommunikationens rækkevidde

Kommunikationsindsatsen i efteråret og vinteren 2022-2023 nåede generelt bredt ud på tværs af befolkningen og målgrupperne for vaccinationsindsatsen.

Der var et stort eksponeringstryk med 113.453.412 eksponeringer af kampagnematerialet alene på digitale kanaler som bannere, video, TV, sociale medier og biografspot. I den brede indsats (18-65+) blev der opnået 32.938.603 eksponeringer gennem kampagneaktiviteter på sociale medier, video, banner og biograf. På baggrund af det vurderes det, at kommunikationen er nået bredt ud på tværs af medier og til målgrupperne.

Banner-placeringerne var kilden til størstedelen af de digitale eksponeringer, og på tværs af målgrupperne lykkedes det at opnå 73.347.944 eksponeringer, hvilket svarer til 64,65 pct. af den samlede sum af eksponeringer for indsatsen.

Det er derudover tydeligt, at det lykkedes Sundhedsstyrelsen at nå ud til de +50-årige og +65-årige. De to målgrupper blev i alt eksponeret for digitalt kampagnemateriale 30.267.429 gange gennem sociale medier, video, bannere og TV. På Sundhedsstyrelsens sociale medier lykkedes det at nå ud til hhv. 41 pct. (+50-årige) og 34 pct. (+65-årige) i målgrupperne.

For forældre og gravide var eksponeringstrykket stort. Der var i alt 50.247.380 eksponeringer på tværs af sociale medier, video og bannere.

Ifølge Epinions måling i september svarede 96 pct. af respondenterne, at de havde set eller læst information om vaccination mod covid-19 inden for den seneste måned. I december 2022 faldt dette til 50 pct., hvilket kan tilskrives, at kampagnetrykket var højest i perioden fra midt september til slut oktober. Derudover viser undersøgelsen, at 71 pct. af respondenterne svarede, at de har modtaget information om vaccination mod covid-19 fra Sundhedsstyrelsen inden for den seneste måned.

På tværs af kanaler angav 80 pct. af respondenterne at have modtaget information om vaccination mod covid-19 fra Sundhedsstyrelsen via digital post.

8.3.2. Oplevelsen af kommunikationen

Der var en positiv oplevelse af Sundhedsstyrelsens kommunikation i forbindelse med efterårets og vinterens vaccinationsindsats 2022-2023 både i forhold til den brede information fra Sundhedsstyrelsen og det konkrete kampagnemateriale. Den positive oplevelse kan primært tilskrives, at målgrupperne fandt kommunikationen relevant, nem at forstå, tydelig og konkret. Det blev også afspejlet i kampagnernes budskabsforståelse, som lå på et meget højt niveau blandt målgrupperne. Derudover oplevede en stor del af respondenterne, at kommunikationen var troværdig og fagligt funderet.

Kommunikationen til minoritetsetniske borgere, som blev lavet i samspil med Mino Danmark, blev modtaget positivt. De fire Mino Talks blev, ifølge ambassadørerne, vurderet til at have haft en positiv indvirkning på målgruppens tillid til sundhedsmyndighederne.

Den kommunikative udfordring var størst blandt forældre og personer under 65 år med kroniske sygdomme. Målgruppen bestående af forældre fandt i højere grad end andre, at kommunikationen om vaccination var politisk motiveret fremfor sundhedsfaglig. Dog var der en positiv fremgang i perioden fra september til december 2022 blandt forældrene, som vurderede kommunikationen til at blive mere troværdig, tydelig og konkret.

En anden udfordring var personer under 65 år med kroniske sygdomme. Selvom denne gruppe i samme grad som øvrige målgrupper oplevede at have mødt information om influenzavaccination, havde de ikke en oplevelse af, at de var i målgruppe for vaccination, og derfor formodes det, at de ikke oplevede, at kommunikationen var direkte målrettet dem.

8.3.3. Kendskab til anbefalingerne

På tværs af målgrupperne var der generelt stor tillid til Sundhedsstyrelsens råd og anbefalinger. Minimum 3 ud af 4 i de enkelte delmålgrupper angav, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger om vaccination ville påvirke deres beslutning om at tage imod tilbuddet om vaccination. Sundhedsstyrelsen var derfor den afsender, som havde størst mulig effekt i forhold til at påvirke målgruppernes vaccinationsvillighed sammenlignet med fx Statens Serum Institut, egen læge, familie og venner mv. Forældre var en undtagelse, da de i højere grad ville lade sig påvirke af egen læges anbefalinger.

Det var ikke muligt at lave en entydig evaluering af sammenhængen mellem adfærd og kommunikation, da der er mange faktorer, der kan have haft betydning for den egentlige vaccinationstilslutning. Betydningen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og kommunikation afspejlede sig i målgruppernes egne vurderinger af, hvorvidt influenzakampagnen havde haft en effekt på deres intenderede adfærd. Her svarer minimum 7 ud af 10, der havde mødt kampagnen, at den havde fået dem til at overveje deres eget behov for vaccination.

8.3.4. Presseindsats og sst.dk

I perioden september-december 2022 blev der kørt både proaktiv og reaktiv presse for at nå målgrupperne for vaccination. Sundhedsstyrelsen modtog 200 pressehenvendelser angående den brede kommunikation, hvor 50 af henvendelserne er kommet på baggrund af de 17 pressemeddelelser, som blev sendt ud om vaccination. Disse 17 proaktive pressemeddelelser afledte 280 medieomtaler samt 117.673 besøg på Sundhedsstyrelsens hjemmeside i kampagneperioden.

Data fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside viste, at der i alt var 1.698.089 besøg på vaccinationsrelaterede undersider. Alene undersiden "Her kan du blive vaccineret", hvor danmarkskortet over vaccinationssteder blev præsenteret, blev besøgt 952.714 gange i

kampagneperioden. Her er det værd at nævne, at 73 pct. af besøgene stammede fra direkte trafik til hjemmesiden, som understreger kampagnens effekt, idet linket til hjemmesiden figurerede i kampagnematerialet.

8.4. Opsamling på hovederfaringer

- Kommunikationsindsatsen i efteråret og vinteren 2022-2023 nåede bredt ud på tværs af befolkningen og målgrupperne for vaccination.
- Kampagnematerialet blev alene blevet vist 113.453.412 gange på digitale kanaler som bannere, video, tv, sociale medier og i biografen.
- Kommunikationen nåede særligt ud til de +50-årige og +65-årige gennem sociale medier, video, bannere og TV.
- En undersøgelse viste, at 80 pct. af respondenterne angav at have modtaget information om vaccination mod covid-19 fra Sundhedsstyrelsen via Digital Post.
- Der var en positiv oplevelse af Sundhedsstyrelsens kommunikation både i forhold til den brede information fra Sundhedsstyrelsen og det konkrete kampagnemateriale, som de oplevede var relevant, nem at forstå, tydelig, konkret, troværdig og fagligt funderet. Derudover lå budskabsforståelsen blandt målgrupperne på et meget højt niveau.
- Kommunikationen målrettet minoritetsetniske borgere blev modtaget positivt blandt målgruppen og har haft en positiv indvirkning på målgruppens tillid til sundhedsmyndighederne.

Den kommunikative udfordring er størst blandt forældre til børn i alderen 2-6 år og personer under 65 år med kroniske sygdomme. Forældre oplevede i højere grad end andre, at kommunikationen om vaccination var politisk motiveret, hvor personer under 65 år med kroniske sygdomme fandt kommunikationen mindre relevant for dem.

