

# Tilrettelegging for aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon i EU/EØS

15. oktober 2021

## Hovedbudskap

- Et vellykket COVID-19-vaksinasjonsprogram kan kun bygge på en forståelse av og riktig reaksjon på individers og samfunns overbevisninger, bekymringer og forventninger i forbindelse med vaksinasjon og sykdom. 5C-modellen – Confidence, Constraints, Complacency, Calculation, Collective responsibility (tillit, begrensninger, likegyldighet, beregning, felles ansvar) – kan brukes som rammeverk for å forstå disse bekymringene og utforme strategier som tilrettelegger for aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon.
- Med 5C-modellen som utgangspunkt kan pådrivere for lav aksept og opptak av vaksinasjon diagnostiseres ved å analysere tversnittsdatabe på populasjonsnivå. Det europeiske regionskontoret for Verdens helseorganisasjon har utviklet et spørreundersøkelsesverktøy for innsikt i atferd tilknyttet COVID-19, som kan brukes til dette formålet. Samarbeid med sivilsamfunn kan også tilby mulighet til å utnytte driftsdata – kvantitative og/eller kvalitative – som kan by på innsikt i individers og fellesskaps overbevisninger, bekymringer og forventninger i forhold til vaksinasjon.
- I mange land fokuserer foreløpig vaksinasjonsinnsatsen på å nå grupper med uvaksinerte personer i eldre aldersgrupper og de i sosialt sårbare populasjoner, samtidig som man tilrettelegger for opptak blant yngre aldersgrupper (inkludert barn og ungdom som kvalifiserer til vaksinasjon). Helsearbeidere spiller en viktig rolle i dette arbeidet. De spesifikke utfordringene hver av disse gruppene står overfor i forhold til aksept av, tilgang til (og, for helsearbeidere, tilrettelegging for) vaksinasjon må forstås og adresseres på riktig måte.
- Dette dokumentet presenterer eksempler på noen av tiltakene som implementeres av land for å øke aksept og opptak av vaksiner, avhengig av pådrivere identifisert i en gitt kontekst. De må kanskje tilpasses på regionalt eller lokalt nivå – det fins ingen «one-size-fits-all»-tilnærming. Pådrivere kan også endre seg over tid, hvilket betyr at diagnoser kan måtte gjentas på regelmessig basis.
- Mange av intervensjonene som ble gjennomgått for denne rapporten, fokuserte på forsyning av tilgjengelige tjenester, ofte ledsaget av strategier for risikokommunikasjon. Noen land har også valgt tiltak basert på insentiver og sanksjoner. Det ble identifisert færre strategier med mål om å bygge tillit i helsevesenet og engasjere fellesskap.
- Å fastslå effektiviteten til en intervensjon som skal tilrettelegge for aksept og opptak av vaksinasjon er metodologisk utfordrende. Gode evalueringer av disse intervensjonene kan fortsatt foretas ved hjelp av både kvantitative og kvalitative data, selv om funn fra prosessevalueringer vanligvis vil være enklere å tolke enn de fra følgeevalueringer.

## Omfang og formål

Denne tekniske rapporten presenterer overveielser for land i Den europeiske Union og Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EU/EØS) i diagnostisering av barrierer for aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon, i tillegg til utforming og implementering av intervensjoner for å øke opptaket. Rapporten bruker 5C-modellen for å organisere og forklare ulike årsaker til lav aksept og opptak av vaksinasjon samt kategorisere potensielle intervensjoner. Nøkkelkonseptene i 5C-modellen står for Confidence, Constraints, Complacency, Calculation, Collective responsibility (tillit, begrensninger, likegyldighet, beregning, felles ansvar). I tillegg til å drøfte tilrettelegging for COVID-19-vaksinasjon for den store allmenheten innenfor dette rammeverket, er spesifikke populasjonsgrupper også inkludert i rapporten, som helsearbeidere og sosioøkonomisk sårbare grupper. Siden kvalifisering til vaksinasjon er utvidet til barn og ungdom i mange land, inkluderes også foreldre som en gruppe.

Rapporten fremhever viktigheten av å diagnostisere pådriverne til suboptimal aksept og opptak av vaksiner i en gitt populasjon for å sikre at passende intervensjoner implementeres som svar. Den presenterer også eksempler på intervensjoner som har blitt implementert i EU/EØS, som alle kan tilpasses til bruk i andre sammenhenger, hvor lignende pådrivere for lav opptak av vaksinasjon har blitt identifisert. Avslutningsvis drøfter rapporten viktigheten av å evaluere intervensjoner for å øke opptaket av COVID-19-vaksiner, i tillegg til noen andre utfordringer forbundet med slike evalueringer. Ressurser til diagnose, implementering og evaluering som kan brukes av EU-EØS-land er også inkludert i rapporten.

## Målgruppe

Dette dokumentet er myntet på nasjonale og regionale organer for folkehelse, spesialister på risikokommunikasjon og politikere i EU/EØS-land.

## Bakgrunn

Per 12. oktober 2021 har over 74 % av alle voksne i EU/EØS som har fylt 18 år mottatt fullstendig vaksinasjon mot COVID-19 [2]. Dette er en bemerkelsesverdig bragd i løpet av kun få måneder, men det etterlater fremdeles en fjerdedel av alle voksne uten full beskyttelse. Videre – selv om generelt opptak av vaksiner har vært imponerende på EU/EØS-nivå – er dekningen på tvers av EU/EØS langt fra uniform, som spenner fra 23,5 % fullvaksinerte i Bulgaria til 92 % fullvaksinerte i Irland [2]. Konsekvensene av lave vaksinasjonsrater i noen land gjenspeiles foreløpig i overbelastede helsevesener og høye dødsrater [3]. I tillegg fins det grupper med relativt lav dekning blant bestemte populasjoner i noen medlemsland [4], noe som har fremprovosert obligatorisk vaksinasjon for bestemte fagmiljøer i visse sammenhenger [5].

Det fins en lang rekke årsaker til disse variasjonene i COVID-19-vaksinasjondekning, inkludert forsyningsdynamikk og forsyning av tjenester i helsevesenet, i tillegg til folks overbevisninger, holdninger og atferd. Underliggende problemer kan alle kombineres for å skape forhold hvor opptak av vaksiner er lavere enn man ønsker. Eksempler på dette er mistro overfor myndigheter, oppfatninger rundt sykdomsrisiko, historiske hendelser som vaksinefrykt, vaksinasjonens praktiskhet, usikkerhet rundt vaksinenes sikkerhet og effektivitet samt politiske beslutninger forbundet med pandemihåndtering i stadig endring.

Forsyning av rettferdig og rettidig tilgang til vaksiner for alle i EU krever derfor mer enn simpelthen å sikre trygge og effektive vaksiner og praktisk tilgang. Et vellykket vaksinasjonsprogram kan kun bygge på en forståelse av og riktig reaksjon på individers og samfunns bekymringer og forventninger i forbindelse med vaksinasjon, kombinert med oppfatninger og bekymringer om COVID-19.

## 5C-modellen

5C-modellen baserer seg på fem forutsetninger som kan påvirke individers vaksinasjonsatferd: tillit, begrensninger, likegyldighet, beregning og felles ansvar. Den baserer seg på og utfyller andre etablerte teoretiske modeller på nøling i forhold til og aksept av vaksiner [5-7] og relaterer disse modellene til teorier om atferdsinnsikt, som kan bidra til å forklare helseatferd [8]. Disse fem ideene som omfatter 5C-modellen beskrives kortfattet nedenfor.

**Tillit** relaterer seg til flere aspekter ved pålitelighet. Dette inkluderer tillit til vaksinenes effektivitet og sikkerhet. Dessuten er dette forbundet med tillit til helsevesenet som tilbyr vaksinen, inkludert profesjonaliteten til og kvaliteten på helsepersonellet som administrerer dem. Avslutningsvis er dette forbundet med tillit til forfatterne av retningslinjene, som allment anses som beslutningstakere for vaksiner og vaksinasjon [9].

**Begrensninger** på opptak av vaksiner kan omfatte fysisk tilgjengelighet, pris og betalingsvilje, geografisk tilgjengelighet, evne til å forstå (språk- og helseforståelse) samt interesse for immuniseringstjenester [9]. Dette medfører at begrensninger på vaksinasjon kan være både strukturelle og psykologiske.

**Likegyldighet** er forbundet med individers oppfatning av sykdomsrisiko. Dersom en person oppfatter trusselen en sykdom som kan forhindres av vaksiner utgjør som lav, kan de også ha lite lyst til eller intensjon om å la seg vaksinere [10,11]. Dermed er denne forutsetningen forbundet med en spesifikk sykdom, selv om individuelle faktorer som alder, helse og ansvar også kan påvirke gradene av likegyldighet. Likegyldighet påvirkes også av individers oppfattede tiltro til egen mestringsevne eller evne til å handle for bli vaksinert.

**Beregning** refererer til hvilket omfang noen søker etter informasjon om en vaksine og/eller om den aktuelle sykdommen i, og deretter utfører egne, individuelle risiko-nytte-analyser om hvorvidt de skal la seg vaksinere eller ei. Personer som benytter et høyt nivå av beregning kan være mindre tilbøyelige for risiko enn andre som ikke gjør dette, og dermed er sannsynligheten for at de lar seg vaksinere lavere, grunnet den høye tilgjengeligheten til anti-vaksinasjons-kilder på Internett [12].

**Felles ansvar** refererer til folks villighet til å beskytte andre gjennom å la seg vaksinere, som en del av den felles innsatsen for å oppnå flokkimmunitet. Dette bør ha en positiv sammenheng med kollektivism (kontra individualisme), delt orientering og empati, og dermed signalere villighet til å la seg vaksinere for andres skyld [9].

Disse fem forutsetningene kombineres for å skape en psykologisk tilstand som kan føre til at et individ lar seg vaksinere eller ikke. Likevel er det viktig å merke seg at hver av disse forutsetningene kan endre seg over tid [13], noe som betyr at en person kan svinge fram og tilbake på tvers av et spektrum som omfatter uvilje mot å la seg vaksinere og et ønske om å la seg vaksinere. En rekke aktivatorer og barrierer til vaksinasjon kan påvirke bevegelse på tvers av dette spekteret. Dette kan være på individuelt nivå og samfunnsnivå (f.eks. tro på promotering av helse eller erfaring med helsevesen og helsepersonell) i en nasjonal eller regional kontekst (f.eks. oppfatning av ledere, historiske hendelser, beskjeder og kommunikasjon), eller relatere til selve vaksinen (f.eks. oppfattet risiko kontra fordeler, hvor ny vaksinen er, tidsplan, måten den administreres på osv.) [10].

