

Улесняване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19 в ЕС/ЕИП

15 октомври 2021 г.

Основни послания

- Една успешна програма за ваксинация срещу COVID-19 може да се основава единствено на разбиране и правилни ответни действия спрямо убежденията, опасенията и очакванията на отделните лица и общностите по отношение на ваксината и заболяването. Моделът „5C“ (Confidence, Constraints, Complacency, Calculation, Collective responsibility) — доверие, ограничения, самонадеяност, преценка и колективна отговорност — може да се използва като рамка за разбирането на тези проблеми и за разработването на стратегии за улесняване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19.
- С приемането на модела „5C“ за основа могат да бъдат диагностицирани причините за неприемането и ниския темп на ваксинацията посредством анализ на кръстосано-срезови данни на ниво популация. Регионалният офис на СЗО за Европа е разработил инструмент за изследване на поведенческите нагласи във връзка с COVID-19, който може да бъде използван за тази цел. Сътрудничеството с гражданското общество също може да предложи възможност за набавяне на оперативни данни — количествени и/или качествени — които могат да дадат задълбочена информация за убежденията, опасенията и очакванията на отделни лица и общности във връзка с ваксинацията.
- Усилията за ваксиниране в много държави понастоящем са насочени към достигане до останалите неваксинирани лица от по-високите възрастови групи и лицата от социално уязвими групи, като същевременно се улеснява темпът на ваксинация сред по-младите (включително деца и подрастващи, които отговарят на изискванията за ваксиниране). Медицинските специалисти имат ключова роля в тази дейност. Конкретните предизвикателства, пред които е изправена всяка от тези групи по отношение на приемането, достъпа до (а за здравните работници, и улесняването) на ваксинацията, трябва да бъдат правилно разбрани и разрешени.
- В настоящия документ са представени примери за някои от мерките, прилагани от държавите с цел увеличаване на приемането и темпа на ваксинация, в зависимост от мотивиращите фактори, установени в определен контекст. Възможно е да е необходимо те да бъдат адаптирани на поднационално или местно равнище — не съществува универсален за всички подход. Освен това мотивиращите фактори могат да се променят с времето, което означава, че е възможно да е необходимо редовно и многократно диагностициране.
- Много от разгледаните в настоящия доклад мерки са насочени към предоставяне на достъпни услуги, често в съчетание със съпътстващи стратегии за информиране относно риска. Някои държави са избрали също така мерки, основани на стимули и санкции. По-малко са идентифицираните стратегии, насочени към изграждане на доверие към системата на здравеопазването и ангажиране на общностите.

- Определянето на ефективността на дадена мярка за улесняване на приемането и темпа на ваксинацията е методологично предизвикателство. Все пак могат да бъдат извършени добри оценки на тези мерки, като се използват както количествени, така и качествени данни, макар че обикновено е по-лесно да се интерпретират заключенията от оценки на процеса на прилагане отколкото тези от оценки на въздействието.

Обхват и цел

В настоящия технически доклад са представени някои съображения за държавите от Европейския съюз/Европейското икономическо пространство (ЕС/ЕИП) при диагностицирането на пречки пред приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19 и при разработването и прилагането на мерки за повишаване на този темп. В доклада се използва моделът „5С“, за да се организират и обяснят различните причини за ниското приемане и темп на ваксинацията, както и за категоризиране на потенциалните мерки. Основните понятия, включени в модела „5С“, са „доверие“, „ограничения“, „самонадеяност“, „преценка“ и „колективна отговорност“. Освен обсъждане на мерките за улесняване на ваксинацията срещу COVID-19 за цялото население в тази рамка, в доклада са включени и конкретни групи от населението като здравните работници и социално-икономически уязвимите групи. Като се има предвид, че в много държави беше разширен обхватът на допустимите за ваксиниране лица и бяха включени децата и юношите, родителите също са разгледани като група.

В доклада се изтъква колко е важно да се диагностицират движещите фактори за неоптималното приемане и темп на ваксинацията сред дадена популация, за да се гарантира, че ще бъдат приложени подходящи ответни мерки. Представени са и примери за приложени в ЕС/ЕИП мерки, всяка от които би могла да бъде приспособена за прилагане в други условия, където са установени сходни мотивиращи фактори за ниския темп на ваксинация. Накрая, в доклада се обсъжда значението на оценката на мерките за повишаването на темпа на ваксинация срещу COVID-19, както и някои предизвикателства във връзка с тези оценки. В доклада са включени също така ресурси за диагностициране, прилагане и оценка, които могат да се използват от държавите от ЕС/ЕИП.

Целева аудитория

Настоящият документ е предназначен за национални и регионални органи по общественото здраве, специалисти по комуникация относно риска и за лицата, определящи политиката в държавите от ЕС/ЕИП.

Контекст

Към 12 октомври 2021 г. над 74 % от всички на възраст 18 и повече години в ЕС/ЕИП са преминали пълен курс на ваксинация срещу COVID-19 [2]. Това е забележителен напредък в рамките на едва няколко месеца, но над една четвърт от всички възрастни остават без пълна защита. Освен това, въпреки че общият темп на ваксинация е впечатляващ на равнище ЕС/ЕИП, покритието далеч не е еднакво навсякъде в ЕС/ЕИП, като делът на лицата с пълен курс на ваксинация варира между 23,5 % в България и 92 % в Ирландия [2]. Последствията от ниския темп на ваксинация в някои държави понастоящем се отразяват като претоварване на системите на здравеопазване и висока смъртност [3]. Освен това в някои държави членки [4] е налице относително слабо покритие сред определени групи от населението, което е провокирало въвеждането на задължителна ваксинация за определени групи професии в някои случаи [5].

Съществуват широк кръг причини за тези разлики по отношение на ваксинационното покритие във връзка с COVID-19, включително динамиката на доставките и предоставянето на услуги в здравните системи, както и убежденията, нагласите и поведението на хората. Може да има съчетание на основните проблеми, при което се създават условия на по-нисък темп на ваксинация от желаното. Примери за това са недоверието в правителството; схващанията относно риска от заболяване; минали събития, напр. страх от ваксини; улеснения за ваксинацията; несигурност относно безопасността и ефективността на ваксините и променящи се политически решения, свързани с управлението на пандемията.

Поради това предоставянето на равнопоставен и своевременно достъп до ваксини за всеки в ЕС изисква повече от обикновеното осигуряване на доставки на безопасни и ефективни ваксини и удобен достъп. Една успешна програма за ваксинация може да се основава единствено на разбиране на опасенията и очакванията на отделните лица и общностите по отношение на ваксината, в съчетание с техните схващания и тревоги по отношение на самия COVID-19, и правилни ответни действия.

Моделът „5С“

Моделът „5С“ се основава на пет предшестващи фактора, които могат да повлияят върху ваксинационното поведение на индивида: доверие, ограничения, самонадеяност, преценка и колективна отговорност. Той се основава и допълва други утвърдени теоретични модели за колебанията относно ваксинацията и нейното приемане [5-7] и свързва тези модели с поведенчески теории, които могат да спомогнат за изясняване на поведението по отношение на здравето [8]. По-долу са разгледани накратко петте понятия, съставляващи модела „5С“.

Доверието е свързано с множество аспекти на доверчивостта. Това включва доверие в ефективността и безопасността на ваксините. Освен това е свързано с доверието в здравната система, осигуряваща ваксинацията, включително професионализма и качествата на медицинските специалисти, които я извършват. И накрая, то е свързано с доверието в лицата и органите, определящи политиката, които се схващат като вземащи решенията относно ваксините и ваксинацията като цяло [9].

Ограниченията по отношение на темпа на ваксинацията могат да включват физическа наличност, възможности и готовност за заплащане, географска достъпност, способност за разбиране (езикова и здравна грамотност) и какво хората харесват/не харесват в имунизационните услуги [9]. Това предполага, че ограниченията по отношение на ваксинацията могат да бъдат както структурни, така и психологически.

Самонадеяността е свързана с възприятието на дадено лице за риска от заболяване. Ако то възприема риска от заплахата, произтичаща от предотвратима чрез ваксиниране болест, като нисък, вероятно е също това лице да има слабо желание и намерение да се ваксинира [10,11]. Следователно този предшестващ фактор е свързан с конкретното заболяване, въпреки че и индивидуални фактори като възраст, здраве и отговорности могат да влияят на нивата на самонадеяност. Самонадеяността се влияе и от усещането за самоефикасност на лицето или от неговото схващане за способността му да предприеме мерки за ваксиниране.

