

# Bevorderen van de acceptatie van COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad in de EU/EER

15 oktober 2021

## Kernboodschappen

- Een COVID-19-vaccinatieprogramma kan pas succesvol zijn als het is gebaseerd op inzicht in de overtuigingen, bedenkingen en verwachtingen van individuen en hun gemeenschappen over het vaccin en de ziekte, en hierop een passend antwoord biedt. Het 5C-model – vertrouwen, beperkingen, zelfgenoegzaamheid, berekening en collectieve verantwoordelijkheid (confidence, constraints, complacency, calculation, collective responsibility) – kan als kader dienen om inzicht te krijgen in deze bedenkingen en om strategieën te ontwikkelen die de acceptatie van COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad bevorderen.
- Op basis van het 5C-model kunnen de onderliggende oorzaken van een lage acceptatie en vaccinatiegraad worden vastgesteld door transversale gegevens op bevolkingsniveau te analyseren. Het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft een enquête-instrument ontwikkeld om inzicht te krijgen in gedragingen met betrekking tot COVID-19, dat met het oog hierop kan worden gebruikt. Samenwerking met het maatschappelijke middenveld kan ook kansen bieden om (kwantitatieve en/of kwalitatieve) gegevens te benutten die inzicht kunnen bieden in de overtuigingen, bedenkingen en verwachtingen van individuen en gemeenschappen over vaccinaties.
- In veel landen zijn de inspanningen op het gebied van vaccinatie momenteel gericht op het bereiken van groepen niet-gevaccineerde mensen uit oudere leeftijdsgroepen en sociaal kwetsbare doelgroepen, maar ook op het bevorderen van de vaccinatiegraad bij jongere leeftijdsgroepen (met inbegrip van kinderen en adolescenten die voor vaccinatie in aanmerking komen). Werknemers in de gezondheidszorg spelen hierbij een cruciale rol. Het is nodig inzicht te krijgen in de specifieke uitdagingen waarmee al deze groepen worden geconfronteerd als het gaat om de acceptatie van, de toegang tot en (voor werknemers in de gezondheidszorg) de bevordering van vaccinaties. Vervolgens moeten deze uitdagingen worden aangepakt.
- In dit document komen een aantal maatregelen aan bod die door landen zijn genomen om de acceptatie en vaccinatiegraad te verhogen, afhankelijk van de onderliggende oorzaken die in een bepaalde context zijn vastgesteld. Het is mogelijk dat deze moeten worden aangepast op subnationaal of lokaal niveau – er bestaat geen “standaardaanpak”. Onderliggende oorzaken kunnen in de loop van de tijd wijzigen, en het kan dan ook zijn dat regelmatig opnieuw een diagnose moet worden gesteld.
- Veel interventies die voor dit verslag zijn geëvalueerd waren toegespitst op het verlenen van toegankelijke diensten, vaak in combinatie met bijbehorende strategieën voor risicocommunicatie. Sommige landen hebben ook gekozen voor maatregelen op basis van stimulansen en sancties. Er werden minder strategieën geïdentificeerd die tot doel hadden vertrouwen te scheppen in de gezondheidszorgstelsels en samen te werken met gemeenschappen.
- Het is vanuit methodologisch oogpunt niet eenvoudig vast te stellen in hoeverre een interventie de acceptatie en de vaccinatiegraad daadwerkelijk bevordert. Er kunnen weliswaar nog goede evaluaties worden uitgevoerd van deze interventies, aan de hand van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens, maar de bevindingen van procesevaluaties zijn doorgaans gemakkelijker te interpreteren dan die van effectevaluaties.

## Toepassingsgebied en doel

In dit verslag komen aspecten aan bod die landen van de Europese Unie/Europese Economische Ruimte (EU/EER) in overweging kunnen nemen wanneer zij belemmeringen voor de acceptatie en opname van COVID-19-vaccinaties in kaart brengen en interventies ontwikkelen en uitrollen om de vaccinatiegraad te verhogen. In het verslag wordt gebruikgemaakt van het "5C-model" om de verschillende oorzaken van een lage vaccin-acceptatie en vaccinatiegraad te categoriseren en te verduidelijken. De belangrijkste begrippen in het 5C-model zijn vertrouwen, beperkingen, zelfgenoegzaamheid, berekening en collectieve verantwoordelijkheid. Er wordt binnen dit kader niet alleen ingegaan op de bevordering van COVID-19-vaccinaties voor de algemene bevolking, maar er zijn ook specifieke bevolkingsgroepen opgenomen in het verslag, zoals werknemers in de gezondheidszorg en sociaal-economisch kwetsbare groepen. Aangezien in vele landen nu ook kinderen en adolescenten in aanmerking komen voor vaccinatie, zijn ook ouders als groep opgenomen.