- På tværs af målgrupperne var der generelt stor tillid til Sundhedsstyrelses anbefalinger. Minimum 3 ud af 4 i de enkelte delmålgrupper angav, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger om vaccination ville påvirke deres beslutning om at tage imod tilbuddet om vaccination.
- Sundhedsstyrelsen er den afsender, som har størst mulig effekt i forhold til at påvirke målgruppernes vaccinationsvillighed. Forældrene er dog en undtagelse, da de i højere grad vil lade sig påvirke af egen læge.
- Sundhedsstyrelsen udsendte 17 proaktive pressemeddelelser om vaccination, modtog 200 pressehenvendelser

- Sundhedsstyrelsens hjemmeside blev besøgt 1.698.089 gange. Undersiden "Her kan du blive vaccineret" er alene blevet besøgt 952.714 gange i kampagneperioden.

9. Konklusion

Den nye statslige-regionale organisering af vaccinationsprogrammerne for covid-19, influenza og pneumokoksygdom i efteråret og vinteren 2022-2023 har været et nybrud i forhold med tidligere sæsonvaccinationsindsatser og bygger på de positive erfaringer fra udrulningen af vaccinationsprogrammet under covid-19 epidemien. Den statslige-regionale organisering og sammentænkning af vaccinationsprogrammerne skulle styrke folkesundheden gennem høj tilslutning på tværs af programmerne. Indsatsen skulle bestå nære og let tilgængelige vaccinationstilbud, løbende monitorering og opfølgning, en solid governance-struktur, en effektiv it-understøttelse (herunder et nationalt bookingsystem, digitale invitationer og tro- og loveerklæringer) samt en målrettet kommunikationsindsats og en optimal udnyttelse og fordeling af vacciner. Det lykkedes i stor udstrækning at sikre en vellykket udrulning efter formålet.

Vaccinationsindsatsen opnåede en meget høj tilslutning indenfor alle tre vaccinationsprogrammer, særligt blandt de ældste borgere og plejehjemsbeboere. Det afspejler en vaccinationsindsats, hvor vacciner blev prioriteret til ældre borgere, som har det største behov. I europæiske sammenhænge opnåede Danmark den højeste tilslutning til vaccinationsprogrammet for covid-19 i efteråret og vinteren 2022-2023. Det er til trods for et noget lavere bekymringsniveau generelt i befolkningen.

Der lykkedes at opnå høj lighed i tilslutningen til vaccinationsprogrammerne på tværs af regioner, kommuner og udvalgte sogne.

For nogle enkelte målgrupper, herunder børn, sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko, var der ikke høj tilslutning. Dog er tilslutningen for sundheds- og plejepersonale og personer i øget risiko formentlig underestimeret på grund af et usikkert datagrundlag.

Ifølge kommunerne havde det været en fordel, hvis vaccination af sundheds- og plejepersonale i kommunerne blev tilbudt samtidig med vaccination af beboere på fx plejehjem, hvor de er ansat.

Der var en større ulighed i tilslutningen på tværs af kommuner og regioner blandt personer i øget risiko, gravide og børn mellem 2-6 år. Der var i få enkelte sogne en mere markant ulighed i tilslutningen blandt yngre aldersgrupper. Sognene er karakteriseret ved at have særligt socialt udsatte boligområder. Hvis ligheden skal styrkes gennem målrettede vaccinationsindsatser, bør indsatserne understøttes med en politisk aftale med kommunerne til det specifikke formål.

Sammenkoblingen af tre vaccinationsprogrammer i én udrulning blev i sæson 2022-2023 en meget stor succes. Regionerne og øvrige aktører sikrede en vellykket og effektiv tilrettelæggelse af tilbuddet, så borgerne kunne få flere vaccinationer samtidig, hvilket

yderligere blev understøttet af en robust og veludviklet it-understøttelse. En meget stor andel af borgerne valgte at tage imod flere vaccinationer på samme tid, hvilket tyder på, at sammenkoblingen af vaccinationsprogrammerne styrkede tilgængeligheden af vaccinationstilbuddene.

Der blev i løbet af udrulningen etableret mange nære og fleksible vaccinationstilbud til borgerne i målgrupperne, flere end forventet, og borgerne oplevede i høj grad at vaccinationstilbuddene var tilgængelige. Borgerne (50+ år) foretrækker kort afstand til vaccinationsstedet, kort ventetid, drop-in eller mulighed for booking af tid til vaccination over nettet. Det er faktorer, der kendetegner mange af vaccinationstilbuddene i årets vaccinationsindsats. Erfaringen viser, at det kan være svært for borgere at forstå, at der ikke er de samme vaccinationstilbud på tværs af regionerne.

En væsentlig erfaring er dog, at mange vaccinationstilbud som faktor i sig selv ikke øger tilslutningen. Derimod udfordrer mange vaccinationssteder koordinering og styring af vaccinationsindsatsen samt logistik og distribution af vacciner. Logistik og distribution af vacciner har i årets vaccinationsindsats været udfordret, hvilket blandt andet førte til forlængede leveringstiderne betydeligt. Det skyldtes blandt andet indsatsens kompleksitet med flere forskellige vacciner der blev opdateret løbende, begrænsede indkøbte influenzavacciner, mange aktører, utilstrækkelig forventningsafstemning og et komplekst bestillings- og leveringssystem.

Der efterspørges et mere smidigt digitalt bestillingssystem, som alle aktører kan tilgå. Fordelingsnøglen og regionernes koordinering og styring af bestillinger har understøttet en god vaccineudnyttelse og en rimelig fordeling af vaccinerne på tværs af landet. Regionernes rolle opleves dog også som et ekstra bureaukratisk led, og der bør findes løsninger, der både understøtter behovene for en optimal prioritering og udnyttelse af vacciner, samtidig med en smidig bestilling og levering af vacciner.

Der blev i 2022 etableret en solid og meget vellykket it-infrastruktur, herunder et booking-system, invitationer, digitale tro-og love-erklæringer og Kvikvac. Det var essentielt for udrulningen af vaccinationsindsatsen og sammenkoblingen af vaccinationsprogrammerne.

Der blev etableret en velfungerende og hensigtsmæssig governance bestående af en Task Force for Nationale Sæsonvaccinationsprogrammer og koordinationsgrupper, der fulgte udrulningen løbende og iværksatte løsninger og indsatser efter behov. De løbende dataleverancer understøttede i løbet af udrulningen parternes mulighed for monitorering af indsatsen.

Begrænset tid til planlægning af efteråret og vinterens vaccinationsindsats 2022-2023 har været et gennemgående tema i erfaringsopsamlingen, og udfordrede alle parter i indsatsen. I det omfang, det er muligt, er en tidlig afklaring af regionernes ansvar og rolle, det sundhedsfaglige grundlag (målgrupper, timing og vacciner) og bekendtgørelser væsentlige for at understøtte planlægningen af en fremadrettet vaccinationsindsats, herunder

planlægning af gode vaccinationstilbud, god inddragelse af aktører og udvikling af optimal it-understøttelse mv.

Kommunikationsindsatsen om sæsonvaccinerne i efteråret og vinteren 2022-2023 nåede bredt ud på tværs af befolkningen og målgrupperne for vaccination gennem sociale medier, annoncering på hjemmeside, streamingtjenester, TV, biografer, aviser mv. På tværs af målgrupperne var der stor tillid til Sundhedsstyrelsens som afsender, og deres oplevelse af kommunikationen var positiv. Den kommunikative udfordring var størst blandt forældre og personer under 65 år med kroniske sygdomme.

