

Praksisplanudvalget

MØDETIDSPUNKT

15-09-2017 10:30

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården, H7/H8

MEDLEMMER

Praktiserende læge Karin Zimmer, formand PLO-H

Praktiserende læge Benny Ehrenreich

Praktiserende læge Marianne Puge

Afbud

Regionsrådsmedlem Per Seerup Knudsen

Formand

Regionsrådsmedlem Erik Sejersten

Næstformand

Regionsrådsmedlem Flemming Pless

Borgmester Ninna Thomsen, Københavns Kommune

Borgmester Jørgen Glenthøj, Frederiksberg Kommune

Afbud

Borgmester Helle Adelborg, Hvidovre Kommune

Kommunalbestyrelsesmedlem Birgit Roswall, Gribskov Kommune

Viceborgmester Kirsten Jensen, Hillerød Kommune

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsordenen
2. Undersøgelse af telefonisk kontakt til almen praksis
3. Orientering om lægedækning og opslag af kapaciteter
4. Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet
5. Opfølgning på aftale om fast tilknyttede plejecenterlæger
6. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDENEN

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at udvalget godkender dagsordenen

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

2. UNDERSØGELSE AF TELEFONISK KONTAKT TIL ALMEN PRAKSIS

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Praksisplanudvalget blev på møde d. 19. maj 2017 orienteret om, at regionsadministrationen og PLO-H i fællesskab havde forberedt en gentagelse af undersøgelsen af telefonisk tilgængelighed fra 2012, som besluttet i Praksisplan for almen praksis 2015-2019. I praksisplanen fremgår det desuden, at patienterne hurtigt skal kunne komme i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden og at almen praksis løbende skal have fokus på at opretholde og prioritere god telefonisk tilgængelighed.

Undersøgelsen af telefonisk kontakt til almen praksis blev gennemført i perioden april til juni 2017 og der foreligger nu en rapport over undersøgelsens resultater.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning

at PPU drøfter, om der er behov for tiltag vedrørende den telefoniske kontakt til almen praksis

at PPU beder samarbejdsudvalget vedr. almen praksis om at følge op overfor praksis, som ikke har vist sig tilgængelige i henhold til overenskomsten

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Undersøgelsen er gennemført med henblik på at belyse mulighederne for at komme i kontakt med almen praksis, samt at få en indikation af, om der er sket en forbedring af den telefoniske tilgængelighed. Desuden er et af formålene at undersøge, om praksis lever op til kravene om tilgængelighed i overenskomsten.

I overenskomsten er følgende mål for den telefoniske tilgængelighed, samt information omkring telefonkonsultation formuleret:

- 1 Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives en henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle (jf. overenskomstens § 45, stk. 2a).
- 1 Af praksisdeklarationen [på www.sundhed.dk] skal fremgå, hvornår lægen kan træffes med henblik på telefonkonsultation (jf. overenskomstens § 41, stk. 2f).
- 1 Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning (jf. overenskomstens § 45, stk. 2b).

Tilrettelæggelse af undersøgelsen

Undersøgelsen er tilrettelagt i et samarbejde mellem regionen og PLO-H med henblik på at opnå enighed om design og metode. Undersøgelsen er blevet gennemført af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse (www.patientoplevelser.dk), som er specialister i evalueringer og brugerundersøgelser i sundhedssektoren.

Samtlige almen lægepraksis er blevet ringet op ad to omgange (opkaldsrunder), fordelt på forskellige

ugedage og forskellige tidspunkter på dagen. Begge gange er det blevet registreret, hvordan slutfaldet af opkaldsforsøgene i hver opkaldsrunde er endt. Undersøgelsens fordeling af opkald er ikke baseret på kendskab til patienternes opkaldsmønster til almen praksis, men er fordelt jævnt over dagen, og afspejler derfor, hvordan servicen ville se ud, såfremt patienterne ringede jævnt over dagen.

Der skelnes i undersøgelsen mellem opkald, der ender i overensstemmelse med overenskomsten - eller ikke.

Resultater

Undersøgelsen viser, at 97 % lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed.

Undersøgelsen viser derudover, at der opnås personlig kontakt hver anden gang, der ringes til almen praksis (i alt 49 % af tilfældene). Den personlige kontakt er fordelt således, at 30 % kommer igennem efter at have ventet i telefonkø i gennemsnit 6 minutter. I 14 % af tilfældene opnås der personlig kontakt ved første opkald, og for yderligere 5 % opnås der personlig kontakt efter et til fem genopkald. I 45 % er udfaldet en telefonsvarer med relevant henvisning.

Sandsynligheden for at få personlig kontakt er markant større om formiddagen med 75-80 % kl. 8-12 og 18-24 % kl. 12-16. Det har derimod mindre betydning, hvilken dag man ringer på.

Endvidere viser undersøgelsen, at antal patienter pr. praksis og praksisform har betydning for muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis, mens planområde ikke har den store betydning. Det er således lettere at opnå personlig kontakt til praksis med mange patienter (2000 sikrede patienter og over), og at komme direkte igennem ved første opkaldsforsøg til praksis med færre patienter (under 1500 sikrede patienter). Ligeledes er det en smule lettere at opnå personlig kontakt med delepraksis og praksis med kompagniskab, end det er med enkeltmandspraksis. Til gengæld er det lettere at komme direkte igennem ved første opkald til enkeltmandspraksis. Det er i højere grad lægen, der besvarer opkaldet i delepraksis og enkeltmandspraksis.

Undersøgelsen viser, at 86 % af praksis oplyser tid for telefonkonsultation på sundhed.dk, og at 82 % oplyser mindst én times daglig telefonkonsultation.

Når resultaterne fra indeværende undersøgelse sammenlignes med undersøgelsen fra 2012, viser det sig, at flere lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed. I 2017 er det 97 %, hvor det i 2012 var 91 %. I 2017 er det sværere at opnå direkte personlig kontakt sammenlignet med 2012. Det ender oftere i telefonkø i 2017, men den gennemsnitlige ventetid i telefonkøen ligger på samme niveau i de to år. Endelig bliver løsningen med telefonsvarer hyppigere brugt i 2017 end i 2012.

JOURNALNUMMER

16039171

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Telefonisk kontakt til almen praksis_endelig rapport

3. ORIENTERING OM LÆGEDÆKNING OG OPSLAG AF KAPACITETER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Praksisplanudvalget gives i denne sag en orientering om opslag og tildeling af kapaciteter til praktiserende læger siden seneste orientering.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at orienteringen tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Opslag og tildeling af kapaciteter i almen praksis

Tildeling af kapaciteter:

På baggrund af beslutningen om at udvide kapaciteten med 13, som følge af lægedækningsundersøgelsen for 2017, tildelte udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde en kapacitet til en praksis i Halsnæs den 14. marts 2017 og dernæst otte kapaciteter den 20. juni 2017 i følgende kommuner:

- | Albertslund (1)
- | Brøndby (1)
- | Glostrup (1)
- | Høje-Taastrup (1+1)
- | Nørrebro (1)
- | Vesterbro (1)
- | Bispebjerg (1)

Kapaciteten i Glostrup og den anden kapacitet i Høje-Taastrup var først planlagt opslået i andet halvår af 2017, men er blevet tildelt i første halvår på baggrund af modtagelse af kvalificerede ansøgere.

Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde har desuden, som følge af lægers ophør, opslået og siden tildelt kapaciteter følgende steder: Tingbjerg (2), Valby (1), Amager (1), Vesterbro (1), og Brøndby (1).

Områder med særlig fokus

Udvalget vedrørende tværsektorielt samarbejde har derudover tildelt Ishøj en kapacitet til en ansøger d. 22. november 2016 og til en anden ansøger den 14. marts 2017. Endnu en kapacitet har været slået op med ansøgningsfrist den 1. maj, uden at der kom ansøgere til kapaciteten. På baggrund af møde mellem regionsrådsformanden og Ishøjs borgmester arbejdes der videre på at finde løsninger, der sikrer lægedækningen i Ishøj. I den forbindelse følges der op på, om tildelte kapaciteter bliver etableret som forventet. Der følges på samme måde op i Halsnæs.

Opslag af kapaciteter:

På baggrund af lægedækningsundersøgelsen udestår det at få besat nye kapaciteter i følgende områder i andet halvår af 2017:

- | Vallensbæk (1)
- | Amager (1)

- | Indre By (1)
- | Valby (1)

På baggrund af lægers ophør skal kapaciteter desuden genbesættes i følgende områder: Amager (1) og Herlev (1-2).

Kapacitet(erne) i Herlev slås op snarest muligt. De øvrige kapaciteter er slået op med ansøgningsfrist 9. oktober 2017. Praksisplanudvalgets sekretariatet er enige om, at det er hensigtsmæssigt, hvis PLO-H og de relevante kommuner, der ønsker at indgå dialog med kommende læger om etablering af praksis, kan blive orienteret om, hvem der har fået kapaciteterne tildelt. Dette forudsætter accept fra involverede læger.

JOURNALNUMMER
14002206

4. TILSLUTNING TIL BØRNEVACCINATIONSPROGRAMMET

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I praksisplanen for almen praksis 2015-2019 fremgår en række anbefalinger, der har til hensigt at øge tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet i Region Hovedstaden. Det er jf. implementeringsplanen for 2017 besluttet, at der skal tages stilling til disse anbefalinger i løbet af 2017.

Der er vedlagt et kort notat om tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet og praksisplanens anbefalinger herom. I notatet vurderes praksisplanens anbefalinger på området nærmere, herunder behovet for yderligere regionale indsatser for at øge tilslutningen. Konklusionerne i notatet indgår i indeværende sagsfremstilling.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at udvalget tager orienteringen vedr. vaccinationstilslutningen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet

Tilslutningen til vaccinationerne i det danske børnevaccinationsprogram ligger generelt relativt højt, undtaget tilslutning til HPV-vaccinationerne (tabel 1 i vedlagte notat) Tilslutningen til HPV vaccination er faldet gennem de seneste år. Af de øvrige vacciner er det særligt 2. MFR vaccination (som gives ved hhv. 4 eller 12 års alderen) og 4. revaccination mod di-te-ki-pol (som gives ved 5 års alderen), der er lav tilslutning til. Der er kun mindre forskelle mellem regionerne.

Opfølgning på børnevaccinationsprogrammet

Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet løftes i dag i høj grad nationalt. Blandt andet har Statens Serum Institut oprettet Det Danske Vaccinationsregister og for at øge vaccinationsdækningen sender Statens Serum Institut påmindelser til forældre til børn, der fylder 2, 6½ og 14 år, hvis børnene på dette tidspunkt mangler mindst én af de vaccinationer, der anbefales i børnevaccinationsprogrammet. Der ses god effekt af påmindelsesbrevene.

Tilslutning til HPV-vaccinen er en særsilt udfordring. Tilslutningen hertil er dalet over de seneste år. Der er derfor i maj 2017 igangsat en større national informationsindsats 'Stop HPV', der har til hensigt at forebygge livmoderhalskræft gennem HPV-vaccination. Evt. yderligere regionale indsatser på området afventer effekten af denne kampagne.

Børnevaccinationsprogrammet og opgaver i almen praksis

Børnevaccinationer kan gives af alle læger, men sker fortrinsvis hos den praktiserende læge. Lægerne kan i henhold til profylakseaftalen i overenskomsten kontakte relevante forældre i forbindelse med opfølgning på manglende MFR vaccinationer eller andre forebyggende helbredsundersøgelser.

Nedenfor ses anbefalingerne i praksisplanen vedr. tilslutning til børnevaccinationsprogrammet og sekretariatets vurdering af behovet for at iværksætte nærmere indsatser:

Anbefaling 44: at der følges op på regionernes anbefalinger fra 2011, herunder vurderes, hvorvidt der skal iværksættes flere tiltag med fokus på at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet

Udvalgets sekretariat vurderer, at vaccinationstilslutningen fremover bør følges i Praksisplanudvalget. Der

vurderes ikke at være behov for yderligere regionale indsatser med udgangspunkt i anbefalingerne fra Danske Regioner i 2011.

Anbefaling 45: at øge almen praksis' kendskab til, at der på www.sundhed.dk findes lister over de børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis.

Udvalgets sekretariat vurderer det relevant fremover at orientere almen praksis via praksisnyt, når listerne lægges på sundhed.dk.

Anbefaling 46: at det undersøges, hvorvidt et styrket samarbejde mellem almen praksis og sundhedsplejen kan være med til at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet blandt børn i sårbare familier

Udvalgets sekretariat vurderer, at sundhedsplejen har gode muligheder for at følge op på manglende vaccinationsstatus, hvorfor det er relevant, at muligheden for kommunikation om manglende vaccinationsstatus indarbejdes i den kommende kommunikationsaftale på børne- og ungeområdet.

Derudover vurderes der ikke at være behov for yderligere tiltag i regi af praksisplanen.

Som følge af ovenstående orienteres Praksisplanudvalget her om status for vaccinationstilslutningen.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Status for udviklingen i tilslutningsprocenten til børnevaccinationsprogrammet forelægges fremover en gang årligt for Praksisplanudvalget.

JOURNALNUMMER

17024076

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. Notat om tilslutning til børnevaccinationsprogrammet, august 2017

5. OPFØLGNING PÅ AFTALE OM FAST TILKNYTTEDE PLEJECENTERLÆGER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Praksisplanudvalget blev på møde d. 19. maj 2017 orienteret om den foreløbige status for implementering af ordningen med fast plejecenterlæge, der som tidligere beskrevet skal indføres i løbet af en 4-årig periode frem til slutningen af 2019.

Monitoreringen følges årligt nationalt, og den årlige opfølgning i Region Hovedstaden blev drøftet på Praksisplanudvalgets møde d. 19. maj 2017. Udvalget var ved sidste orientering enige om at ønske en opfølgning på implementering af ordningen på udvalgets indeværende møde.

INDSTILLING

Sekretariatet indstiller:

at udvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Status for den regionale opfølgning – efteråret 2017:

Der er primo august 2017 indhentet oplysninger fra kommunerne i regionen, vedrørende status på implementering af aftalen vedr. fasttilknyttede læger på plejecentre. Oplysningerne er indhentet med udgangspunkt i de samme spørgsmål, som blev anvendt ved status i marts 2017.

Udvalgets sekretariat bemærker, at der fortsat er flere steder, hvor der endnu ikke er ansat læger på de kommunale plejecentre, og opfordrer til, at dialogen fortsættes lokalt mellem parterne med henblik på at understøtte implementering af ordningen.

Sekretariatet foreslår, at der laves en ny opfølgning i første kvartal 2018, idet opfølgningen dog tilpasses den nationale opfølgning.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

14002206

BILAGSFORTEGNELSE

① 1. LUKKET BILAG Oversigt - kommunernes tilbagemeldinger vedr. plejecenterlæger august 2017 pct. fordeling

6. EVENTUELT

EVENTUELT

Undersøgelse af telefonisk kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden



Punkt nr. 2 - Undersøgelse af telefonisk kontakt til almen praksis

Bilag 1 - Side -2 af 28

Undersøgelse af telefonisk kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden

Udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse på vegne af Enhed for Tværsektoriel Udvikling, Region Hovedstaden

Analysekonsulent Sarah Kajander Holmer
Chefkonsulent Daisy Kyed

Enhedschef Marie Fuglsang

© Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, august, 2017

ISBN: 978-87-93048-15-7

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.patientoplevelser.dk

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:

Analysekonsulent Sarah Kajander Holmer

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38649966
E-mail: eeb@regionh.dk

Resumé

Denne undersøgelse er gennemført i foråret 2017 efter beslutning i Praksisplanudvalget.