In het verslag wordt erop gewezen dat het van belang is de onderliggende oorzaken van een suboptimale vaccinatiegraad bij een bepaalde bevolkingsgroep in kaart te brengen, om ervoor te zorgen dat als reactie hierop passende interventies worden uitgevoerd. Er worden ook voorbeelden gegeven van interventies die in de EU/EER zijn toegepast, die telkens kunnen worden aangepast voor gebruik in andere contexten waar vergelijkbare onderliggende oorzaken van een lage vaccinatiegraad zijn vastgesteld. Tot slot wordt in het verslag ingegaan op het belang van het evalueren van interventies om de vaccinatiegraad met betrekking tot COVID-19 te verhogen, alsook een aantal uitdagingen die met die evaluaties gepaard gaan. Het verslag bevat ook hulpmiddelen voor het in kaart brengen, uitrollen en evalueren die de EU/EER-landen kunnen gebruiken.

## Doelgroep

Dit document is bestemd voor nationale en regionale volksgezondheidsinstanties, deskundigen inzake risicocommunicatie en beleidsmakers in EU/EER-landen.

## Achtergrond

Per 12 oktober 2021 was meer dan 74 % van alle volwassenen van 18 jaar en ouder in de EU/EER volledig gevaccineerd tegen COVID-19 [2]. Dit is een opmerkelijke prestatie in slechts enkele maanden, maar feit blijft dat meer dan een kwart van alle volwassenen dus nog niet volledig beschermd is. Hoewel de algemene toepassing van vaccinaties op EU/EER-niveau indrukwekkend is, is de vaccinatiegraad lang niet gelijkmatig verdeeld over de EU/EER. Zo is in Bulgarije 23,5 % volledig gevaccineerd en in Ierland 92 % [2]. De gevolgen van deze lage vaccinatiegraad in bepaalde landen komen momenteel tot uiting in overbelaste gezondheidszorgstelsels en hoge sterftecijfers [3]. Bovendien zijn er clusters van relatief lage vaccinatiegraden terug te vinden onder specifieke doelgroepen in sommige lidstaten [4], wat heeft geleid tot verplichte vaccinatie voor bepaalde beroepsgroepen in sommige contexten [5].

Er bestaan talrijke redenen voor de verschillen in de COVID-19-vaccinatie dekking, zoals de dynamiek op het gebied van toelevering en de dienstverlening in gezondheidssystemen, alsook de overtuigingen, de houdingen en het gedrag van mensen. De combinatie van een aantal onderliggende kwesties kan omstandigheden scheppen die leiden tot een lagere vaccinatiegraad dan gewenst. Voorbeelden hiervan zijn wantrouwen in de overheid; de perceptie van het risico om de ziekte te krijgen; gebeurtenissen uit het verleden, zoals angst voor vaccins; het gebruiksgemak van de vaccinatiediensten; onzekerheid over de veiligheid en de werkzaamheid van de vaccins, en wijzigende politieke beslissingen over de beheersing van pandemieën.

Om iedereen in de EU in gelijke mate en tijdig toegang te kunnen bieden tot vaccins, volstaat het dus niet om louter veilige en doeltreffende vaccins aan te bieden, en gemakkelijke toegang te verlenen. Een vaccinatieprogramma kan pas succesvol zijn als het is gebaseerd op inzicht in de bedenkingen en verwachtingen van individuen en hun gemeenschappen over het vaccin, in samenhang met hun percepties en bedenkingen over COVID-19 zelf.

## Het 5C-model

Het 5C-model is gebaseerd op vijf antecedenten die een invloed kunnen uitoefenen op het vaccinatiegedrag van mensen: vertrouwen, beperkingen, zelfgenoegzaamheid, berekening en collectieve verantwoordelijkheid. Het bouwt voort en vormt een aanvulling op andere theoretische modellen die over vaccinatietwijfel en acceptatie werden opgesteld, [5-7] en brengt deze modellen in verband met gedragswetenschappelijke inzichten die gezondheidsgedrag kunnen helpen verklaren [8]. Hieronder worden de vijf bouwstenen van het 5C-model kort beschreven.