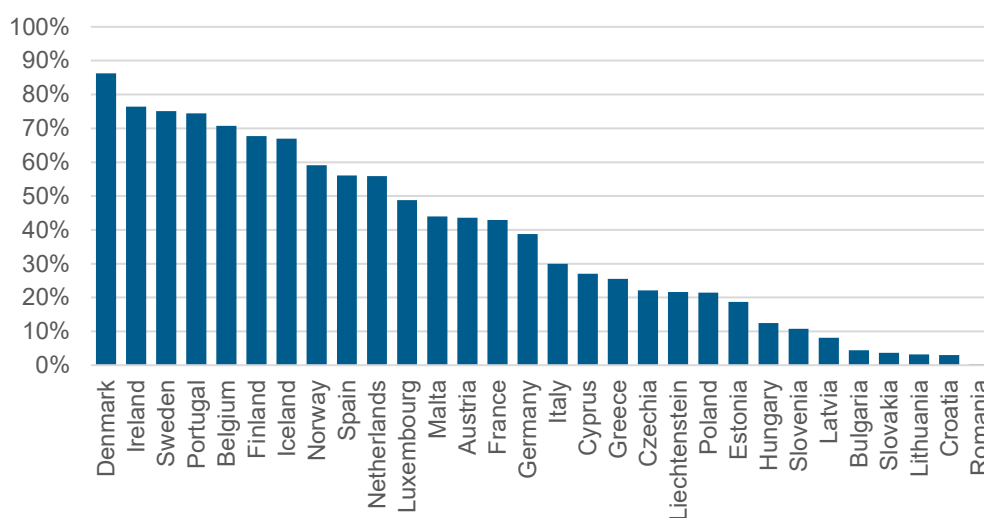
Det konkluderes, at det var en vellykket udrulning af vaccinationsprogrammerne for covid-19, influenza og pneumokoksygdom i et statsligt-regionalt samarbejde. Det har sikret høj og lige tilslutning til programmerne, nære og tilgængelige vaccinationstilbud, en god prioritering og udnyttelse af vacciner samt en solid it-understøttelse og monitorering af indsatsen. Derudover er det væsentligt at forholde sig til økonomien forbundet med sæsonvaccinationsindsatsen 2022-2023, som vil blive belyst i en analyse gennemført af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

På baggrund af erfaringsopsamlingen er der identificeret nogle udfordringer og målgrupper, der kan prioriteres yderligere i den fremadrettede planlægning og tilrettelæggelse af sæsonvaccinationsprogrammer.

10. Bilag

10.1. Tilslutning

Figur B 1: Tilslutning til 4. dosis covid-19 vaccination, EØS. Opgjort 14-12-2022. Kilde: European Center for Disease Control



10.2. Lighed i tilslutning

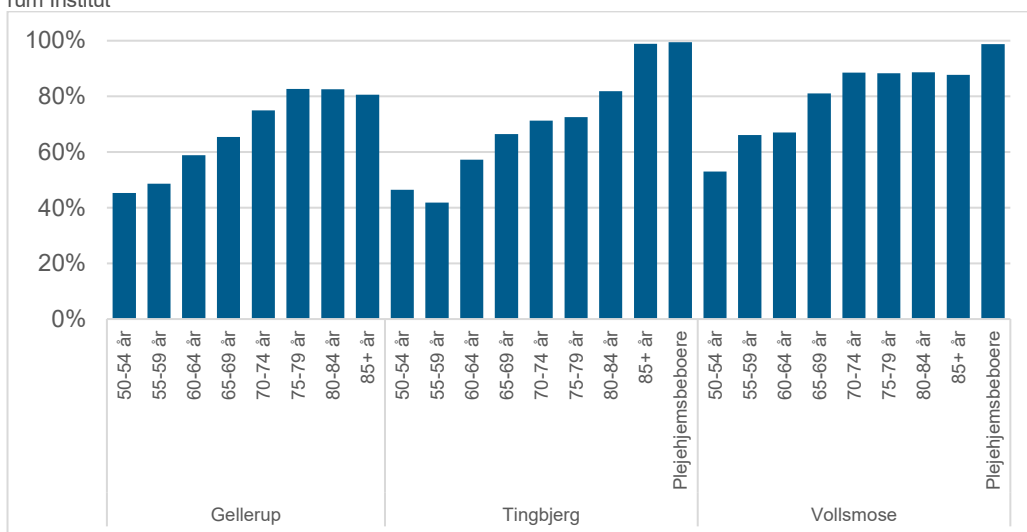
Tabel B 1: Tilslutning til for de aldersdefinerede målgrupper samt plejehjem i sæsonerne 22/23 og 21/22 på tværs af kommuner. Opgjort 04-01-2022. Kilde: Statens Serum Institut

	<i>Covid-19</i> <i>plejehjem og 50+ år</i>	<i>Influenza</i> <i>plejehjem og 65+ år</i>	<i>Pneumokok</i> <i>plejehjem og 65+ år</i>	Total 2017-2022
	22/23	22/23	22/23	
<i>Median tilslutning</i>	80 pct.	81 pct.	36 pct.	81 pct.
<i>Gennemsnit for 3 laveste kommuner</i>	67 pct.	69 pct.	24 pct.	67 pct.
<i>Relativ forskel mellem laveste kommuner og median</i>	-12 pct.	-10 pct.	-35 pct.	-14 pct.
<i>Relativ standardafvigelse</i>	4,0 pct.	3,5 pct.	12,6 pct.	3,8 pct.

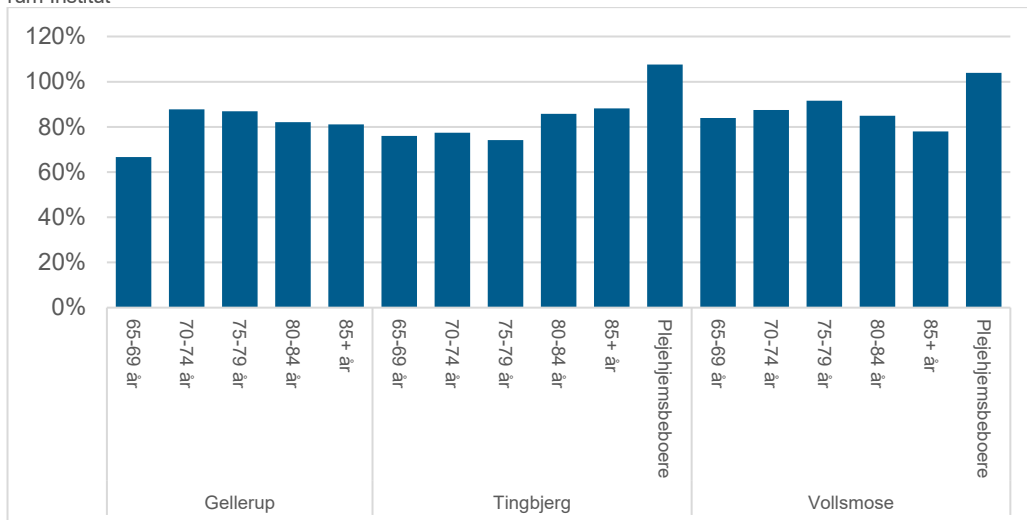
Tabel B 2: Covid-19 vaccinationstilslutning. Opgjort 04-01-2022. Kilde: Statens Serum Institut

	Median	Laveste sogn	Relativ forskel	Relativ standardafvigelse
Albertslund	71 pct.	63 pct.	-11 pct.	7,0 pct.
Ballerup	75 pct.	70 pct.	-6 pct.	4,2 pct.
Brøndby	69 pct.	58 pct.	-16 pct.	8,2 pct.
Gladsaxe	73 pct.	61 pct.	-17 pct.	6,4 pct.
Høje Taastrup	70 pct.	64 pct.	-9 pct.	6,6 pct.
Ishøj	63 pct.	63 pct.	-0 pct.	0,4 pct.
København	68 pct.	45 pct.	-34 pct.	8,1 pct.
Odense	76 pct.	59 pct.	-22 pct.	6,2 pct.
Aalborg	73 pct.	46 pct.	-37 pct.	9,0 pct.
Århus	76 pct.	50 pct.	-34 pct.	7,6 pct.