Преценката се отнася до степента, в която човек търси информация относно дадена ваксина и/или въпросното заболяване и след това самостоятелно извършва индивидуален анализ на съотношението полза/риск за това дали да се ваксинира. Хората, които правят по-старателна преценка е по-вероятно да смятат, че ще избегнат риска, от тези, които не правят това, така че е по-малко вероятно те да се ваксинират, поради наличието в интернет на голям брой източници на антиваксинационна информация [12].

Колективната отговорност се отнася до желанието на хората да предпазват останалите като се ваксинират, в рамките на съвместното усилие за постигане на колективен имунитет. Това желание трябва да е в положително съотношение с колективизма (за разлика от индивидуализма), общностната ориентация и емпатията, като по този начин е проява на готовност за ваксиниране в интерес на друго лице [9].

Тези пет предшестващи фактора са в съчетание и създават психологическо състояние, в резултат на което дадено лице може да се ваксинира или не. Важно е да се отбележи обаче, че всеки от тези фактори може да се променя с течение на времето [13], което означава, че дадено лице може да се колебае в преценката си за това дали да не се ваксинира или да се ваксинира. Влияние върху посоката на това колебание може да окажат редица фактори, благоприятстващи или възпрепятстващи ваксинирането. Те може да са на индивидуално и общностно равнище (напр. убеждения по отношение на насърчаване на здравето или опит в здравните системи и сред медицински специалисти), в национален или регионален контекст (напр. схващанията на лидери, минали събития, послания и комуникация) или свързани със самата ваксина (напр. предполагаеми рискове спрямо ползите, новият характер на ваксината, ваксинационният график, начинът на поставяне и пр.) [10].

Ключови целеви групи от населението за ваксинацията срещу COVID-19

Във всички държави трябва да се полагат непрекъснати усилия за ваксиниране на всички, за които това е допустимо. В държави с ниско общо ваксинационно покритие срещу COVID-19 обаче продължават приоритетно да се ваксинират по-възрастни и лица с основни заболявания. В държавите, където е постигнато добро общо ваксинационно покритие, все още съществуват подгрупи от населението, при които покритието остава по-слабо от желаното. Следва да се отбележи, че въпреки че тези ключови групи могат да бъдат разглеждани като единни субекти, те са изключително разнородни — факт, който трябва да се вземе предвид при разработването на стратегии за насърчаване на приемането и темпа на ваксинацията. По-долу са определени две от ключовите целеви групи от населението.

Социално уязвими и трудно достъпни групи: лица от маргинализирани етнически малцинства, мигранти без лични документи, бездомни лица и хората с увреждания са изправени пред редица трудности във връзка с ваксинирането срещу COVID-19. Сред основните области, предизвикващи загриженост сред

тези групи от населението, могат да са общото недоверие към регулаторните органи, езикови затруднения, проблеми във физическия достъп до местата за ваксинация и страх от стигматизация [14,15]. Освен това тези общности често са изложени на повишен риск от заразяване поради колективния и понякога с влошено качество начин на живот, което означава, че потребността да бъдат ваксинирани е особено висока. Въпреки този повишен риск, липсват широкодостъпни дезагрегирани данни за мигрантите, етническите малцинства и пр., което означава, че конкретните предизвикателства, пред които те може да са изправени, остават скрити за лицата, отговорни за вземането на решения [16].

Деца и юноши, за които се допуска ваксиниране, и родители. Редица държави от ЕС/ЕИП започнаха да предлагат ваксинация срещу COVID-19 за деца и юноши на възраст над 12 години [2]. Въпреки че при тях заболяването е най-често в лека форма, за лицата в тази възрастова група все пак съществува риск да развият пост COVID-19 състояние и могат да бъдат като резервоар за вируса. Ваксинирането им срещу COVID-19 поражда един съвсем особен набор от предизвикателства, основно поради факта, че тъй като те са юридически зависими, е много вероятно техните родители или настойници да участват в евентуалното вземане на решение за ваксиниране, особено при възрастовите групи на по-малките [17]. Поради това възгледите и опасенията на родителите играят решаваща роля в усилията за осигуряване на ваксинация срещу COVID-19 за децата и юношите. Много важно обаче е да се вземат предвид и гледните точки и опитът на самите младежи, да бъде уважена тяхната автономност и те да се включат в обсъжданията относно ваксинацията по начин, който да е съобразен с възрастта им [18].

Въпреки че като цяло не се считат за група от населението, която е с ниски темпове на ваксинация, медицинските специалисти все пак представляват друга приоритетна група за ваксинация срещу COVID-19 в държавите по целия свят, включително в ЕС/ЕИП. Това се дължи на високите нива на експозиция на COVID-19 и на други инфекциозни заболявания, на които са изложени, както и на факта, че вирусът може доста лесно да се разпространи сред пациентите или колегите им. Освен това доверието, което хората имат към медицинските специалисти, им отрежда ключова роля за оказване на влияние върху възприемането от страна на техните пациенти както на ваксината, така и на свързаното с нея заболяване. Затова медицинските специалисти могат да окажат значително влияние върху решенията на хората да се ваксинират [19-21]. Тъй като е известно, че някои от тях имат въпроси и опасения във връзка с ваксинацията срещу COVID-19, [22,23], е важно те да бъдат подкрепени и да имат възможността да приемат ваксинацията срещу COVID-19 и да се ваксинират. Това ще има пряк предпазен ефект върху самите тях и върху евентуалното предаване на заболяването в здравните заведения. То може също така да улесни вземането на решение от техните пациенти да се ваксинират, като по този начин ще бъдат предпазени по-широки групи от населението [24].

Диагностициране на мотивиращите фактори и пречките за приемането и темпа на ваксинацията

Въпреки че всички държави от ЕС/ЕИП проследяват ваксинационното покритие по отношение на COVID-19 в своите държави, а някои — и съобщеното доверие във ваксините срещу COVID-19, не всички се стремят да определят причините за по-ниското от желаното ваксинационно покритие сред различни групи от населението. Поради това е възможно стратегиите да са насочени към неправилно съчетание от предшестващи фактори от модела „5С“, което може да подкопае ефективността на усилията за улесняване на темповете на ваксинация и да доведе до загуба на финансови и времеви ресурси в условията на спешност. Разнородният характер на намеренията и поведението във връзка с ваксинацията, дори сред една определена подгрупа от населението в дадена държава, означава също, че не може да има един универсален за всички подход. Стратегиите трябва да са насочени към различните групи в зависимост от специфичните им потребности.

По време на пандемията някои държави от ЕС/ЕИП събират големи кръстосано-срезови данни относно приемането и спазването от страна на хората на нелекарствените мерки срещу COVID-19, както и относно техните схващания, намерения и съобщено поведение във връзка с ваксинацията. Най-широко използваният инструмент за събиране на тези данни на равнище население в ЕС/ЕИП е инструментът за проучване на поведенческите взаимовръзки по отношение на COVID-19, предоставен от Регионалния офис на Световната здравна организация (СЗО) за Европа. Този инструмент е адаптиран за употреба в няколко държави за проследяване на поведението и нагласите спрямо различни превантивни мерки и политики [25-27]. Темите, обхванати от инструмента на СЗО, се развиха с промените в условията в хода на пандемията и понастоящем включват въпроси за поведението и намеренията във връзка с ваксинацията. Освен това СЗО и UNICEF [28] разработиха междинни насоки за провеждане както на количествени, така и на качествени диагностични изследвания на поведенческите и социалните мотивиращи фактори за приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19, но те все още не са официално утвърдени.

Има няколко други публикувани инструмента, с които се оценяват мотивиращите фактори за доверието към ваксините и тяхното приемане. Те са общи и не са конкретно за пандемията от COVID-19. В тях са включени индексът за доверие във ваксините [29], скалата за приемане на ваксините [30] и отношението на

родителите към детските ваксини [31]. Следва да се отбележи, че обикновено тези инструменти са съсредоточени основно върху доверието и в по-малка степен отчитат останалите четири „С“ фактора [9]. Поради това е възможно те да не са толкова ефективни, колкото инструментът на СЗО за диагностицирането на поведението и намеренията на хората по отношение на COVID-19, а оттук и в помощ на определянето на най-подходящите мерки за улесняване на темповете на ваксинацията. За разлика от това инструментът на СЗО за проучване предоставя достъпен, лесно приспособим и най-важното — сравним метод, който може да се приложи бързо, за да се улесни изготвянето и прилагането на стратегия, основана на поведенчески данни [32].