**Vertrouwen** heeft betrekking op verschillende aspecten. Het omvat vertrouwen in de werkzaamheid en de veiligheid van het vaccin. Daarnaast houdt het ook verband met vertrouwen in het gezondheidssysteem dat de

vaccinatie verstrekt, onder meer de deskundigheid en de kwaliteit van het medisch personeel dat ze toedient. Tot slot gaat het ook om vrouwen in de beleidsmakers die worden gezien als de algemene besluitvormers over vaccins en vaccinaties [9].

**Beperkingen** voor de vaccinatiegraad zijn bijvoorbeeld de fysieke beschikbaarheid ervan, de betaalbaarheid en de bereidheid om ervoor te betalen, de geografische bereikbaarheid, de vaardigheid om inzicht te verwerven (taal en kennis over gezondheid), en de aantrekkelijkheid van de immunisatiediensten [9]. Dit betekent dat er zowel structurele als psychologische belemmeringen voor vaccinatie bestaan.

**Zelfgenoegzaamheid** houdt verband met de perceptie die een persoon heeft over het risico om de ziekte te krijgen. Als een persoon de bedreiging van een door vaccinatie te voorkomen ziekte laag acht, dan is mogelijk ook de wens en intentie om zich te laten vaccineren beperkt [10,11]. Dit antecedent heeft dus betrekking op een specifieke ziekte, maar ook individuele factoren zoals leeftijd, gezondheid en verantwoordelijkheden kunnen een effect hebben op de zelfgenoegzaamheid. Voorts wordt zelfgenoegzaamheid ook beïnvloed door de vermeende zelfredzaamheid van een persoon, of de mate waarin men meent zelf in staat te zijn zich te laten vaccineren.

**Berekening** verwijst naar de mate waarin iemand op zoek gaat naar informatie over het vaccin en/of de desbetreffende ziekte, en dan een eigen individuele risico/batenanalyse uitvoert om zich al dan niet te laten vaccineren. Mensen die sterk berekenend te werk gaan, vertonen mogelijk meer risicovermijdend gedrag dan wie niet aan berekening doet, en zijn mogelijk ook minder geneigd zich te laten vaccineren, aangezien er zeer veel bronnen over antivaccinatie beschikbaar zijn op het internet [12].

**Collectieve verantwoordelijkheid** staat voor de bereidheid van mensen om anderen te beschermen door zich te laten vaccineren, en bij te dragen aan de gezamenlijke inspanning om groepsimmunitet te bereiken. Dit zou positief moeten samenhangen met collectivisme (in tegenstelling tot individualisme), gemeenschapsgerichtheid en empathie, wat erop wijst dat men bereid is zich te laten vaccineren in het belang van anderen [9].

De combinatie van deze vijf antecedenten scheppen een psychologische ingesteldheid die een persoon ertoe kan brengen zich al dan niet te laten vaccineren. Er moet echter op worden gewezen dat al deze antecedenten in de loop van de tijd kunnen evolueren [13]. Een persoon kan heen en weer balanceren op een spectrum tussen wel en niet gevaccineerd willen worden. Een heel aantal stimulerende en belemmerende factoren voor vaccinatie zorgen ervoor dat men op dit spectrum heen en weer beweegt. Dit vindt plaats op individueel of gemeenschapsniveau (bv. opvattingen over gezondheidsbevordering of ervaringen met gezondheidssystemen en gezondheidswerkers), in een nationale of regionale context (bv. perceptie van leiders, gebeurtenissen uit het verleden, berichtgeving en communicatie), of houdt verband met het vaccin zelf (bv. de inschatting van risico's tegenover voordelen, of het om een nieuw vaccin gaat, het tijdschema, de toedieningswijze, enz.) [10].

## Belangrijkste doelgroepen voor COVID-19-vaccinatie

In alle landen zouden onafgebroken inspanningen moeten worden geleverd om iedereen die hiervoor in aanmerking komt te vaccineren. In landen met een lage algemene COVID-19-vaccinatiegraad blijft het vaccineren van ouderen en mensen met onderliggende gezondheidsaandoeningen evenwel een prioriteit. Ook in landen waar al een goede algemene vaccinatiedekking is bereikt, zijn er nog subgroepen waar de vaccinatiegraad lager ligt dan gewenst. Merk op dat hoewel over deze belangrijke groepen wordt gesproken als afzonderlijke entiteiten, ze zeer heterogeen zijn. Hier moet rekening mee worden gehouden bij het uitwerken van strategieën om de acceptatie van vaccins en de vaccinatiegraad te bevorderen. Hieronder komen twee van de belangrijkste doelgroepen aan bod.