Figur B 2: Forskelle i tilslutning til covid-19 vaccination i udvalgte sogne. Opgjort 04-01-2023. Kilde: Statens Serum Institut



Figur B 3: Forskelle i tilslutning til influenzavaccination i udvalgte sogne. Opgjort 04-01-2023. Kilde: Statens Serum Institut



10.3. Vaccinationsindsatsens betydning for sygdom og dødsfald

Der opstilles en række kontrafaktiske scenarier med tilslutningsgrader forskellig fra det reelt realiserede.

Metode

Antagelser, forbehold og definitioner

Ved anden tilslutningsgrad, antages det i de følgende analyser at denne lavere tilslutning fordeler sig ligeligt på tværs af alle kofaktorer som fx alder, køn, komorbiditeter, tidspunkt for vaccination osv.

Komparativ vaccineeffektivitet

For indlæggelser benyttes den, af Statens Serum Institut beregnede, komparative vaccineeffektivitet for indlæggelser pga. covid-19¹⁶, opgjort samlet for begge variantopdaterede vacciner, for alle 50+ årige, uanset tid siden booster-vaccination. Denne inkluderer alle over 50 år med bopæl i Danmark, som ikke tidligere har været hospitalsindlagt pga. COVID-19, og som har modtaget mindst tre vaccine-stik 140 dage før studiestart. Analysen, som er justeret i en Cox regressionsmodel for kalendertid, alder, køn, region, komorbiditet, og tidligere infektion, sammenligner indlæggelsesraten blandt dem, som har fået 4. stik fra 15. september 2022, med dem som kun har fået 3 stik. Personer følges over tid fra studieperiodens start (dog ikke før der er gået 14 dage efter sidste vaccinstik) indtil

¹⁶ Ugentlige tendenser: Covid-19 og andre luftvejsinfektioner- uge 6 2023", Statens Serum Institut, 2023

udrejse, død, vaccination eller PCR-påvist infektion hvad enten den fører til indlæggelse eller ej.

For dødsfald benyttes den af Statens Serum Institut beregnede komparative vaccineeffektivitet for dødsfald af covid-19, opgjort samlet for begge variantopdaterede vacciner, for alle 50+ årige, uanset tid siden booster-vaccination. Vaccineeffektivitet er opgjort for dem der har modtaget booster-vaccination siden 15. september kontra dem som har fået 3. vaccinstik for mere end 140 dage siden. Studieperioden var fra 29. september til 25. december 2022. Vaccineeffektivitet er udregnet som 1 minus HR, hvor HR er en hazard ratio fra en Cox regressionsanalyse justeret for alder, køn, region, komorbiditet og tidligere infektion. covid-19 dødsfald er defineret som dødsfald, hvor dødsdatoen ligger inden for 30 dage af PCR-påvist SARS-CoV-2 smitte som også forårsagede hospitalsindlæggelse.

Indlæggelser pga. covid-19

Der findes for indeværende en række forskellige måder at kategoriserer covid-19 indlæggelser på. I januar 2022 udgav Statens Serum Institut fokusrapporten om "covid-19-relaterede hospitalsindlæggelser under SARS-CoV-2-epidemien", der indeholdte en algoritme for opdeling af covid-19 relaterede indlæggelser. Denne algoritme blev opdateret i august, og indlæggelse opdeles pt i følgende 3 kategorier:

- indlæggelse på grund af covid-19
- indlæggelse, hvor covid-19 kan have spillet en rolle
- indlæggelse på grund af andre forhold end covid-19

I dette afsnit benyttes kategorien "indlæggelse på grund af covid-19". denne kategori kræver at aktionsdiagnosen enten er en covid-19 diagnose uden krav til bidiagnose, eller at aktionsdiagnosen er en anden luftvejsdiagnose i kombination med covid-19 som bidiagnose, og at dette skal være tilfældet i mindst 50 pct. af tiden under indlæggelsesforløbet.

Covid-19 dødsfald

Som for indlæggelser findes der for dødsfald også en række forskellige metoder til opgørelse af covid-19 dødsfald.

For de fleste opgørelser, fx Statens Serum Instituts tendensrapport¹⁷, benyttes tallet for 30-dags-covid-19-dødsfald. Dette tal inkluderer alle dødsfald hvor der foreligger en positiv covid-19 PCR-test indenfor 30 dage før dødsdatoen. En ulempe ved opgørelsesmetoden er, at den i en vis andel af tilfælde vil fejlklassificere et dødsfald som et covid-19-dødsfald, selvom dødsårsagen i virkeligheden var en anden, samtidig vil der være en vis underestimering af antallet af covid-19-dødsfald, fordi dødsfald mere end 30 dage efter en positiv covid-19 test ikke tælles med i statistikken.

¹⁷ Ugentlige tendenser: Covid-19 og andre luftvejsinfektioner- uge 6 2023", Statens Serum Institut, 2023

Et potentielt mere retvisende tal er tal fra Dødsårsagsregisteret (DAR), hvor registrering sker med en dødsårsagsattest, baseret på en konkret individuel lægelig vurdering af dødsårsagen. Tallene er dog forbundet med en vis usikkerhed, da det kan være vanskeligt at angive den primære årsag til et dødsfald præcist. Ofte vil der være flere medvirkende årsager, særligt hvis den pågældende i forvejen lider af en eller flere underliggende sygdomme, sådan som det tiltagende ses med stigende alder. I disse tilfælde vil covid-19 ofte have en afgørende betydning for dødsfaldet, men den relative betydning af covid-19 overfor øvrige sygdomme kan være svær at vurdere. Derfor vil angivelsen af den primære og de medvirkende dødsårsager ofte bero på en vis grad af skøn.

I Statens Serums Instituts tendensrapporter beregninger af vaccineeffektivitet overfor covid-19 dødsfald er dødsfald defineret som dødsfald, hvor dødsdatoen ligger inden for 30 dage af PCR-påvist SARS-CoV-2 smitte som også forårsagede hospitalsindlæggelse. Denne definition giver generelt totaler der ligger tæt på DAR.

I denne rapport benyttes Statens Serum Instituts beregninger for vaccineeffektivitet, og dermed også Statens Serum Instituts definition af dødsfald som dødsfald, hvor dødsdatoen ligger inden for 30 dage af PCR-påvist SARS-CoV-2 smitte som også forårsagede hospitalsindlæggelse.

Datakilder

For det aktuelt realiserede antal indlæggelser og dødsfald for vaccinerede og ikke vaccinerede samt VE for indlæggelser og dødsfald, benyttes data fra tabel 3 og 4 i Statens Serum Instituts tendensrapport. Studieperioden var fra 29. september 2022 til 23. januar 2023.