Диагностициране на факторите, влияещи върху приемането и темпа на ваксинацията във Финландия

Финландският институт за здраве и благосъстояние (THL) проведе адаптирана версия на проучването на СЗО три пъти през пролетта на 2020 г., веднъж през есента на 2020 г. и веднъж през пролетта на 2021 г. Във всяка анкета са участвали около 1 000 респонденти, подбрани така, че да се гарантира тяхната представителност за пълнолетното население във Финландия по отношение на възраст, пол и местопребиване. Въпроси относно намеренията по отношение на ваксинацията са били включени в проведените в началото анкети [1], а такива относно действителното поведение по отношение на ваксинацията — в последната анкета. Констатациите са имали добър прием сред лицата и органите, вземащи решения, като са дали добра основа за усилията на държавата да предоставя информация относно рисковете и за по-широкообхватната стратегия за контрол над COVID-19.

Поради разходите, свързани с провеждането на проучването на СЗО като самостоятелна дейност, обаче някои от въпросите във връзка с ваксинацията са били включени впоследствие в текущото и по-общо национално проучване сред гражданите (Citizens' Pulse), което се провежда във Финландия на всеки три или четири седмици от кабинета на министър председателя. Това значително е намалило разходите и е направило проучването по-устойчиво, осигурявайки също така възможност за по-редовно проследяване на степенята на приемане на ваксините. Освен това, чрез сравняване на резултатите от двете различни проучвания е било възможно да се оцени надеждността и валидността на данните, получени от базираното на инструмента на СЗО проучване. Трябва да се отбележи обаче, че бързото внедряване и промените в условията на ваксинационната програма за COVID-19 са наложили необходимостта да бъдат приспособени някои от въпросите, което затруднява сравняването на резултатите във времето. Например предишен въпрос „Желаете ли да си поставите ваксината, ако е налична?“ е станал излишен, което очертава необходимостта да се прави преглед на въпросите, свързани с моментния контекст.

Един основен резултат от тази диагностична дейност е, че данните ясно показват, че ниското доверие във ваксините във Финландия е само един от няколко фактора, които възпрепятстват темпа на ваксинацията — останалите „С“ фактори също имат важна роля. Това улеснява формулирането на по-подходящи послания, което от своя страна пренасочва обществения дебат от съсредоточаване на вниманието само върху ниското доверие във ваксините към по-информирани обсъждания по други също толкова важни въпроси (напр. как са организирани ваксинационните услуги и въпроси, свързани със самонадеяността и възприемането за риска). Също така води до по-добри стратегически решения за имунизационната програма, като същевременно подпомага програмата на общинско равнище чрез предоставяне на информация относно факторите, влияещи върху поведението на хората във връзка с ваксинацията.

Изследванията на качествени характеристики следва винаги да се разглеждат като важен компонент от всеки изчерпателен диагностичен анализ на намеренията и поведението по отношение на ваксинацията. Те може да предоставят задълбочена информация за потенциално значими нюанси, като в същото време съдържат отговори на въпросите „как“ и „защо“, които обичайно използваните проучвания може да не са в състояние да осветят [33]. В допълнение към качествения компонент на инструмента на СЗО/UNICEF, разгледан по-горе [28], сред медицинските специалисти в седем държави е използван и инструмент за изследване на качествени характеристики, разработен от Регионалния офис на СЗО за Европа. С него се изследват мотивиращите фактори и пречките пред ваксинацията срещу COVID-19 сред медицинските специалисти, както и дейността, която те осъществяват да препоръчват на пациентите да се ваксинират. Инструментът осигурява бърз подход към анализа на данните, за да може информацията от резултатите да се използва своевременно за съобразени с потребностите на целевите групи мерки. Понастоящем инструментът е допълнително развит, за да се използва и при други целеви групи във връзка с ваксинацията срещу COVID-19. Той скоро ще бъде публикуван, а за достъп до него и оказване на съдействие на разработчиците може да се свържете на адрес: euvaccine@who.int.

Вероятно повечето държави от ЕС/ЕИП са в състояние да провеждат този вид диагностични изследвания — както количествени, така и качествени —, дори ако националните институти по общественото здраве или другите държавни органи не разполагат с такива възможности. Учените в областта на социалните науки в

университетите често разполагат с техническите познания за осъществяване на такава дейност, както и някои организации на гражданското общество, които могат да предоставят също и свои оперативни данни и обратна връзка от бенефициенти на услуги. Когато в публичния сектор ресурсите са ограничени, може да е от полза за държавите членки да документират и идентифицират наличните в тях вътрешни експертни познания и опит, след което да ги използват за изследванията чрез възлагане. Освен предоставянето на подходящи диагностични данни за поведението и намеренията във връзка с ваксинацията срещу COVID-19, този подход ще спомогне за изграждането на практика вътре в държавата на научна общност в областта на социалните и поведенческите науки, която може успешно да се използва също за изследвания по други здравни въпроси в бъдеще. Пример за такова сътрудничество може да се посочи в Дания, където диагностичното изследване в държавата е извършено от университета в Копенхаген [27].

Стратегии за повишаване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19

В настоящия раздел са представени приложени в различни държави от ЕС/ЕИП стратегии, насочени към всеки един от 5-те фактора „5С“. Макар всяка представена стратегия да е класифицирана по един конкретен целеви „С“ фактор, много стратегии всъщност са насочени едновременно към два или повече от тези фактори. Например подход, основан на общността, който е насочен към повишаване на доверието във ваксинационната програма може също така да има за цел справяне с ограниченията в достъпа. Поради това припокриване, може да е от полза за читателите да прегледат всички изброени мерки, когато целта им е да определят потенциални стратегии за конкретни групи от населението. Обърнете внимание също така, че представените стратегии трябва да се разглеждат като примерен подход, който може да бъде приспособен към различни условия, а не като задължителен такъв, който трябва да се спазва строго.

Представените в настоящия доклад стратегии бяха определени посредством преглед на обхвата, включващ редица материали и източници, и са избрани, за да се покаже многообразието на групите от населението, за които са предназначени, и представените географски региони. Включването на конкретна стратегия от определена държава не следва да се разглежда като показател, че тя е „по-добра“ от друга, приложена в друга държава. По същия начин изключването на конкретна стратегия на определена държава не означава по никакъв начин, че тя е „по-малко подходяща“ от включената. Освен това, макар че държавите неизменно са възприели многофакторни подходи за улесняване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19, тук са включени конкретни примерни инициативи, кампании или инструменти, с цел да се подчертае как е подхотено към конкретния „С“ фактор, както за населението като цяло, така и за определена група от него. Тези примери предоставят актуална картина на някои елементи от по-широки инициативи, които се изпълняват на равнището на отделните държави.

Доверие: Стратегиите са свързани с изграждането на доверие — доверие в системата на здравеопазването, осигуряваща ваксинацията, доверие в лицата, вземащи политически решения относно ваксината, и доверие в безопасността и ефективността на самата ваксина [9].