**Sociaal kwetsbare en moeilijk te bereiken doelgroepen:** mensen die tot gemarginaliseerde etnische minderheden behoren, migranten zonder papieren, mensen die te maken krijgen met dak- en thuisloosheid, en mensen met een handicap ervaren heel wat problemen om zich te laten vaccineren tegen COVID-19. Belangrijke aandachtspunten voor deze doelgroepen zijn onder meer een algemeen gevoel van wantrouwen ten aanzien van de autoriteiten, taalbarrières, problemen om fysieke toegang te krijgen tot vaccinatiepunten, en angst voor stigmatisering [14,15]. Bovendien lopen deze gemeenschappen vaak een groter risico op infecties door de drukke en soms ondermaatse omstandigheden waarin zij leven. Dit betekent nochtans dat hun behoefte om te worden gevaccineerd net bijzonder hoog is. Ondanks dit hogere risico zijn uitgesplitste gegevens naar migranten- of etnische minderheidsstatus niet op grote schaal beschikbaar. Hierdoor blijven de specifieke problemen waarmee zij worden geconfronteerd vaak onzichtbaar voor beleidsmakers [16].

**Kinderen en adolescenten die in aanmerking komen voor vaccinatie, en ouders.** Een aantal EU/EER-landen zijn gestart met het aanbieden van COVID-19-vaccinaties aan kinderen en adolescenten boven 12 jaar [2]. Hoewel zij doorgaans slechts milde ziektesymptomen ervaren, lopen mensen in die leeftijdsgroep nog steeds het risico om post-COVID-19-aandoeningen te ontwikkelen, en kunnen zij ook als reservoir voor het virus fungeren. Het vaccineren tegen COVID-19 brengt een aantal zeer specifieke uitdagingen met zich mee, voornamelijk door het feit dat zij juridisch afhankelijk zijn en hun ouders of voogden vermoedelijk betrokken zijn bij de beslissing om te worden gevaccineerd, vooral bij de jongere leeftijdsgroepen [17]. Bijgevolg spelen de standpunten en

bedenkingen van ouders een essentiële rol bij de inspanningen om COVID-19-vaccinaties te verstrekken aan kinderen en adolescenten. Er moet echter ook voor worden gezorgd dat rekening wordt gehouden met de standpunten en ervaringen van de jongeren zelf, dat hun autonomie wordt gerespecteerd, en dat zij op een bij hun leeftijd passende manier worden betrokken bij discussies over vaccinatie [18].

Hoewel bij deze doelgroep in het algemeen geen lage vaccinatiegraad wordt waargenomen, vertegenwoordigen gezondheidswerkers niettemin een bijkomende prioritaire groep voor COVID-19-vaccinatie in landen over de hele wereld, ook in de EU/EER. Dit komt door de hoge blootstelling aan COVID-19 en andere infectieziekten waarmee zij worden geconfronteerd, en door het feit dat zij het virus gemakkelijk kunnen doorgeven aan patiënten of collega's. Door het vertrouwen dat mensen in gezondheidswerkers stellen, spelen zij bovendien een centrale rol bij het beïnvloeden van de percepties van hun patiënten, zowel over het vaccin als over de gerelateerde ziekte. Om die reden kunnen zij een aanzienlijke invloed uitoefenen op de beslissingen van mensen om zich te laten vaccineren [19-21]. Aangezien is gebleken dat sommige gezondheidswerkers vragen en bedenkingen hebben bij de COVID-19-vaccinaties, [22,23], is het van belang hen te ondersteunen en te versterken zodat zij COVID-19-vaccinaties en accepteren en krijgen. Dit heeft rechtstreekse gevolgen voor henzelf en voor mogelijke overdracht binnen gezondheidszorgomgevingen. Het kan ook de beslissing van patiënten om zich te laten vaccineren bevorderen, en op die manier de bredere bevolking beschermen [24].