## Viktige målpopulasjoner for COVID-19

I alle land bør man legge ned kontinuerlig innsats for å vaksinere alle som kvalifiserer. I land hvor den samlede COVID-19-vaksinasjonsdekningen er lav, er det likevel fremdeles en prioritet å vaksinere eldre voksne og de med underliggende helsetilstander. I land som har oppnådd god samlet vaksinedekning, er det fremdeles underpopulasjoner hvor dekningen fremdeles er lavere enn ønsket. Vær klar over at disse gruppene er ekstremt heterogene, selv om de kanskje drøftes som frittstående realiteter, et faktum man må betrakte i utformingen av strategier for å promotere aksept og opptak av vaksiner. To av de viktigste populasjonene identifiseres nedenfor.

**Populasjoner som er sosialt sårbare og vanskelige å nå frem til:** folk fra marginaliserte etniske minoriteter, papirløse migranter, folk som opplever hjemløshet og uføre står overfor en rekke utfordringer i forbindelse med å la seg vaksinere mot COVID-19. Viktige bekymringsområder for disse populasjonsgruppene kan inkludere generell mistanke overfor myndigheter, språkbarrierer, fysiske utfordringer i tilgangen til vaksinasjonsområder og frykt for stigmatisering [14,15]. Videre er disse samfunnene ofte utsatt for økt infeksjonsrisiko på grunn av overfylte og, i blant, dårligere leveforhold, som betyr at de har ekstra stort behov for å la seg vaksinere. Tross økt risiko er ikke disaggregerte data om migrantstatus og etnisk minoritet osv. bredt tilgjengelig, noe som betyr at de spesielle utfordringene de står overfor forblir usynlige for beslutningstakere [16].

**Barn og ungdom som kvalifiserer til vaksinasjon, samt foreldre.** En rekke EU/EØS-land har begynt å tilby COVID-19-vaksinasjon til barn og ungdom som har fylt 12 år [2]. Selv om de ofte kun opplever mild sykdom, står folk i denne aldersgruppen fremdeles overfor risikoen for å utvikle lang COVID-19, og de kan også fungere som reservoar for viruset. Å vaksinere dem mot COVID-19 innebærer et meget spesielt sett med utfordringer. Siden de hovedsakelig er juridisk avhengige, vil foreldre eller verger sannsynligvis være involvert i eventuelle beslutninger om å la dem vaksinere seg, spesielt for yngre aldersgrupper [17]. Som sådan vil foreldrenes synspunkter og bekymringer spille en kritisk rolle for en enhver innsats for å tilby COVID-19-vaksinasjoner til barn og ungdom. Det er likevel essensielt at unge menneskers synspunkter og erfaringer også tas i betraktning, at autonomien deres respekteres og at de inkluderes i diskusjoner om vaksinasjon på en måte som er tilpasset alder [18].

Selv om en populasjon generelt ikke antas å ha lave vaksinasjonsrater, representerer helsepersonell likevel en ytterligere prioritetsgruppe for COVID-19-vaksinasjon i land over hele verden, inkludert i EU/EØS. Grunnen til dette er de høye nivåene av eksponering for COVID-19- og andre infeksjonssykdommer de står overfor, samt det faktum at de ganske enkelt kan spre viruset til pasienter og kolleger. Videre gir tilliten folk har til helsepersonell dem en viktig rolle i påvirkningen på pasienters oppfatning av både en vaksine og sykdommen denne er forbundet med. Derfor kan de ha en betydelig påvirkning på folks beslutninger i forhold til å la seg vaksinere [19-21]. Siden det er kjent at noen helsearbeidere har spørsmål og bekymringer om COVID-19-vaksinasjoner, [22,23], er det viktig å støtte og gjøre det mulig for dem å akseptere og motta COVID-19-vaksinasjon. Dette vil ha en direkte positiv effekt på dem og mulig overføring i situasjoner i helsevesenet. Det kan også lette pasientenes beslutning om å la seg vaksinere, og dermed beskytte den brede befolkningen [24].

## Diagnostisering av pådrivere og barrierer til aksept og opptak av vaksinasjon

Selv om alle EU/EØS-land sporer COVID-19-vaksinedekning i egne land, og noen sporer rapportert tillit til COVID-19-vaksiner, forsøker ikke alle å identifisere grunnene til vaksinasjonsdekning i ulike populasjonsgrupper som er lavere enn ønsket. Strategier kan derfor være rettet mot feil kombinasjon av «5C»-forutsetninger, som kan undergrave effektiviteten til innsatsen med å muliggjøre vaksinasjonsopptak og sløse med både økonomiske og tidsmessige ressurser i en nødsituasjon. Den eksisterende heterogeniteten i intensjoner og atferd forbundet med vaksinasjon, selv innenfor en definert underpopulasjon i et gitt land, betyr også at det ikke kan finnes en «one-size-fits-all»-tilnærming. Strategier må rettes mot ulike grupper i henhold til de spesifikke behovene disse har.

I løpet av pandemien har noen EU/EØS-land innhentet tverrsnittsdata i stor skala om folks aksept og overholdelse av ikke-farmasøytiske COVID-19-intervensjoner, i tillegg til oppfatninger, intensjoner og rapportert atferd i forbindelse med vaksinasjon. Det vanligste verktøyet for å innhente disse dataene på populasjonsnivå i EU/EØS har vært et spørreundersøkelingsverktøy om innsikt i atferd forbundet med COVID-19, som har blitt gjort tilgjengelig av Verdens helseorganisasjons (WHO) regionskontor for Europa. Dette verktøyet har blitt tilpasset bruk i opptil flere land for å spore atferd forbundet med og holdninger til ulike forebyggende tiltak og policyer [25-27]. Emnene som dekkes av spørreundersøkelingsverktøyet fra WHO har utviklet seg i takt med at vilkår har endret seg i løpet av pandemien, og de inkluderer nå spørsmål om atferd og intensjoner i forhold til vaksinasjon. Foreløpige retningslinjer for å utføre både kvantitativ og kvalitativ diagnostisk forskning på atferdsrelaterte og sosiale pådrivere for aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon har også blitt utviklet av WHO og UNICEF [28] men disse har ikke blitt formelt validert ennå.

Det fins opptil flere offentliggjorte virkemidler som vurderer pådrivere for tillit til og aksept av vaksiner. Disse er generiske og ikke spesifikke for COVID-19-pandemien. De inkluderer Vaksinetillitsindeksen [29], Vaksineakseptskalaen [30] og Foreldres holdninger til vaksiner for barn [31]. Vær klar over at disse virkemidlene har en tendens til å sette hovedfokus på tillit, og at de i mindre grad tar hensyn til de andre fire «C-ene» [9]. Derfor er de kanskje ikke like effektive som WHO's spørreundersøkelingsverktøy når det kommer til å diagnostisere folks atferd og intensjoner forbundet med COVID-19, og dermed bidrar til å definere de best egnede intervensjonene for å lette opptak av vaksinasjon. På den andre siden tilbyr WHO's spørreundersøkelingsverktøy en tilgjengelig, enkelt tilpassbar og – enda viktigere – sammenlignbar metode som kan ruller ut raskt for å lette utforming og implementering av strategi basert på innsikt i atferd [32].

## Diagnostisering av faktorer som påvirker aksept og opptak av vaksinasjon i Finland

Det finske instituttet for helse og velferd (THL) gjennomførte en tilpasset versjon av WHOs spørreundersøkellesstudie tre ganger i løpet av våren 2020 – én gang i løpet av høsten i 2020 og én gang i løpet av våren i 2021. Rundt 1 000 respondenter deltok i hver runde av spørreundersøkelsen, som ble utvalgt for å sikre at de var representative for den voksne befolkningen i Finland i forhold til alder, kjønn og bosted. Spørsmål om intensjoner i forhold til vaksinasjon ble inkludert i tidligere runder [1], og faktisk atferd i forhold til vaksinasjon i den siste runden. Disse funnene ble godt mottatt av beslutningstakere, og de dannet et godt grunnlag for landets innsats innen risikokommunikasjon samt for den bredere COVID-19-kontrollstrategien.

Likevel, grunnet kostnaden av det å gjennomføre WHOs spørreundersøkelse som frittstående aktivitet, ble noen av de vaksinasjonsrelaterte spørsmålene senere innlemmet i den pågående og mer generelle nasjonale Citizens' Pulse-spørreundersøkelsen, som ble gjennomført hver tredje eller fjerde uke av Statsministerens kontor i Finland. Dette reduserte kostnadene betraktelig og gjorde spørreundersøkelsen mer bærekraftig, samtidig som det ga muligheten til å overvåke akseptnivåene for vaksiner med jevne mellomrom. Videre, gjennom å sammenligne resultater fra de to ulike spørreundersøkelsene, var det mulig å vurdere påliteligheten og gyldigheten til dataene som gikk ut fra WHO-spørreundersøkelsens verktøybaserte spørreundersøkelse. Imidlertid er det verdt å merke seg at den raske utrulling og endrede omstendigheter for COVID-19-vaksinasjonsordningen gjorde det nødvendig å tilpasse noen av spørsmålene, noe som gjør sammenligning utfordrende over tid. For eksempel har spørsmålet «Ville du tatt vaksinen dersom den var tilgjengelig?» blitt overflødig, noe som fremhever behovet for å holde oversikt over spørsmålene som er relevante for dagens kontekst.

Én stor følge av dette diagnostikkarbeidet har vært at dataene tydelige har vist hvordan lav tillit til vaksiner i Finland bare er én av flere faktorer som hindrer opptak – de andre C-ene spiller også en vesentlig rolle. Dette har lettet utviklingen av mer passende beskjeder, som i sin tur har styrt den offentlige debatten unna det å fokusere utelukkende på lav tillit til vaksiner, og mot mer opplyste diskusjoner om andre problemer med tilsvarende viktighet (f.eks. hvordan vaksinasjonstjenester organiseres samt problemer forbundet med likegyldighet og risikooppfatning). Det har også ført til bedre strategisk beslutningstaking for immuniseringsordningen, samtidig som det også støtter ordningen på kommunenivå ved å gi informasjon om faktorene som påvirker folks atferd i forhold til vaksinasjon.

Kvalitativ forskning bør alltid anses som en viktig komponent av eventuell omfattende diagnostiske analyser av intensjoner og atferd i forhold til vaksinasjon. Det kan gi innsikt i potensielt viktige nyanser, samtidig som det besvarer «hvordan»- og «hvorfor»-spørsmål som ofte brukte spørreundersøkelser kanskje ikke er i stand til å belyse [33]. I tillegg til den kvalitative komponenten av WHO/UNICEF-verktøyet nevnt ovenfor [28] har et kvalitativt forskningsverktøy utviklet av WHOs regionskontor for Europa blitt brukt med helsepersonell i syv land. Dette verktøyet utforsker pådrivere og barrierer for COVID-19-vaksinasjon for helsepersonell og jobben de gjør med å anbefale vaksinasjon til pasienter. Verktøyet tilbyr en rask tilnærming til dataanalyse, slik at innsikter kan opplyse skreddersydde intervensjoner for målgrupper på en rettidig måte, og har nå blitt videreutviklet for bruk med andre målgrupper for COVID-19-vaksinasjon. Dette verktøyet kommer til å publiseres snart. For tilgang til verktøyet og støtte kan utviklerne kontaktes på [euvaccine@who.int](mailto:euvaccine@who.int).