Formålet er at undersøge den aktuelle mulighed for telefonisk kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden, herunder at belyse *forløbet* med at komme i kontakt med praksis, samt i hvilket omfang almen praksis overholder *overenskomstens krav* om telefonisk tilgængelighed. Undersøgelsen skal også afdække *informationsniveauet* for telefonkonsultation, som er oplyst på sundhed.dk. Endelig skal den give svar på *udviklingen* i muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis fra 2012-2017.

Undersøgelsen er en totalundersøgelse, hvor samtlige praksis er blevet ringet op ad to omgange på to forskellige hverdage inden for to forskellige tidsrum. Dette medfører dels størst mulig ensartethed for de enkelte praksis, og dels medvirker det samlet set til mere robuste data.

Undersøgelsens fordeling af opkald er ikke baseret på kendskab til patienternes opkaldsmønster til almen praksis, men er fordelt jævnt over dagen. Hovedresultaterne er således gennemsnitsbetragtninger og afspejler derfor, hvordan servicen ville se ud, såfremt patienterne ringede jævnt over dagen.

Der stilles i overenskomsten krav om, at lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden (mandag til fredag mellem kl. 8-16), eller der skal ske omstilling eller henvisning med telefonnummer til navngiven stedfortræder (jf. overenskomstens § 45, stk. 2a).

Undersøgelsen viser, at 97 % lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed.

Undersøgelsen viser derudover, at der opnås personlig kontakt hver anden gang, der ringes til almen praksis (i alt 49 % af tilfældene). Den personlige kontakt er fordelt således, at 30 % kommer igennem efter at have ventet i telefonkø i gennemsnit 6 minutter. I 14 % af tilfældene opnås der personlig kontakt ved første opkald, og for yderligere 5 % opnås der personlig kontakt efter et til fem genopkald. I 45 % er udfaldet en telefonsvarer med relevant henvisning.

Sandsynligheden for at få personlig kontakt er markant større om formiddagen med 75-80 % kl. 8-12 og 18-24 % kl. 12-16. Det har derimod mindre betydning, hvilken dag man ringer på.

Endvidere viser undersøgelsen, at antal patienter pr. praksis og praksisform har betydning for muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis, mens planområde ikke har den store betydning. Det er således lettere at opnå personlig kontakt til praksis med mange patienter (2000 sikrede patienter og over), og at komme direkte igennem ved første opkaldsforsøg til praksis med færre patienter (under 1500 sikrede patienter). Ligeledes er det en smule lettere at opnå personlig kontakt med delepraksis og praksis med kompagniskab, end det er med enkeltmandspraksis. Til gengæld er det lettere at komme direkte igennem ved første opkald til enkeltmandspraksis. Det er i højere grad lægen, der besvarer opkaldet i delepraksis og enkeltmandspraksis.

Undersøgelsen viser, at 86 % af praksis oplyser tid for telefonkonsultation på sundhed.dk, og at 82 % oplyser mindst én times daglig telefonkonsultation.

Når resultaterne fra indeværende undersøgelse sammenlignes med undersøgelsen fra 2012, viser det sig, at flere lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed. I 2017 er det 97 %, hvor det i 2012 var 91 %. I 2017 er det sværere at opnå direkte personlig kontakt sammenlignet med 2012. Det ender oftere i telefonkø i 2017, men den gennemsnitlige ventetid i telefonkøen ligger på samme niveau i de to år. Endelig bliver løsningen med telefonsvarer hyppigere brugt i 2017 end i 2012.

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	5
2	Metode, design og repræsentativitet	7
3	Telefonisk kontakt til almen praksis	11
3.1	Hovedresultater	11
3.2	Kontakt til almen praksis på tværs af dag og tidsinterval	14
3.3	Telefonen besvares ofte af egen læge mellem kl. 8 og 9	16
3.4	Kontakt til almen praksis fordelt på planområde, praksisform og størrelse	17
4	Information om telefonkonsultation på sundhed.dk	21
4.1	Typisk angives mindst én times daglig telefonkonsultation	21
4.2	Lægernes telefonkonsultationstid ligger typisk kl. 8-9	21
4.3	Opkald inden for telefonkonsultationstiden resulterer ofte i personlig kontakt	22
5	Udvikling i den telefoniske kontakt til almen praksis fra 2012 til 2017	24
5.1	Bedre mulighed for personlig kontakt eller relevant henvisning i 2017	24
5.2	Samme gennemsnitlige ventetid i telefonkø	26
5.3	Antal opkaldsforsøg	26

1 Introduktion

En af målsætningerne i Praksisplan for almen praksis 2015-2019 i Region Hovedstaden omkring tilgængelighed er, at patienter skal kunne komme hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden. Det fremgår derfor af praksisplanen, at *”det er afgørende, at almen praksis løbende har fokus på at opretholde og prioritere god telefonisk tilgængelighed, herunder også for at varetage akutforpligtelsen effektivt.”*

I 2012 gennemførte Region Hovedstaden en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis i Region Hovedstaden. Praksisplanudvalget har med praksisplanen besluttet at gentage undersøgelsen fra 2012 med henblik på at evaluere indsatsen og for at se, om der er sket en forbedring i muligheden for at opnå telefonisk kontakt til almen praksis. Den nye undersøgelse skal samtidig belyse, om praksis lever op til kravene om telefonisk tilgængelighed i overenskomsten.

I overenskomsten er følgende mål for den telefoniske tilgængelighed, samt information omkring telefonkonsultation formuleret:

- *Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives en henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle (jf. overenskomstens § 45, stk. 2a).*
- *Af praksisdeklarationen skal fremgå, hvornår lægen kan træffes med henblik på telefonkonsultation (jf. overenskomstens § 41, stk. 2f).*
- *Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning (jf. overenskomstens § 45, stk. 2b).*

Enhed for Tværsektoriel Udvikling (ETU) har bedt Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse (EEB) om at gennemføre en undersøgelse af den telefoniske kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden.

Undersøgelsens formål er:

- At undersøge muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis i Region Hovedstaden. Dette indebærer, at undersøgelsen skal:
 - Belyse i hvilket omfang praksis overholder overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed.
 - Belyse i hvilket omfang der er mulighed for telefonisk kontakt til praksis i dagtiden, samt hvordan forløbet med at komme i kontakt med praksis er.
- At afdække om praksis oplyser tid for telefonkonsultation på sundhed.dk, og om den oplyste tid udgør mindst en time dagligt.
- At sammenligne resultaterne fra denne undersøgelse med resultaterne fra 2012 for at se, om der er sket en udvikling i muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis i perioden.

Denne rapport indeholder resultaterne af EEBs undersøgelse af den aktuelle mulighed for telefonisk kontakt til almen praksis (Kapitel 3), informationen omkring telefonkonsultation på sundhed.dk (kapitel 4), og udviklingen i muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis siden 2012 (kapitel 5). Rapporten beskriver desuden undersøgelsens design, metoder og repræsentativitet (kapitel 2).

2 Metode, design og repræsentativitet

Undersøgelsen er gennemført som en totalundersøgelse af samtlige praksis i Region Hovedstaden.¹ I alt 668 praksis indgår i undersøgelsen.²

For at sikre sammenlignelighed mellem denne undersøgelse og undersøgelsen fra 2012 tager undersøgelsens design udgangspunkt i 2012-undersøgelsen. Dataindsamlingen for denne undersøgelse er imidlertid udvidet med en ekstra opkaldsrunde til hver enkelt praksis i forhold til undersøgelsen i 2012, således at hver praksis er ringet op på to forskellige hverdage inden for to forskellige tidsintervaller. Desuden er antallet af opkaldsforsøg pr. opkaldsrunde udvidet med to ekstra opkald, så der foretages op til fem genopkald og ikke tre som i 2012. Ligeledes er ventetiden i en eventuel telefonkø udvidet til 30 minutter, mod de 10 minutter i 2012 (tabel 2.2). Formålet har dels været at sikre større ensartethed for praksis ved at udvide med en ekstra opkaldsrunde og dels at opnå et mere præcist billede af den reelle telefoniske ventetid.

For at undersøge muligheden for telefonisk kontakt i almen praksis, er der altså gennemført to opkaldsrunder til hver praksis i Region Hovedstaden.³ Opkaldene er foretaget i perioden fra midt april til juni 2017. Før opkaldene er foretaget, er de 668 praksis varslet via e-boks om, at undersøgelsen ville blive gennemført.⁴

Telefonopkaldene er gennemført på alle hverdage mellem kl. 8-16 inden for følgende fire tidsintervaller:

Kl. 8-9 Kl. 9-12 Kl. 12-13 Kl. 13-16

De to opkaldsrunder til hver praksis er foretaget på to forskellige hverdage og inden for to forskellige tidsintervaller. Den ekstra opkaldsrunde i nærværende undersøgelse har den fordel, at alle praksis forsøges kontaktet på to forskellige hverdage i forskellige tidsintervaller. Foruden større ensartethed for de enkelte praksis giver den ekstra opkaldsrunde mere robuste aggregerede resultater.

Der er i undersøgelsen benyttet et undersøgelsesdesign, der gør det muligt at sammenholde resultatet fra denne undersøgelse med undersøgelsen fra 2012. Dette betyder også, at fordelingen af opkald på ovenstående tidsintervaller og dage følger fordelingen fra 2012-undersøgelsen.⁵ For at sikre repræsentativitet i tidsintervallerne og på hverdagene er praksis ved begge opkaldsrunder blevet tilfældigt fordelt ud på dagene og tidsintervallerne med det forbehold, at en praksis ikke ligger på samme dag eller tidsinterval i de to opkaldsrunder.

Undersøgelsens fordeling af opkald inden for de fire tidsintervaller (kl. 8-9, kl. 9-12, kl. 12-13 og 13-16) er ikke baseret på kendskab til patienternes opkaldsmønster til almen praksis, men er fordelt jævnt over dagen efter tilsvarende princip som i 2012-undersøgelsen. Det giver et solidt grundlag for at følge udvik-

¹ Eftersom undersøgelsen er en totalundersøgelse, og der dermed ingen usikkerhed er, er der ikke foretaget signifikantest på resultaterne.

² En praksis er defineret ud fra dets registrerede ydernummer. Praksis, der i løbet af udrykningsperioden er blevet positivt identificeret som værende nedlagte, indgår ikke i undersøgelsen.

³ Nogle praksis er registreret med eget ydernummer, men deler telefonnummer med andre praksis. I disse tilfælde er der ringet op til det fælles telefonnummer og resultatet af opkaldet er efterfølgende registreret som, resultat for samtlige praksis med det pågældende telefonnummer. Dette gælder i begge opkaldsrunder. Antallet af unikke telefonnumre, der er blevet ringet op i de to opkaldsrunder er derfor ikke 668 men 650.

⁴ Enhed for Tværsektoriel Udvikling har i samarbejde med PLO-H varslet samtlige praksis i Region Hovedstaden. Dette fandt sted den 7. april 2017.

⁵ I 2012-undersøgelsen var opkaldene ikke fordelt ligeligt mellem de fire tidsintervaller, men derimod med flere opkald i de to tre-timers intervaller i forhold til en-times intervallerne. Samme fordeling er brugt i indeværende undersøgelse.

lingen fra 2012 til 2017, samt at afgøre om overenskomsten overholdes over hele tidsrummet fra kl. 8-16 på alle hverdage. Hovedresultaterne er således gennemsnitsbetragtninger og afspejler derfor ikke den virkelighed, som de enkelte patienter kan møde, afhængig af hvornår der ringes, men hvordan servicen ville se ud, såfremt patienterne ringede jævnt over dagen.

De mulige udfald ved opkaldene til praksis kan ses i tabel 2.1, som også viser fremgangsmåden ved hvert udfald, og hvordan disse udfald er registreret. Tabel 2.2 viser de ændringer i fremgangsmåden, der er lavet fra 2012-undersøgelsen til indeværende undersøgelse, ved to af opkaldsudfaldene.

Tabel 2.1 Mulige udfald af opkald og registreringer

Udfald	Fremgangsmåde	Registrering
Kontakt ved første opkald		Det registreres, at der har været kontakt, og hvilken medarbejdertype, der besvarer opkaldet.
Telefonen er optaget eller besvares ikke	Der foretages op til fem genopkald henholdsvis 1, 3, 5, 10 og 30 minutter efter det første opkald. Hvert opkald varer 15 ringetoner.	Det registreres om, og i givet fald efter hvilket forsøg, der opnås kontakt, samt hvilken medarbejdertype, der besvarer opkaldet. Hvis opkaldet ender i telefonkø eller opkaldet går på telefonsvarer ved genopkaldene, registreres det også som et udfald.
Telefonkø	Der ventes op til 30 minutter i kø. Hvis telefonkøen afbrydes foretages de genopkald, der følger efter det minuttal, hvor køen afbrydes.	Det registreres om, og i givet fald efter hvor mange minutter, der opnås kontakt, samt hvilken medarbejdertype, der besvarer opkaldet.
Telefonsvarer		Det registreres, om der på telefonsvareren er en relevant henvisning – dvs. om der bliver henvist til et andet nummer i samme praksis eller til en anden praksis, patienten kan kontakte i stedet – eller om der via tastselsystem eller anden vis er mulighed for at komme videre til lægehjælp. ⁶
Fejltoner og lignende	Telefonnummeret tjekkes, og der foretages genopkald henholdsvis 1, 3, 5, 10 og 30 minutter efter det første opkald for at sikre, at nummeret giver fejltone. Hvert opkald varer 15 ringetoner.	Det registreres, om der er tale om fejltone. Hvis det ikke er tilfældet, registreres under genopkald efter hvilket forsøg der opnås kontakt, og hvilken medarbejdertype, der besvarer opkaldet.

⁶ I de tilfælde hvor man via tastselsystem kan trykke sig videre til akut lægehjælp, er der ikke blevet trykket videre, men muligheden for det er blevet registreret, og indgår i undersøgelsen som en relevant henvisning.
 Henvisning til 1813 i dagtiden tæller ikke som relevant henvisning.

Tabel 2.2 Forskelle i fremgangsmåden ved opkald fra 2012- til 2017-undersøgelsen

Udfald	2012	2017
Telefonen er optaget eller besvares ikke	Der foretages op til tre genopkald henholdsvis 1, 3 og 5 minutter efter det første opkald.	Der foretages op til fem genopkald henholdsvis 1, 3, 5, 10 og 30 minutter efter det første opkald.
Telefonkø	Der ventes op til 10 minutter i kø.	Der ventes op til 30 minutter i kø.

Den ændrede fremgangsmåde i form af to ekstra genopkald ved opkald, der ikke besvares, samt ekstra ventetid i telefonkøen giver bedre mulighed for at undersøge den faktiske tid, der bruges på at få kontakt med praksis. Resultaterne kan stadig sammenlignes med resultaterne fra 2012-undersøgelsen ved at opgøre 2017-udfaldene efter 2012-principper.