## Stimulerende en belemmerende factoren voor de acceptatie van vaccins en de vaccinatiegraad in kaart brengen

Alle EU/EER-landen volgen de COVID-19-vaccinatiedekking hun land en sommige volgen het gerapporteerde vertrouwen in COVID-19-vaccins. Echter niet alle landen trachten de redenen voor een lager dan gewenste vaccinatiegraad bij verschillende doelgroepen vast te stellen. Daardoor richten strategieën zich soms op de foutieve combinatie van "5C-antecedenten". Dit kan de doeltreffendheid van de inspanningen om de vaccinatiegraad te bevorderen ondermijnen, en leiden tot verspilling van tijd en financiële middelen bij noodsituaties. De heterogeniteit in de vaccinatie-intenties en het vaccinatiegedrag, zelfs binnen een afgebakende subgroep in een bepaald land, toont ook aan dat er geen standaardaanpak bestaat. Strategieën moeten toegespitst zijn op verschillende groepen volgens hun specifieke behoeften.

Tijdens de pandemie hebben een aantal EU/EER-landen op grote schaal transversale gegevens verzameld over de acceptatie en gebruikmaking van niet-farmaceutische COVID-19-interventies, alsook over de percepties, intenties en gerapporteerde gedrag van mensen in verband met vaccinaties. Het meest gebruikte instrument om deze gegevens op bevolkingsniveau te verzamelen in de EU/EER is het enquête-instrument voor gedragsmatige inzichten over COVID-19 dat door het Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor Europa ter beschikking is gesteld. Dit instrument is aangepast om in verschillende landen te kunnen worden gebruikt en gedrag en houdingen ten aanzien van uiteenlopende preventiemaatregelen en beleidslijnen te volgen [25-27]. De onderwerpen die in het enquête-instrument van de WHO aan bod komen zijn in de loop van de pandemie gewijzigd, en er zijn nu ook vragen opgenomen over vaccinatiegedrag en -intenties. De WHO en UNICEF hebben ook voorlopige richtsnoeren opgesteld om zowel kwantitatief als kwalitatief diagnostisch onderzoek uit te voeren naar gedragsgerelateerde en sociale oorzaken van de acceptatie van COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad [28], maar die zijn nog niet formeel goedgekeurd.

Er zijn heel wat andere instrumenten gepubliceerd die een beoordeling maken van de achterliggende oorzaken van vertrouwen in en acceptatie van vaccins. Het gaat om algemene oorzaken die niet specifiek zijn voor de COVID-19-pandemie. Deze instrumenten zijn onder meer de Vaccine Confidence Index [29], de Vaccine Acceptance Scale [30], en de Parental Attitudes about Childhood Vaccines [31]. Merk op dat deze instrumenten doorgaans vooral de nadruk leggen op vertrouwen, en minder rekening wordt gehouden met de andere vier "C's" [9]. Bijgevolg zijn ze mogelijk niet even doeltreffend als het enquête-instrument van de WHO om een diagnose te stellen van het gedrag en de intenties van mensen op het gebied van COVID-19, en dus om de meest passende interventies voor het bevorderen van de vaccinatiegraad te helpen vaststellen. Het enquête-instrument van de WHO biedt daarentegen een toegankelijke, gemakkelijk aan te passen en (wat belangrijk is) vergelijkbare methode die snel kan worden uitgerold om de ontwikkeling en uitvoering van strategieën op basis van gedragswetenschappelijke inzichten te bevorderen [32].

## Factoren in kaart brengen die de vaccin-acceptatie en de vaccinatiegraad in Finland beïnvloeden

Het Finse Instituut voor Gezondheid en Welzijn (Finnish Institute for Health and Welfare, THL) heeft driemaal een aangepaste versie van het enquête-onderzoek van de WHO uitgevoerd: in het voorjaar en het najaar van 2020 en in het voorjaar van 2021. Er namen ongeveer 1 000 respondenten deel aan elke onderzoeksrunde. Bij de selectie werd ervoor gezorgd dat zij representatief waren voor de volwassen bevolking in Finland wat hun leeftijd, gender en woonplaats betreft. In de eerste ronden waren vragen over vaccinatie-intenties opgenomen [1], en in de laatste ronde over feitelijk vaccinatiegedrag. De bevindingen werden goed onthaald door de beleidsmakers, en vormden een solide basis voor de nationale inspanningen inzake risicocommunicatie en voor de bredere COVID-19-beheersstrategie.