Trolig kommer de fleste EU/EØS-land til å ha kapasitet til å gjennomføre denne typen diagnostisk forskning – uansett om den er kvantitativ eller kvalitativ – selv om den kapasiteten kanskje ikke er tilgjengelig i offentlige helseinstitusjoner eller andre myndighetsorganer. Universitetsbaserte samfunnsforskere har ofte teknisk knowhow for å implementere slikt arbeid, på samme måte som sivilsamfunnsorganisasjoner som kanskje også er i stand til å utnytte driftsdata og tilbakemeldinger fra tjenestemottakere. På steder hvor offentlig sektor har begrenset med ressurser, kan medlemsstater oppdage nytten av å kartlegge og identifisere ekspertise landet sitter på, og deretter benytte seg av denne ved å få noen andre til å ta seg av forskningen. I tillegg til å forsyne relevante diagnostiske data om atferd og intensjoner forbundet med COVID-19-vaksiner, kan denne tilnærmingen bidra til å bygge et nasjonalt samfunns- og atferdsvitenskapelig fellesskap for praksis, som også kan komme til nytte i undersøkelser om andre helsespørsmål i fremtiden. Et eksempel på slikt samarbeid kan ses i Danmark, hvor landets diagnostiske studie har vært utført av Universitetet i København [27].

## Strategier for å øke aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon

Dette avsnittet presenterer strategier som har blitt implementert i ulike EU/EØS-land, som retter seg mot hver av de 5 C-ene. Selv om hver av de presenterte strategiene har blitt kategorisert inn i én spesifikk «C» de er rettet mot, retter faktisk mange av strategiene seg mot to eller flere av C-ene samtidig. For eksempel vil en fellesskapsbasert tilnærming som fokuserer på økt tillit til vaksinasjonsordningen også forsøke å ta opp

begrensninger på tilgjengelighet. På grunn av denne overlappingen kan det være nyttig for lesere å gjennomgå alle intervensjonene på listen i forsøk på å identifisere potensielle strategier for bestemte populasjoner. Vær også klar over at de presenterte strategiene bør anses som inspirasjon som kan implementeres i ulike sammenhenger, istedenfor en foreskrevet tilnærming som må følges strengt.

Strategiene som presenteres her ble identifisert gjennom en systematisk gjennomgang som inkluderer en rekke materialer og kilder. Disse ble valgt for å vise mangfoldet i de betjente populasjonene og geografiske regioner som er representert. Medregningen av en bestemt strategi i et bestemt land bør kun anses som en indikasjon som er «bedre» enn en annen en, som er implementert i et annet land. Likeledes kan det å ekskludere en bestemt strategi i et bestemt land ikke på noen måte antyde at den var «dårligere egnet» enn én som ble inkludert. I tillegg – selv om land konstant har adoptert mangefasetterte tilnærminger for å muliggjøre aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon – inkluderer vi her spesifikke eksempler på initiativer, kampanjer og verktøy som har til hensikt å fremheve hvordan en bestemt «C» har blitt adressert, enten for befolkningen generelt eller for en underpopulasjon. Disse eksemplene gir et øyeblikksbilde på noen elementer av de bredere initiativene som implementeres på landsnivå.

**Tillit:** Strategier er forbundet med å bygge tillit – tillit til helsevesenet som tilbyr vaksinen, tillit til politikere som tar avgjørelser om vaksinen og tillit til selve vaksinens trygghet og effektivitet [9].

Medlemsstat	Hvem som er i målgruppen	Utpekt barriere	Eksempel på intervensjon
Belgia	Sårbare samfunn og befolkningen generelt	Tillit til helsevesenet	<p>Dette var en pilotordning som omfattet samfunnets helsepersonell, som hadde fått i oppgave å styrke folks kunnskap om og tiltro til helsevesenet for å øke COVID-19-opptak i sosialt sårbare populasjoner i Flandern [34]. En øvelse i samfunnskartlegging ble utført i hver av regionens primærhelsetjenestesoner, mens pålitelige interessenter ble identifisert for hvert fellesskap. Teamet arbeidet med disse pålitelige medlemmene av fellesskapet, i tillegg til andre primærhelsetjenester, sosialhjelp og pasientforeninger for å utforme og implementere en vaksinasjonsstrategi [35]. Medlemmer av selve fellesskapene informerte selv sine likemenn om COVID-19-vaksinen, linket dem til pleien og fulgte dem til den første vaksinasjonen, i tillegg at de utførte oppfølgingsaktiviteter etter vaksinasjonen [35,36]. Disse fellesskapsledede og fellesskapsbaserte teamene er linket til det regionale data-dashbordet for dekning, og de har også tilgang til aggregerte og anonymiserte data om komorbiditeter innsendt av allmenpraktiserende leger i regionen. Med denne informasjonen kan de fokusere på områder med lav vaksinasjonsdekning og høy risiko [35].</p>
Irland	Unge mennesker	Tillit til vaksinens trygghet og tillit til helsevesenet	<p>SciComm er et initiativ som benytter seg av et nettverk bestående av vitenskapsformidlere for å skape en dialog og svare på unge menneskers spørsmål og bekymringer, med mål om å fostre tillit og dermed øke vaksineopptak hos unge mennesker [37]. Nettverket ble dannet av Helsedepartementet gjennom å sende ut en forespørsel til doktorander som jobber innen helsevitenskap og vitenskapskommunikasjon [37]. Målet var å nå unge mennesker i nettbaserte fellesskap hvor de allerede er aktive, og engasjere dem på et område de har følt seg ekskludert fra [37,38]. Vitenskapsformidlernes nettverk møter representanter fra Helsedepartementet annethvert år for å få svar på egne spørsmål, og definerer deretter ukentlige beskjeder basert på bekymringer reist av unge mennesker (som definert av Helsedepartementet gjennom fokusgrupper og spørreskjemaer [38]), og på aktuelle utviklinger innen vitenskap. Nettverket publiserer aktivt innhold og samhandler på sosiale medier (Facebook, Instagram, TikTok), og engasjerer dermed unge mennesker landet rundt, deler erfaringer, besvarer spørsmål og kommer med tilsvarende feilinformasjon i forhold til COVID-19-vaksinasjon [39].</p>
Nederland	Helsepersonell	Tillit til vaksinens trygghet	<p>Nederlands nasjonale institutt for folkehelse og miljø (RIVM) har utviklet en e-læringsmodul som er offentlig tilgjengelig for helsefagarbeidere i Nederland [40]. Den tilbyr opplæring om vaksineutviklingsprosjekt samt informasjon om vaksinens sikkerhet og effektivitet. Den har også dialoger og manus for hvordan man snakker om COVID-19-vaksinasjon med pasienter [41]. Modulen gjennomgår foreløpig en prosess for validering og akkreditering.</p>
Storbritannia (ikke et EU/EØS-land)	Befolkningen generelt	Overvåkning av covid-19-vaksiners sikkerhet og effekt	<p>Universitetene i Nottingham, Southampton og Kings College London har samarbeidet med National Institute of Health Research (Nasjonalt institutt for helseforskning) for å lage en chatbot for å drøfte og skape dialog med individer om bekymringer de har rundt COVID-19-vaksinasjon [42,43]. Chatboten stiller flere innledende spørsmål og individers bekymringer og presenterer – basert på svarene – vitenskapelig bevis på en ikke-dømmende måte [44]. Mens denne chatboten svarer på bekymringer om</p>

			vaksinasjon ved å benytte seg av forhåndsprogrammerte svar, har Johns Hopkins University og IBM lansert en lignende chatbot, som samhandler med brukere ved hjelp av kunstig intelligens. Denne chatboten er mer fleksibel og lar brukere skrive fritekst, og gir svar på bekymringer rundt vaksiner [45].
--	--	--	--

**Begrensninger:** strategier som retter seg mot begrensninger fokuserer vanligvis på å øke tilgjengelighet, folks evne til å forstå informasjon (helseforståelse og språk), hvor attraktive immuniseringstjenestene er, samt å adressere oppfattede eller faktiske prisbarrierer.

Medlemsstat	Hvem som er i målgruppen	Utpekt barriere	Eksempel på intervensjon
Norge	Språklige minoriteter	Vanskeligheter med å forstå informasjon og vaksinasjon	Informasjon om vaksinasjon har blitt oversatt og er tilgjengelig på over 45 språk, og dette benyttes i innsatser for å engasjere seg med sårbare populasjoner [46,47]. I Oslo har somalitalende «ambassadører» fra fellesskap – identifisert av helsepersonell i samarbeid med selve fellesskapene – delt informasjon om COVID-19 på somali [48]. Dette arbeidet ble utført i samarbeid med organisasjoner fra sivilsamfunnet, akademia og det norske Folkehelseinstituttet.
Italia	Migranter	Tjenestenes attraktivitet	I noen regioner har registreringskravene endret seg, slik at vaksinerte personer ikke behøver et helsennummer, og det gis også forsikring om at personopplysninger ikke kommer til å deles med myndigheter som ikke har med helse å gjøre (f.eks. politi- eller immigrasjonsmyndigheter) [49]. I andre område – for eksempel Toscana – har vaksinasjonslokaler blitt brukt til individer uten helsekort for å muliggjøre tilgang for papirløse migranter [50]. I regionen Sicilia har nasjonale helsemyndigheter samarbeidet med organisasjoner fra sivilsamfunnet i vaksinasjon av migranter, og bruker kulturformidler for å kommunisere rundt vaksinasjonstjenester [51].
Tyskland	Befolkningen generelt	Fysisk tilgjengelighet	Myndighetene implementerte en landsdekkende «vaksinasjonsuke» i september, som sammenfalt med slutten av sommerferien og skolestart. Vaksinasjonsuke-tiltaket – ved å bruke emneknaggen «#HierWirdGeimpft» («vaksinasjon finner sted her») – fokuserte på å gjøre vaksinasjon lett tilgjengelig på områder det hyppig utøves tilgang til (f.eks. gudshus, ungdomsklubber, idrettslag, markeder) for å muliggjøre opportunistisk tilgang til vaksiner, og dermed booste vaksinedekningen før høsten [52].
Tsjekia	Befolkningen generelt	Fysisk tilgjengelighet	Regionale kommuner distribuerer mobile team for å nå individer med begrenset mobilitet, i tillegg til fellesskap som har problemer med å komme seg til vaksinasjonssentre. Allmennpraktiserende leger i områder med lav dekning har også samarbeidet i forsøk på å vaksinere egne pasienter ved å tilby økt tilgjengelighet [47].
Spania	Unge mennesker og studenter	Tilgjengelighet og tidsbegrensninger for unge mennesker som kanskje er mer mobile grunnet studier.	<i>Vacunabuses</i> (vaksinasjonsbuss) er et partnerskap mellom Madrids helsemyndighet og spanske Røde Kors. Intervensjonen består av 18 mobile team som jobber på tvers av offentlige og private institusjoner for høyere utdanning [53,54], som er åpne for drop-in-vaksinasjon til slutten av den første måneden med skole. Målet er å øke dekningen i populasjoner med lav dekning, og ikke være avhengig av å oppnå



Medlemsstat	Hvem som er i målgruppen	Utpekt barriere	Eksempel på intervensjon
			vaksinasjon gjennom sentre i studentenes primær bosteder [55].