Ovenstående registreringer giver bl.a. mulighed for at se på:

- Hvor ofte opkaldet ender direkte i personlig kontakt til praksis
- Hvor lang tid der ventes i telefonkø
- Hvor mange gentagne opkald, der skal til, før der opnås kontakt
- Hvilke tidsrum det typisk er lægen, der besvarer opkaldet
- Hvor ofte der er en telefonsvarer med relevant henvisning

Det er på baggrund af undersøgelsens formål vigtigt at fremhæve, hvornår et resultat lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed. Resultater, der ikke lever op til overenskomsten, er således udelukkende slutudfald, hvor:

- Det ikke er muligt at ringe til den pågældende praksis (der er opgivet forkert nummer eller nummeret er nedlagt)
- Telefonsvareren ikke har en relevant henvisning til andet nummer i samme praksis eller til anden praksis

For at afdække informationsniveauet omkring telefonkonsultationstider på sundhed.dk registreres for hver enkelt praksis følgende oplysninger:

1. Om der er oplyst tid for telefonkonsultation
2. Tidspunkt(er) for telefonkonsultation

Ovenstående registreringer er gennemført i uge 17 og 18 i 2017.

En række nøglebegreber bruges i den videre afrapportering. Tabel 2.3 giver et overblik over og en forståelse af de centrale begreber.

Tabel 2.3 Begrebsafklaring

Begreb	Forklaring
Opkaldsrunde	Hver praksis bliver ringet op på to forskellige hverdage inden for to forskellige tidsintervaller. Der er derfor to opkaldsrunder pr. praksis.
Opkaldsforsøg	Inden for en opkaldsrunde, kan det tage flere opkaldsforsøg, før der opnås kontakt til praksis. I nogle tilfælde findes slutudfaldet af opkaldsrunden ved første opkaldsforsøg enten ved personlig kontakt, kontakt til en telefonsvarer eller telefonkø. I andre tilfælde må der flere opkaldsforsøg til, før slutudfaldet er nået. Disse ekstra opkaldsforsøg kaldes genopkald.
Genopkald	I de tilfælde, hvor der ikke opnås kontakt i første opkaldsforsøg, foretages op til fem genopkald over en periode på 30 minutter.
Opkaldsudfald	Resultatet af det enkelte opkaldsforsøg. Resultatopgørelsen er baseret på slutudfaldet.
Slutudfald	Slutudfaldet er resultatet af opkaldsrunden for den givne praksis. Hvis ét af genopkaldene eksempelvis ender i telefonkø, opgøres slutudfaldet som telefonkø. Det kan kræve op til seks opkaldsforsøg at nå til slutudfaldet – første opkald og op til fem genopkald. Da der er to opkaldsrunder pr. praksis ender vi alt i alt med 1336 slutudfald, som er basis for resultatopgørelsen af 2017-undersøgelsen.
Personlig kontakt	Personlig kontakt er, når opkaldet ender med, at en person svarer. Det kan ske efter et eller flere opkaldsforsøg, eller efter en periode i telefonkø. Personen kan være en læge eller andet personale i praksis.
Fejlnummer	Tilfælde hvor der er opgivet et forkert nummer eller nummeret ikke virker. Disse benævnes fejlnummer.

3 Telefonisk kontakt til almen praksis

3.1 Hovedresultater

Slutudfaldene af samtlige opkald til undersøgelsens 668 praksis er vist i et flowdiagram (figur 3.1). Flowdiagrammet viser det samlede resultat for de to opkaldsrunder, idet resultaterne for runderne hver især er meget ens.

3.1.1 94 % ender med kontakt eller relevant henvisning

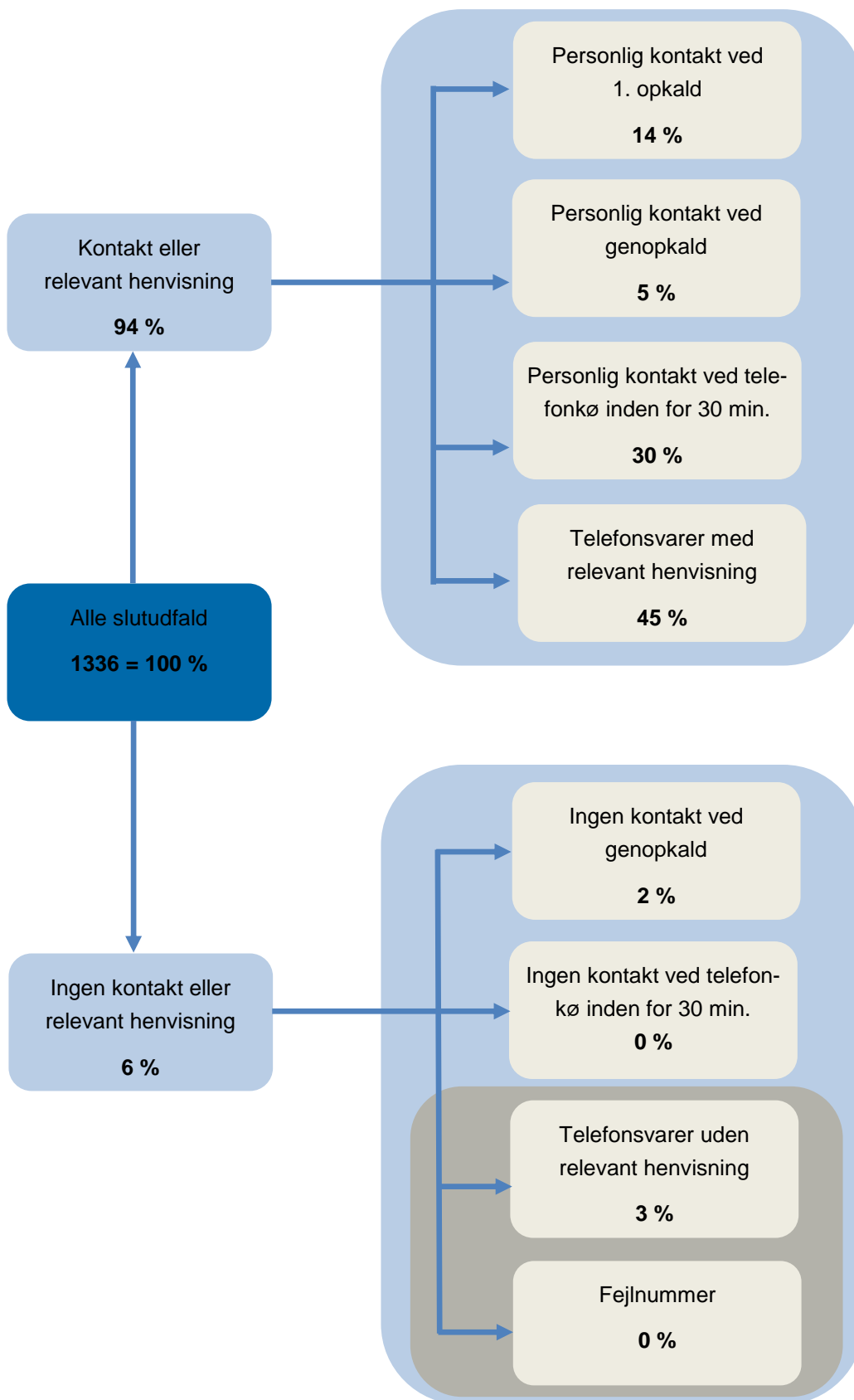
Slutudfaldene er personlig kontakt, eller en telefonsvarer med relevant henvisning ved 94 % af tilfældene. De hyppigste slutudfald er en telefonsvarer med relevant henvisning (45 %) og kontakt inden for 30 minutter i telefonkø (30 %). Ved 14 % af tilfældene er slutudfaldet personlig kontakt ved første opkald. Ved at foretage op til fem genopkald, opnås personlig kontakt i yderligere 5 % af tilfældene.

6 % af slutudfaldene af samtlige opkald resulterer hverken i personlig kontakt eller med en telefonsvarer med relevant henvisning. Hvis slutudfaldet ender med en telefonsvarer uden relevant henvisning eller med et fejlnummer, så regnes den pågældende praksis ikke for tilgængelig i henhold til overenskomsten. Dette er tilfældet for 3 % af slutudfaldene. Samtidig betyder det så også, at 97 % overholder overenskomstens krav.

Hver praksis er forsøgt kontaktet to gange – en gang for hver opkaldsrunde. Det er muligt at opnå personlig kontakt eller ende ved en telefonsvarer med relevant henvisning i *begge opkaldsrunder* for 89 % af praksis. For 10 % af praksis gør det sig gældende for én af opkaldsrunderne, mens 1 % af praksis ikke har en relevant henvisning på telefonsvarer eller er til at opnå personlig kontakt med i nogen af opkaldsrunderne.

I resten af kapitlet uddybes udfaldene fra flowdiagrammet.

Figur 3.1 Flowdiagram med resultaterne for 2017



Note: Procenttallene summer ikke til 100 % pga. afrunding af decimaler. Den mørkegrå boks indeholder de slutudfald, der ikke er telefonisk tilgængelige i henhold til overenskomsten.

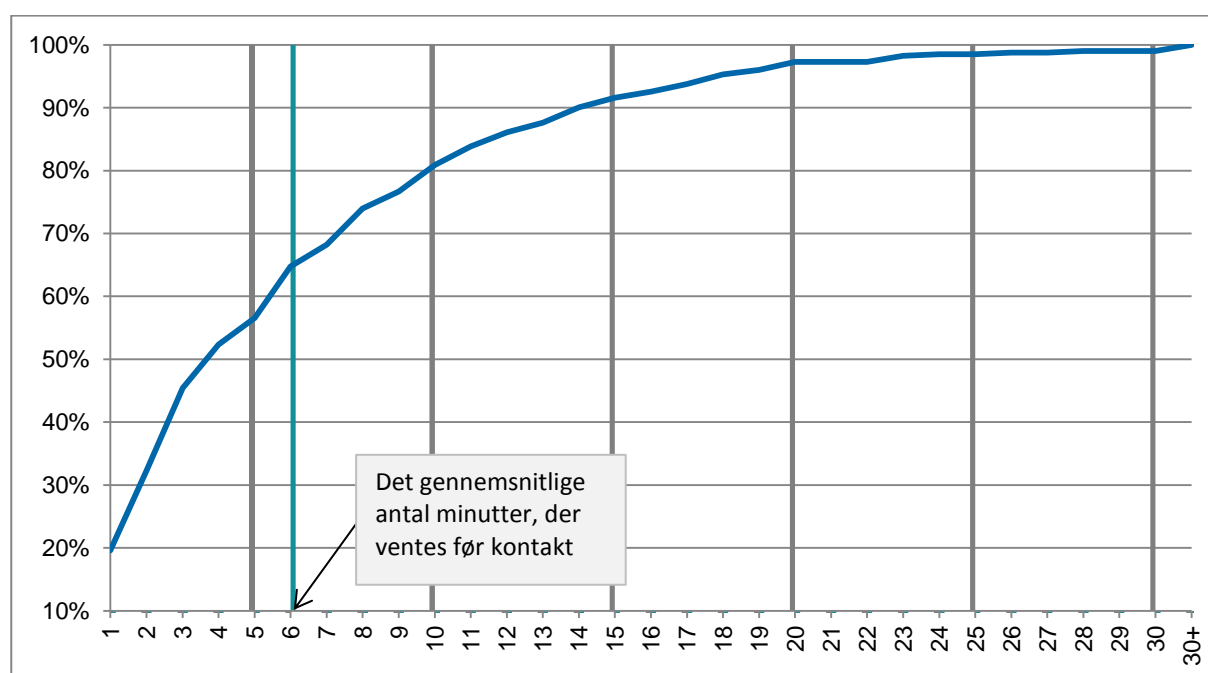
3.1.2 Telefonkøen varer i gennemsnit 6 minutter

30 % af slutudfaldene (403 ud af 1336 slutudfald) ender i telefonkø, enten direkte ved første opkald (96 %) eller ved ét af genopkaldene (4 %). Der ventes maksimalt 30 minutter i telefonkøen. I 1 % af tilfældene er det ikke nok til at opnå kontakt til praksis. For de resterende 99 %, der opnås kontakt til, varer telefonkøen i gennemsnit 6 minutter (se den grønne linje i figur 3.2).

Inden for 10 minutter opnås der personlig kontakt ved 81 % af tilfældene. Ventes der i 20 minutter stiger det til 97 %.

I 77 % af tilfældene oplyses der løbende om, hvilket nummer man er i telefonkøen.

Figur 3.2 Ventetid i telefonkø



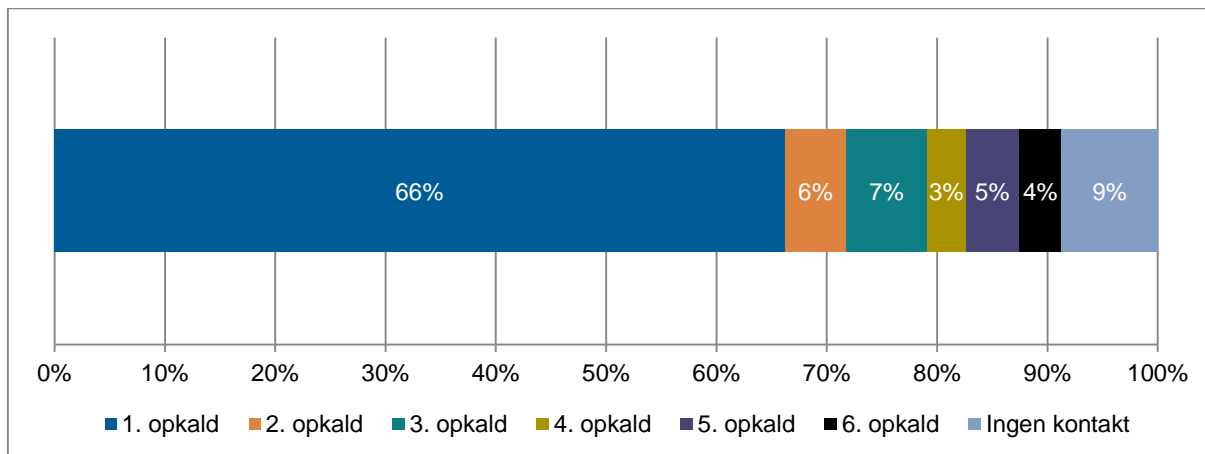
Note: 403 slutudfald indgår i opgørelsen.
Grafen viser den samlede andel, der opnås kontakt til ved et givent minuttal.

3.1.3 14 % af tilfældene opnås der kontakt ved første opkald

I 14 % af tilfældene opnås der personlig kontakt ved første opkald (190 ud af 1336 slutudfald). Ved yderligere 5 % af slutudfaldene opnås der kontakt ved at foretage op til fem genopkald (72 ud af 1336 slutudfald).

Ved 21 % af slutudfaldene (287 af 1336 slutudfald) foretages der op til seks opkald over en periode på 30 minutter, idet opkaldene ikke ender i telefonkø eller på telefonsvarer. Figur 3.3 viser, hvor mange opkaldsforsøg, der skal til, før der opnås personlig kontakt. Af de 287 slutudfald besvares 66 % af tilfældene direkte ved første opkald, mens der opnås kontakt ved det fjerde opkald i otte ud af ti tilfælde. I 9 % af tilfældene opnås ikke kontakt til praksis inden for de seks opkald.

Figur 3.3 Antal opkaldsforsøg før der opnås personlig kontakt



Note: 287 slutudfald indgår i opgørelsen. Kun slutudfald, hvor der har været et til fire opkaldsforsøg, som ikke er endt i telefonkø eller på telefonsvarer, indgår i opgørelsen.