De kosten om de WHO-enquête als een op zichzelf staande activiteit uit te voeren, lopen echter hoog op. Daarom werden sommige van de vragen over vaccinatie vervolgens opgenomen in het lopende en meer algemene nationale Citizens' Pulse-onderzoek, dat om de drie tot vier weken door het kabinet van de minister-president in Finland wordt uitgevoerd. Hierdoor werden de kosten sterk beperkt en kreeg het onderzoek een meer duurzaam karakter, terwijl het ook de gelegenheid bood om de mate van vaccin-acceptatie op een regelmatigere basis op te volgen. Door de resultaten van twee verschillende enquêtes te vergelijken, konden de betrouwbaarheid en de validiteit van de gegevens die afkomstig waren van het onderzoek met het enquête-instrument van de WHO beter worden beoordeeld. Er moet echter op worden gewezen dat sommige vragen door de snelle uitrol en de wijzigende omstandigheden van het COVID-19-vaccinatieprogramma moesten worden aangepast, wat vergelijkingen in de tijd bemoeilijkt. Zo is de eerdere vraag "Zou je het vaccin nemen als het beschikbaar was?" overbodig geworden, wat aantoont dat het noodzakelijk is een overzicht bij te houden van de vragen die op dat moment relevant zijn.

Een belangrijk resultaat van deze diagnose was het feit dat uit de gegevens duidelijk is gebleken dat een laag vaccin-vertrouwen in Finland slechts één van verschillende factoren is die de vaccinatiegraad belemmeren. Ook de andere C's spelen een belangrijke rol. Dit heeft een meer passende berichtgeving mogelijk gemaakt, waardoor de aandacht in het maatschappelijke debat niet meer uitsluitend is gericht op een laag vaccinvertrouwen, maar is verschoven naar meer onderbouwde debatten over andere kwesties die net zo belangrijk zijn (bv. De manier waarop vaccinatiediensten zijn georganiseerd en problemen in verband met zelfgenoegzaamheid en risicoperceptie). Daarnaast heeft het geleid tot betere strategische besluitvorming voor het immunisatieprogramma, evenals ondersteuning van het programma op gemeentelijk niveau door informatie te verstrekken over de factoren die van invloed zijn op het vaccinatiegedrag van mensen.

Kwalitatief onderzoek moet steeds worden beschouwd als een belangrijk onderdeel van omvattende diagnostische analyses van vaccinatie-intenties en -gedrag. Dit kan belangrijke inzichten opleveren in potentieel belangrijke nuances, en tegelijkertijd een antwoord bieden op vragen over het "hoe" en "waarom", waarover gebruikelijke enquêtes geen klaarheid kunnen scheppen [33]. Naast het kwalitatieve gedeelte van het bovengenoemde WHO/UNICEF-instrument [28] werd bij gezondheidswerkers in zeven landen een kwalitatief onderzoeksinstrument gebruikt dat door het Regionaal WHO-Bureau voor Europa werd ontwikkeld. Dit instrument bestudeert de stimulerende en belemmerende factoren van COVID-19-vaccinatie bij gezondheidswerkers, en het werk dat zij verrichten om vaccinatie aan patiënten aan te bevelen. Het instrument biedt een snelle benadering van gegevensanalyse zodat de inzichten ervan op korte termijn als basis kunnen worden gebruikt om interventies op maat uit te werken voor doelgroepen. Het is intussen verder ontwikkeld om te kunnen gebruiken bij andere doelgroepen voor COVID-19-vaccinatie. Binnenkort wordt het instrument gepubliceerd, en voor toegang tot het instrument en ondersteuning kan contact worden opgenomen met de ontwikkelaars op [eu vaccine@who.int](mailto:eu vaccine@who.int).

Waarschijnlijk beschikken de meeste EU/EER-landen over de capaciteit om dit soort diagnostisch (kwantitatief of kwalitatief) onderzoek uit te voeren, zelfs indien die capaciteit zich niet binnen nationale instanties voor volksgezondheid of overheidsorganen bevindt. Sociale wetenschappers binnen universiteiten hebben vaak de technische kennis om die werkzaamheden uit te voeren, net als een aantal maatschappelijke organisaties die mogelijk ook gebruik kunnen maken van hun operationele gegevens en feedback van de begunstigden van de diensten. Wanneer de middelen in de overheidssector beperkt zijn, kan het voor lidstaten voordelig zijn om de binnenlandse deskundigheid in kaart te brengen en vast te stellen, en deze nadien te benutten door het onderzoek uit te besteden. Deze benadering levert niet alleen relevante diagnostische gegevens over vaccinatiegedrag en -intenties met betrekking tot COVID-19 op, maar helpt ook mee een praktijkgemeenschap inzake sociale en gedragswetenschappen tot stand te brengen in een land. Die kan in de toekomst nuttig blijken voor onderzoek naar andere gezondheidskwesties. Een voorbeeld van zo'n samenwerking is terug te vinden in Denemarken, waar de universiteit van Kopenhagen een diagnostisch onderzoek heeft uitgevoerd [27].