Държава членка	Към кого е насочена	Пречка, към която е насочена	Пример за мярка:
Белгия	Уязвими общности и населението като цяло	Доверие в системата на здравеопазването	Това е пилотна програма, включваща медицинските специалисти в общностите, на които е възложена задачата да повишат знанията на хората за здравната система и тяхното доверие в нея, за да се увеличи темпът на ваксинацията срещу COVID-19 сред социално уязвимите групи от населението във Фландрия [34]. Проведена е оценка на общността във всяка зона за първична медицинска помощ в региона, по време на която са определени заинтересованите участници от всяка общност, на които хората имат доверие. Екипът е работил с тези ползващи се с доверие членове на общностите, както и с други специалисти по първична медицинска помощ, социални грижи и пациентски сдружения, за разработването и прилагането на ваксинационна стратегия [35]. Самите членове на общностите информират своите съграждани за ваксината срещу COVID-19, свързват ги с предоставящи грижи специалисти и ги придружават за първата им ваксинация, като извършват и дейности за проследяване след ваксинацията [35,36]. Тези екипи, водени от и основани на общността, имат връзка с регионалния регистър на ваксинационното покритие, като имат достъп също и до обобщени, въведени от ОПЛ в района анонимизирани данни относно съпътстващите заболявания. С тази информация те могат да се насочат към зони с ниско ваксинационно покритие и висок риск [35].
Ирландия	Младежи	Доверие в безопасността на ваксините и доверие в здравната система	SciComm е инициатива, която използва мрежа от специалисти по предоставяне на научна информация, за да създаде диалог и да отговаря на въпросите и безпокойствата на младежите, с цел да се увеличи доверието и по този начин да се засили темпът на ваксинацията сред младите хора [37]. Мрежата е създадена от министерството на здравеопазването чрез изпращане на запитвания към завършили образованието си студенти, работещи в областта на науките за здравето и предоставянето на научна информация [37]. Целта е достигане до младежите в онлайн общностите, където те са активни, и ангажирането им в област, от която са се чувствали изключени [37,38]. Мрежата на предоставящите научна информация се среща два пъти месечно със служители от министерството на здравеопазването, за да получи отговори на собствените си въпроси, след което изготвя седмични съобщения въз основа на опасения, изразени от младежи (определени от министерството на здравеопазването чрез фокусни групи и въпросници [38]), както и съобщения за текущото научно развитие. Мрежата активно публикува съдържание и общува в социалните медии (Facebook, Instagram, Tik Tok), като по този начин ангажира младежи от цялата страна в обмен на опит и отговори на въпроси, и реагира на грешна информация/дезинформация относно ваксинацията срещу COVID-19 [39].
Нидерландия	Медицински специалисти	Доверие в безопасността на ваксините	Нидерландският национален институт за обществено здраве и околна среда (RIVM) е разработил модул за електронно обучение, който е публично достъпен за медицинските специалисти в Нидерландия [40]. Той

			предлага обучение относно разработването на ваксините и информация за тяхната безопасност и ефективност. Също така се предоставят примерни диалози и сценарии за това как да се обсъжда с пациентите ваксинацията срещу COVID-19 [41]. Понастоящем модулет е в процес на одобрение за акредитация.
Обединеното кралство (държава извън ЕС/ЕИП)	Населението като цяло	Доверие в безопасността и ефективността на ваксината	Университетът на Нотингам, Саутхамптънският университет и Кингс Колидж Лондон си партнират с Националния институт за здравни изследвания за създаването на чатбот за обсъждания и диалог с хората по техни опасения относно ваксинацията срещу COVID-19 [42,43]. Чатботът поставя няколко първоначални въпроса относно опасенията на лицето и въз основа на отговорите представя научни данни по неосъдителен начин [44]. Докато този чатбот дава отговори на опасения по отношение на ваксинацията въз основа на предварително програмирани отговори, университетът Джон Хопкинс и IBM стартират подобен чатбот, който общува с потребителите с помощта на изкуствен интелект. Той е по-гъвкав и дава възможност на потребителите да въведат свободен текст, като предоставя отговори на опасенията им във връзка с ваксините [45].

Ограничения: Стратегиите, насочени към ограниченията, по принцип са съсредоточени върху повишаване на достъпността, способността на хората да разбират информацията (здравна и езикова грамотност), привлекателността на имунизационните услуги и справянето с предполагаеми или действителни пречки пред финансовата достъпност.

Държава членка	Към кого е насочена	Пречка, към която е насочена	Пример за мярка:
Норвегия	Езикови малцинствени групи	Трудности в разбирането на информацията относно ваксинацията	Информацията относно ваксинацията е преведена и налична на повече от 45 езика, и се използва в усилията за ангажиране на уязвимите групи [46,47]. В Осло говорещи сомалийски „посланици“ на общностите, определени от медицинските специалисти в сътрудничество със самите общности, обменят информация във връзка с COVID-19 на сомалийски език [48]. Тази дейност се осъществява в партньорство с организации на гражданското общество, академичната общност и Норвежкия институт по обществено здраве.
Италия	Мигранти	Привлекателност на услугите	В някои райони са променени изискванията за регистрация, така че не е необходимо хората, които се ваксинират, да имат здравноосигурителен номер, като освен това се дава уверение, че личните данни няма да се споделят с други органи освен здравните (напр. с полицията или имиграционните служби) [49]. В други райони, например в Тоскана, определени места за ваксинация се използват за лица, които нямат здравна карта, като начин за улесняване на достъпа за мигранти без лични документи [50]. В района на Сицилия националните здравни органи си партнират с организации на гражданското общество за ваксинирането на мигранти, като използват културни посредници за предоставянето на информация относно ваксинационните услуги [51].
Германия	Населението като цяло	Физическа достъпност	Органите са провели общонационална „седмица за ваксиниране“ през септември, която съвпада с края на летните ваканции и връщането в

Държава членка	Към кого е насочена	Пречка, към която е насочена	Пример за мярка:
			училище. Седмичната за ваксиниране, за която се използва хаштаг „#HierWirdGeimpft“ („тук се извършва ваксинация“), е с фокус върху осигуряването на лесен достъп до ваксинация в често посещавани зони (напр. места за поклонение, младежки клубове, спортни клубове, пазари), за да се улесни опортюнистичният достъп до ваксини и по този начин да се увеличи ваксинационното покритие преди есента [52].
Чехия	Населението като цяло	Физическа достъпност	Регионалните общини разполагат с мобилни екипи, достигащи до лица с ограничена мобилност, както и в общности, които имат трудности да стигнат до централните за ваксинация. ОПЛ в области с ниско ваксинационно покритие също си сътрудничат в опит да ваксинират пациентите си, като предлагат подобрена достъпност [47].
Испания	Младежи и студенти	Достъпност и ограничения във времето за младежи, които са по-мобилни поради учебните занятия.	<i>Vacunabuses</i> (ваксинационни автобуси) е партньорство между здравния орган на Мадрид и испанския Червен кръст. Мярката се състои от 18 мобилни екипа, работещи в обществени и частни висши образователни институции [53,54], отворени за ваксиниране на място до края на първия месец от учебните занятия. Целта е да се увеличи ваксинационното покритие сред групите, където то е слабо, и те да не са зависими от провеждането на ваксинацията в централните по местата на основно местопребиваване на студентите [55].

Самонадеяност: Самонадеяността е свързана с предположението за нисък риск от заболяването, което може да е пречка пред мотивацията на дадено лице да се ваксинира [56]. Така например в началото на пандемията често се определяше, че за младежите и децата съществува много по-малък риск от COVID-19 в сравнение с по-възрастните. Поради това може да е необходимо стратегиите срещу самонадеяността да бъдат съсредоточени върху разясняването сред младежите на риска от COVID-19 и по-доброто разбиране на основното значение на ваксинацията в по-общ план.

Държава членка	Към кого е насочена	Пречка, към която е насочена	Пример за мярка:
Германия	Населението като цяло	Разбиране на съотношението риск/ползи във връзка със заболяването от COVID-19 и ваксинацията.	Институтът Роберт Кох всяка седмица публикува набор от въпроси и отговори въз основа на въпроси и опасения, изразени в редовно проучване във връзка с COVID-19 (COVIMO) [26,57]. За въпросите и отговорите се използва подход на обмен на информация за рисковете и се поставя акцент върху рисковете от COVID-19 и ползите от ваксините. Включени са и въпроси за определени уязвими групи (напр. бременните жени) или групи, които представляват интерес (напр. деца). Отговорите съдържат връзки към допълнителна информация.
Нидерландия	Родители, деца и младежи	Възприемане от страна на децата/младежите на риска от COVID-19, рисковете и безопасността на ваксинирането.	Проведено е проучване за изследване на мотивиращите фактори за колебанията относно ваксинацията срещу COVID-19 сред родители и деца [58]. Въз основа на резултатите от проучването е проведено онлайн събеседване с педиатър, който е председател на Нидерландската педиатрична асоциация и участва в екипа за управление на епидемията в страната. Той разглежда въпроси относно риска от COVID-19 и ползите от ваксинацията [59]. Освен това са създадени партньорства между образователни заведения, образователни сдружения и здравни институти, с цел предоставяне на информация за рисковете от COVID-19 за младежите и децата и за ползите от ваксинирането [47].
Полша	Населението като цяло	Възприемане за риска от COVID-19	Създаден е екип от Националния здравен фонд, който да се обажда на лица, за които е установено по медицинските регистри, че все още не са ваксинирани. На лицата се задава въпрос защо не са се ваксинирали и с тях се провежда дискусия с акцент върху съотношението между рисковете и ползите от ваксинацията. Полагат се усилия да бъдат убедени, че ваксинацията е от полза за тях, след което може да им се предложи и те да приемат да се регистрират за ваксинация [47].