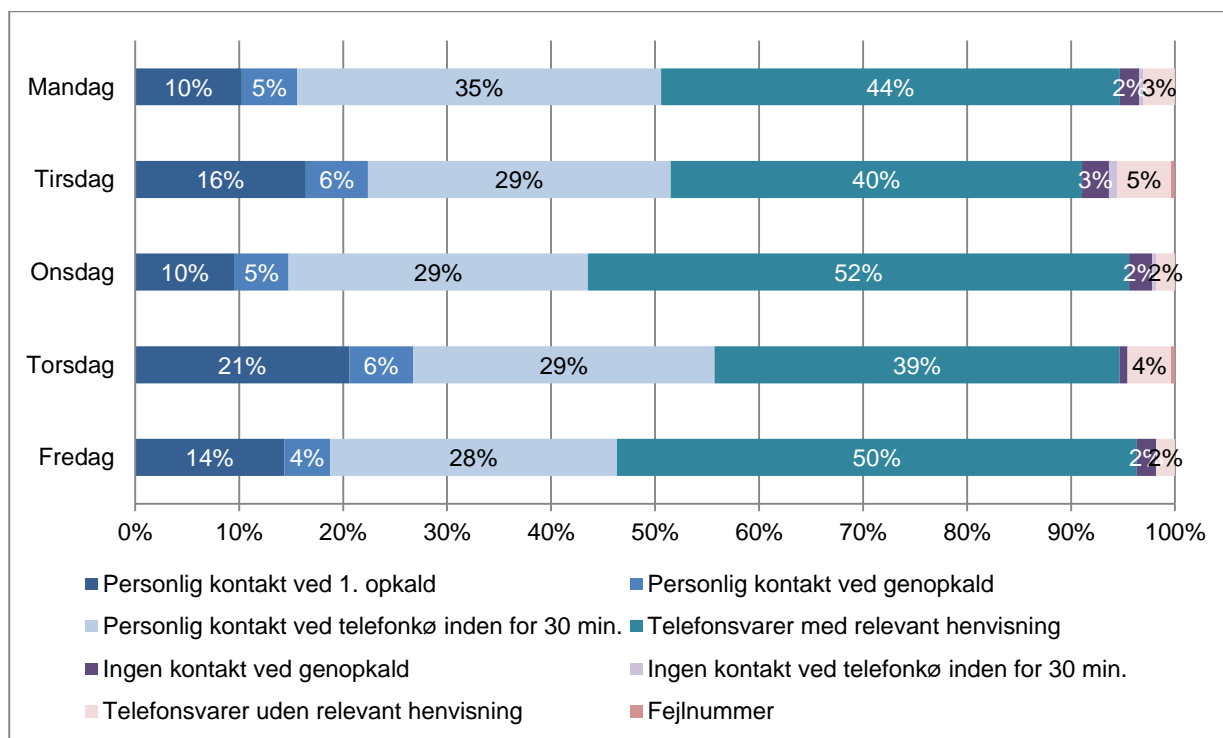
3.1.4 93 % af telefonsvarerne har en relevant henvisning

Omkring halvdelen af slutudfaldene af samtlige opkald ender med en telefonsvarer (644 ud af 1336 slutudfald). 98 % af dem går direkte på telefonsvarer, mens de sidste to procent er endt der efter genopkald. Mere end ni ud af ti af telefonsvarerne har en besked med en relevant henvisning (93 %). Den relevante henvisning kan være i form af oplysning om et andet nummer i samme praksis eller en anden praksis, en mulighed for at komme videre via tastselsystem eller på anden vis til lægehjælp.

3.2 Kontakt til almen praksis på tværs af dag og tidsinterval

På tværs af hverdage er der tale om mindre udsving i, hvorvidt og hvordan det er muligt at opnå kontakt med praksis (figur 3.4). Helt overordnet er det sværest at opnå kontakt om tirsdagen. Ses der på hvordan kontakten opnås, så er der omkring 5 procentpoint større chance for at skulle vente i telefonkø om mandagen end de øvrige dage. Patienten vil oftere få fat i en telefonsvarer med relevant henvisning onsdag og fredag. Ønskes personlig kontakt er der bedst mulighed for dette om torsdagen. Her opnår hver femte personlig kontakt ved første opkaldsforsøg. Det er 5-11 procentpoint mere end på de øvrige fire hverdage.

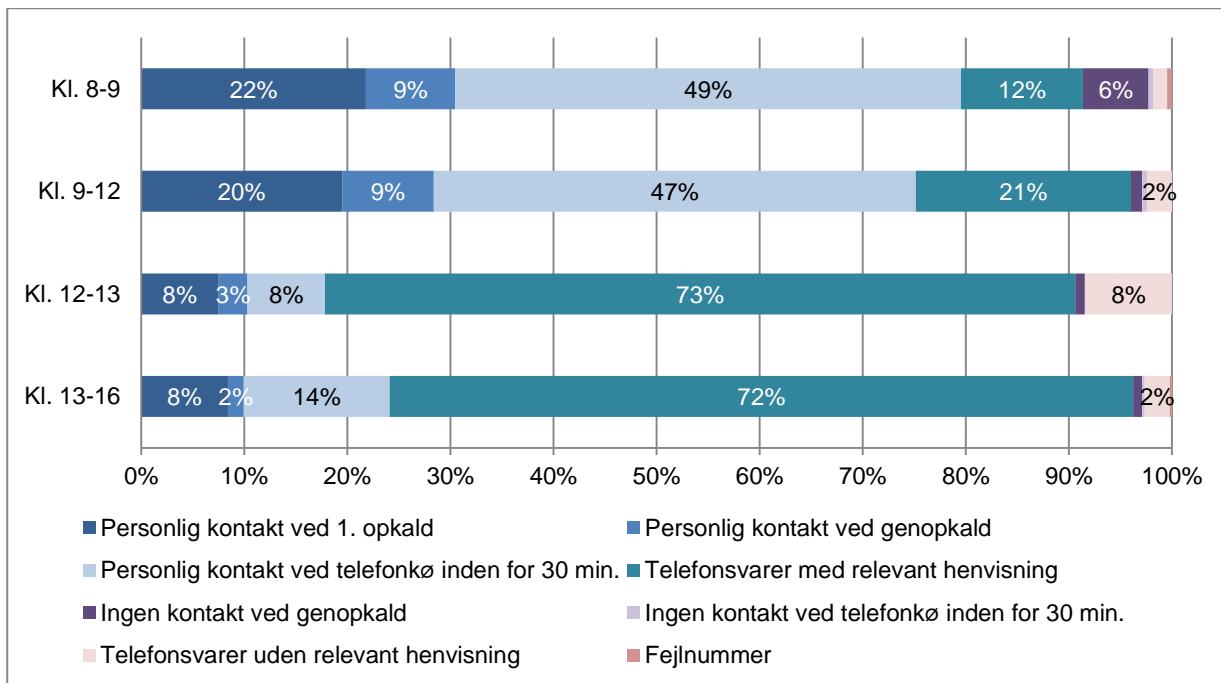
Figur 3.4 Kontakt til almen praksis fordelt på hverdage



Note: 1336 slutudfald indgår samlet set i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte hverdage er: Mandag: 263, Tirsdag: 268, Onsdag: 271, Torsdag: 262, Fredag: 272. Procenttal mindre end 2 % vises ikke i figuren.

Der er et tydeligt mønster i muligheden for kontakt til almen praksis, når der ses på slutudfaldene inden for hvert tidsinterval (figur 3.5). Personlig kontakt opnås nemmest i tidsrummet fra 8-12. Der er næsten 50 % chance for at skulle vente i en telefonkø, inden den personlige kontakt opnås. Hver femte kommer imidlertid direkte igennem i dette tidsrum. Ringes der senere på dagen, vil det ofte resultere i en telefonsvarerer med relevant henvisning. Specifikt i tidsintervallet 12-13 hænder det i 8 % af tilfældene, at telefonsvarereren ikke har en relevant henvisning.

Figur 3.5 Kontakt til almen praksis fordelt på tidsrum

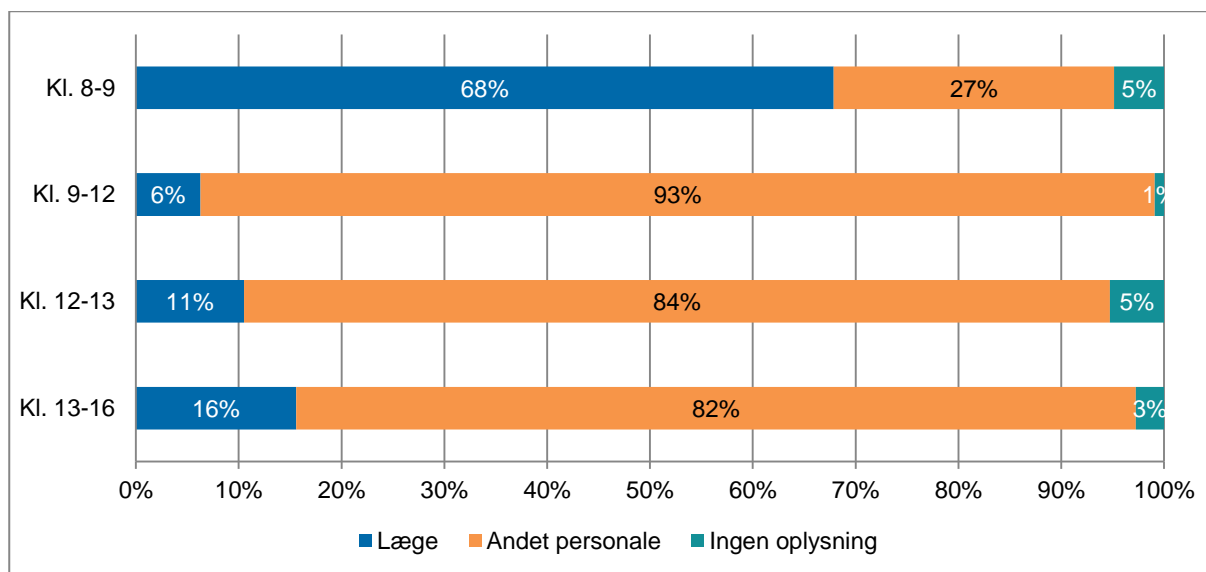


Note: 1336 slutudfald indgår samlet set i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte tidsrum er: Kl. 8-9: 220, Kl. 9-12: 451, Kl. 12-13: 213, Kl. 13-16: 452.
 Procenttal mindre end 2 % vises ikke i figuren.

3.3 Telefonen besvares ofte af egen læge mellem kl. 8 og 9

49 % af slutudfaldene ender med personlig kontakt enten ved første opkald, ved ét af genopkaldene eller efter telefonkø (661 af 1336 slutudfald). Ses der på de tilfælde, hvor man ved tastselvsystem ikke selv vælger den medarbejder, man vil snakke med (646 slutudfald), resulterer det i kontakt med en læge i syv ud af ti af tilfældene, når der ringes mellem kl. 8 og 9 (figur 3.6). I de efterfølgende tidsrum besvares opkaldene primært af andet praksispersonale. Dette skal nok i høj grad tilskrives, at lægerne typisk har telefonkonsultation mellem kl. 8 og 9 (se også kapitel 4).

Figur 3.6 Hvem besvarer opkaldet inden for de fire tidsrum?



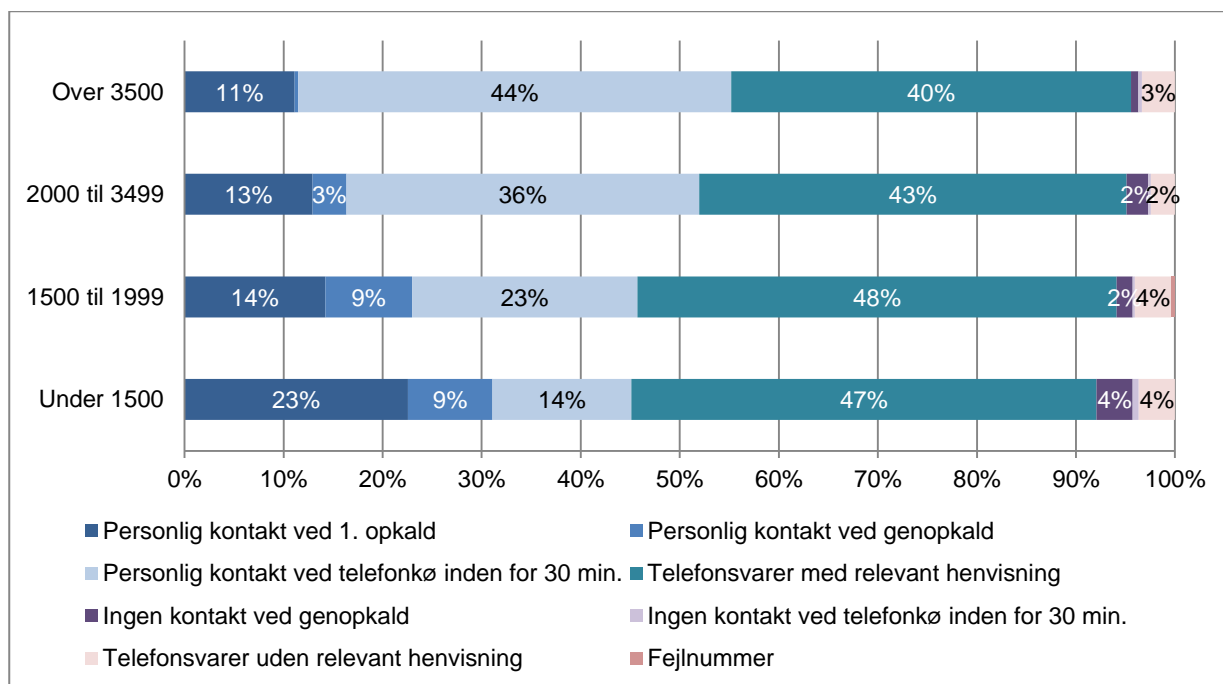
Note: 646 slutudfald indgår samlet set i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte tidsrum er: Kl. 8-9: 165, Kl. 9-12: 334, Kl. 12-13: 38, Kl. 13-16: 109.

Tilfælde med tastelsystem, hvor man selv kan vælge, hvilken type medarbejder man vil i kontakt med, indgår ikke i opgørelsen. For nogle af opkaldene mangler der en registrering af, hvem der besvarede opkaldet, hvorfor disse fremgår under "ingen oplysning".

3.4 Kontakt til almen praksis fordelt på planområde, praksisform og størrelse

Der er lidt bedre mulighed for at opnå personlig kontakt til de praksis, der har mange patienter tilknyttet (figur 3.7). Det er imidlertid også sådan, at sandsynligheden for at skulle vente i telefonkø bliver større med størrelsen af praksis. Der er derimod langt den bedste mulighed for at opnå personlig kontakt ved første opkald, når praksis har under 1500 patienter. Til gengæld benytter praksis med under 2000 patienter sig oftere af en telefonsvarer med relevant henvisning end praksis med flere patienter.