## Strategieën om de acceptatie voor COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad te verhogen

In dit onderdeel komen strategieën aan bod die in verschillende EU/EER-landen zijn uitgevoerd en gericht zijn op elk van de 5 "C's". Hoewel elke gepresenteerde strategie in één specifieke, beoogde "C" is gecategoriseerd, zijn veel strategieën in feite op twee of meer C's tegelijkertijd gericht. Een gemeenschapsgerichte benadering die ernaar streeft het vertrouwen in het vaccinatieprogramma te vergroten, kan bijvoorbeeld ook belemmeringen voor de toegankelijkheid trachten aan te pakken. Gezien deze overlapping kan het voor lezers nuttig zijn om alle opgenomen interventies te overlopen wanneer zij potentiële strategieën voor specifieke doelgroepen willen vaststellen. Merk ook op dat de gepresenteerde strategieën moeten worden opgevat als een bron van inspiratie die aan verschillende contexten kan worden aangepast, en niet als een normatieve benadering die nauwgezet moet worden gevolgd.

De hier voorgestelde strategieën kwamen naar voren op basis van een verkennend overzicht, onder meer van materialen en bronnen, en ze werden gekozen omdat ze de diversiteit van de bereikte doelgroepen en van de betrokken geografische regio's weerspiegelen. Het feit dat een bepaalde strategie in een bepaald land is opgenomen is geen aanwijzing dat deze "beter" is dan een andere strategie in een ander land. Evenzo betekent het uitsluiten van een bepaalde strategie in een bepaald land geenszins dat deze "minder geschikt" was dan een strategie die wel werd opgenomen. Bovendien hebben landen zonder uitzondering veelzijdige benaderingen gevolgd om de acceptatie van COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad te bevorderen. Wij hebben hier echter specifieke voorbeelden opgenomen van initiatieven, campagnes of instrumenten waarmee kan worden aangetoond hoe een bepaalde "C" werd aangepakt, hetzij voor de algemene bevolking, hetzij voor een subgroep. Deze voorbeelden laten een momentopname zien van een aantal aspecten van de bredere initiatieven die op landenniveau worden uitgevoerd.

**Vertrouwen:** De strategieën houden verband met het opbouwen van vertrouwen – vertrouwen in het gezondheidssysteem dat het vaccin verstrekt, vertrouwen in de beleidsmakers die beslissingen nemen over het vaccin, en vertrouwen in de veiligheid en de werkzaamheid van het vaccin zelf [9].