Преценка: Преценката в модела „5C“ се отнася до анализирането от дадено лице на това как възприема рисковете и ползите от ваксинацията [9]. Следователно стратегиите, насочени към преценката, може да имат за цел осигуряването на точна информация в отговор на критикуващи ваксините източници, включително погрешна информация и дезинформация, и акцентирание върху обосноваването и важността на ваксинацията.

Държава членка	Към кого е насочена	Пречка, към която е насочена	Пример за мярка:
Австрия	Населението като цяло	Достъп до точна информация, опровергаване на грешна информация	Създаден е уебсайт, който предоставя актуална информация относно ваксинационната стратегия. В него са включени препратки към местата за ваксиниране и как се извършва ваксинирането, както и обща информация относно COVID-19 и ваксинацията. Във формата са включени кратки видеоклипове, интервюта с медицински специалисти (като източник, ползващ се с доверие), поредица с наименование „Научни открития“, и поредица, наречена „Час за консултации“, в която се провеждат беседи с експерти относно ваксинацията [60]. Всички тези резултати са съобразени с конкретни проблеми, установени в различните общности. [47]. Ресурсите са достъпни както на уебсайта, така и в YouTube. Друга страница съдържа списък на лекарите, които участват в инициативата на Австрия във връзка с ваксинацията „Австрия ваксинира“ и с които хората могат да се свържат с въпроси [61]. На друга уебстраница е предоставена регионална информация за местата, където се извършват ваксинационни услуги.
Испания	Населението като цяло	Кампании в масмедии	В Испания са използвани няколко масмедийни кампании за разпространяване на информация за ползите от ваксинацията срещу COVID-19, в които се разглеждат също и обичайни опасения. Една подобна кампания е с насоченост към поясняване на безопасността на ваксините и в нея защитници на ваксините от Испанската агенция по лекарствата и здравните продукти (AEMPS) [62] се включват, за да инструктират или разговарят с лица, които не са ваксинирани поради разпространяващата се информация във връзка с факта, че ваксините срещу COVID-19 са разработени твърде бързо. Друга кампания, #uotemvacunaseguro, предоставя по лична молба на младежи, по-възрастни хора и учени, отговори на въпроса защо е важно да бъдеш ваксиниран [63].
Нидерландия	Населението като цяло	Опровергаване на грешна информация и дезинформация	Националният институт за обществено здраве и околна среда инвестира в анализи на големи масиви от данни, за да определи въпросите относно ваксинацията и ваксините, за които се извършва най-често търсене и да анализира съдържанието на уебсайтове, в които се критикуват ваксините. Тези анализи се използват, за да се изготви достъпна и лесно разбираема информация, която има за цел да противодейства на често публикувани онлайн твърдения с грешна информация. Екипът за наблюдение реагира също и директно онлайн на грешна информация за ваксинацията, в зависимост от източника и достъпа до него. На последно място, той разполага с мозъчен тръст срещу грешната информация, координиран от министерството на здравеопазването, където експерти на доброволни начала опровергават грешна информация за ваксините чрез своите лични профили в социалните медии [64].

Колективна отговорност: Стратегиите, насочени към колективната отговорност, могат да включват комуникационни кампании относно ваксинацията срещу COVID-19, които третираят психосоциалните фактори, свързани с намеренията за ваксиниране, например убеждението, че личната ваксинация ще защитава другите хора (като по този начин се насърчава чувството на морален дълг) и че ваксинацията е от ключово значение за повторното отваряне на обществения живот [65].

Предоставянето на информация за социалната полза от ваксинацията може да доведе до засилване на намерението за ваксиниране. Изследванията по тази тема обаче очертават няколко фактора, които могат да повлияят върху ефективността на такива послания: културен и социален контекст (в някои общества ваксинацията вече се възприема като колективна отговорност); просоциални ценности на получателите на посланието; използваните комуникационни формати и канали (например да се покаже как действа защитата на общността чрез интерактивна симулация може да бъде по-ефективно, отколкото да се използва само кратък текст) и нивото на колебание при отделните хора [66]. По отношение на последното е по-малко вероятно силно колебаещите се да видят колективните ползи от ваксинацията и затова може да е по-ефективно да се подчертаят личните ползи за тези лица [67].

Държава членка	Към кого е насочена	Пречка, към която е насочена	Пример за мярка:
Швеция	Населението като цяло	Послания, в които се апелира към колективна отговорност.	В началото на внедряването на ваксините информационната кампания на шведския орган по обществено здраве, заедно с други организации, включва послания основани на принципа „Защити себе си и другите“ в различни медии. Информацията също така е преведена на няколко езика [68]. В друга кампания с видеоклипове и плакати, преведени на няколко езика, се излъчва посланието „Заедно към по-добри времена“ (напр. радостта отново да се срещнете със семейството и приятели). Материалите включват също кратки видеофилми с експерти по ваксиниране, които обясняват важността на ваксинацията като средство за контрол на разпространението на заболяването, връщане към нормалния живот и край на пандемията [69]. Следва да се отбележи, че колективната отговорност не е била в основата на стратегията, приета от шведските органи, но елементи на тази стратегия включват този „С“ фактор във фокуса си.

Допълнителни стратегии за повишаване на темпа на ваксинация

В някои държави, когато други видове мерки се оказват недостатъчни, за да се постигне високо ваксинационно покритие, са въведени мерки, основани на стимули, изисквания за сертификати и задължително ваксиниране. Важно е да се отбележи обаче, че въпреки че тези инициативи може да се окажат ефективен подтик за лицата, които се колебаят или са против ваксинирането, те се стремят да оформят поведението, а не толкова да променят това какво хората мислят и как се чувстват във връзка с ваксинацията. Освен това стимулите и санкциите могат да намалят до минимум възможностите за отлагане на ваксинацията, като я изискват от лицето, за да може то да получи желания резултат (напр. достъп до образование, работа, развлечения или пътуване) [70].

Въз основа на този принцип и предвид признаването в резултат от пандемията от COVID-19, че може да има допълнителни компоненти, които да осигурят ваксинирането на дадена група от населението, като допълнителен елемент към модела „5С“ наскоро бе предложено да се включи „спазването“ [71]. „Спазването“ се отнася до ваксинационните политики, които отиват по-далеч от апелирането към чувството на хората за колективна отговорност и вместо това се фокусират върху наблюденията над обществото и санкционирането на лицата, които не са ваксинирани. Необходими са допълнителни изследвания за оценяване на приноса на подобни инициативи за темпа на ваксинация по време на пандемията от COVID-19.

Стимули: извършените в миналото изследвания в областта на поведението показват, че въпреки че стимулите могат да потвърждават важността на ваксинацията, те могат също така да сигнализират, че някои хора не избират да бъдат ваксинирани, което от своя страна е едно послание, че ваксинирането не е нормативно поведение. Освен това обобщението на прегледаните стратегии за стимулиране показва различия в препоръките, като някои проучвания са потвърждение, че подходът е ефективен, докато в други

се поддържа тезата, че доказателствата за ефективността са неубедителни. Това обаче може да се дължи на разнородността на мерките и качеството на проучванията, както и на факта, че при комбиниране на тези мерки с други стратегии може да е трудно да се установи ефектът от стимулите [70].

Изследвания, извършени по време на началната фаза на внедряване на ваксините срещу COVID-19, оспорира първоначалните предложения, че паричните стимули могат да повишат желанието за ваксиниране. Проучването предупреждава, че когато се появи нова ваксина, първоначално кампаниите следва да поставят ударението върху повишаване на доверието, особено по отношение на безопасността на ваксините. След намаляване на опасенията за безопасността, паричните стимули могат да са допълнителен мотивационен фактор за ваксинацията, но по тази тема са необходими допълнителни изследвания [72]. Голямо рандомизирано контролирано изпитване, проведено в Швеция в периода май — юли 2021 г., показва, че дори малки парични стимули могат да повишат темпа на ваксинацията срещу COVID-19 (с 4,2 процентни пункта от изходна стойност 71,6 %), независимо от социално-демографския произход на участниците. В проучването се поставя акцент и върху други въпроси, които трябва да бъдат взети предвид: етични аспекти, възможни различия в ефекта в зависимост от темпа на ваксинация в дадена държава, кой дава стимула (в това проучване това е изследователският екип), както и потенциалния риск стимулите да подкопаят желанието на хората да се ваксинират в бъдеще (напр. да си поставят подсилваща доза), без да получат заплащане [73]. В други проучвания се набляга върху факта, че финансовите стимули „ваксинирайте се“ може да изглеждат привлекателни, когато акцентът се поставя върху групи с трайно ниски темпове на ваксинация, с възможност да доведат до краткосрочно увеличаване на темпа, но те не са панацея. Все пак ще са необходими по-обхватни допълващи стратегии, например за определяне на източниците на съпротива, преодоляване на пречките пред достъпа и темпа на ваксинацията и предоставяне на информация по прозрачен начин с цел изграждане на обществено доверие [74]. Стимулите за конкретни целеви групи, например медицинските специалисти, следва да бъдат планирани и разработени в сътрудничество с представители на тези групи [24].