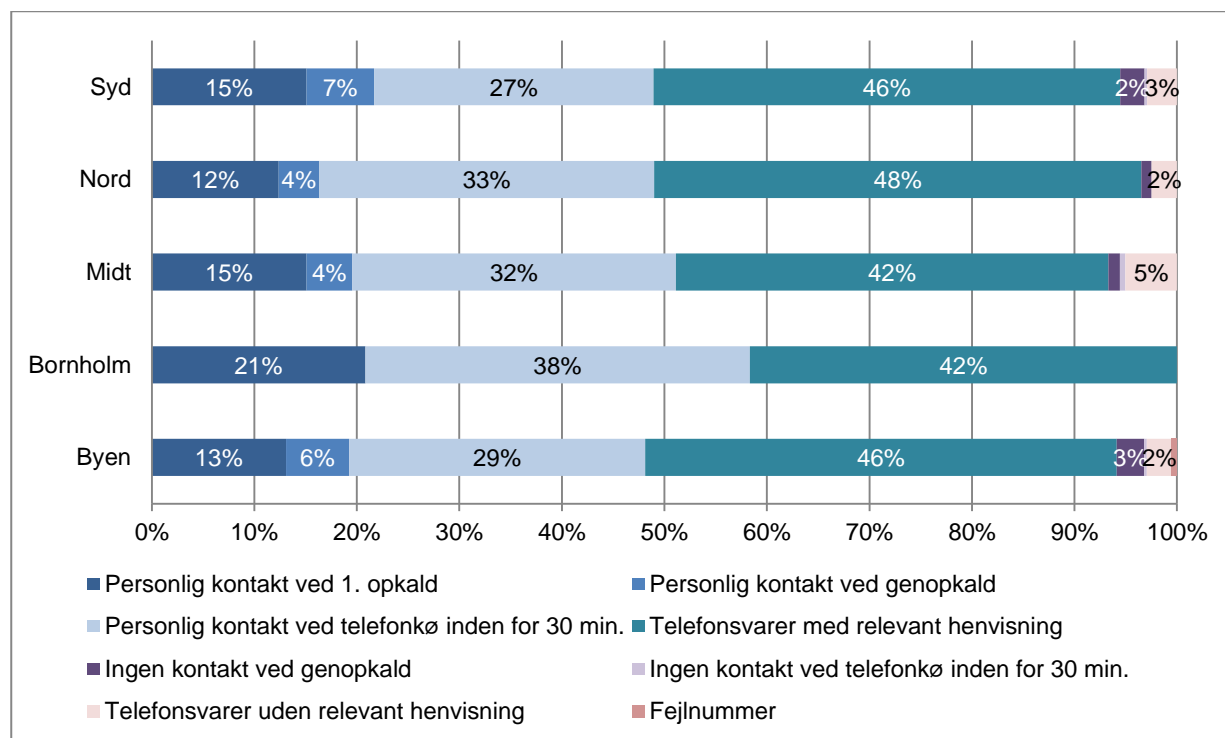
Figur 3.7 Mulighed for telefonisk kontakt fordelt på antal sikrede patienter



Note: 1336 slutudfald indgår samlet set i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte praksisstørrelser er: Over 3500: 270, 2000 til 3499: 410, 1500 til 1999: 492, Under 1500: 164. Procenttal mindre end 2 % vises ikke i figuren.

Det er muligt at opnå kontakt til alle praksis på Bornholm enten ved personlig kontakt eller med en telefonsvarer med relevant henvisning (figur 3.8). Såvel deres antal af praksis som resultater adskiller sig fra de øvrige planområder. På Bornholm er der således bedre mulighed for at komme i personlig kontakt med praksis ved første opkald. Sammenlignes de øvrige planområder med hinanden, er der mindre udsving. Der er lidt større chance for personlig kontakt i planområde Midt end i planområderne Syd, Nord og Byen. Midt har dog lidt flere praksis med en telefonsvarer uden relevant henvisning.

Figur 3.8 Den telefoniske kontakt til almen praksis fordelt på planområde



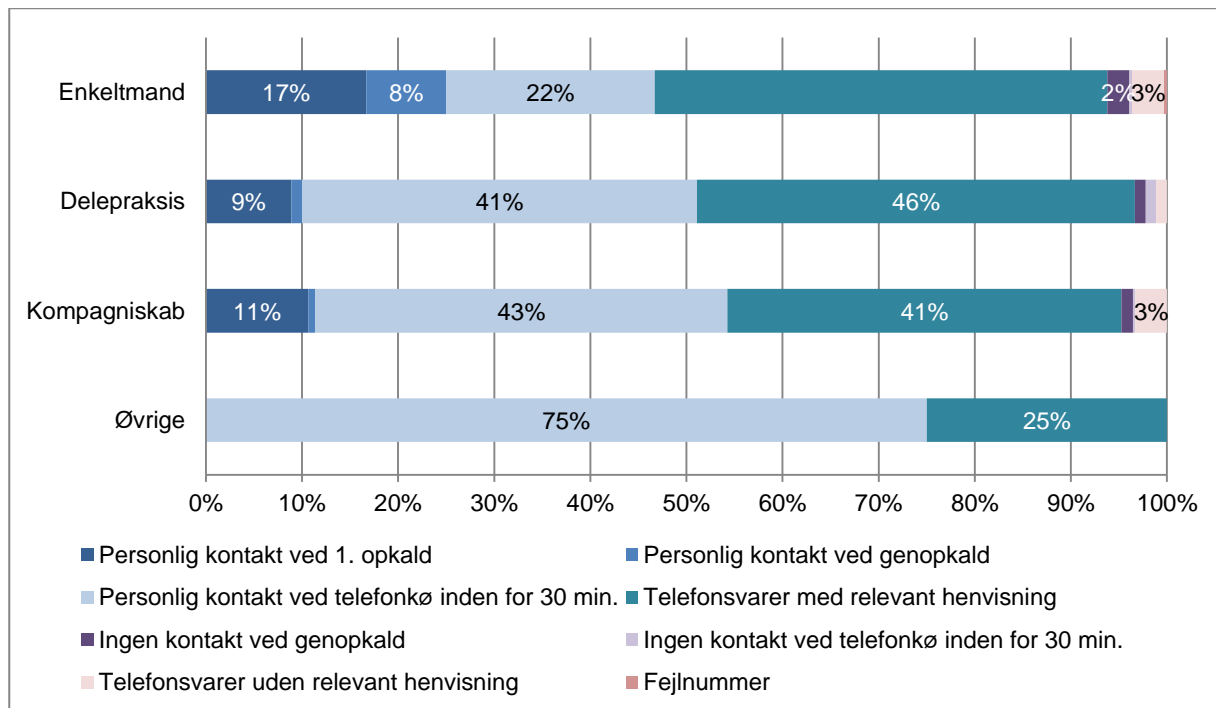
Note: 1336 slutudfald indgår samlet set i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte planområder er: Syd: 378, Nord: 202, Midt: 358, Bornholm: 24, Byen: 374.
 Procenttal mindre end 2 % vises ikke i figuren.

I det følgende fokuseres der på praksisformerne kompagniskab, delepraksis og enkeltmand, da disse er de mest almindelige praksisformer.

Det er lettest at opnå personlig kontakt ved første opkaldsforsøg, når der ringes til en enkeltmandspraksis (figur 3.9). Ved praksisformerne kompagniskab og delepraksis er der næsten dobbelt så stor sandsynlighed for at skulle vente i telefonkø, inden den personlige kontakt opnås, end ved enkeltmandspraksis. Når opkaldet besvares, er det i 39 % af slutudfaldene en læge, der svarer i delepraksis (figur 3.10). I enkeltmandspraksis er det tilfældet i 26 % af slutudfaldene.

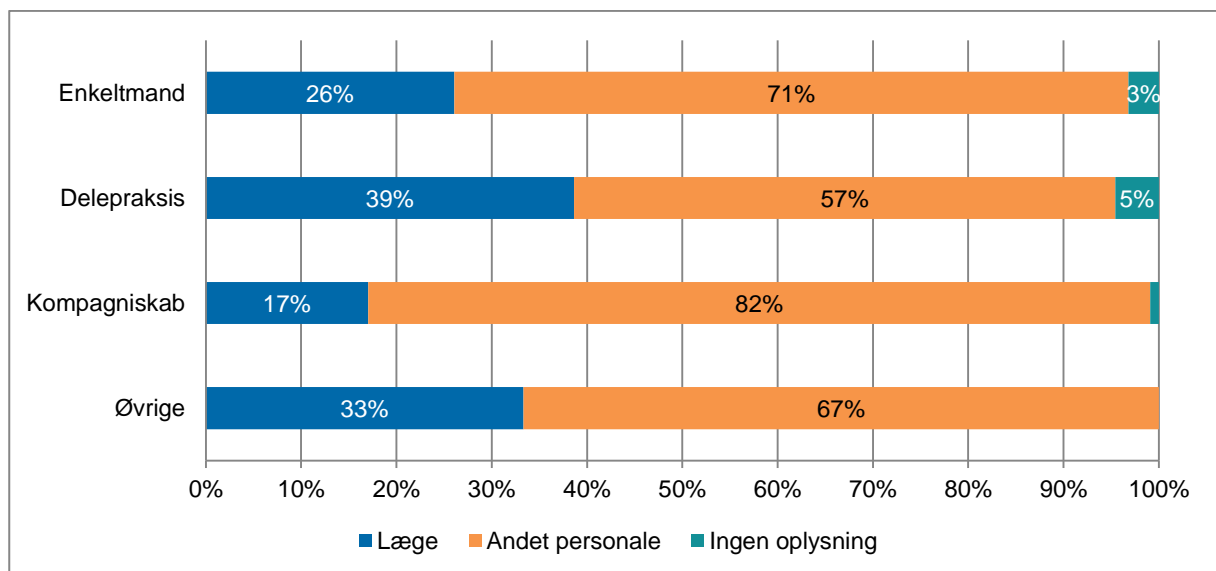
Kompagniskaberne benytter sig en anelse mindre af en telefonsvarerer med relevant henvisning end dele- og enkeltmandspraksis.

Figur 3.9 Den telefoniske kontakt til almen praksis fordelt på praksisform



Note: 1336 slutudfald indgår samlet set i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte praksisformer er: Enkeltmand: 820, Delepraksis: 90, Kompagniskab: 422, Øvrige: 4. Kategorien 'Øvrige' består af praksisformerne regionsklinik og samarbejdspraksis. Procenttal mindre end 2 % vises ikke i figuren.

Figur 3.10 Hvem besvarer opkaldet fordelt på praksisform



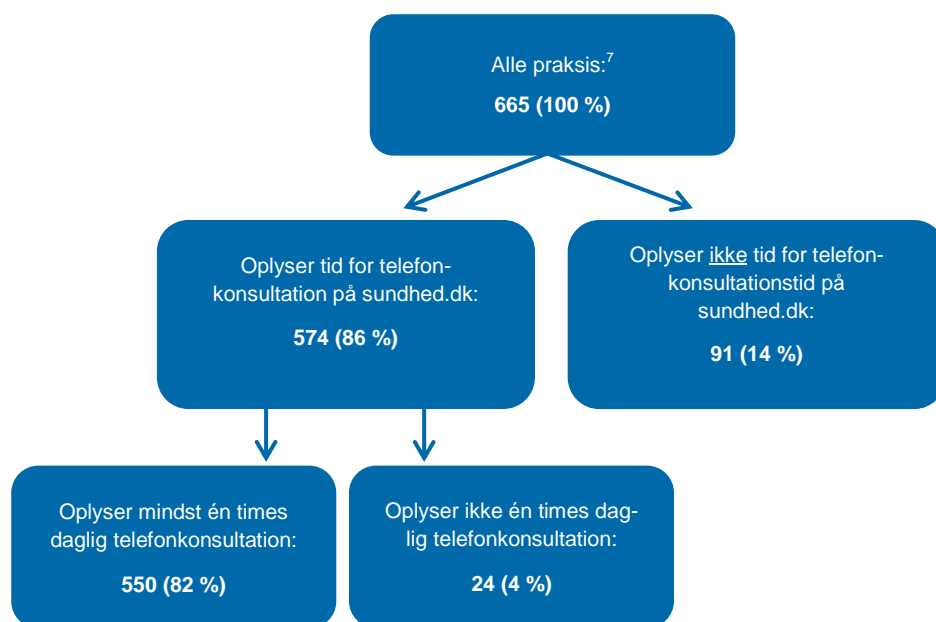
Note: 646 slutudfald indgår samlet set i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte praksisformer er: Enkeltmand: 376, Delepraksis: 44, Kompagniskab: 223, Øvrige: 3. Kategorien 'Øvrige' består af praksisformerne regionsklinik og samarbejdspraksis. Tilfælde med tastselsystem, hvor man selv kan vælge, hvilken type medarbejder man vil i kontakt med, indgår ikke i opgørelsen. For nogle af opkaldene mangler der en registrering af, hvem der besvarede opkaldet, hvorfor disse fremgår under "ingen oplysning".

4 Information om telefonkonsultation på sundhed.dk

4.1 Typisk angives mindst én times daglig telefonkonsultation

86 % af praksis oplyser telefonkonsultationstid på sundhed.dk. Dertil oplyser omkring otte ud af ti praksis (82 %) mindst én times daglig telefonkonsultation.

Figur 4.1 Oplysninger om telefonkonsultation på sundhed.dk

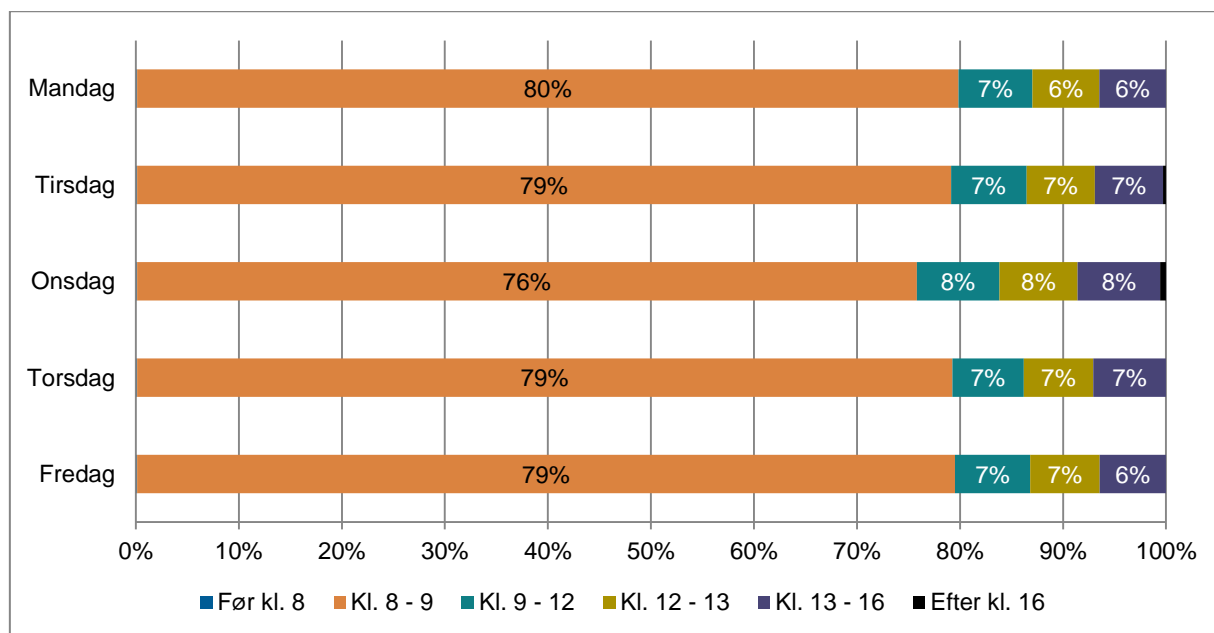


4.2 Lægernes telefonkonsultationstid ligger typisk kl. 8-9

Omkring otte ud af ti af de oplyste telefonkonsultationstider ligger i tidsrummet mellem kl. 8-9 uanset hvilken hverdag, det gælder (figur 4.2). Telefonkonsultationstiderne fordeler sig stort set ens i de efterfølgende tidsrum – kl. 9-12, 12-13 og 13-16 – både inden for de pågældende hverdage og på tværs af hverdagene. Onsdag er der dog en lidt mindre andel af telefonkonsultationstiderne, der ligger om morgenen, mens der i flere tilfælde er mulighed for telefonkonsultation senere på dagen, herunder enkelte tider efter kl. 16.