Tabel B 3: Covid-19: Vaccineeffektivitet overfor indlæggelse pga. covid-19 blandt personer som har fået en booster-vaccination efter 15. september relativt til personer, som har fået 3 stik for mere end 140 dage siden.¹⁸

Covid-19, vaccinations-status	Population +50-årige	Indlæggelse pga. covid-19	Observations-tid (uger)	Estimeret kVE, pct. (95 pct. CI)
3 stik for mere end 140 dage siden	2.023.574	1.030	5	1
4. stik givet efter 15. september 2022	1.696.508	1.077	12	69,5 (66,1; 72,6)

¹⁸ Ugentlige tendenser: Covid-19 og andre luftvejsinfektioner- uge 6 2023", Statens Serum Institut, 2023

Tabel B 4: Covid-19: Vaccineeffektivitet overfor covid-19 død blandt personer som har fået en booster-vaccination efter 15. september relativt til personer, som har fået 3 stik for mere end 140 dage siden.¹⁶

Covid-19, vaccinations-status	Population +50-årige	Covid-19 dødsfald	Observations-tid (uger)	Estimeret kVE, pct. (95 pct. CI)
3 stik for mere end 140 dage siden	2.030.142	109	5	1
4. stik givet efter 15. september 2022	1.703.269	120	12	77,5 (69,3; 83,5)

Beregning

Ved beregning af antallet af indlæggelser og dødsfald ved en hypotetisk tilslutningsgrad benyttes beregning baseret på kVE:

Det samlede antal indlæggelser/dødsfald ved et givent hypotetisk scenarie beregnes ved at justere antallet af dødsfald blandt vaccinerede, i forhold til ændringen i tilslutning justeret med Hazard ratio for indlæggelser/dødsfald ($\text{hazard ratio} = (100 - \text{kVE}) / 100$).

Hvis der fx antages en tilslutning på halvdelen af den faktuelle tilslutning (39.5 pct. i stedet for 79 pct.) vil halvdelen af indlæggelser/dødsfald (halvdelen af 1077 indlæggelser og halvdelen af 120 dødsfald) blandt vaccinerede blive divideret med hazard ratio (resulterende i en korrigeret værdi på 1766 indlæggelser og 267 dødsfald), og denne korrigerede værdi summeres sammen med indlæggelser/dødsfald blandt de resterende vaccinerede (den resterende halvdel på hhv. 539 indlæggelser og 60 dødsfald), samt indlæggelser/dødsfald blandt ikke vaccinerede (1030 indlæggelser og 109 dødsfald), for derved at opnå det samlede antal indlæggelser/dødsfald i det pågældende hypotetiske scenarie (3335 indlæggelser og 436 dødsfald).

Faktuelt scenarie

Den faktiske realiserede covid-19 vaccinationstilslutning for 50+ årige på 79 pct. har resulteret i ca. 1.780.000 vaccinerede personer siden 15. september.

Der har i periode. 29 september til 23. januar været 1.030 indlæggelser blandt ikke vaccinerede, og 1.077 blandt vaccinerede.

Opgjort i forhold til Statens Serum Instituts definition har der fra d. 29. september til d. 23. januar været 109 covid-19 dødsfald blandt ikke vaccinerede og 120 blandt vaccinerede.

Hypotetiske scenarier

Ved tilslutningsgrader på hhv. 95 pct., 90 pct., 60 pct., 40 pct. eller 20 pct. sammenlignet

med den realiserede tilslutningsgrad på 79 pct., er det ændrede antal indlæggelser og dødsfald beregnet, som vist i tabel 1 og 2.

Regionernes forventede fordeling af aktivitet på tværs af vaccinationssteder i august 2022

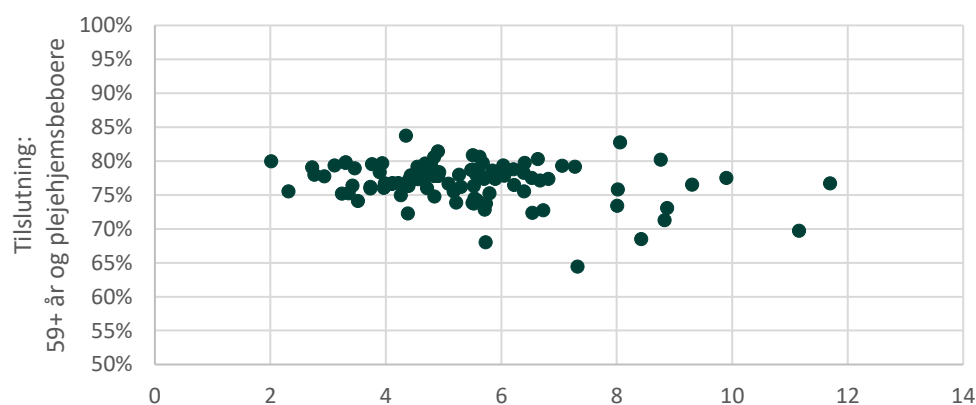
10.4. Regionernes forventede fordeling af aktivitet på tværs af vaccinationssteder

Tabel B 5: Regionernes forventede fordeling af aktivitet på tværs af vaccinationssteder. Opgjort 22-08-2022. Kilde: Danske Regioner.

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark
Regionale centre	60 pct.	71-78 pct.	80 pct.	80 pct.	80 pct.
Almen praksis	20 pct.	11-15 pct.	10-20 pct.	20 pct.	20 pct.
Private virksomheder**	20 pct.	14-18 pct.	0-10 pct.	-	-
- heraf apoteker	Uvist	14-18 pct.	0-10 pct.	-	-

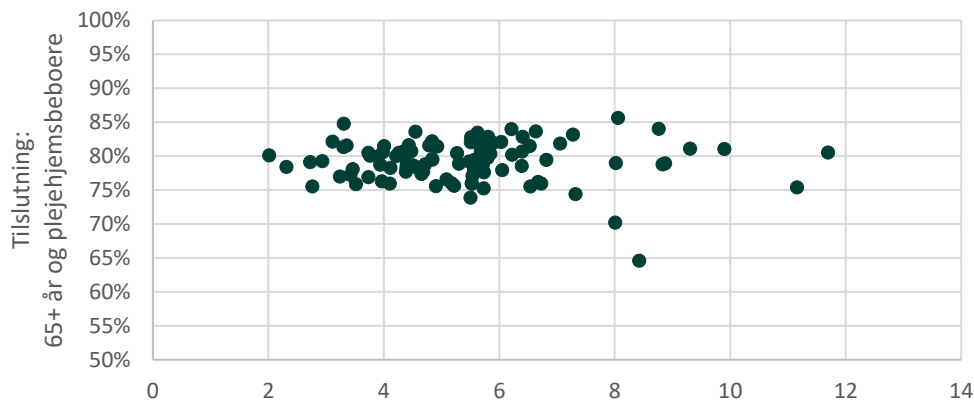
10.5. Tilslutning vaccination i kommuner ift. vaccinationstilbud

Figur B 4: Tilslutning til covid-19 booster i kommuner ift. vaccinationstilbud pr. 10.000 indbyggere. Opgjort 8-12-2022. Kilde: Danmarkskortet, coronasmitte.dk og Statens Serum Institut.



Fordelingen af vaccinationstilbud pr. 10.000 indbyggere ift. tilslutning viser, at der ikke er nogen umiddelbar sammenhæng mellem antal af vaccinationstilbud og tilslutning

Figur B 5: Tilslutning til influenzavaccination i kommuner ift. vaccinationstilbud pr. 10.000 indbyggere. Opgjort 8-12-2022. Kilde: Danmarks-kortet, coronasmitte.dk og Statens Serum Institut.



Fordelingen af vaccinationstilbud pr. 10.000 indbyggere ift. tilslutning viser, at der ikke er nogen umiddelbar sammenhæng mellem antal af vaccinationstilbud og tilslutning.

10.6. Beskrivelse af kommunernes rolle og arbejdsopgaver under vaccinationsudrulningen

Ved udrulningen af de primære vaccinationer mod covid-19 i 2022-2023 har kommunerne ydet en indsats for at hjælpe ældre og borgere med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne med vaccination. For at sikre at disse borgere modtager den fornødne hjælp, er det indgået aftale mellem Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner om kommunal hjælp til understøttelse af vaccinationsindsatsen¹⁹.