Изисквания за сертификати: няколко държави от ЕС/ЕИП са въвели изисквания за представяне на доказателство за ваксинация чрез сертификат, зелен сертификат или здравен пропуск, които може да включват също доказателства за преболедуване от COVID-19 и за отрицателен резултат от тест. От хората се изисква да имат такива сертификати, за да получат достъп до определени обществени места, да участват в дейности за развлечение, културни или специфични професионални дейности, пътуване или достъп до работните места. За целите на настоящия доклад различаваме този вид изискване за сертификат от задължителното ваксиниране, разгледано по-нататък, макар че в писмените източници тези понятия често се използват като взаимозаменяеми. Освен това, когато акцентът се поставя не само върху доказателството за ваксинация, но и върху доказателство за преболедуване или отрицателен резултат от тест, тези сертификати не налагат изрично задължителна ваксинация. Цифровият COVID-19 сертификат на ЕС е пример за изискване, което в този случай цели да улесни свободното движение в ЕС [75].

Изследователите предупреждават, че въздействието на „предложенията за паспорти“ върху намерението за ваксиниране може да се различава в зависимост от това, за което тези сертификати се отнасят (ваксинация, скоросен тест, антитела), за какъв вид дейности се прилагат (международни пътувания, достъп до обществени места, работа) и кога са въведени (незабавно или след като на всички е предложено да се ваксинират). Това от своя страна ще окаже влияние върху възприемането на сертификатите от хората по отношение на легитимността, равнопоставеността и чувството за принуда [76]. Изследователите посочват, че „ваксинационните паспорти“ може да накарат тези, които вече имат намерение да се ваксинират, да станат още по-сигурни в намерението си, но може да имат обратен ефект върху онези, които имат опасения във връзка с ваксините. Изискванията за сертификати провокираха съпротива в някои политически и икономически среди, както се видя в Англия, когато правителството оттегли своя план да въведе „ваксинационен паспорт“ за тези, които желаят да имат достъп до нощни клубове и многолюдни събития, на фона на критиките за проблеми с прилагането и разходите [77]. В проведено в Обединеното кралство и Израел проучване се прави заключението, че вътрешните ваксинационни паспорти могат да окажат вредно влияние върху автономността, мотивацията и желанието на хората да се ваксинират, както и че трябва да се предпочитат посланията в полза на автономността и свързаността, вместо тези за натиск и контрол [78]. Въз основа на проучване, проведено в Обединеното кралство, изследователите отбелязват потенциалния поляризиращ ефект от ваксинационните паспорти. Дори ако в дадена държава като цяло имат подкрепа, е възможно да има големи различия в привлекателността на ваксинационните паспорти сред конкретни групи от населението (напр. младежи, етнически малцинства и т.н.), а това може да създаде риск от въздържане от ваксинация сред конкретни популации и географски обособени общности [76]. Необходими са повече научни изследвания относно потенциалните непредвидени последствия от тези „ваксинационни паспорти“.

Изискване за ваксиниране/задължително ваксиниране. Въпреки че задължаването може да бъде много ефективно, изследователите предупреждават, че може да са достатъчни или по-препоръчителни други стратегии, в зависимост от причините за ниските темпове на ваксинацията. В някои конкретни целеви групи обаче, например медицинските специалисти, е доказано, че изискването увеличава ваксинационното покритие [70]. Задължаването е проява на подкрепа за имунизационната политика и следователно може да увеличи ресурсите за ваксинационната инфраструктура. То обаче може да има също и обратен ефект сред

всяка група от населението, където няма широка подкрепа за ваксинацията [79]. Въз основа на опита с предишни задължителни ваксинации (напр. в САЩ) и предизвикателствата, които постави внедряването на новите ваксини срещу COVID-19, изследователите отбелязаха преди внедряването на ваксините, че ограничени изисквания за задължително ваксиниране, за които има обществена подкрепа, могат при определени условия да бъдат част от обширен пакет от мерки [79]. Задължаването обаче изисква правна рамка, която да позволява на органите да ограничават личните свободи от съображения, свързани с общественото здраве, както и одобрение на политическо равнище. В това си качество то може също така да бъде предмет на съдебни спорове, да предизвика дебати относно личната свобода, и въпреки че може да насърчи някои от тези, които не са склонни да се ваксинират, може също така да подклажда съпротива [80,81]. Освен това е необходимо внимателно оценяване на етичните съображения във връзка със задължителното ваксиниране, както беше подчертано от СЗО [82].

Някои държави от ЕС/ЕИП са въвели задължително ваксиниране срещу COVID-19, други обмислят такава стратегия, а трети предпочитат доброволния подход към ваксинацията [47,83]. В миналото няколко държави от ЕС/ЕИП са въвели задължително ваксиниране за определени ваксини и групи от населението, и по-специално за малките деца [84], за да се справят с намаляващите темпове на ваксинация, колебанията във връзка с ваксините и рецидивиращите епидемични взривове, по-специално за морбили. Например през 2017 г. Италия въвежда закон, който разширява списъка със задължителни ваксинации за новородени от четири на десет ваксини (напр. срещу детски паралич, дифтерия, хепатит В, морбили, заушка, рубеола, варицела и т.н.). За децата се изисква ваксинация, за да имат достъп до училищата, а неспазването на това задължение води до парични глоби. При прегледа на политиката е установено, че ваксинационното покритие се е увеличило за всички ваксини, въпреки че авторите признават, че колебанията във връзка с ваксините продължават да бъдат проблем и че политическият и социален дебат относно задължителната ваксинация продължава [85].

Примери за стимули, сертификати и задължителна ваксинация

Държава членка	Към кого е насочена	Пречка, към която е насочена	Описание на стратегията
Полша	Населението като цяло/ общини	Стимули за повишаване на темпа на ваксинацията	През юли 2021 г. е пусната лотария с материални и парични награди за тези, които се ваксинират [86]. Общините също се конкурират коя ще достигне най-висок темп на ваксинацията. Първите 500 от тях, успели да ваксинират 75 % от населението си, получават парични награди, а 49-те, които достигнат най-висок темп на ваксинацията в съответния регион, също получават парични награди [87].
Белгия — района на столицата Брюксел	Общо и конкретни групи от населението	Изисквания/сертификати за повишаване на темпа на ваксинацията	През август в Белгия е въведен пропуск за безопасност по отношение на Covid (Covid Safe Ticket (CST)) за достъп до събития с повече от 5 000 посетители. Поради пониския темп на ваксинацията в района на столицата Брюксел, отколкото в други региони в страната, са изготвени планове за разширяване на валидността на пропуска в Брюксел за есента като се включи и достъп до места като ресторанти, барове, центрове за фитнес, събития на закрито с повече от 50 посетители, и болници или домове за възрастни. Продължителността на тази мярка ще зависи от епидемиологичната обстановка. Пропускът удостоверява, че лицето е с пълен ваксинационен курс, има отрицателен тест за COVID-19 или сертификат за преболедувал. Изисква се от всяко лице на възраст 16 и повече години, но също и от 12-годишните, ако посещават болници и домове за възрастни [88,89].
Италия	Професионални групи (здравеопазване)	Задължителна ваксинация	На 1 април 2021 г. Италия одобри постановление, съгласно което ваксинацията става задължителна за медицинските специалисти. Въпреки че първоначално Италия предпочете препоръчителния режим, италианската държава прие задължителната ваксинация с цел да достигне възможно най-висок темп на ваксинация сред медицинските специалисти, за да се гарантира безопасността на лечението и защитата на здравето на пациентите [90]. За ваксините срещу COVID-19 тя е първата държава в Европа, която направи това. Задължението се отнася до медицинските специалисти, които осъществяват дейността си в структурите на системата на здравеопазването или социалните дейности и грижи, независимо дали са обществени или частни, и в аптеки, дрогерии и професионални административни служби. Лицата, които отказват да се ваксинират биват прехвърлени да изпълняват други задължения, за които не съществува риск от разпространение на вируса, или остават в неплатен отпуск за период до една година. Постановлението също така

		осигурява защита от носене на наказателна отговорност за лекарите, които поставят ваксини, при условие че инжектирането се прави в съответствие с указанията на министерството на здравеопазването [91].
--	--	--

Оценка на програми, насочени към повишаване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19

За всяка мярка в областта на общественото здраве следва да се извършва оценка, ако е възможно [92]. В идеалния случай оценките се извършват с цел да се потвърди дали дадена мярка е приложена по приемлив начин, доколкото тя е била ефективна (включително, когато е уместно, при различни подгрупи от населението), както и дали е имала някакви непредвидени или отрицателни въздействия [92]. Освен това оценките са необходими, за да се установи дали обществените средства се инвестират ефективно по отношение на разходите [93], което е особено важно в условията на криза, когато ресурсите трябва да бъдат внимателно насочвани.