⁷ Der er tre færre praksis i opgørelsen ift. antal praksis i opgørelserne i kapitel 3 og 5. Det skyldes, at det efter udrykningsperioden har vist sig, at de pågældende praksis er blevet nedlagt i løbet af undersøgelsesperioden, og derfor ikke findes på sundhed.dk. Dette har dog ikke været klart ved opkaldene til de tre praksis, hvor der enten har været personlig kontakt eller relevant henvisning. Disse tre praksis indgår derfor stadig i opgørelserne i kapitel 3 og 5.

Figur 4.2 Lægernes telefonkonsultationstider



Note: Antal telefonkonsultationstider inden for de enkelte hverdage er: Mandag: 710, Tirsdag: 709, Onsdag: 711, Torsdag: 709, Fredag: 713.

4.3 Opkald inden for telefonkonsultationstiden resulterer ofte i personlig kontakt

I 16 % af tilfældene (216 ud af 1336) har opkaldene været inden for lægernes oplyste telefonkonsultationstid. Undersøges kontakten til almen praksis isoleret for disse tilfælde, opnås der personlig kontakt i 81 % af tilfældene – 21 % ved første opkald, 8 % ved genopkald og 51 % ved telefonkø inden for 30 minutter (tabel 4.1).

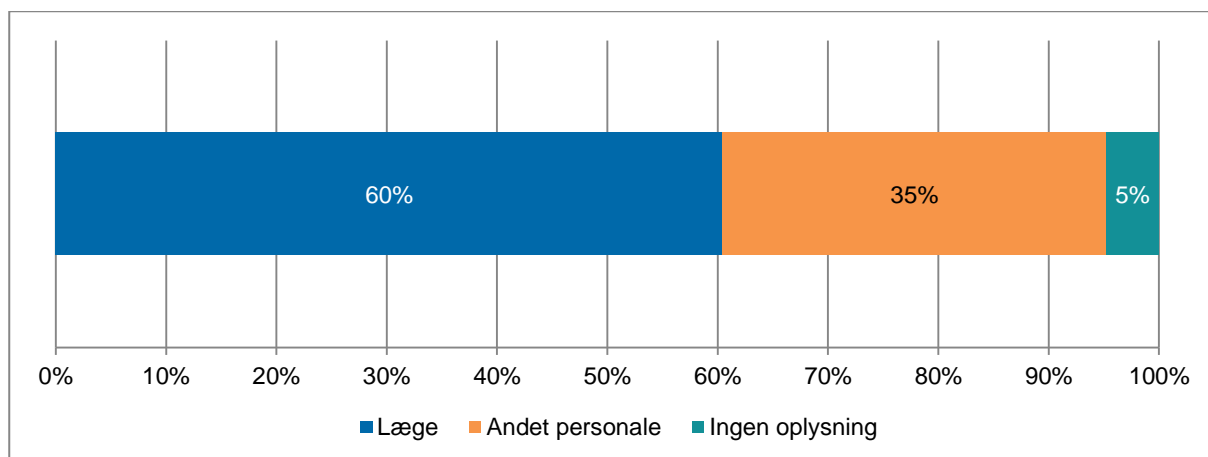
Tabel 4.1 Opkald foretaget inden for telefontid fordelt på slutudfald

	Andel
Personlig kontakt ved første opkald	21 %
Personlig kontakt ved genopkald	8 %
Personlig kontakt ved telefonkø inden for 30 min.	51 %
Telefonsvarer med relevant henvisning	13 %
Ingen kontakt ved genopkald	5 %
Ingen kontakt ved telefonkø inden for 30 min.	0 %
Telefonsvarer uden relevant henvisning	1 %
Fejlnummer	0 %

Note: 216 slutudfald indgår i opgørelsen.

Ses der yderligere på, hvem der besvarer opkaldet, er det en læge i 60 % af tilfældene (figur 4.3).

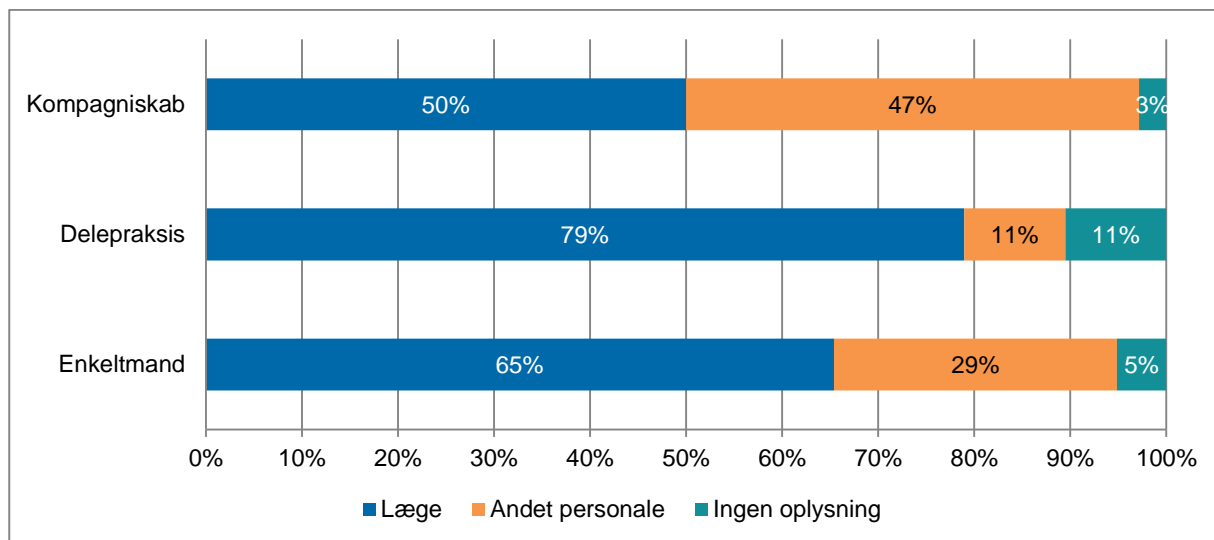
Figur 4.3 Hvem besvarer opkaldet i telefontiden?



Note: 167 slutudfald indgår i opgørelsen. Tilfælde med tastselvsystem, hvor man selv kan vælge, hvilken type medarbejder man vil i kontakt med, indgår ikke i opgørelsen. For nogle af opkaldene mangler der en registrering af, hvem der besvarede opkaldet, hvorfor disse fremgår under "ingen oplysning".

På tværs af praksisformer er der meget stor forskel på, hvor sandsynligt det er, at lægen svarer, når opkaldsforsøget foretages inden for telefontiden (figur 4.4). I delepraksis vil man fire ud af fem gange opnå kontakt med lægen. Det er tilfældet halvdelen af gangene, når et kompagniskab forsøges kontaktet.

Figur 4.4 Hvem besvarer opkaldet i telefontiden fordelt på praksisform



Note: 167 slutudfald indgår i opgørelsen. Antal slutudfald for de enkelte praksisformer er: Kompagniskab: 70, Delepraksis: 19, Enkeltmand: 78. Opgørelsen har ingen slutudfald for praksisformerne samarbejdspraksis og regionspraksis. Tilfælde med tastselvsystem, hvor man selv kan vælge, hvilken type medarbejder man vil i kontakt med, indgår ikke i opgørelsen. For nogle af opkaldene mangler der en registrering af, hvem der besvarede opkaldet, hvorfor disse fremgår under "ingen oplysning".

5 Udvikling i den telefoniske kontakt til almen praksis fra 2012 til 2017

Dette kapitel ser på udviklingen i muligheden for telefonisk kontakt til almen praksis fra 2012 til 2017 ved at sammenligne resultaterne fra indeværende undersøgelse med resultaterne fra undersøgelsen gennemført i 2012.

Som tidligere nævnt er der i den netop gennemførte undersøgelse aftalt nogle andre vilkår for opkald, der ender med hhv. telefonkø og genopkald i forhold til undersøgelsen i 2012 (tabel 2.2). For at kunne sammenligne resultaterne fra de to undersøgelser opgøres resultaterne fra 2017-undersøgelsen i denne del af rapporten ud fra principperne fra 2012-undersøgelsen. Helt konkret betyder det, at en telefonkø på mere end 10 minutter opgøres som ”ingen kontakt”. På samme vis opgøres slutudfald, hvor der er opnået kontakt på fjerde eller femte genopkald som ”ingen kontakt”. Dette vil således alene pga. undersøgelsesdesignet resultere i flere slutudfald, der opgøres som ”ingen kontakt” end dét, der fremgår i kapitel 3.

5.1 Bedre mulighed for personlig kontakt eller relevant henvisning i 2017

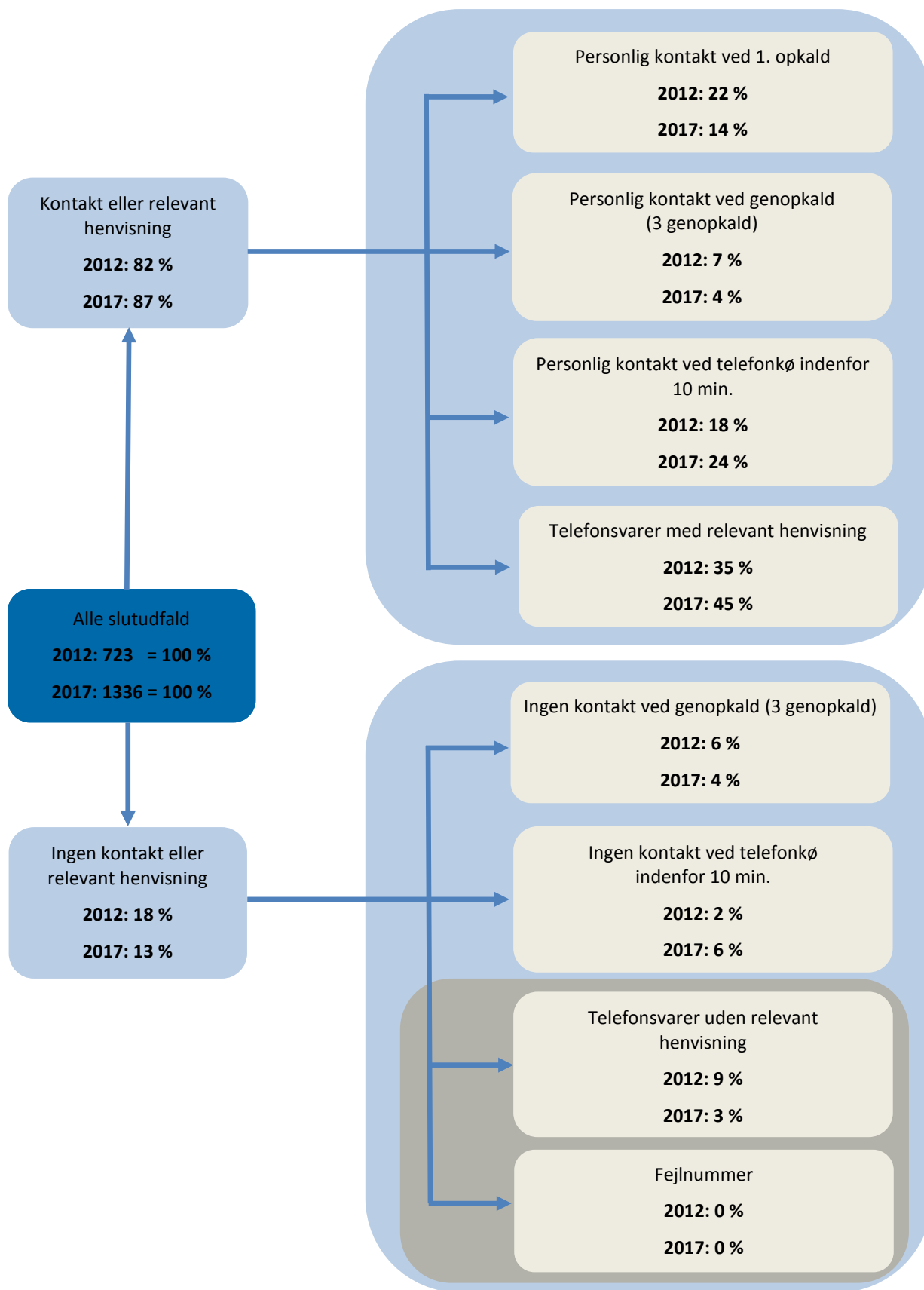
723 praksis indgik i undersøgelsen i 2012, mens 668 praksis indgår med to opkaldsrunder til hver praksis i 2017-undersøgelsen. Figur 5.1 viser et flowdiagram over slutudfaldene af samtlige opkald fra hhv. 2012- og 2017-undersøgelsen.

I 2012 var slutudfaldet personlig kontakt eller relevant henvisning på telefonsvareren ved 82 % af tilfældene. I 2017 gælder det for 87 % af tilfældene. Sammenlignes de enkelte slutudfald, skyldes stigningen primært, at der opnås kontakt til flere inden for 10 minutter i telefonkø, og at der i flere tilfælde er en relevant henvisning på telefonsvaren.

Der er i 2017 flere slutudfald, der er telefonisk tilgængelige i henhold til overenskomsten. I 2017 er der således 3 % af slutudfaldene, som ikke lever op til overenskomstens krav om telefonisk tilgængelighed, mens dette i 2012 var tilfældet for 9 % af slutudfaldene.

Der er i 2017 en lavere andel af slutudfaldene, hvor der opnås personlig kontakt ved det første opkald eller ved ét af genopkaldene end i 2012. Det kan være et udtryk for, at flere praksis siden 2012 har fået et telefonkøsystem. Der er således samlet set 30 % af slutudfaldene, der ender i telefonkø i 2017, mens dette gjaldt for 20 % af slutudfaldene i 2012. Samtidig er antallet af tilfælde, hvor der bruges op til fire opkaldsforsøg i en opkaldsrunde 22 % i 2017, mens det i 2012 var 35 %.

Figur 5.1 Flowdiagram med resultaterne for 2012 og 2017



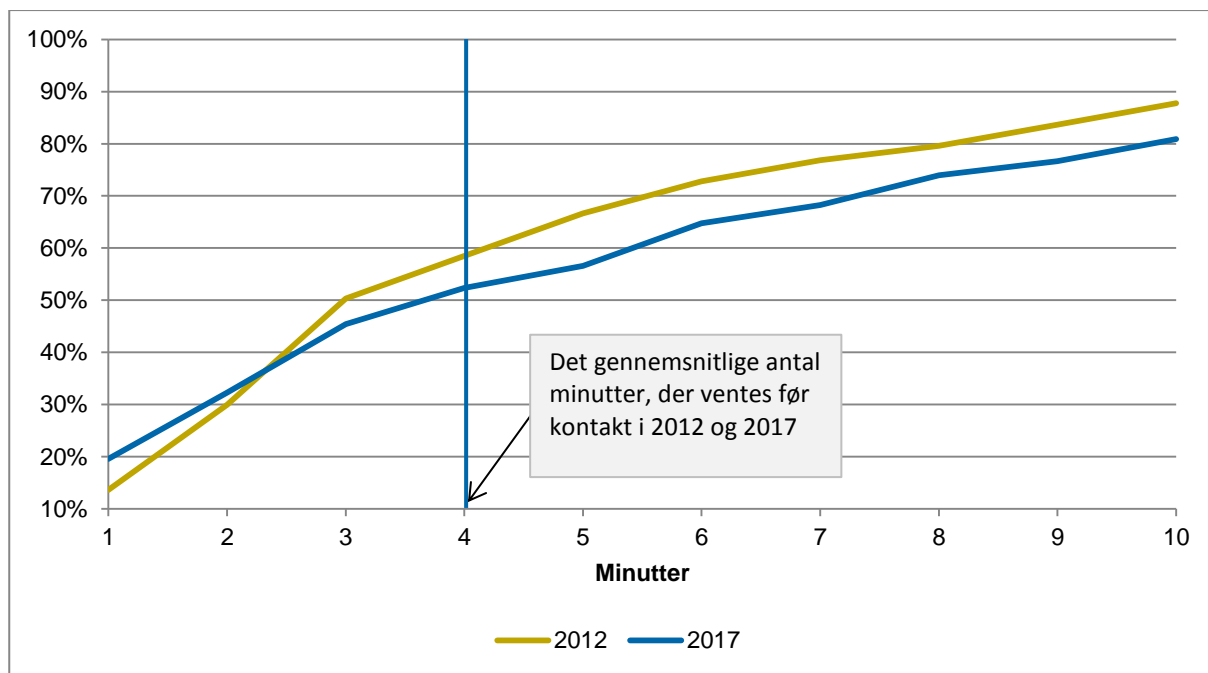
Note: Procenttallene summer ikke til 100 % pga. afrunding af decimaler. Den mørkegrå boks indeholder de slutudfald, der ikke er telefonisk tilgængelige i henhold til overenskomsten.