Aftalen omfatter kommunal hjælp til borgere på plejehjem og personer fra 65 år og derover med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har behov for hjælp i forbindelse med vaccination mod covid-19, og eventuelt samtidig vaccination mod influenza og/eller pneumokoksygdom. De kommunale indsatser omfatter fire centrale opgaver:

- Transport til borgere fra 65 år med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau i det omfang, der er behov for, at borgere transporteres til et vaccinationssted
- Opfølgende telefonopkald til borgere fra 65 år, som efter tre – fire uger ikke har bestilt tid til vaccination
- I forhold til vaccination på plejehjem bistår kommunerne med det praktiske, herunder at informere borgere og pårørende om vaccinationstilbud, forberede informeret samtykke, kvalificere lister med borgere, der tilbydes vaccination mv.
- Identifikation, så vidt det er muligt, af borgere, som har behov for hjemmevaccination

¹⁹ Aftale om kommunal hjælp til vaccination af borgere på plejehjem og borgere fra 65 år med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne mod covid-19 mv. Aftale mellem Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner af 1. juli 2022

Sundhedsstyrelsen har adspurgt 15 (tre fra hver region) kommuner om deres erfaringer i forbindelse med sæsonvaccinationen 2022-2023. 12 kommuner har svaret på spørgeskemaet.

Kommunernes ansvarsområder og aktiviteter under vaccinationsudrulningen

Kommunernes ansvarsområder i denne sæson har været nært knyttet til de ovenstående ansvarsområder jf. aftalen mellem Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner. Kommunerne har blandt andet understøttet den regionale planlægning og gennemførelse af vaccination af borgere på plejehjem, hvor de har koordineret aftaler med plejehjemslægerne og regionen fx med hensyn til planlægningen af vaccinationsdatoer, og sikringen af at der kom vaccinationstilbud til alle plejecentre. Desuden har kommunerne koordineret hjemmevaccination for de borgere, der havde et behov herfor, og kontaktet ældre hjemmeboende borgere med forespørgsel om behov for hjælp. Kommunerne har koordineret transport og booking af vaccinationstider for de borgere i eget hjem, som havde behov for transport til et vaccinationssted. Yderligere har kommunerne telefonisk kontaktet de borgere, som efter tre - fire uger ikke har bestilt tid til vaccinations med henblik på at følge op på vaccinationsforløbet for borgeren.

Mange kommuner har suppleret med yderligere vaccinationstilbud som pop-up vaccination på udvalgte steder og udekørende tilbud til blandt andet bosteder, herberger, fængsler mv. I forlængelse heraf har mange kommuner også understøttet regionerne i forhold til vaccination af socialområdet. Her har kommunerne blandt andet bistået i planlægningen af vaccination til botilbud inden for handicap- og psykiatriområdet, rusmiddelcentre, hvor man i indeværende sæson har tilbudt både covid-19 og influenzavaccination til alle indskrevne borgere (der blev kun tilbudt vaccination mod covid-19 i forgange sæsoner), samt samarbejde med boligforeninger i udsatte boligområder.

Ti udvalgte kommuner har også udført målrettede vaccinationsindsatser i forbindelse med arbejdet for koordinationsgruppen for målrettede vaccinationsindsatser. Her har kommunerne blandt andet indgået samarbejder med relevante civilsamfundsorganisationer og boligorganisationer i udvalgte områder, haft materiale til at informere borgerne om covid-19 og vaccination, dør-til-dør indsatser i udvalgte boligområder mv. Dog har ikke alle ti kommuner udført målrettede indsatser, da nogle deltagende kommuner vurderede at dette ikke var nødvendigt, da tilslutningen var tilfredsstillende.

Kommunernes erfaringer fra vaccinationsudrulningen

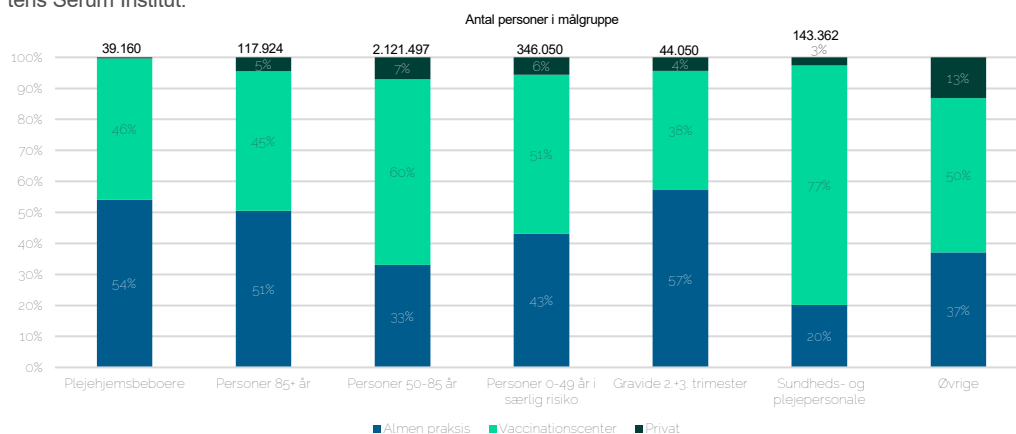
Kommunerne vurderer, at de har haft et godt samarbejde med regionen og vaccinationscentrene. De adspurgte kommuner beretter, at planlægningen og udrolningen har været velkoordineret og fleksibelt, hvor der har været en smidighed mellem organisationerne, som ikke har været tilfældet i samme grad i de forgangne sæsonvaccinationer. Desuden beretter flere at samarbejdet med almen praksis og private aktører også har været positivt, hvor der har været en god og gensidig forståelse for opgaven. I de tilfælde hvor plejehjemslæger har vaccineret på plejehjemmene, har der været gode erfaringer omkring dette, da det gav mere ro for beboerne, at det var kendte læger, der gennemførte vaccinationerne.

Kommunerne vurderer dog også, at de opgaver man forventede kommunerne udførte i indsatsen var meget ressourcekrævende for dem. Særligt indsatsen om at udsøge borgere der ikke har taget imod tilbuddet om vaccination, er meget ressourcekrævende. Her beretter kommuner, at opringningerne tager meget lang tid, da ringelisterne dels kan være meget lange, og dels at de ofte ikke er opdaterede. Her er der flere eksempler på, at kommunen henvender sig til en borger, som allerede er blevet vaccineret, eller at borgeren har bestilt tid til vaccination. Desuden opleves det, at en relativt stor procentdel ikke tager telefonen. Én kommune fortæller dog, at i deres kommune har ringeindsatsen givet et positivt resultat. Her vurderer de, at ca. halvdelen af borgerne der fik et telefonopkald, lod sig vaccinere. Indsatsen identificerede også flere borgere, som havde brug for hjemmevaccination, som kommunen ikke havde udsøgt i første omgang.

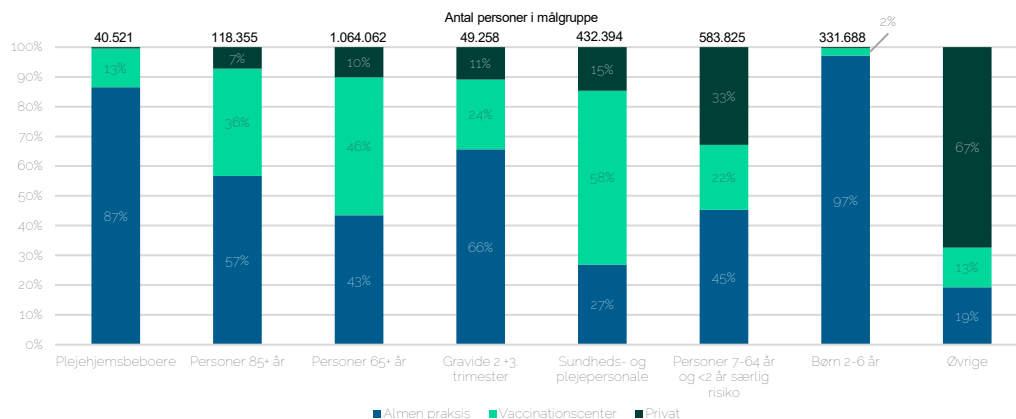
Opgaven omkring hjemmevaccination har ligeledes været en meget krævende opgave. I flere kommuner falder denne opgave typisk hos kommunens hjemmepleje, hvor flere fortæller at de kæmper med ressourcerne i forvejen. Kommunerne vurderer, at de bruger unødvendigt mange ressourcer på at udsøge borgere til hjemmevaccination, da det kan tage flere dage eller uger at udsøge disse borgere. Yderligere vurderer flere kommuner at mange af de borgere, der udsøges til hjemmevaccination, er raske nok til at kunne varetage dette selv.