**Likegyldighet:** likegyldighet knytter seg til lav oppfattet risiko for sykdommen, som kan hindre et individs motivasjon til å la seg vaksinere [56]. Tidligere i pandemien ble for eksempel unge mennesker og barn ofte identifisert som personer med svært lav COVID-19-risiko sammenlignet med eldre voksne. Som sådan må strategier med mål om å adressere likegyldighet kanskje fokusere på å forklare unge mennesker risikoen for COVID-19 og styrke forståelsen deres av den underliggende viktigheten av vaksinasjon mer generelt.

Medlemsstat	Hvem som er i målgruppen	Utpekt barriere	Eksempel på intervensjon
Tyskland	Befolkningen generelt	Forstå risiko kontra fordeler ved COVID-19-sykdom og -vaksinasjon.	Robert Koch-instituttet publiserer ukentlig et sett med spørsmål og svar basert på spørsmål og bekymringer identifisert av en vanlig spørreundersøkelse forbundet med COVID-19 (COVIMO) [26,57]. Spørsmålene og svarene bruker en risikokommunikasjons-tilnærming og fremhever risikoen for COVID-19 samt fordelene ved vaksinen. Spørsmål til spesielle sårbare grupper (f.eks. gravide kvinner) eller interessegrupper (f.eks. barn) er også inkludert. Svarene inneholder linker til ytterligere informasjon.
Nederland	Foreldre, barn og unge mennesker	Oppfatning av risiko for COVID-19 hos barn / unge mennesker, risiko og trygghet til vaksinasjon.	En studie ble gjennomført for å undersøke pådrivere for usikkerhet til COVID-19-vaksiner hos foreldre og barn [58]. Basert på studiens funn ble det gjennomført et nettbasert intervju med en barnelege som leder den nederlandske barnelegeforeningen, og som er involvert i landets team for utbruddshåndtering. Han adresserte spørsmål om risikoen for COVID-19 og fordelene ved vaksinasjon [59]. Det har også blitt stiftet partnerskap mellom utdanningsinstitusjoner, utdanningsforeninger og helseinstitutter for å tilby informasjon om risikoen for COVID-19 for unge mennesker og barn, og fordelene ved vaksinasjon [47].
Polen	Befolkningen generelt	Oppfatning av risiko for COVID-19	Et team ble satt sammen av det nasjonale helsefondet for å ringe individer som ikke ennå har blitt vaksinert, som identifisert gjennom sykejournaler. Individer spørres om hvorfor de ikke hadde blitt vaksinert, og de engasjeres i en diskusjon som fokuserer på risiko kontra fordeler ved vaksinasjon. Det ble gjort en innsats for å overbevise dem om at vaksinasjon er fordelaktig for dem, og er deretter i stand til å tilby og akseptere registrering for vaksinasjon [47].

**Beregning:** Beregning i 5C-modellen referer til et individs analyse av oppfattet risiko og fordeler ved vaksinasjon [9]. Strategier som adresserer beregning kan derfor rette seg mot å forsyne nøyaktig informasjon som adresserer vaksinekritiske kilder – inkludert feilinformasjon – og legge vekt på fornuftsgrunnlaget for og viktigheten ved vaksinasjon.

Medlemsstat	Hvem som er i målgruppen	Utpekt barriere	Eksempel på intervensjon
Østerrike	Befolkningen generelt	Tilgang til korrekt informasjon og avsløring av feilinformasjon	Det er satt opp et nettsted som tilbyr oppdateringer på vaksinasjonsstrategi. Det inkluderer linker om hvor og hvordan man blir vaksinert, med generell informasjon om COVID-19 og vaksinasjon. Formatet inkluderer korte videoer, intervjuer med helsepersonell (som en pålitelig kilde), en serie kalt «Science Busters» og en serie kalt «Consultation Hour», hvor eksperter intervjues om vaksinasjon [60]. Disse resultatene er alle skreddersydd etter bestemte bekymringer identifisert i ulike fellesskap. [47]. Disse ressursene er kun tilgjengelige på nettstedet samt på YouTube. En annen side lister opp leger som er involvert i «Østerrike vaksinerer»-initiativet og som kan kontaktes med spørsmål [61]. Enda et nettsted forsyner regional informasjon om hvor vaksinasjonstjenester er å finne.
Spania	Befolkningen generelt	Kampanjer i massemedia	I Spania har flere kampanjer i massemedia blitt brukt til å spre informasjon om fordelene ved COVID-19-vaksinasjon, og disse har også adressert vanlige bekymringer. Én slik kampanje fokuserte på å forklare vaksinens sikkerhet, og brukte talspersoner fra det spanske byrået for medisiner og helseprodukter (AEMPS) [62] for å forberede eller snakke med individer som kanskje ikke har latt seg vaksinere grunnet informasjonen som sirkulerer om at COVID-19-vaksinene ble utviklet for raskt. En annen kampanje – #yomevacunaseguro – presenterer personlige oppfordringer fra unge mennesker, eldre voksne og forskere om hvorfor det er så viktig bli vaksinert [63].
Nederland	Befolkningen generelt	Avsløring av feilinformasjon	Det nasjonale instituttet for folkehelse og miljøet har investert i stordataanalyser for å identifisere de vaksinasjons- og vaksinerelaterte spørsmålene det søkes hyppigst etter, og for å analysere innhold på vaksinekritiske nettsteder. De bruker disse analysene til å produsere tilgjengelig og lettforståelig informasjon rettet mot å motvirke vanlige påstander med feilinformasjon publisert på nettet. Overvåkingsteamet svarer også direkte på feilinformasjon om vaksinasjon på nettet, avhengig av kilde om rekkevidde. Til slutt har de en Misinformation Thinktank – koordinert av helsedepartementet, hvor eksperter melder seg frivillig til å avsløre feilinformasjon gjennom bruk av deres egne personlige kontoer og sosiale medier [64].

**Felles ansvar:** strategier rettet mot kollektivt ansvar kan inkludere kommunikasjonskampanjer om COVID-19-vaksinasjon som adresserer til psykososiale faktorene forbundet med en intensjon om å la seg vaksinere, som overbevisningen om at det å la seg vaksinere personlig ofte kommer til å beskytte andre (og dermed promotere en følelse av moralsk plikt), og at vaksinasjon er nøkkelen til å gjenåpne samfunn [65].

Det å kommunisere de sosiale fordelene ved vaksinasjon kan medføre styrkede intensjoner om å la seg vaksinere. Imidlertid fremhever forskning på dette emnet flere faktorer som kan påvirke effektiviteten til slike beskjeder: kulturelle og sosiale kontekster (i noen samfunn anses vaksinasjon allerede som et felles ansvar), pro-sosiale verdier til dem som mottar beskjeden, kommunikasjonsformater og anvendte kanaler (f.eks. som viser hvordan beskyttelse av fellesskapet virker via en interaktiv simulasjon kan være mer effektiv enn bare å bruke en kort tekst) og usikkerhetsnivået hos individer [66]. I forbindelse med de siste punktet er det mindre sannsynlig at individer ser felles nytte av vaksinasjon, og det kan dermed være mer effektivt å fremheve personlig nytte for disse individene [67].

Medlemsstat	Hvem som er i målgruppen	Utpekt barriere	Eksempel på intervensjon
Sverige	Befolkningen generelt	Beskjeder som inkluderer oppfordringer til felles ansvar.	Da utrulling av vaksinerne startet, omfattet informasjonskampanjene fra de svenske folkehelsemyndighetene, sammen med andre organisasjoner, budskap basert på «beskytt deg selv og andre»-prinsippet i flere medier. Informasjonen ble også oversatt til flere språk [68]. Nok en kampanje, med bilder og plakater oversatt til flere språk, inneholdt budskapet «Sammen mot bedre tider» (f.eks. gleden av å møte venner og familie igjen). Materialene omfattet også korte videoer med vaksineeksperter som forklarer viktighetene ved vaksinasjon som et tiltak for å kontrollere sykdomsspredning, returnere til et normalt liv og få en slutt på pandemien [69]. Det bør nevnes at felles ansvar ikke var hovedstrategien de svenske myndighetene adopterte, men elementer ved denne strategien omfattet denne «C-en» som fokus.

## Tilleggsstrategier for å øke vaksineopptak

I noen land – når andre typer intervensjoner har blitt ansett som utilstrekkelige for å oppnå høy vaksinedekning – har det blitt introdusert tiltak basert på insentiver, krav til sertifikater og mandater. Imidlertid er det viktig å merke seg at disse initiativene – selv om de kan vise seg å være effektive som utløserer som tilskynder folk som er nølende i forhold til eller er imot vaksinasjon – heller forsøker å forme atferd enn å endre hvordan folk tenker og føler rundt vaksinasjon. I tillegg kan insentiver og sanksjoner minimere mulighetene til å forsinke vaksinasjon ved å kreve dette for et individ som vil oppnå et ønsket utfall (f.eks. tilgang til utdanning, ansettelse, underholdning eller reise) [70].

Basert på dette prinsippet, bygget på en erkjennelse fra COVID-19-pandemien om at det kan være flere komponenter som sikrer at en populasjon vaksinerer seg, har «compliance» (overholdelse) nylig blitt foreslått som et tilleggselement til 5C-modellen [71]. «Overholdelse» refererer til vaksinasjonspolicyer som går utover det å adressere folks følelse av felles ansvar, og i stedet fokuserer på samfunnsovervåking og sanksjoner for folk som ikke er vaksinerte. Det vil være behov for mer forskning for å vurdere hvordan slike initiativer har bidratt til vaksineopptak i løpet av COVID-19-pandemien.

**Insentiver:** atferdsforskning utført tidligere tilsier at – selv om insentiver kan bekrefte viktigheten av vaksinasjon – de også kan signalisere at noen velger å ikke la seg vaksinere, noe som i sin tur kommuniserer at vaksinasjon ikke er en normativ atferd. Videre indikerer en sammenfatning av omtaler av insentivstrategier avvikende anbefaler, hvor noen studier bekrefter at tilnærmingen er effektiv, mens andre argumenterer for at bevisene for effektivitet er inkonklusive. Dette kan imidlertid være grunnet intervensjonenes heterogenitet og kvaliteten på studiene, i tillegg til det faktum at det kan være vanskelig å forvise seg om insentivenes effekt når disse kombineres med andre strategier [70].