Извършването на оценки на поведенчески мерки обаче може да е методологическо предизвикателство, тъй като е трудно да се установи причинно-следствена връзка между дадена мярка, която, например, цели да увеличи темпа на ваксинация срещу COVID-19, и действителния темп сред членовете на обществото. Причината е, че много други несвързани фактори могат също да повлияят върху темпа на ваксинация, а не е лесно да се разграничат факторите, които оказват влияние. Златният стандарт за епидемиологичен инструмент за доказване на ефективността на интервенции — рандомизираното контролирано изпитване — е сложен логистично и взискателен в методологическо отношение, така че е малко вероятно да е практически приложим за оценка на повечето мерки, целящи да се улесни приемането и темпа на ваксинацията. Липсата на строга, лесно приложима методология за доказване на ефективността на тези мерки означава също, че може да не е възможно да се определи ефективността им по отношение на разходите. Все пак могат да се използват предварителни и последващи оценки на мярката, за да се установи дали през периода на действие на всяка мярка в определена област може да са настъпили някакви промени в темпа на ваксинацията, като може също така да се сравни темпът на ваксинацията в различни географски области или сред конкретни групи от населението, спрямо такива, където мярката не е прилагана. Трябва обаче много да се внимава при тези усилия да се избегне приписването на причинно-следствена връзка между мярката и темпа на ваксинация, тъй като не може и не трябва да се прави допускането, че е налице такава [9].

Въпреки тези предизвикателства все пак е възможно да се направят добри оценки на мерките за увеличаване на темпа на ваксинация, макар че по горепосочените причини тези оценки ще бъдат ограничени и съсредоточени предимно върху оценка на процеса, включително на приемливостта на мярката и установяването на евентуални непредвидени последствия. В идеалния случай такива оценки на процеса следва да включват както количествени, така и качествени данни, свързани с процеса на изпълнение. Количествените данни могат да се основават на това, което е предоставено чрез мярката (напр. брой на информационните събития) и как то е било прието от целевата група (напр. данни, събрани чрез онлайн или офлайн анкети). Изследванията на качествени характеристики (под формата на полуструктурирани интервюта, наблюдения, дискусии във фокус групи, онлайн наблюдения на социалните медии и т.н.) дават възможност да се разберат отговорите на въпросите „защо“ и „как“ за случилото се в хода на прилагането [94]. Това може да спомогне за очертаване на неидентифицирани до момента проблеми, включително непредвидени последствия, които може да не са видими в констатациите от анализа на количествените данни. Тогава могат да бъдат разпознати и адресирани също и важни нюанси вътре в общностите. В идеалния случай при оценките на процеса на прилагане на мярката следва да се събират данни от гледната точка както на ползващите услугите (напр. тези, които извършват ваксинацията), така и на предоставящите услугите (напр. тези, които извършват ваксинацията). Когато е възможно, в оценките следва да участват и организации на общностите и партньори чрез пълноценно сътрудничество, като средство за гарантиране, че структурата на изследванията е съобразена с потребностите на общностите, които са във фокуса на тези изследвания [95].

Регионалният офис на СЗО за Европа е разработил и понастоящем въвежда пилотна рамка за оценка на поведенчески и културни мерки срещу COVID-19, включително такива, имащи за цел улесняване на приемането и темпа на ваксинацията. Като признава, че самите мерки могат да породят непредвидени положителни и отрицателни въздействия, рамката за оценка включва акцент върху по-широките последици от намесата, включително върху благосъстоянието, социалното сближаване и доверието. Рамката и допълнителна информация могат да се намерят на адрес euinsights@who.int.

Следва да се има предвид, че много доставчици на здравни услуги са с ограничен капацитет сами да извършват оценки. Поради това е важно да има реалистични очаквания за обхвата и дълбочината на всяка

подобна работа. Здравните служби обаче може да имат възможност също да си сътрудничат с академични или други научноизследователски институти, които имат както технически капацитет, така и човешки ресурси да провеждат по-съвременни от методологична гледна точка оценки чрез използване на иновативни методи, като например реалистична оценка. Подобни подходи могат да спомогнат за разкриването на очакваните и неочакваните резултати, произтичащи от комплексни мерки за намеса [96,97].

Оценка на мерките за повишаване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19 в Нидерландия

До септември 2021 г. Нидерландия е постигнала значително по-висок общ темп на ваксинацията срещу COVID-19 от средния за ЕС [2], но е известно, че съществуват определени групи с недостатъчно ваксинирани хора, много от които са социално уязвими. Поради това са вложени допълнителни усилия за ваксиниране на тези групи от населението; а през октомври 2021 г. нидерландският Национален институт за обществено здраве и околна среда (RIVM) стартира национална анкета, изпратена до общинските здравни служби в цялата страна, за да документира дейностите за насърчаване на ваксинирането срещу COVID-19, извършени за тези недостатъчно ваксинирани групи. Въпросите в анкетата са с акцент върху редица проблеми, включително целевите групи от населението, видовете информация за ваксинацията, предоставена на различните групи, каналите, чрез които е предоставена информацията, практическата помощ, оказана на хората в местата за ваксиниране, и кога (а не дали) ще бъде направена оценка на мерките. С оглед на голямото натоварване в работата на общинските здравни служби екипът на RIVM работи за намиране на баланс между получаването на висококачествени данни по основните въпроси — като не включва твърде много въпроси — опитите да осигури добър процент на отговорите.

Тази дейност по документиране прераства в оценка на национално равнище на приложените на местно равнище мерки, като се очаква да бъдат направени и други, по-конкретно фокусирани оценки. Екипът на RIVM съобщава, че колегите им, които прилагат мерките на местно равнище, като цяло разбират много добре проблемите и предизвикателствата, пред които са изправени различните групи от населението, които са си поставили за цел да ваксинират, и са адаптирали своите мерки по съответния начин. Освен това данните, използвани на местно равнище, за да се адаптират мерките, често се „основават на практиката“, т.е. колегите могат сами да видят какво дава резултати при работата им с целевите общности, не толкова чрез официални оценки.

RIVM създава национална инициатива в подкрепа на общинските здравни служби за споделяне на местни добри практики и идеи, което води до многобройни неформални обмени и адаптиране на мерки, които се определят като успешни. Въпреки че тази инициатива улеснява полезния обмен на практически опит и идеи между общините относно това как да се достигне до хората за ваксинацията срещу COVID-19, съществуват малко или напълно липсват данни за ефективността на различните мерки. Това се дължи на липсата на структурна оценка или мониторинг във връзка с мерките. Сега обаче има планове да бъдат свързани тези мерки с прецизните данни за темпа на ваксинация, като по този начин ще се получи задълбочена информация за времевата връзка между мерките и темпа на ваксинация — макар и с разбирането, че всяка такава връзка не е непременно причинно-следствена.

Заклучения

С настъпването на есента и предстоящата зима съществува реален риск от увеличаване на броя на случаите на заболели от COVID-19 и висока смъртност сред неваксинираните групи от населението в ЕС/ЕИП [98]. Поради това улесняването на приемането и темпа на ваксинационните услуги срещу COVID-19 е спешен и неотложен приоритет. Представените в настоящия доклад инструменти и мерки предоставят на органите материал, който може да бъде адаптиран и използван в отговор на тази необходимост. Продължаващата криза обаче създава също възможност за идентифициране и институционализиране на добри практики за ваксинационни програми и очертаване на празнотите в познанията, които трябва да бъдат запълнени. По този начин ще можем да се справим по-ефективно с бъдещи епидемии от предотвратими чрез ваксиниране заболявания.