10.7. Aktivitet fordelt på vaccinationssteder og målgrupper

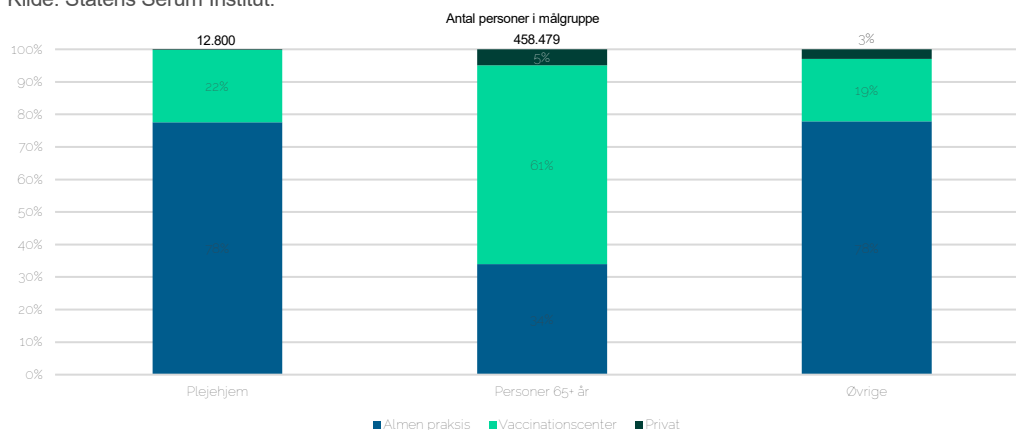
Figur B 6: Vaccination mod covid-19 fordelt på målgrupper og vaccinationssted Opgjort: 24-11-2022. Kilde: Statens Serum Institut.



Figur B 7: Vaccination mod influenza fordelt på målgrupper og vaccinationssted Opgjort: 24-11-2022 Kilde: Statens Serum Institut.



Figur B 8: Vaccination mod Pneumokoksygdom fordelt på målgrupper og vaccinationssted. Opgjort: 24-11-2022. Kilde: Statens Serum Institut.



10.8. Kort beskrivelse af proces for bestilling, pakning og levering af vacciner

Bestilling og fordeling af vacciner

Statens Serum Institut indkøbte alle vacciner til det offentlige vaccinationsprogram for efteråret og vinteren 2022-2023 på baggrund af indstilling fra Sundhedsministeriet (og Finansministeriets beslutning om, hvor mange vacciner der skulle indkøbes). Statens Serum Institut kontrollerede vaccinerne ved modtagelse og opbevarede dem på centrallager. Statens Serum Institut udarbejdede en fordelingsnøgle (pro rata fordeling) på baggrund af borgere i aldersgrupperne +65 år, +50 år og børn i hver region. Regionerne tog imod bestillinger fra alle aktører, der deltog i vaccinationsindsatsen i den pågældende region og sikrede den rette fordeling af vacciner i forhold til regionens pro rata. Regionerne brugte forskellige metoder og systemer til at koordinere bestillinger og styre fordeling af vacciner. Regionerne sendte efterfølgende en samlet bestilling til Statens Serums Institut én gang om ugen. Bestillingsprocessen mellem Statens Serum Institut, regioner og

sygehusapoteker var udelukkende manuel. Statens Serums Institut modtog bestillingskemaer fra regionerne og holdt yderligere regnskab med regionernes bestillinger i forhold til pro rata-fordelingen.

Pakning

Grundet forskellige krav om temperatur ved pakning var det nødvendigt at adskille pakning af de tre vacciner i vaccinationsprogrammet. De forskellige krav til håndteringen af vaccinerne betød, at optøning/pakning foregik på ad hoc basis (dvs. det var ikke muligt at optø vacciner på forhånd), blandt andet fordi Statens Serum Institut modtog covid-19 vaccinen løbende fra producenten. Covid-19 vacciner til sygehusapoteker blev pakket fra frost til frostkasser med tøris eller fryseelementer. Covid-19 vacciner til alle andre aktører blev udtaget fra frost til kølerum, hvor hver enkelt pakke blev etiketteret med ny holdbarhedsdato og hvor den originale holdbarhed på pakken blev overstreget. De optøede vacciner blev herefter pakket ned i opmærkerede kasser til de enkelte aktører. Influenza- og pneumokokvacciner blev pakket på ambient temperatur i opmærkerede kasser eller forsendelsesposer til de enkelte aktører.

Levering

Levering af vacciner fra Statens Serums Institut til vaccinationsstederne var planlagt, så de passede med de normale faste leveringsdage med undtagelse af sygehusapotekerne, der modtog leverancer med kurér en gang ugentligt (hver torsdag). Alle vacciner blev leveret til vaccinationsstederne på køl med undtagelse af leverancer af covid-19-vacciner til sygehusapotekerne, der blev leveret på frost. Grundet bestillingsmetoden var det først muligt for vaccinationsstederne at modtage vaccinerne syv til 12 dage efter modtagelse af bestillingskemaerne hos Statens Serum Institut.

Tabel B 6: Oversigt over anvendte vacciner, herunder holdbarhed, form, doser per pakning og pakningstørrelser.

Vaccine	Producent	Holdbarhed	Form	Holdbarhed efter anbrud	Doser	Dimension (B x L x H) mm
Covid-19	Pfizer	18 måneder på - 90°C til -60 °C 30 dage på 2 til 8°C	Koncentrat til dispersion til injektion	6 timer	1170 pr. æske	Æske: 231 x 231 x 42
	Pfizer	18 måneder på - 90°C til -60 °C 30 dage på 2 til 8°C	Koncentrat til dispersion til injektion	6 timer	6 pr. hætteglas	
	Pfizer	18 måneder på - 90°C til -60 °C	dispersion til injektion	12 timer	60 pr. æske	Æske: 89 x 47 x 39
	Pfizer BA.1	10 uger på 2 til 8°C				

	Pfizer BA.4-5					
	Pfizer børn 5-11 år	18 måneder på - 90°C til -60°C	Koncentrat til dispersion til injektion	12 ti- mer	100 pr. æske	Æske: 89 x 47 x 37
	Pfizer børn 0,5-4 år	10 uger på 2 til 8°C				
	Pfizer – BA.4-5 børn 5-11 år					
	Moderna	9 måneder på - 50°C til - 15°C 30 dage på 2 til 8°C	dispersion til injektion	19 ti- mer	100 pr. æske	Æske: 125 x 50 x 60
	Moderna – BA.1	9 måneder på - 50°C til - 15°C 30 dage på 2 til 8°C	dispersion til injektion	19 ti- mer	50 pr. æske	
Influenza	InfluvacTe- tra	12 måneder på 2 til 8°C		-	10 pr. æske 14.400 pr. palle	Æske: 188 x 152 x 17 Palle: 1200 x 800 x 1200
	VaxigripTe- tra	12 måneder på 2 til 8°C		-	1 pr. æske 9800 pr. palle	Æske: 23 x 130 x 32 Palle: 1000 x 1200 x 1107
	VaxigripTe- tra	12 måneder på 2 til 8°C		-	10 pr. æske 16800 pr. palle	Æske: 45,4 x 124 x 97,6 Palle: 1000 x 1200 x 1107
	AstraZeneca - Nasal børn	18 uger på 2 til 8°C		-	10 pr. æske 1152 pr. palle	Æske: 176,2 x 106,3 x 30,1 Palle: 800 x 1200 x 1350
Pneumo- kok	Pneumovax	12 måneder på 2 til 8°C		-	10 pr. æske 6400 pr. palle	Æske: 90 x 100 x 150 Palle: 800 x 1200 x 1440

Øvrige forhold

Statens Serum Institut er den ansvarlige nationale myndighed for indkøb og distribution af beredskabs- og programvacciner. Statens Serum Institut er ansvarlig for, at håndteringen af vaccinerne sker i henhold til god distributionspraksis (GDP). Levering af vacciner sker under de krav, der stilles til opbevaring.