Forskning gjort i innledningsfasen av COVID-19-vaksinasjonsutrulling utfordret de opprinnelige forslagene om at pengemessige insentiver kunne fostre villighet til å la seg vaksinere. Denne forskningen advarte om at kampanjens fokus i begynnelsen – når en ny vaksine blir tilgjengelig – burde ligge på å vekke tillit, spesielt i forbindelse med vaksinerens trygghet. Når sikkerhetsbetyrninger reduseres, kan pengemessige insentiver fremme vaksineopptak ytterligere, men at det er behov for mer forskning på dette emnet [72]. En stor randomisert og kontrollert undersøkelse utført i Sverige i mai–juli 2021 viste at selv beskjedne pengemessige insentiver kan styrke COVID-19-vaksinasjonsratene (med 4,2 prosentpoeng fra en grunnrate på 71,6 %), uavhengig av deltakernes sosiodemografiske bakgrunn. Denne studien fremhever også andre problemer som må tas i betraktning: etiske

aspekter, mulige variasjoner i effekt avhengig av vaksinasjonsrater i et land, hvem som gir incentivet (i denne studien var dette forskningsteamet) og den potensielle risikoen ved incentiver som undergraver folks villighet til å la seg vaksinere i fremtiden (f.eks. ta oppfriskningsdoser) uten å få betalt [73]. Andre studier fremhever at økonomiske incentiver til å «la seg vaksinere» kan virke attraktive når de fokuserer på grupper med varig lave vaksinasjonsrater, og muligens produsere en kortsiktig økning i vaksinasjon, men de er ikke en panasé. Mer utstrakt vil det fremdeles være behov for komplementære strategier, som å identifisere kilder til resistens, adressere barrierer til tilgang og opptak samt å kommunisere på en transparent måte for å bygge tillit til det offentlige [74]. Incentiver for bestemte målgrupper, som helsepersonell, bør planlegges og utvikles i samarbeid med representanter fra disse gruppene [24].

**Krav til sertifikater:** flere EU/EØS-land har implementert krav om å vise vaksinasjonsbevis gjennom et sertifikat, grønt pass eller helsepass, som også kan inkludere bevis på friskmelding etter COVID-19 og bevis på negativt testresultat. Det kreves at personer har slike sertifikater for å få tilgang til bestemte lokaler, delta i fritids- og kulturaktiviteter eller bestemte profesjonelle aktiviteter, reise eller tilgang til arbeidsplasser. For formålene i denne rapporten separerer vi denne typen sertifikatkrav fra «vaksinemandatene» som drøftes nedenfor, selv om termene kan brukes om hverandre i litteratur. I tillegg – gjennom å ikke bare fokusere på vaksinasjonsbevis, men også bevis på friskmelding eller et negativt testresultat – ikke sertifikater som spesifikt «påbyr» vaksinasjon. EUs digitale COVID-19-sertifikat er et eksempel på et krav som, i dette tilfellet, har som mål å lette fri bevegelse innenfor EU [75].

Forskere advarer om at virkningen «passforslag» har på vaksinasjonsintensjoner kan variere avhengig av hva sertifikatene dekker (vaksinasjon, nylig test, antistoffer), hvilken type aktiviteter disse gjelder for (internasjonal reising, tilgang til lokaler, ansettelse) og når de introduseres (umiddelbart eller etter at alle har fått tilbud om vaksinasjon). Dette kommer i sin tur til å påvirke folks oppfatninger av sertifikater i forhold til legitimitet, rettferdighet og følelse av tvang [76]. Forskerne indikerer at «vaksinepass» kan gjøre dem som allerede tenker å la seg vaksinere enda mer positive til egen intensjon, men de kan ha motsatt effekt på de som har bekymringer rundt vaksinen. Krav til sertifikater har fremprovosert motstand fra noen politiske og økonomiske aktører, som vist i England da myndighetene trakk tilbake planen om å introdusere et «vaksinepass» for dem som ønsker tilgang til nattklubber og fullsatte arrangementer, midt i kritikk av problemer og kostnader ved implementeringen [77]. En studie utført i Storbritannia og Israel konkluderte med at lokale vaksinepass kan ha en skadelig effekt på folks autonomi, motivasjon og villighet til å la seg vaksinere, og at kommunikasjon om autonomi og forbindelse bør foretrekkes over press og kontroll [78]. Basert på en studie utført i Storbritannia, understreker forskere den potensielt polariserende effekten av vaksinepass. Selv om dette vanligvis støttes i et land, kan det være store variasjoner i hvor attraktive vaksinepass er for spesifikke befolkningsgrupper (f.eks. unge mennesker, etniske minoriteter osv.) og dette kan risikere at man hindrer spesifikke populasjoner og geografisk baserte klynger fra vaksinasjon [76]. Det vil være behov for mer forskning om potensielle utilsiktede konsekvenser av slike «vaksinepass».

**Krav til vaksinasjon/mandater.** Selv om mandater kan være svært effektive, advarer forskere om at andre strategier kanskje kan være tilstrekkelige eller mer tilrådelige, avhengig av årsakene til undervaksinasjon. I noen spesifikke målgrupper, som helsepersonell, har det likevel vist seg at krav øker vaksinedekningen [70]. Mandater signaliserer støtte til policyer om immunisering, og kan derfor øke ressursene til vaksinasjonsinfrastruktur. Likevel kan de også være kontraproduktive i eventuelle populasjoner uten bred støtte til vaksinasjon [79]. Basert på tidligere erfaringer med vaksinemandater (f.eks. i USA) og utfordringen introduksjonen av de nye COVID-19-vaksinene utgjorde, bemerket forskere før vaksinasjonsutrollingen at de begrensede mandatene med støtte i befolkningen – i spesifikke sammenhenger – kunne være en del av en omfattende intervensjonspakke [79]. Mandater krever imidlertid et juridisk rammeverk som tillater myndighetene å begrense personlige friheter på grunn av folkehelse, i tillegg til godkjenninger på policynivå. Som sådan kan de også utfordres i domstolene, generere debatter om personlige friheter og – selv om de kan oppmuntre noen av dem som nøler til å la seg vaksinere – de kan også fyre opp under motstand [80,81]. Det er også behov for forsiktig vektning av etiske hensyn i forhold til mandater, som fremhevet av WHO [82].

Noen EU/EØS-land har implementert mandater for COVID-19-vaksinasjon, andre land vurderer denne strategien, mens andre foretrekker en frivillig tilnærming til vaksinasjon [47,83]. Flere EU/EØS-land har tidligere implementert vaksinemandater for bestemte vaksiner og befolkningsgrupper, spesielt unge barn [84], for å adressere stupende vaksinasjonsrater, vaksinenøling og gjentatte utbrudd, særlig av meslinger. For eksempel introduserte Italia i 2017 en lov som utvidet en liste med obligatoriske vaksinasjoner for spedbarn fra fire til ti vaksiner (f.eks. polio, difteri, hepatitt B, meslinger, kuma, røde hunder, vankopper osv.). Vaksinasjon ble påkrevd for at barn skulle få tilgang til skoler, og manglende overholdelse førte til pengemessige bøter. En gjennomgang av policyen oppdaget at vaksinedekningen har økt for samtlige vaksiner, selv om forfatterne erkjente at vaksinenølingen fortsatte å være et problem samt at den politiske og sosiale debatten om obligatorisk vaksinasjon fremdeles foregikk [85].

**Eksempler på insentiver, sertifikater og mandater**

Medlemsstat	Hvem	Utpekt barriere	Beskrivelse av strategi
Polen	Befolkningen generelt/ kommuner	Insentiver til økt opptak	I juli 2021 ble det lansert et lotteri med premier i natura eller kontanter for de som lar vaksiner [86]. Kommuner konkurrerte også om å oppnå de høyeste vaksinasjonsratene. De 500 første kommunene som klarte å vaksinere 75 % av befolkningen skulle motta pengepremier, mens de 49 kommunene som oppnådde høyest vaksinasjonsrate i egen region også skulle motta en pengepremie [87].
Belgia – Brussels hovedstadsregion	Generelle og spesifikke populasjonsgrupper	Krav/sertifikater for økt opptak	I Belgia ble en Covid Safe Ticket (CST) introdusert i august for å få tilgang til arrangementer som involverer mer enn 5 000 personer. Grunnet lavere vaksinasjonsrater i Brussels hovedstadsregion enn i andre av landets regioner, planla man å forlenge ticket-ordningen i Brussel til høsten og inkludere lokaler som restauranter, barer, treningssentre, arrangementer med mer enn 50 personer innendørs samt sykehus og pleiehjem. Tiltakets varighet kommer til å avhenge av den epidemiologiske situasjonen. En ticket sertifiserer at personen er fullvaksinert, har en negativ COVID-19-test eller et friskmeldingssertifikat. Dette kommer til å bes om fra enhver person som har fylt 16 år, men også fra de som har fylt 12 år dersom de besøker sykehus eller pleiehjem [88,89].
Italia	Profesjonelle grupper (helsevesen)	Mandater	Den 1. april 2021 godkjente Italia et dekrét som gjorde vaksinasjon obligatorisk for helsepersonell. Selv om man først valgte å gå for anbefalinger, adopterte den italienske staten det obligatoriske systemet for å oppnå høyest mulig vaksinasjonsgrad blant helsepersonell for å garantere sikker behandling og beskytte pasientenes helse [90]. Det var det første landet i Europa til å gjøre dette for COVID-19-vaksiner. Mandatet gjelder helsepersonell som utfører aktiviteter innen helse-, sosial- og velferdsstrukturer – offentlige eller private – og for apoteker, para-apoteker og profesjonelle kontorer. De som nekter å la seg vaksinere kommer enten til å overføres til oppgaver som ikke risikerer å spre viruset eller suspenderes uten lønn i opptil et år. Dekretet beskytter også leger som administrerer vaksiner mot kriminelt erstatningsansvar, så lenge sprøyten ble satt i henhold til Helsedepartementets instruksjoner [91].

## Evaluering av programmer rettet mot å øke aksept og opptak av COVID-19-vaksiner.

Eventuelle folkehelseintervensjoner bør – om mulig – evalueres [92]. Ideelt sett utføres evalueringer for å finne ut om en intervensjon har blitt implementert på en akseptabel måte, hvor effektiv den kan ha vært (inkludert, hvis aktuelt, i ulike underpopulasjoner) og også hvorvidt det kan ha hatt eventuelle uforutsette eller negative virkninger [92]. I tillegg ville det vært behov for evalueringer for å avgjøre om offentlige midler investeres på en kostnadseffektiv måte [93], noe som er spesielt viktig i en krisesituasjon der ressurser må målrettes på en forsiktig måte.