5.2 Samme gennemsnitlige ventetid i telefonkø

Slutudfaldene af samtlige opkald endte i telefonkø i 20 % af tilfældene i 2012 (147 ud af 723 slutudfald), mens dette sker i 30 % af tilfældene i 2017 (403 ud af 1336 slutudfald). Telefonkøen endte i personlig kontakt inden for 10 minutter 88 % af gangene i 2012, mens det tilsvarende er 81 % i 2017 (figur 5.2). Dog var andelen af besvarede opkald i de første par minutter af telefonkøen højere i 2017 end i 2012. Den gennemsnitlige ventetid i telefonkø for de opkald, der ender med personlig kontakt, er fire minutter i begge undersøgelser, når der opgøres efter ens principper.

Det er værd at bemærke, at den anderledes måde at opgøre 2017-undersøgelsen resultater på påvirker den gennemsnitlige ventetid i telefonkø. For at kunne sammenligne 2017-resultaterne med dem fra 2012 opgøres ventetiden i telefonkøen kun til og med 10 minutter i kø, selvom der er registreringer, der går til det 30. minut. Derfor bliver den gennemsnitlige ventetid på fire minutter og ikke de seks som i figur 3.2.

Figur 5.2 Ventetid i telefonkø i hhv. 2012 og 2017



Note: 147 slutudfald indgår i 2012-opgørelsen. 403 slutudfald indgår i 2017-opgørelsen. Andelen i 2012-opgørelsen afviger fra andelen i tilsvarende opgørelse i rapporten fra 2012. Det skyldes, at antallet af slutudfald i 2012-opgørelsen i denne rapport er mindre end antallet af udfald, der indgår i opgørelsen i 2012-rapporten. Årsagen til dette er, at det udelukkende er slutudfaldene, der indgår i opgørelsen i denne rapport, mens opgørelsen i 2012-rapporten også inkluderer de tilfælde, hvor man i telefonkøen er endt med at få en telefonsvarer.

Graferne viser den samlede andel, der er opnået kontakt til ved et givent minuttal for hhv. 2012 og 2017. Kun opkald, der besvares inden for 10 minutter i telefonkø, er vist i figuren.

Graferne stopper ved 10 minutter, da man i 2012-undersøgelsen ventede i maksimalt 10 minutter i køen (tabel 2.2). I gennemsnitsberegningen indgår kun de opkald, der blev besvaret inden for 10 minutter for både 2012 og 2017.

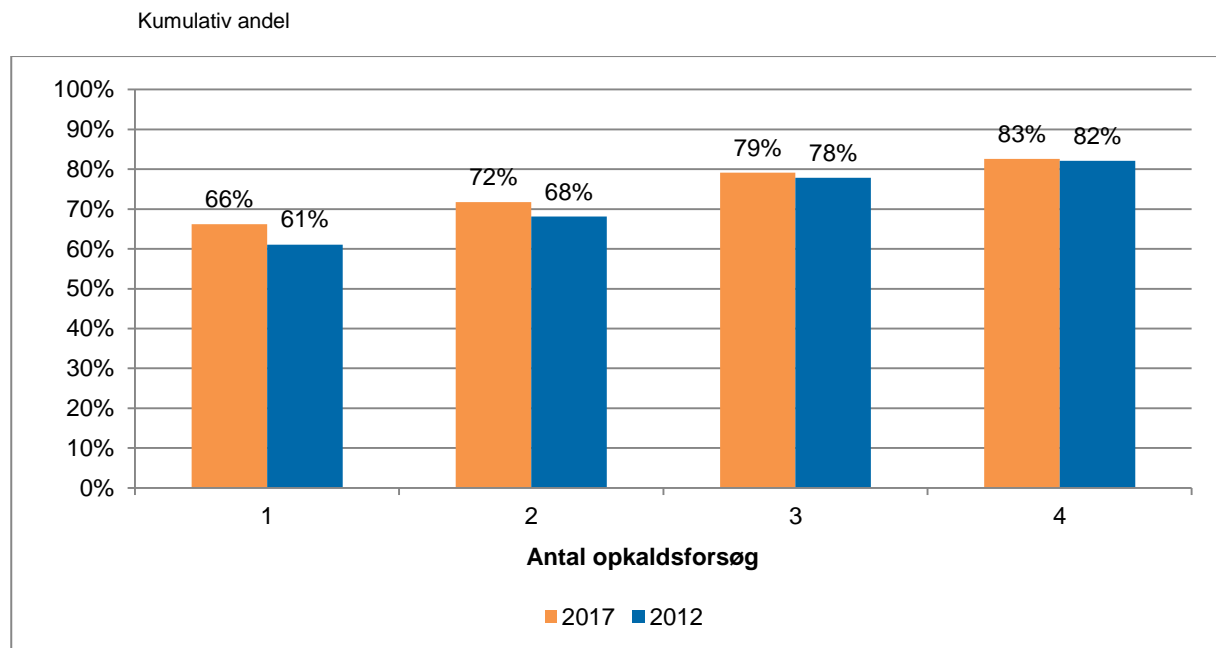
5.3 Antal opkaldsforsøg

I 2012 var der 36 % af slutudfaldene (257 ud af 723 slutudfald), hvor der blev foretaget et til fire opkaldsforsøg som ikke endte i telefonkø eller på en telefonsvarer. Det tilsvarende tal for 2017 er 21 % (287 ud af 1336 slutudfald). Figur 5.3 viser, hvor mange opkaldsforsøg, der skal til i de tilfælde man ik-

ke kommer i telefonkø eller får en telefonsvarer, før der opnås personlig kontakt med praksis i hhv. 2012 og 2017.

Samlet set opnås der personlig kontakt ved det fjerde opkaldsforsøg i 83 % af tilfældene i 2017 og 82 % af tilfældene i 2012. I 2017 er andelen af tilfælde, hvor der opnås personlig kontakt ved det første og andet opkaldsforsøg højere end i 2012.⁸ Ved det tredje og fjerde opkaldsforsøg ligger den samlede andel på samme niveau i de to år.

Figur 5.3 Antal opkaldsforsøg før der opnås kontakt i hhv. 2012 og 2017



Note: 257 slutudfald indgår i 2012-opgørelsen. 287 slutudfald indgår i 2017-opgørelsen. Andelen i 2012-opgørelsen afviger fra andelen i tilsvarende opgørelse i rapporten fra 2012. Det skyldes, at antallet af slutudfald i 2012-opgørelsen i denne rapport er mindre end antallet af udfald, der indgår i opgørelsen i 2012-rapporten. Årsagen til dette er, at det udelukkende er slutudfaldene, der indgår i opgørelsen i denne rapport, mens opgørelsen i 2012-rapporten også inkluderer de tilfælde, hvor man ved ét af genopkaldene har fået en telefonsvarer.

Kun slutudfald, hvor der har været et til fire opkaldsforsøg, som ikke er endt i telefonkø eller på telefonsvarer, indgår i opgørelsen. Kun slutudfald, hvor der opnås kontakt ved ét af de fire opkaldsforsøg er vist i figuren.

⁸ Set ud fra samtlige slutudfald er der i 2017 en mindre andel, som ender med personlig kontakt ved første opkald, end i 2012. I denne opgørelse (der kun tæller de slutudfald, hvor der har været et til fire opkaldsforsøg, som ikke er endt i telefonkø eller på telefonsvarer) er der derimod en større andel, hvor der opnås personlig kontakt ved første opkald i 2017 end i 2012.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse

Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 38649966

E-mail: eeb@regionh.dk

www.patientoplevelser.dk

NOTAT

Til:

Opgang B & D
Telefon 3866 6000
Direkte 3866 5316
Mail csu@regionh.dk

Dato: 16. august 2017

Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet i Region Hovedstaden

I praksisplanen for almen praksis 2015-2019 fremgår en række anbefalinger, der har til hensigt at øge tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet i Region Hovedstaden. Det er jf. implementeringsplanen for 2017 besluttet, at der skal tages stilling til anbefalingerne i løbet af 2017.

I indeværende notat vurderes behovet for en regional indsats på baggrund af praksisplanens anbefalinger, idet der tages hensyn til, at indsatsen for at øge tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet i stigende omfang også løftes nationalt.

Sammensætning af børnevaccinationsprogrammet

Det danske børnevaccinationsprogram, som Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn i Danmark følger, består af følgende vacciner:

- Vaccine imod difteri, stivkrampe (tetanus), kighoste, polio (børnelammelse) og Hib-bakterien (haemophilus influenzae type b)
- Vaccine imod pneumokokker
- Vaccine imod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR)
- Booster-vaccine imod difteri, tetanus, kighoste og polio
- Vaccine imod human papillomavirus (HPV).

Status på tilslutning til børnevaccinationsprogrammet

Tilslutningen til vaccinationerne i det danske børnevaccinationsprogram ligger generelt relativt højt, undtaget tilslutning til HPV-vaccinationerne (se tabel nedenfor). Tilslutningen til HPV vaccination er faldet markant gennem de seneste år. Der er dog igangsat en national informationsindsats om HPV.

WHO's målsætning for mæslinger er, at mindst 95 % af alle danske børn bør få begge MFR-vacciner. Dette mål er dog ikke nået for nogen årgange, siden vaccinen blev indført i børnevaccinationsprogrammet i 1987.

For polio vurderer WHO, at mindst 90 % af alle børn skal vaccineres for at undgå udbrud af sygdommen. I børnevaccinationsprogrammet svarer det til, at

Punkt nr. 4 - Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet

Bilag 1 - Side -2 af 9

90 % af alle børn får de tre første DiTeKiPol/Hib-vaccinationer. I Danmark er dette mål nået fra og med fødselsårgang 2009, hvor barnet får den tredje DiTeKiPol/Hib-vaccination ved 12-måneders alderen.

For andre vacciner har WHO ikke konkrete mål for tilslutningen. Generelt er det dog sundhedsmyndighedernes holdning, at en høj tilslutning er nødvendig for at beskytte befolkningen imod de smitsomme sygdomme, der vaccineres imod i programmet.

Tabel 1: National vaccinationstilslutning til børnevaccinationsprogrammet i 2016

I 2016 var vaccinationstilslutningen til de forskellige vaccinationer i børnevaccinationsprogrammet som vist i nedenstående tabel. Vaccine	Fødselsårgang	Vaccinationsprocent
DiTeKiPOL/Hib (tre måneder)	Børn født i 2015	94 %*
DiTeKiPOL/Hib (fem måneder)	Børn født i 2015	94 %*
DiTeKiPOL/Hib (12 måneder)	Børn født i 2014	91 %*
Pneumokok (tre måneder)	Børn født i 2015	94 %*
Pneumokok (fem måneder)	Børn født i 2015	93 %*
Pneumokok (12 måneder)	Børn født i 2014	91 %*
MFR 1 (15 måneder)	Børn født i 2014	91 %*
MFR 2 (fire år)	Børn født i 2011	85 %
MFR 2 (12 år)	Børn født i 2003	80 %
DiTeKiPol (fem år)	Børn født i 2010	81 %
HPV 1 (12 år)	Børn født i 2003	54 % **
HPV-færdig (12 år), dvs. har fået mindst to vaccinationer med korrekte intervaller	Børn født i 2003	29 % **
Data: Pr. 3. februar 2017 ¹	www.ssi.dk/data	
Note*	Studie fra 2012 viser, at der er en vis underrapportering af vaccinationer. Derfor vurderes det, at man kan opjustere tal for tilslutningen til vaccinationerne givet i alderen tre, fem, 12, 15 og 60 måneder med minimum tre procentpoint.	

Kilde for figur: Årsrapport om børnevaccinationsprogrammet - 2016, (Statens Serum Institut, 26. april 2017).

¹ Dog er data vedr. HPV vaccine i forbindelse med udarbejdelse af indeværende notat opdateret med de seneste tal fra SSI pr. 8. juni 2017, da SSI bl.a. har ændret opgørelsesmetoden siden udgivelse af årsrapporten, jf. EPI-NYT pr. 21. juni 2017.

Punkt nr. 4 - Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet

Bilag 1 - Side -3 af 9

** Data vedr. HPV vaccination er i forbindelse med udarbejdelse af indeværende notat opdateret med data pr. 8. juni 2017 med udgangspunkt i data fra www.sssi.sk/data.

Som det ses af ovenstående tabel har 54 % af pigerne født i 2003 modtaget første vaccine mod HPV. Men kun 29 % er aktuelt færdigvaccinerede, hvilket ligger væsentligt under de knap 80 %, som blev opnået for årgangene fra 1997 til 2000. Derudover er det fortrinsvis 2. MFR revaccination (som gives ved hhv. 4 eller 12 års alderen) og 4. (re)vaccination mod di-te-ki-pol (som gives ved 5 års alderen), der er lav tilslutning til. Da der er tale om *revaccinationer*, er der næppe tale om generel modstand mod vaccination hos forældrene. Derfor kan opfølgning overfor disse forældre, fx i form af påmindelser, formentlig medføre en øget tilslutning til disse revaccinationer.

Det fremgår af årsrapporten om børnevaccinationsprogrammet for 2016, at der på tværs af regionerne kun er mindre forskelle i tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet. Nedenfor ses tilslutningen til udvalgte vacciner i børnevaccinationsprogrammet i Region Hovedstaden sammenlignet med øvrige områder.

MFR vaccination

Som det ses nedenfor, er tilslutningen til MFR vaccinationerne nogenlunde ens på tværs af regionerne, dog er tilslutningen lidt lavere i de områder som udgør Region Hovedstaden (Københavns omegn, Københavns by, Nordsjælland og Bornholm).