Въз основа на представеното по-горе могат да бъдат определени две основни области с добри практики, а националните органи може да обмислят и потърсят начини да ги включат в своите национални ваксинационни планове. На първо място, при относително малък брой от разгледаните мерки има приети стратегии за ангажиране на общностите. Предвид широкото и доказано влияние, което те могат да окажат върху изграждането на доверие в здравните системи, може да е полезно да се обмислят начини, по които такива подходи биха могли да се използват по-мощно в усилията за диагностициране, прилагане и оценка на ваксинационните програми за COVID-19 [99]. На второ място, усилията на националните органи в някои

държави да си сътрудничат с местни и регионални заинтересовани страни и гражданското общество са спомогнали да се диагностицират мотивиращите фактори за слабото приемане и темп на ваксинацията срещу COVID-19 сред определени групи от населението. Също така това спомага за разработването и прилагането на стратегии, насочени към тези мотивиращи фактори. Макар че се признават трудностите пред доказването на ефективността на тези мерки, инициативите за обмен на опит и извлечени поуки могат да улеснят процесите по прилагане на мерките в други условия, като по този начин се създаде потенциал за увеличаване на тяхното въздействие [15].

Установени са и две значителни празноти в данните. На първо място, най-често не съществуват дезагрегирани данни относно ваксинационното покритие сред различните подгрупи от населението, което означава, че ниският темп на ваксинацията или други проблеми във връзка с темпа на ваксинация може да останат скрити за лицата, вземащи решенията, и поради това да останат нерешени. Разгледани са стратегии за събиране на данни за бежанците и мигрантите [100], като могат да се обмислят подобни подходи и за други социално уязвими групи. На второ място, съществуват някои ограничения в наличните понастоящем методологии за оценка на въздействието на мерките за улесняване на приемането и темпа на ваксинационните услуги. Разработването на нови и иновативни методологии в тази сфера от учените в областите на социалните и поведенческите науки ще бъде от голяма полза, особено ако могат да бъдат прилагани в условия на ограничени финансови и технически възможности.

Участие на експерти

- Експерти от ECDC (по азбучен ред): John Kinsman, Gabrielle Schittecatte, Andrea Würz.
- Външни експерти (по азбучен ред): Marianna Vaggio (Съвместен изследователски център, Европейска комисия), Marijn de Bruin (Национален институт за обществено здраве и околна среда (RIVM), Нидерландия), Brett Craig (Регионален офис на СЗО за Европа), Katrine Bach Habersaat (Регионален офис на СЗО за Европа), Mattijs Lambooy (RIVM, Нидерландия), Siff Nielsen (Регионален офис на СЗО за Европа) и Jonas Sivelä (Финландски институт за здраве и благосъстояние (THL), Финландия).
- Всеки един от външните експерти е подал декларация за конфликт на интереси и при прегледа им не е открит конфликт на интереси.

Използвана литература

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 Octber 2021 2021. Available at: <https://www.politico.eu/article/romania-surgeries-eu-coronavirus-help/>
4. Folkhälsomyndigheten (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/vaccinationstackning-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
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/CT9GW9iF0q5/>
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
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/2021/09/10/613a521ffdddfc6aa8b4644.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 Garantías. 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 España. 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
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/vacunas-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/
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/
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

Приложение 1. Инструменти и насоки в подкрепа на стратегиите за улесняване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19

Като допълнителна подкрепа за държавите от ЕС/ЕИП при планирането и прилагането на стратегии за повишаване на приемането и темпа на ваксинацията срещу COVID-19 по-долу е даден списък на полезни материали за справка.

Приемане и търсене

- Набор от инструменти за постигане на приемане и търсене на ваксините срещу COVID-19 (Регионален офис на СЗО за Европа). Включва междинни насоки за приемането и търсенето, образец на комуникационен план, наръчник за разработване, насочване и оценка на мерки, ръководство за ангажиране на общността и ръководство за справяне с грешна информация: [Generating acceptance and demand for COVID-19 vaccines](#) (Постигане на приемане и търсене на ваксините срещу COVID-19)
- Насоки за предоставяне на информация относно безопасността на ваксините срещу COVID-19 (СЗО): [Safety Surveillance Manual - COVID-19 Vaccine Safety Communication](#) (Ръководство за наблюдение на безопасността — предоставяне на информация относно безопасността на ваксините срещу COVID-19).
- Набор от ресурси на Центровете на САЩ за контрол и превенция на заболяванията относно укрепване на доверието във ваксините срещу COVID-19, включително стратегии, инструменти за оценка на общността, ръководство за изготвяне на информация и т.н.: [Vaccinate with Confidence](#) (Ваксинирайте се с доверие).
- [Guidance from WHO Technical Advisory Group \(TAG\) on Behavioural Insights and Sciences for Health on the drivers for facilitating uptake of COVID-19 vaccination](#) (Насоки на Техническата консултативна група (TAG) на СЗО в областта на поведенческите нагласи и науките за здравето относно мотивиращите фактори за улесняване темпа на ваксинацията срещу COVID-19).
- [Обучителни материали](#) в помощ на медицинските специалисти при междуличностното общуване по време на консултации във връзка с ваксинацията срещу COVID-19 (Регионален офис на СЗО за Европа)
- [Communicating with health workers about COVID-19 vaccination](#) (Общуване с медицинските специалисти относно ваксинацията срещу COVID-19) (Регионален офис на СЗО за Европа).

Поведенчески нагласи

- Цялостен преглед на поведенческите научни данни и препоръки относно темпа на ваксинацията срещу COVID-19: [The COVID-19 Vaccine Communication Handbook & Wiki](#) (Комуникационен наръчник и Wiki за ваксините срещу COVID-19)
- Данни за действия: постигане на висок темп на ваксинацията срещу COVID-19, [изчерпателно ръководство](#) за събиране, анализ и тълкуване на качествени и количествени данни за приемането на ваксините срещу COVID-19: [СЗО и UNICEF](#).
- Инструмент за проучване и насоки относно поведенческите нагласи за COVID-19 (Регионален офис на СЗО за Европа): [Survey Tool and Guidance](#) (Инструмент за проучване и насоки).
- Структуриране на имунизационните програми — ръководство за изследване и отстраняване на пречките пред ниския темп на ваксинацията (Регионален офис на СЗО за Европа): [TIP guide](#) (Ръководство за структуриране на имунизационните програми).

Справяне с грешната информация

- Проучване на ECDC, което изследва източниците на грешна информация за ваксините в избрани държави от ЕС и описва стратегии за предприемане на мерки срещу грешна информация за ваксините онлайн: [Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA](#) (Противодействие на грешна информация за ваксините онлайн в ЕС/ЕИП)
- Наръчник, в който е обобщено настоящото състояние на науката за грешната информация и нейното опровергаване, включително относно ваксинацията, и с достъп на няколко езика (Университет George Mason — Център за информация за изменението на климата): [The Debunking Handbook 2020](#) (Наръчник по опровергаване за 2020 г.)

- Насоки за предприемане на мерки във връзка със световната инфодемия и за насърчаване на търсенето на имунизация, налични на няколко езика (UNICEF): [Vaccine Misinformation Management Field Guide](#) (Практическо ръководство за справяне с грешната информацията относно ваксините)

Обща информация за ваксинацията

- Европейският портал за ваксиниране (EVIP) е инициатива на Европейския съюз и предоставя информация за ваксините и ваксинацията на всички езици на ЕС/ЕИП. Разработен е от ECDC в партньорство с Европейската комисия и Европейската агенция по лекарствата (EMA): [vaccination-info.eu](#)
- Информация за ваксините и ваксинацията срещу COVID-19: [видеоклипове и подкастове за медицински специалисти и обществеността](#), в които се обясняват често задавани въпроси относно ваксините срещу COVID-19 (Регионален офис на СЗО за Европа).

Ресурси за оценка

- Better Evaluation е световна нестопанска организация, която обединява познания и практики от различни сектори за извършване на оценки с добро качество. На техния уебсайт има база от знания в помощ на отделни лица и организации, извършващи различни видове оценки <https://www.betterevaluation.org/>.