Gjennomføring av evalueringer av atferdsmessige intervensjoner kan likevel være metodologisk utfordrende, siden det er vanskelig å fastsette årsakssammenheng mellom en intervensjon, for eksempel en med mål om å øke COVID-19-vaksinasjonsopptaket, og faktisk opptak blant medlemmer av befolkningen. Dette er fordi mange andre urelaterte faktorer også kan påvirke vaksinasjonsratene, og det er ikke enkelt å utpeke hvilke faktorer som har hatt

en virkning. Epidemiologiens gullstandard-verktøy for å avgjøre en intervensjons effektivitet – den randomiserte og kontrollerte prøven – er logistisk kompleks og metodologisk krevende, så det er usannsynlig at den er gjennomførbart for å evaluere de fleste intervensjoner med mål om å muliggjøre aksept og opptak av vaksinasjon. Mangelen på en streng metodologi for å fastsette effektiviteten av disse, som er enkel å anvende, betyr også at de kanskje ikke er mulig å fastsette kostnadseffektiviteten deres. Likevel kan evalueringer før og etter intervensjonen brukes til å avgjøre hvorvidt eventuelle endringer i vaksinasjonsopptak kan ha funnet sted i et bestemt område i løpet av eventuelle intervensjonsperioder, og det kan også være mulig å sammenligne vaksinasjonsopptak der noen har mottatt intervensjonen, mens andre ikke har det. Man bør likevel være svært grundig i disse innsatsene for å unngå å tillegge årsakssammenheng mellom intervensjon og opptaksnivåer, siden dette verken kan eller bør antas [9].

Tross disse utfordringene er det fremdeles mulig å foreta gode evalueringer av intervensjoner for å øke vaksinasjonsopptaket, selv om hovedfokuset av disse evalueringene av nevnte grunner vanligvis vil være begrenset til en vurdering av prosessen, inkludert intervensjonens akseptabilitet og identifisering av mulige utilsiktede konsekvenser. Slike prosessevalueringer bør ideelt sett inkludere både kvantitative og kvalitative data linket til implementeringsprosessen. Kvantitative data bør basere seg på det som allerede er levert gjennom intervensjonen (f.eks. antall oppsøkende arrangementer) og hvordan dette har blitt mottatt av målpopulasjonen (f.eks. data innhentet gjennom spørreundersøkelser online eller offline). Kvalitativ forskning (i form av semi-strukturerte intervjuer, observasjoner, fokusgruppediskusjoner og nettbasert overvåkning av sosiale medier osv.) gir muligheten til å forstå «hvorfor» og «hvordan» ting skjedde i løpet av implementeringen [94]. Dette kan gjøre det mulig å fremheve hittil uidentifiserte problemer, inkludert utilsiktede konsekvenser som er synlige i funnene fra kvantitative data. Viktige nyanser innenfor fellesskap kan deretter også gjenkjennes og adresseres. Prosessevalueringer skal ideelt sett innhente data fra perspektivene til både tjenestenes brukere (f.eks. de som skal motta vaksinasjon) og tjenestenes tilbydere (f.eks. de som administrerer vaksinasjonen). Der det er mulig, bør evalueringer også involvere samfunnsorganisasjoner og partnere gjennom meningsfylt samarbeid, som en måte for å sikre at forskningens utforming er relevant for behovene til fellesskapene forskningen fokuserer på [95].

WHO's regionskontor for Europa har utviklet, og leder for tiden et evalueringsrammeverk og atferdsmessige og kulturelle COVID-19-intervensjoner, inkludert de med mål om å muliggjøre aksept og opptak av vaksinasjon. Gjennom å anerkjenne at intervensjoner i seg selv kan medføre utilsiktede positive og negative virkninger, inkluderer evalueringsrammeverket et fokus på de mer utstrakte effektene av intervensjonen, inkludert velvære, sammenhengskraft og tillit. Rammeverket og mer informasjon kan man få fra [euinsights@who.int](mailto:euinsights@who.int).

Vær oppmerksom på at mange tilbydere av helsetjenester har begrenset kapasitet til å utføre egne evalueringer. Derfor er det viktig å ha realistiske forventninger til denne typen arbeidsomfang og dybde. Det kan likevel være mulig for helsetjenester å samarbeide med universiteter og andre forskningsinstitutter, som kanskje har både teknisk kapasitet og menneskelige ressurser til metodologisk å utføre mer avanserte evalueringer gjennom bruk av innovative metoder som realistevalueringer. Slike tilnærminger kan bidra til å skille ut forventede og uventede utfall av en kompleks intervensjon [96,97].

## Evaluering av intervensjoner for å øke aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon i Nederland

Innen september 2021 hadde Nederland oppnådd en samlet COVID-19-vaksinasjonsrate godt over EU-gjennomsnittet [2], men man var klar over at det eksisterte lommer av undervaksinerte personer, hvor mange var sosialt sårbare. Det ble derfor gjort en ekstra innsats for å vaksinere disse populasjonene, og i oktober 2021 lanserte Nederlands nasjonale institutt for folkehelse og miljø (RIVM) en nasjonal spørreundersøkelse, som ble sendt til kommunale helsetjenester over hele landet for å kartlegge aktiviteter implementert for å promotere COVID-19-vaksinasjon hos disse undervaksinerte populasjonene. Spørsmålene i undersøkelsen fokuserte på en rekke problemer, inkludert de utpekte populasjonene, typen vaksinasjonsinformasjon gitt til de ulike populasjonene, kanal(er) informasjonen ble formidlet gjennom, praktisk støtte gitt til personer på vaksinasjonsstedene og når (ikke om) intervensjonene skulle evalueres. Gitt de kommunale helsetjenestens store arbeidsbyrde, har RIVM-teamet jobbet for å finne en balanse mellom å oppnå høyverdige data om viktige problemer og – ved å ikke inkludere for mange spørsmål – forsøke å sikre en god responsrate.

Denne kartleggingsøvelsen utgjør en landsomfattende evaluering av det som ble implementert på lokalt nivå, hvor forventningen var at det skulle gjennomføres andre, mer fokuserte evalueringer. RIVM-teamet rapporterer at kolleger som implementerer intervensjoner på lokalt nivå generelt har en rik forståelse av problemer og utfordringer de ulike populasjonene de forsøker å vaksinere står overfor, og de har tilpasset intervensjonene deretter. Videre rapporteres det at bevisene som brukes til å finjustere intervensjonene deres på lokalt nivå ofte er «praksisbaserte», altså at kollegene heller selv kan se hva som fungerer i samhandlingen med mål-fellesskapene, enn gjennom formelle evalueringer.

RIVM har innført et nasjonalt initiativ som støtter kommunale helsetjenester for å dele god praksis og ideer med lokalt utgangspunkt, og dette har ført til flere uformelle utvekslinger samt tilpasning av intervensjoner, som har vært ansett som vellykkede. Selv om dette initiativet muliggjør en god utveksling av praktisk erfaring og ideer mellom kommuner for hvordan man når folk med COVID-19-vaksinasjonen, foreligger det likevel lite eller ingen beviser på hvor effektiv de ulike intervensjonene har vært. Dette er på grunn av en mangel på strukturell evaluering eller overvåking forbundet med intervensjonene. Likevel foreligger det nå planer om å linke disse intervensjonene til detaljerte data om vaksinasjonsopptak, som dermed tilbyr innsikt i temporale assosiasjoner mellom intervensjoner og opptak – om enn med en forståelse om at eventuelle assosiasjoner ikke nødvendigvis er årsaksbestemte.

## Konklusjoner

I takt med at vi beveger oss mot høsten og vinteren, foreligger det en ekte risiko for høy COVID-19-arbeidsmengde og høye dødsrater i uvaksinerte populasjoner på tvers av EU/EØS [98]. Det å muliggjøre aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjonstjenester er derfor en akutt og umiddelbar prioritet. Verktøyene og intervensjonene presentert i i denne rapporten gir myndigheter materialer som kan tilpasses og brukes som respons på denne anmodningen. Den pågående krisen skaper likevel en mulighet for å identifisere og institusjonalisere god praksis for vaksinasjonsordninger, og fremhever kompetansekløfter som må fylles. Gjennom å gjøre dette vil vi være i stand til å adressere fremtidige utbrudd av sykdommer som kan motvirkes av vaksiner på en mer effektiv måte.

To viktige områder av god praksis kan identifiseres utifra det som presenteres ovenfor, og nasjonale myndigheter kan vurdere å se etter måter å innlemme disse i nasjonale vaksinasjonsplaner. Først adopterte man strategier om å engasjere fellesskapet i relativt få av de gjennomgåtte intervensjonene. Gitt den brede og anerkjente virkningen disse kan ha på å bygge tillit til helsevesenet, kan det være verdt å reflektere over måten slike tilnærminger kan brukes mer utstrakt på i forsøk på å diagnostisere, implementere og evaluere COVID-19-vaksinasjonsordninger [99]. For det andre har innsatser fra nasjonale myndigheter for å samarbeide med lokale, regionale og sivile samfunn hjulpet med å diagnostisere pådrivere for lavt opptak og aksept av COVID-19-vaksinasjon i bestemte populasjoner. De har også hjulpet til med utforming og implementering av strategier som retter seg mot disse pådriverne. Selv om utfordringene ved å fastslå disse intervensjonenes effektivitet anerkjennes, kan initiativer for å dele erfaringer og ting man har lært lette implementeringsprosesser i andre sammenhenger, og dermed potensielt øke virkningen av disse [15].

To betydelige datahull har også blitt identifisert. For det første finnes det sjelden ikke-aggregerte data om vaksinedekning i ulike underpopulasjoner, noe som betyr at lave vaksinasjonsnivåer eller andre problemer forbundet med vaksineopptak kanskje forblir usynlige for beslutningstakere, og at de dermed forblir uløste. Strategier for å hente inn data om flyktnings- eller migrantpopulasjoner har blitt skissert [100], og lignende tilnærminger kan vurderes for andre sosialt sårbare populasjoner. For det andre foreligger det begrensninger på metodologiene som foreløpig er tilgjengelige for å evaluere virkningen av intervensjoner for å lette aksept og



opptak av vaksinasjonstjenester. Denne utviklingen av nye og innovative metodologier på dette området av samfunnsforskere og atferdsforskere ville vært svært nyttige, spesielt dersom de kunne benyttes i sammenhenger med beskjeden økonomisk og teknisk kapasitet.

## Medvirkende eksperter

- Bidragsytende ECDC-eksperter (i alfabetisk rekkefølge) John Kinsman, Gabrielle Schittecatte, Andrea Würz.
- Bidragsytende ECDC-eksperter (i alfabetisk rekkefølge) Marianna Baggio (Felles forskningscenter, Europakommisjonen), Marijn de Bruin (nasjonalt institutt for folkehelse og miljøet (RIVM), Nederland), Brett Craig (WHOs regionskontor for Europa), Katrine Bach Habersaat (WHOs regionskontor for Europa), Mattijs Lambooij (RIVM, Nederland), Siff Nielsen (WHOs regionskontor for Europa) og Jonas Sivelä (finsk institutt for helse og velferd (THL), Finland).
- Hver av de eksterne ekspertene har levert en interesseerklæring, og en gjennomgang av disse avslørte ingen interessekonflikter.