Statens Serum Institut indkøber, varemottager, kontrollerer, frigiver, opbevarer og videredistribuerer vaccinerne og har ansvar for at vaccinerne opbevares, pakkes og transporters korrekt.

Når vaccinerne er leveret fra Statens Serum Institut til kunden, overgår ansvaret for håndtering og opbevaring til kunden.

Frost- og kølevarer kan ikke transporteres i samme bil, grundet indbyrdes påvirkning af temperaturen, hvilket i så fald vil ødelægge produktets kvalitet.

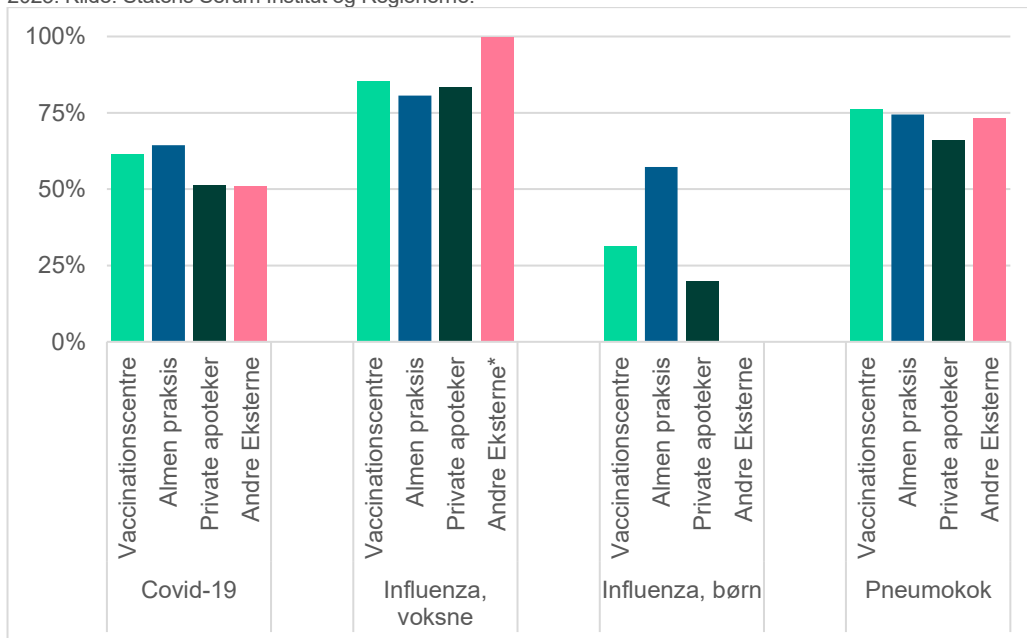
10.9. Fordeling af udnyttelsesprocent for de enkelte programmer, vacciner og aktører

Tabel B 7: Fordeling af udnyttelsesprocent for de enkelte programmer og vacciner. Opgjort: 08-02-2022. Kilde: Statens Serum Institut.

Program	vaccine	Leverede doser i offentligt program	Antal vacciner givet	udnyttelsesprocent
Covid-19	Samlet	2.992.000	1.861.000	62 pct.
	Comirnaty BA.1	948.000	612.000	65 pct.
	Comirnaty BA.4/5	1.794.000	1.186.000	66 pct.
	Spikevax BA.1	250.000	63.000	25 pct.
Influenza voksen	Samlet	1.506.000	1.293.000	86 pct.
	Influvactetra	626.000	463.000	74 pct.
	Vaxigriptetra	880.000	830.000	94 pct.
Influenza Børn	Fluenz Tetra	162.000	90.000	56 pct.
Pneumokok	Pneumovax	225.000*	162.000	72 pct.

*opgjort til og med 30-11-2022

Figur B 9: Udnyttelsesprocent for de enkelte vaccinationsprogrammer, opgjort per aktørtype. Opgjort: 08-02-2023. Kilde: Statens Serum Institut og Regionerne.



*Udnyttelsesprocenten for influenzavaccination af voksne ved andre eksterne aktører er udelukkende baseret på tal fra Region Syddanmark, da det er den eneste region hvor dette har fundet sted. Der er i alt tale om 8534 vaccinationer.

10.10. Sundhedsstyrelsens strategiske ramme for kommunikationsindsatsen

Sundhedsstyrelsens strategiske ramme for kommunikationsindsats, der tager afsæt i den viden, Sundhedsstyrelsen har fra egne og eksterne kvalitative og kvantitative analyser og undersøgelser:

- Der er høj tillid i befolkningen til både vaccinerne og sundhedsmyndighederne. Sundhedsstyrelsen skal fastholde denne tillid ved at være transparente omkring vores beslutningsprocesser og udmeldinger, klare i vores kommunikation og lydhøre overfor borgernes bekymringer og oplevelser.
- Danske vaccinationstilbud er af høj kvalitet. De danske myndigheder bruger gennemprøvede vacciner og tilbyder vaccination, som er nemt tilgængelig for alle borgere. Sundhedsstyrelsens kommunikation formidler dette til borgerne for at skabe tryghed.
- Alle borgere skal have adgang til lettilgængelig og letforståelig information om vaccination og vaccinationstilbud. Vi er tilstede med relevant kommunikation på de rette kanaler baseret på vores kendskab til målgrupperne og deres hverdag.
- Sundhedsstyrelsens vaccinationsudmeldinger og anbefalinger er altid fagligt velbegrundede, og forklaringer og baggrund for en given udmelding tydeliggøres.

Sundhedsstyrelsen stiller information til rådighed for borgerne, både for og i mod, så den enkelte kan træffe sit valg vedr. vaccination på et oplyst grundlag.

- Sundhedsstyrelsens respekterer den enkeltes ret til at fravælge vaccination. Vaccination er et frivilligt tilbud, som den enkelte kan vælge at gøre brug af eller takke nej til. Sundhedsstyrelsen anerkender, at man kan være i tvivl eller stille sig skeptisk overfor vaccination og Sundhedsstyrelsen stiller sig til rådighed for dialog.
- Sundhedsstyrelsens kommunikation baserer sig på viden om målgrupperne, og den tager afsæt i den viden, vi har fra egne og eksterne kvalitative og kvantitative analyser og undersøgelser.
- Sundhedsstyrelsens vaccinationsstrategi er risikobaseret – og tilbyder vaccination til personer i særlig risiko for alvorlig sygdom. Derfor skal vores kommunikation håndtere spændet fra den enkeltes oplevede opfattelse af egen risiko til den reelle risiko for alvorlig sygdom, når man tilhører en risikogruppe– uden at drive skræmmekampagne.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●