Tabel 2: Geografisk fordeling af tilslutning til MFR vaccination (årgang 2014 for MFR 1 og årgang 2011 for MFR 2)

Landsdel	Tilslutning til første MFR-vaccination (årgang 2014)	Tilslutning til anden MFR-vaccination (fire år, årgang 2011)
Nordjylland	90 %	85 %
Vestjylland	92 %	87 %
Østjylland	92 %	85 %
Sydjylland	91 %	86 %
Fyn	92 %	86 %

Punkt nr. 4 - Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet

Bilag 1 - Side -4 af 9

Vest- og Sydsjælland	90 %	85 %
Østsjælland	92 %	86 %
Københavns omegn	90 %	85 %
Københavns by	90 %	82 %
Nordsjælland	90 %	84 %
Bornholm	90 %	86 %
Total	91 %	85 %

Kilde: Årsrapport om børnevaccinationsprogrammet, 2016

Di-te-ki-pol vaccination

Som det ses i figur 1 er der ingen nævneværdig variation i tilslutningsprocenten til di-te-ki-pol revaccination (5 år) på tværs af de forskellige geografiske områder.

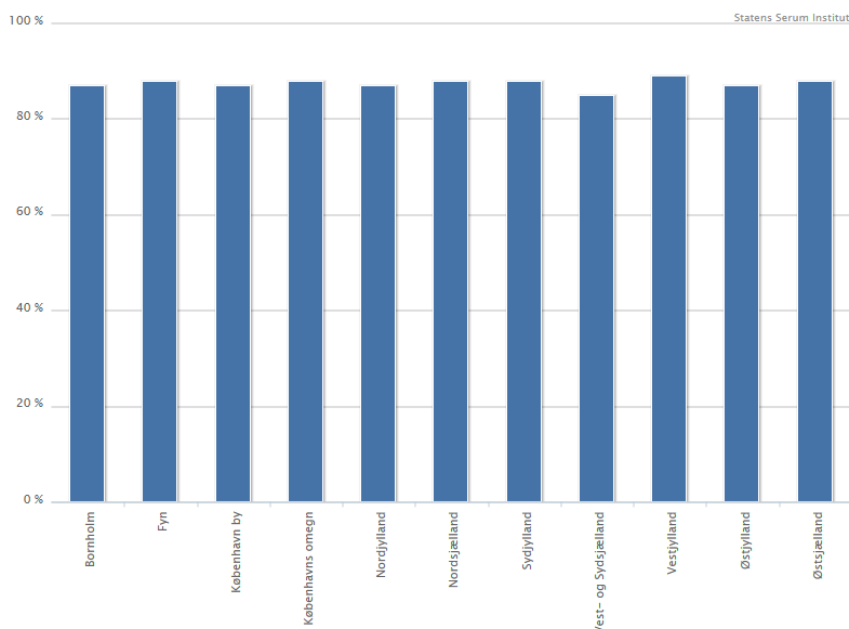
Figur 1: Geografisk fordeling af tilslutning til revaccination (årgang 2010), di-te-ki-pol vaccine

Difteri-tetanus-kighoste-polio revaccination, vaccinationstilslutning

Vaccination Fødselsår fra til [Flere muligheder](#)

Andel vaccineret med Difteri-tetanus-kighoste-polio revaccination, Fødselsår: 2010-2010

Grafer Tabel Kort



Kilde: www.sssi.sk/data (data pr. 3. juli 2017)

HPV vaccination

Som det ses tegner de områder der ligger i Region Hovedstaden sig for nogle af de laveste tilslutningsprocenter, bortset fra Bornholm.

Figur 2: Geografisk fordeling af tilslutning til HPV vaccination (årgang 2003), færdigvaccinerede

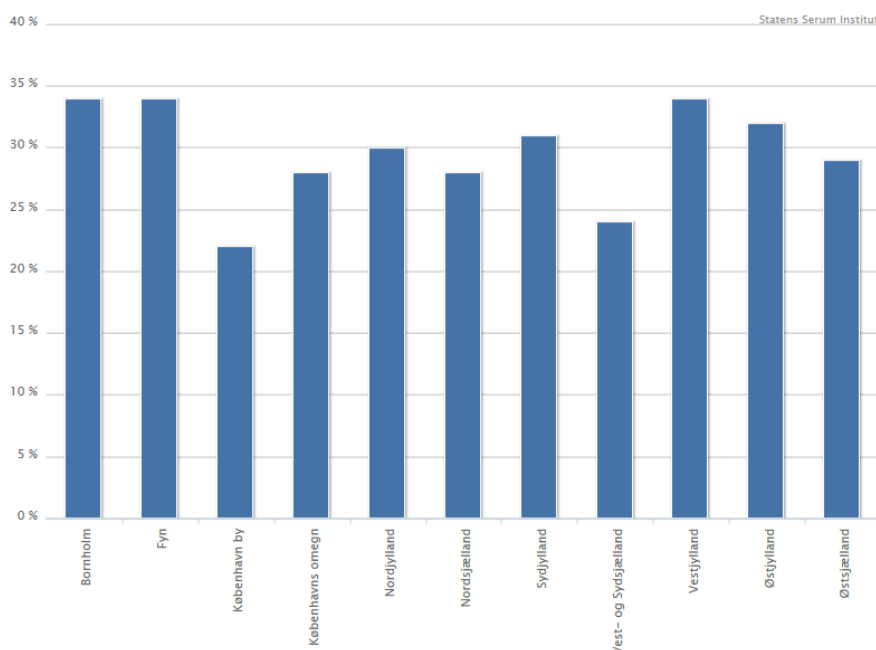
Human papillomavirus-vaccine (HPV) færdigvaccineret, vaccinationstilslutning

Vaccination Fødselsår fra til [Færre muligheder](#)

Køn Landsdel Kommune

Andel vaccineret med Human papillomavirus-vaccine (HPV) færdigvaccineret, Fødselsår: 2003-2003, Køn: Kvinder

Grafer Tabel Kort



Kilde: www.sssi.sk/data (data pr. 3. juli 2017)

National opfølgning på børnevaccinationsprogrammet

Indsatser med henblik på at sikre tilslutning til børnevaccinationsprogrammet løftes i højere grad i dag nationalt.

Blandt andet har Statens Serum Institut oprettet Det Danske Vaccinationsregister, der muliggør en forbedret opfølgningsindsats via elektronisk adgang til oplysninger om alle danskeres vaccinationer. Almen praksis skal indberette vaccinationer givet i almen praksis til Det Danske Vaccinationsregister og kan tillige se patienternes vaccinationsstatus i vaccinationsregisteret via www.FMK-online.dk.

For at øge vaccinationsdækningen sender Statens Serum Institut - på baggrund af oplysninger i Det Danske Vaccinationsregister - påmindelser til forældre til

børn, der fylder 2, 6½ og 14 år, hvis børnene på dette tidspunkt mangler mindst én af de vaccinationer, der anbefales i børnevaccinationsprogrammet.

Ifølge årsrapporten for børnevaccinationsprogrammet 2016 har påmindelsesbrevne medvirket til at øge tilslutningen til samtlige vacciner i børnevaccinationsprogrammet – undtaget HPV, som har været en del af børnevaccinationsprogrammet siden 2009.

Indsatsen for at øge tilslutningen til HPV vaccination løftes nationalt blandt andet gennem informationsindsatsen 'Stop HPV', der i maj 2017 blev lanceret i et samarbejde mellem sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse og Lægeforeningen m.fl. Kampagnen har fokus på forebyggelse af livmoderhalskræft gennem HPV-vaccination. Indsatsen er sat i gang på baggrund af en aftale i Folketinget om satspuljen på ældre- og sundhedsområdet og er blandt andet finansieret af midler afsat i satspuljeaftalen. Indsatsen er en del af regeringens Kræftplan IV og løber til udgangen af 2018.

Effekten af den nationale indsats afventes og det vurderes, at eventuelle yderligere regionale tiltag skal ses i lyset af de nationale initiativer. Danske Regioner oplyser på deres hjemmeside, at de - på baggrund af det store fald i tilslutningen til HPV vaccination på tværs af regionerne - vil undersøge muligheden for at indkalde piger, der nærmer sig 12 år enten ved indkaldelse fra den praktiserende læge eller fra regionen i eBoks.

Børnevaccinationsprogrammet og opgaver i almen praksis

Børnevaccinationer kan gives af alle læger, men sker fortrinsvis hos den praktiserende læge. Opgaverne i almen praksis vedr. børnevaccinationer er beskrevet i 'Profylakseaftalen', som er en del af overenskomsten for almen praksis. Det er blandt andet aftalt, at lægerne i forbindelse med opfølgning på manglende vaccinationer af børn på 15 måneder, 4 (12) år, kan kontakte forældrene telefonisk.

Anbefalingerne i praksisplanen vedr. tilslutning til børnevaccinationsprogrammet er følgende:

- at der følges op på regionernes anbefalinger fra 2011, herunder vurderes, hvorvidt der skal iværksættes flere tiltag med fokus på at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet (anbefaling 44)
- at øge almen praksis' kendskab til, at der på www.sundhed.dk findes lister over de børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis (anbefaling 45)
- at det undersøges, hvorvidt et styrket samarbejdet mellem almen praksis og sundhedsplejen kan være med til at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet blandt børn i sårbare familier (anbefaling 46)

Vurdering af praksisplanens anbefalinger vedr. tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet

Ad praksisplanens anbefaling 44:

Nedenfor ses regionernes anbefalinger fra 2011 og i højre side i tabellen ses en aktuell vurdering af forslagene.

Tabel 3: Vurdering af regionernes anbefalinger vedr. tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet

Regionernes anbefalinger	Aktuel vurdering, juni 2017
Opfølgning på børneundersøgelser og vaccinationer er en naturlig del af almen praksis' populationsansvar. En forpligtelse til opfølgning bør indgå i overenskomsten.	Vedrører indhold i overenskomsten, som aktuelt forhandles mellem overenskomstens parter.
Opfølgning på HPV-vaccination bør indgå i overenskomsten.	
Anvendelse af datafangst til opfølgning på vaccinationer bør indgå i overenskomsten.	
Regionerne følger tilslutningsprocenterne til vaccination ved at lave udtræk over tilslutningsprocenterne på regionsniveau og evt. på praksisniveau.	Tilslutningsprocenten såvel nationalt som regionalt opgøres årligt i årsrapporter fra Statens Seruminstitut.
Samarbejdsudvalgene gør status over vaccinationstilslutningen i regionen én gang årligt og kan evt. iværksætte tiltag.	Det fremgår ikke af den aktuelle overenskomst, at Samarbejdsudvalget skal følge op på vaccinationstilslutningen. Tiltag vedr. vaccinationstilslutning løftes i høj grad nationalt. Det anbefales derudover, at opfølgning på vaccinationstilslutningen og eventuel iværksættelse af tiltag fremover sker i regi af Praksisplanudvalget, hvor også kommunerne er repræsenteret.
Praktiserende læger opfordres til systematisk at følge op på vaccinationsstatus, når barnet er fyldt 5 og 12 år.	Region Hovedstaden udarbejder årligt en oversigt til hver almen praksis over de børn, som er tilmeldt praksis, og som i løbet af det kommende år fylder hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år. De praktiserende læger får adgang til listerne via sundhed.dk.
Indtil Datafangst er fuldt implementeret, bør regionerne fortsat stå for at sende lister og standardinvitationer ud til de praktiserende læger.	

Punkt nr. 4 - Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet

Bilag 1 - Side -8 af 9

	Spørgsmål om anvendelse af data i almen praksis afventer ny overenskomst.
Forslag om yderligere undersøgelser vedr. årsager til manglende vaccination.	Muligheden/behovet for yderligere indsatser i forhold til HPV vurderes i nationalt regi. Der vurderes ikke for nuværende at være behov for yderligere regionale undersøgelser vedr. årsager til manglende tilslutning.

Som det fremgår ovenfor anbefales det, at opfølgning på vaccinationstilslutningen og eventuel iværksættelse af tiltag fremover sker i regi af Praksisplanudvalget, hvor også kommunerne er repræsenteret. Derudover vurderes der ikke at være behov for yderligere regionale indsatser med udgangspunkt i anbefalingerne fra Danske Regioner i 2011.

Ad praksisplanens anbefaling 45:

Der har ikke hidtil været gjort særskilt opmærksom på listerne til almen praksis, når de er blevet lagt på sundhed.dk. Det vurderes relevant fremover at orientere almen praksis via praksisnyt, når listerne lægges på sundhed.dk. Orienteringen kan suppleres af information til de praktiserende læger om vigtigheden af at øge tilslutningsprocenten og information om almen praksis' muligheder for at følge op på vaccinationsstatus.

Som tidligere nævns har almen praksis foruden de aftalte lister på sundhed.dk også adgang til at se patienternes vaccinationsstatus i vaccinationsregisteret via www.FMK-online.dk. I det omfang datafangst eller tilsvarende løsning igen kommer i brug i almen praksis, forudsættes det, at datafangst vil kunne anvendes til opfølgning på vaccinationer

Ad praksisplanens anbefaling 46:

Sundhedsplejen følger normalt barnet tæt i barnets første til andet leveår. Det anbefales i sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (2011), at sundhedsplejersken ved hjemmebesøg følger op på, hvorvidt barnet følger det gældende vaccinationsprogram. I årene fra barnet er 1 til 5 år ser almen praksis derimod børnene regelmæssigt og har dermed adgang til at vurdere børnenes sundhed og trivsel samt drøfte børnenes vaccinationsstatus med forældrene.

Foruden den generelle forebyggende indsats i regi af sundhedsplejen, har kommunerne pligt til at tilbyde børn og unge med særlige behov en øget indsats indtil undervisningspligtens ophør, herunder øget rådgivning samt yderligere forebyggende undersøgelser ved sundhedsplejerske eller læge. I tilfælde af, at sundhedsplejen - i forbindelse med den tættere kontakt til disse børn -

Punkt nr. 4 - Tilslutning til børnevaccinationsprogrammet

Bilag 1 - Side -9 af 9

bliver opmærksomme på, at barnet mangler en eller flere af de anbefalede vaccinationer har sundhedsplejersken mulighed for at opfordre forældrene til at lade barnet vaccinere. Samtidig er det hensigtsmæssigt, hvis sundhedsplejen – forudsat familiernes samtykke - har let adgang til at kommunikere til almen praksis om den manglende vaccinationsstatus, så egen læge kan følge op, når barnet kommer i almen praksis.

Kommunerne skal desuden tilbyde alle børn i skolealderen to forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske. Det fremgår af sundhedsstyrelsens vejledning, at sundhedspersonalet ved indskolingssamtalen noterer børnenes vaccinationsstatus samt drøfter baggrund for eventuel manglende vaccinationsstatus med forældre til børn, som ikke følger børnevaccinationsprogrammet. Tilsvarende anbefales det, at udskolingssamtalen omfatter status på HPV vaccination for pigerne, idet pigerne og deres forældre opfordres til at bestille tid til HPV-vaccination.

Såfremt sundhedsplejen bliver opmærksom på manglende vaccination som led i de forebyggende helbredsundersøgelser, vurderes det relevant, at den praktiserende læge orienteres om den manglende vaccinationsstatus – forudsat at forældrene giver samtykke hertil.

Som allerede beskrevet har almen praksis dernæst, i tilfælde af at de bliver opmærksomme på børn, som ikke følger børnevaccinationsprogrammet mulighed for at kontakte forældrene og træffe nærmere aftale om gennemførsel af de relevante vaccinationer.

Der arbejdes i regi af arbejdet med implementering af sundhedsaftalen på at udvikle kommunikationsaftaler på børn og ungeområdet, der blandt andet indebærer udvikling af den elektroniske kommunikation mellem almen praksis og kommunerne, herunder sundhedsplejen. Det vurderes derfor relevant, at muligheden for kommunikation om manglende vaccinationsstatus indarbejdes i den kommende kommunikationsaftale på børne- og ungeområdet. Derudover vurderes der ikke at være behov for yderligere særskilte indsatser i regi af praksisplanen.