## Referanser

1. Hammer CC, Cristea V, Dub T, Sivelä J. High but slightly declining COVID-19 vaccine acceptance and reasons for vaccine acceptance, Finland April to December 2020. *Epidemiology and Infection*. 2021 May 11;149:e123.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine Tracker Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>
3. Furlong A. Romania suspends surgeries, asks EU for help as it battles coronavirus wave. *Politico*. 5 October 2021. Available at: <https://www.politico.eu/article/romania-surgeries-eu-coronavirus-help/>
4. Folkhalsomyndigheten (Sweden). Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstäckning-i-undergrupper/>
5. 'Insufficient uptake of COVID-19 Vaccines – Challenges and Practices'. Brussels: EU Commission, 2021 [Presentation given at Health Security Council].
6. Speciale A. Bloomberg News. Draghi Says Italy Will Eventually Make Vaccine Compulsory. 2 September 2021. Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-09-02/draghi-says-italy-will-eventually-make-vaccine-compulsory>
7. Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine*. 2016 Feb 17;34(8):1018-24.
8. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2015;2(1):61-73. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2372732215600716>
9. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLOS ONE*. 2018;13(12):e0208601. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
10. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014 Apr 17;32(19):2150-9.
11. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)
12. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012 May 28;30(25):3778-89.
13. Siegler AJ, Luisi N, Hall EW, Bradley H, Sanchez T, Lopman BA, et al. Trajectory of COVID-19 Vaccine Hesitancy Over Time and Association of Initial Vaccine Hesitancy With Subsequent Vaccination. *JAMA Network Open*. 2021;4(9):e2126882-e. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.26882>
14. Tankwanchi AS, Bowman B, Garrison M, Larson H, Wiysonge CS. Vaccine hesitancy in migrant communities: a rapid review of latest evidence. *Current Opinion in Immunology*. 2021 Aug;71:62-8.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Webinar: Initiatives to increase access to and uptake of COVID-19 vaccination in socially vulnerable populations. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/webinar-initiatives-increase-access-and-uptake-covid-19-vaccination-socially-vulnerable>
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Reducing COVID 19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake>
17. McGuire K. Parental COVID-19 vaccine hesitancy may be next challenge for vaccination campaigns. *The Conversation*; 2021. Available at: <https://theconversation.com/parental-covid-19-vaccine-hesitancy-may-be-next-challenge-for-vaccination-campaigns-162742>
18. Morgan L, Schwartz JL, Sisti DA. COVID-19 Vaccination of Minors Without Parental Consent: Respecting Emerging Autonomy and Advancing Public Health. *JAMA Pediatrics*. 2021;175(10):995-6. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1855>
19. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016 Oct;12:295-301.
20. Holzmann-Littig C, Braunisch MC, Kranke P, Popp M, Seeber C, Fichtner F, et al. COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. *Vaccines*. 2021;9(7):777. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/7/777>
21. Loubet P, Nguyen C, Burnet E, Launay O. Influenza vaccination of pregnant women in Paris, France: Knowledge, attitudes and practices among midwives. *PLOS ONE*. 2019;14(4):e0215251. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215251>

22. Biswas N, Mustapha T, Khubchandani J, Price JH. The Nature and Extent of COVID-19 Vaccination Hesitancy in Healthcare Workers. *Journal of Community Health*. 2021 Apr 20:1-8.
23. Gilboa M, Tal I, Levin EG, Segal S, Belkin A, Zilberman-Daniels T, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination uptake among healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2021 Sep 23:1-6.
24. World Health Organization Regional Office for Europe. Health workers in focus: policies and practices for successful public response to COVID-19 vaccination: strategic considerations for member states in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2021/health-workers-in-focus-policies-and-practices-for-successful-public-response-to-covid-19-vaccination-strategic-considerations-for-member-states-in-the-who-european-region-2021-produced-by-whoeurope>
25. Rodríguez-Blázquez C, Romay-Barja M, Falcón M, Ayala A, Forjaz MJ. The COSMO-Spain Survey: Three First Rounds of the WHO Behavioral Insights Tool. *Frontiers in Public Health*. 2021 May-31;9(664) Available at: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.678926>
26. Robert Koch Institute, . COVID-19 Vaccination Rate Monitoring in Germany (COVIMO) - 6th report. Berlin: Robert Koch Institute, August 2021.
27. Copenhagen Centre for Social Data Science. COVID-19 Snapshot Monitoring in Denmark (COSMO Denmark). Copenhagen: University of Copenhagen; 2021. Available at: <https://sodas.ku.dk/projects/covid-19-projects/cosmo/>
28. World Health Organization. Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines. Geneva: WHO, 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccination-demand-planning-2021.1>
29. Frew PM, Murden R, Mehta CC, Chamberlain AT, Hinman AR, Nowak G, et al. Development of a US trust measure to assess and monitor parental confidence in the vaccine system. *Vaccine*. 2019 Jan 7;37(2):325-32.
30. Sarathchandra D, Navin MC, Largent MA, McCright AM. A survey instrument for measuring vaccine acceptance. *Prev Med*. 2018 2018/04//;109:1-7. Available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/29337069>
31. Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, Catz S, Myaing M, Mangione-Smith R. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatrics*. 2013 Nov;167(11):1065-71.
32. Betsch C, Wieler LH, Habersaat K. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *Lancet (London, England)*. 2020 Apr 18;395(10232):1255-6.
33. Lohiniva AL, Sane J, Sibenberg K, Puumalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Eurosurveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2020 April 2020;25(13)
34. Les Mutualités Libres. Un accompagnement personnalisé par les mutualités des publics fragilisés. 2021. Available at: <https://www.mloz.be/fr/communiqués/un-accompagnement-personnalisé-par-les-mutualités-des-publics-fragilises>
35. Boecx T, on behalf of Flanders Agency for Care and Health, Primary Care Team. COVID-19 & Primary Health Care. (Presentation at Gastein Conference.) [Personal communication 27 September 2021.]
36. Develtere L. Community health workers begrijpen waarom de weg naar de juiste zorg zo moeilijk is. *Sociaal.Net*; 2021. Available at: <https://sociaal.net/achtergrond/community-health-workers-begrijpen-waarom-de-weg-naar-de-juiste-zorg-zo-moeilijk-is/>
37. Government of Ireland. The SciComm Collective. Dublin: Department of Health; 2021. Available at: <https://www.gov.ie/en/campaigns/32187-sci-comm-collective/>
38. Mercurio K. How the Science Communication Collective is Battling Misinformation. *University Times*. 21 July 2021. Available at: <https://universitytimes.ie/2021/06/how-the-science-communication-collective-is-battling-misinformation/>
39. SciComm Collective. Do vaccines protect against long Covid? 2021. Available at: <https://www.instagram.com/p/CT9GW9iFog5/>
40. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). COVID-19 Vaccination for Professionals. RIVM; September 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/en/covid-19-vaccination/professionals>
41. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). E-Learning for COVID-19 Vaccination. 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/e-learning-covid-19-vaccinatie>
42. University of Nottingham. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.nottingham.ac.uk/news/vaccine-hesitancy>
43. NIHR Applied Research Collaboration (ARC) Wessex. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.arc-wx.nihr.ac.uk/news/experts-create-chatbot-to-address-people-s-concerns-about-covid-19-vaccines/>
44. National Institute for Health Research, University of Nottingham, University of Southampton, Kings College London. VaxFacts. 2021. Available at: <https://www.covidvaxfacts.info/chat#nosplash>
45. John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Vira – The Chatbot. 2021. Available at: <https://vaxchat.org/>

46. Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseinstituttet). Coronavirus immunisation programme. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Available at: <https://www.fhi.no/en/id/vaccines/coronavirus-immunisation-programme/>
47. Health Security Council. Country responses to questionnaire in the Health Security Committee. Brussels: EU Commission; 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness\\_response/docs/ev\\_20210915\\_sr\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/ev_20210915_sr_en.pdf)
48. Brekke JP. Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo. Journal of Refugee Studies. 2021 Available at: <https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>
49. Picum. The COVID-19 Vaccines and undocumented Migrants in Italy. Brussels: Picum; 2021. Available at: <https://picum.org/covid-19-vaccines-undocumented-migrants-italy/>
50. ANSA. Italy's Tuscany region vaccinating migrants and homeless. Info Migrants; 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/34400/italys-tuscany-region-vaccinating-migrants-and-homeless>
51. ANSA. Southern Italy: Coronavirus vaccination campaign for undocumented migrants. 17 June 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/33001/southern-italy-coronavirus-vaccination-campaign-for-undocumented-migrants>
52. Tagesschau. Bundesweite Impfwoche startet. 13 September 2021. Available at: <https://www.tagesschau.de/inland/corona-impfaktionswoche-101.html>
53. Fernandez R. Estos son los horarios y campus de la vacunación a jóvenes en las universidades de Madrid. La Razon. 14 September 2021. Available at: <https://www.larazon.es/madrid/20210914/we6fkn4irbfj7cxorga4s6aj5u.html>
54. El Mundo. 'Vacunabuses' por los campus en busca de estudiantes por inmunizar. Madrid: El Mundo; 2021. Available at: <https://www.elmundo.es/madrid/2021/09/10/613a521ffddfffc6aa8b4644.html>
55. Comunidad de Madrid. Announcement on Plan to Vaccinate Students against COVID-19 in Universities Madrid: Comunidad de Madrid; 9 September 2021. Available at: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2021/09/09/diaz-ayuso-presenta-rectores-plan-vacunar-frente-covid-19-estudiantes-campus-universitarios>
56. Schwarzer R, Fuchs R. Self-Efficacy and Health Behaviours. In: Conner M, Norman P (eds). Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press; 1995. p. 163-96.
57. Robert Koch Institute (RKI). COVID-19 and Vaccination: Answers to Frequently Asked Questions (FAQ). Berlin: RKI; 2021. Available at: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>
58. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) - Corona Gedragsunit. Vaccinatiebereidheid bij jongeren. Bilthoven: RIVM; 2 July 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/documenten/vaccinatiebereidheid-bij-jongeren>
59. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Interview: 11 kritische vragen over tieners en coronavaccinatie aan kinderarts en OMT-lid Ily. 3 September 2021. Available at: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/09/03/interview-11-kritische-vragen-over-tieners-en-coronavaccinatie>
60. Oesterreich Impft. Videos. Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/videos-uebersicht/>
61. Oesterreich Impft. Fragen Sie unsere Sprecher:innen (Ask Our Speakers). Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/sprecherinnen/>
62. Ministerio de Sanidad. Vacunas Con Garantias. Madrid: Ministerio de Salud; 1 February 2021. Available at: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/campanas/campana-vacunascongarantiasseguridad-calidad-y-eficacia-de-las-vacunas-frente-a-la-covid-19/>
63. Ministerio de Salud, Gobierno de Espana. Yo Me Vacuna Seguro. 2021. Available at: <https://www.msbs.gob.es/campanas/campanas21/YoMeVacunoSeguro.htm>
64. European Centre for Disease Prevention and Control. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/countering-online-vaccine-misinformation-eu-eea>
65. Sanders JG, Spruijt P, van Dijk M, Elberse J, Lambooy MS, Kroese FM, et al. Understanding a national increase in COVID-19 vaccination intention, the Netherlands, November 2020–March 2021. Eurosurveillance. 2021;26(36):2100792. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.36.2100792>
66. Böhm R, Betsch C. Prosocial vaccination. Current Opinion in Psychology. 2022/02/01/;43:307-11. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X21001433>
67. Freeman D, Loe BS, Yu LM, Freeman J, Chadwick A, Vaccari C, et al. Effects of different types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. The Lancet Public Health. 2021 Jun;6(6):e416-e27.
68. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Vaccination mot Covid-19: 'Skydda dig själv och andra'. 11 February 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/februari/vaccination-mot-covid-19-skydda-dig-sjalv-och-andra/>

69. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Ladda ned filmer och annonsmaterial om vaccination mot COVID-19. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/kampanjmaterial/#ljusare>
70. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest: a journal of the American Psychological Society*. 2017 Dec;18(3):149-207.
71. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*. 0(0):1-9. Available at: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759/a000663>
72. Sprengholz P, Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Betsch C. Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19. *Journal of Medical Ethics*. 2021 Aug;47(8):547-8.
73. Campos-Mercade P, Meier AN, Schneider FH, Meier S, Pope D, Wengström E. Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. *Science*. 2021:1-4. Available at: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.abm0475>
74. Volpp KG, Cannuscio CC. Incentives for Immunity - Strategies for Increasing Covid-19 Vaccine Uptake. *The New England Journal of Medicine*. 2021 Jul 1;385(1):e1.
75. European Commission. EU Digital COVID Certificate. 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate\\_en](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_en)
76. de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. *EClinicalMedicine*. 2021/09/09/:101109. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021003898>
77. BBC News. 'England vaccine passport plans ditched, Sajid Javid says'. Available at: <https://www.bbc.com/news/uk-58535258>
78. Porat T, Burnell R, Calvo RA, Ford E, Paudyal P, Baxter WL, et al. "Vaccine Passports" May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19. *Vaccines*. 2021;9(8):902. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/8/902>
79. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 2021;325(6):532-3. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26553>
80. New York Times. Biden's bet on vaccine mandates. 17 September 2021. Available at: <https://www.nytimes.com/2021/09/13/podcasts/the-daily/joe-biden-vaccine-mandates-coronavirus.html>
81. Acast. (The Intelligence from The Economist.) Getting their vax up: America's vaccine mandates. *The Economist*; 13 September 2021. Available at: <https://play.acast.com/s/theintelligencepodcast/gettingtheirvaxup-america-svaccinemandates>
82. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations and caveats. Policy brief. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>
83. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 23 September 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>
84. Asociación Española de Pediatría. La vacunación obligatoria en Europa. *Asociación Española de Pediatría*; 20 August 2018. Available at: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunasa-obligatorias-europa>
85. D'Ancona F, D'Amario C, Maraglino F, Rezza G, Iannazzo S. The law on compulsory vaccination in Italy: an update 2 years after the introduction. *Eurosurveillance*. 2019;24(26):1900371. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.26.1900371>
86. Polish Press Agency. Poland launches lottery to promote COVID-19 vaccinations. 2021. Available at: <https://www.pap.pl/en/news/news%2C902316%2Cpoland-launches-lottery-promote-covid-19-vaccinations.html>
87. Wolska A. Polish municipalities incentivised to vaccinate people in race to 75%. *Euractiv*. 27 May 2021. Available at: [https://www.euractiv.com/section/politics/short\\_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/](https://www.euractiv.com/section/politics/short_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/)
88. Vervoort. R. Covid Safe Ticket: Covid Safe Ticket: approbation en première lecture de l'ordonnance de mise en œuvre de l'utilisation du CST en Région bruxelloise. Brussels: Bureau de Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale; 2021. [Press release]. Available at: [https://rudivervoort.brussels/news\\_/covid-safe-ticket-approbation-en-premiere-lecture-de-lordonnance-de-mise-en-oeuvre-de-lutilisation-du-cst-en-region-bruxelloise/](https://rudivervoort.brussels/news_/covid-safe-ticket-approbation-en-premiere-lecture-de-lordonnance-de-mise-en-oeuvre-de-lutilisation-du-cst-en-region-bruxelloise/)
89. Kuczynski E. Quelles sont les différences entre le pass sanitaire européen et le Covid Safe Ticket? *L'Echo*; 24 September 2021. Available at: <https://www.lecho.be/dossiers/coronavirus/quelles-sont-les-differences-entre-le-pass-sanitaire-europeen-et-le-covid-safe-ticket/10305449.html>
90. Frati P, La Russa R, Di Fazio N, Del Fante Z, Delogu G, Fineschi V. Compulsory Vaccination for Healthcare Workers in Italy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection. *Vaccines*. 2021;9(9):966. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/9/966>

91. Paterlini M. COVID-19: Italy makes vaccination mandatory for healthcare workers. *BMJ*. 2021;373:n905. Available at: <https://www.bmj.com/content/bmj/373/bmj.n905.full.pdf>
92. Ovreteit J. *Evaluating Health Interventions*. 1998 Available at: <http://www.myilibrary.com?id=113095>
93. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: ECDC; 2014. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Campaign-evaluation.pdf>
94. Family Health International, Mack Natasha, Woodsong Cynthia, United States Agency for International Development. *Qualitative research methods : a data collector's field guide*. North Carolina: FLI USAID; 2005.
95. S. Treweek, On behalf of Collaboration for Change. Promoting vaccine uptake. [Personal communication] 17 September 2021.
96. Van Belle S, Rifkin S, Marchal B. The challenge of complexity in evaluating health policies and programs: the case of women's participatory groups to improve antenatal outcomes. *BMC Health Services Research*. 2017 2017/09/29;17(1):687. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2627-z>
97. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluations*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.; 1997.
98. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment: Assessing SARS-CoV-2 circulation, variants of concern, non-pharmaceutical interventions and vaccine rollout in the EU/EEA, 16th update. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-assessing-sars-cov-2-circulation-variants-concern>
99. European Centre for Disease Prevention and Control. Community engagement for public health events caused by communicable disease threats in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/community-engagement-guidance.pdf>
100. World Health Organization. Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region - Technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available at: [www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020](http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020)

# Vedlegg 1. Verktøy og veiledninger for å støtte strategier som muliggjør aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon

For å støtte EU/EØS-land i planlegging og implementering av strategier for å øke aksept og opptak av COVID-19-vaksinasjon, gis det en liste over nyttig referansemateriell nedenfor.

## Aksept og etterspørsel

- Verktøysett for å generere aksept av og etterspørsel etter COVID-19-vaksiner (WHOs regionskontor for Europa). Inkluderer foreløpige retningslinjer for aksept og etterspørsel, mal på kommunikasjonsplaner, en håndbok for å utforme, målrette og evaluere intervensjoner, en veiledning til å engasjere fellesskap og en veiledning til håndtering av feilinformasjon: [Generere aksept av og etterspørsel etter COVID-19-vaksiner](#)
- Retningslinjer for å kommunisere COVID-19-vaksiners trygghet (WHO): [Manual for sikkerhetsovervåkning – kommunikasjon om COVID-19-vaksiners trygghet](#).
- USAs Centers for Disease Control and Preventions sett med ressurser om å forsterke tillit til COVID-19-vaksiner, inkludert strategier, et vurderingsverktøy for fellesskap, en veiledning for å tilpasse informasjon osv: [Vaksiner med trygghet](#).
- Retningslinjer fra WHO Technical Advisory Group (TAG) for innsikt i atferd og helsevitenskap om pådrivere for muliggjøring av opptak av COVID-19-vaksinasjon
- [Opplæringsmaterieill](#) for å bistå helsepersonell i mellommenneskelig kommunikasjon under COVID-19-vaksinasjonskonsultasjoner (WHOs regionskontor for Europa)
- [Kommunisere med helsepersonell om COVID-19-vaksinasjon](#) (WHOs regionskontor for Europa).

## Innsikt i atferd

- En omfattende oversikt over atferdsvitenskapelige beviser og råd om COVID-19-vaksinasjonsopptak: [Håndbok og wiki for kommunikasjon om COVID-19-vaksiner](#)
- Data for handling: oppnå høyt opptak av COVID-19-vaksiner, en [omfattende veiledning](#) til innhenting, analyse og tolkning av kvalitative og kvantitative data om COVID-19-vaksineaksept: [WHO og UNICEF](#).
- Spørreundersøkelingsverktøy og retningslinjer for innsikt i atferd forbundet med COVID-19 (WHOs regionskontor for Europa): [Spørreundersøkelingsverktøy og retningslinjer](#).
- Skreddersy immuniseringsordninger – en veiledning til å utforske og adressere barrierer for lavt vaksinasjonsopptak (WHOs regionskontor for Europa): [TIP-veiledning](#).

## Adressere feilinformasjon

- ECDC-studie som utforsker landskapet av feilinformasjon om vaksiner i et utvalg EU-land og beskriver strategier for å adressere feilinformasjon om vaksiner på nettet: [Kontring av feilinformasjon om vaksiner i EU/EØS](#)
- Håndbok som oppsummerer den aktuelle tilstanden til vitenskap bak feilinformasjon og avkrefting av dette, som omfatter vaksinasjon og er tilgjengelig på flere språk (George Mason University – Center for Climate Change Communication): [Avkreftelseshåndboken 2020](#)
- Retningslinjer for å adressere en global infodemi og fostre etterspørsel etter immunisering, tilgjengelig på flere språk (UNICEF): [Feltveiledning til håndtering av feilinformasjon om vaksiner](#).

## Generel informasjon om vaksinasjon

- Den europeiske vaksinasjonsinformasjonsportalen (EVIP) er et initiativ fra Den europeiske union som tilbyr informasjon om vaksiner og vaksinasjon på alle EU/EØS-språk. Den ble utviklet av ECDC i samarbeid med Europakommisjonen og Det europeiske legemiddelbyrået (EMA): [vaccination-info.eu](#)
- COVID-19-vaksiner og -vaksinasjon forklart: [videoer og podkast for helsepersonell og offentligheten](#) som tar for seg vanlige spørsmål om COVID-19-vaksiner (WHOs regionskontor for Europa).

## Ressurser til evaluering

- Better Evaluation er en global ideell organisasjon som innhenter kunnskap og praksis i forbindelse med gjennomføring av kvalitetsevalueringer på tvers av sektorer. Nettstedet deres inneholder en kunnskapsbase som støtter individer og organisasjoner som gjennomfører ulike typer evalueringer <https://www.betterevaluation.org/>.