Lidstaat	Welke doelgroep?	Beoogde belemmering	Voorbeeld van een interventie
België	Kwetsbare gemeenschappen en de algemene bevolking	Vertrouwen in het gezondheidssysteem	Dit was een proefprogramma, waarbij “community health workers” de opdracht kregen om de kennis van mensen over het gezondheidssysteem en hun vertrouwen erin te vergoten, om de COVID-19-vaccinatiegraad van maatschappelijk kwetsbare groepen in Vlaanderen te verhogen [34]. In elke zone voor eerstelijnszorg in het gebied werden gemeenschappen in kaart gebracht, waarbij voor elke gemeenschap vertrouwenspersonen werden vermeld. Het team werkte samen met deze vertrouwenspersonen binnen gemeenschappen, en met andere organisaties voor eerstelijnszorg, maatschappelijk welzijn en patiëntenverenigingen om een vaccinatiestrategie uit te werken en uit te voeren [35]. Leden van de gemeenschap zelf verstrekten de andere leden informatie over het COVID-19-vaccin, toonden hen de weg naar de zorg, begeleidden hen bij hun eerste vaccinatie, en bij de opvolging na de vaccinatie [35,36]. Deze teams worden geleid door en voor de gemeenschap en zijn aangesloten op het regionale gegevensdashboard over vaccinatiedekking. Daarnaast hebben zij toegang tot geaggregeerde, geanonimiseerde gegevens over comorbiditeiten die door huisartsen in de regio worden ingediend. Op basis van deze informatie kunnen zij zich richten op gebieden met een lage vaccinatiegraad en een hoog risico [35].
Ierland	Jongeren	Vertrouwen in de veiligheid van vaccins en vertrouwen in het gezondheidssysteem	Het initiatief SciComm maakt gebruik van een netwerk van wetenschapsvoorlichters die een dialoog op gang brengen en een antwoord bieden op vragen en bedenkingen van jongeren. Het doel is om vertrouwen op te bouwen en daardoor de vaccinatiegraad bij jongeren te verhogen [37]. Het netwerk werd opgezet door het Ministerie van Volksgezondheid door een verzoek te verspreiden onder afgestudeerde studenten die werkzaam zijn in gezondheidswetenschappen en wetenschapsvoorlichting [37]. De bedoeling was om jongeren te bereiken in online-gemeenschappen waar zij al actief zijn, en hen te betrekken bij een gebied waar ze zich uitgesloten voelden [37,38]. Het netwerk van wetenschapsvoorlichters komt om de twee maanden samen met ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid om een antwoord te krijgen op hun eigen vragen, en stelt dan wekelijkse berichten op over de bedenkingen die zijn gesignaleerd door jongeren (door het Ministerie van Volksgezondheid geïdentificeerd via focusgroepen en vragenlijsten [38]), en over actuele wetenschappelijke ontwikkelingen. Het netwerk deelt actief berichten en communiceert via sociale media (Facebook, Instagram, Tik Tok). Daarbij onderhoudt het contact met jongeren in het hele land, deelt het ervaringen, beantwoordt het vragen, en reageert het op foutieve of bedrieglijke informatie over COVID-19-vaccinaties [39].
Nederland	Zorgmedewerkers	Vertrouwen in de veiligheid van vaccins	Het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft een e-learningmodule ontwikkeld die openbaar beschikbaar is gesteld voor zorgmedewerkers in Nederland [40]. Het biedt opleiding aan over de ontwikkeling van vaccins, en informatie over de veiligheid en de werkzaamheid van vaccins. Er worden ook dialogen en draaiboeken aangeboden over de manier waarop met patiënten over COVID-19-

			vaccinaties kan worden gepraat [41]. De module wordt momenteel gevalideerd met het oog op accreditatie.
Verenigd Koninkrijk (niet-EU/EER-land)	Algemene bevolking	Vertrouwen in de veiligheid en de werkzaamheid van vaccins	De universiteiten van Nottingham, Southampton en King's College London hebben een samenwerking opgestart met het National Institute of Health Research om een chatbot te ontwikkelen, die met mensen kan praten en een dialoog kan aangaan over hun bedenkingen met betrekking tot de COVID-19-vaccinatie [42,43]. De chatbot stelt eerst verschillende vragen over de bedenkingen van de persoon en geeft dan op basis van de antwoorden en op een niet-oordelende manier wetenschappelijke gegevens weer [44]. Deze chatbot put uit voorgeprogrammeerde antwoorden om te reageren op bedenkingen over vaccinaties. Johns Hopkins University en IBM hebben een vergelijkbare chatbot ontworpen die met gebruikers communiceert op basis van artificiële intelligentie. Die chatbot is flexibeler en stelt gebruikers in staat om vrije tekst in te geven en geeft antwoorden op bedenkingen over vaccinaties [45].



**Beperkingen:** Strategieën die gericht zijn op beperkingen zijn doorgaans toegespitst op het vergroten van de toegankelijkheid, de vaardigheid om informatie te begrijpen (kennis over gezondheid en taal), de aantrekkelijkheid van immunisatiediensten, en het op het verhelpen van vermeende of daadwerkelijke belemmeringen voor de betaalbaarheid.

Lidstaat	Welke doelgroep?	Beoogde belemmering	Voorbeeld van een interventie
Noorwegen	Taal minderheden	Moeilijkheden bij het begrijpen van informatie over vaccinaties	Informatie over vaccinaties werd vertaald en is beschikbaar in meer dan 45 talen. Deze informatie wordt gebruikt bij inspanningen om kwetsbare doelgroepen te betrekken [46,47]. In Oslo hebben Somalisch sprekende "ambassadeurs" uit de gemeenschappen die door gezondheidswerkers en de gemeenschappen samen werden gekozen, in het Somalisch informatie over COVID-19 verspreid [48]. Deze activiteiten werden uitgevoerd in samenwerking met maatschappelijke organisaties, de academische wereld, en het Norwegian Institute for Public Health.
Italië	Migranten	Aantrekkelijkheid van diensten	In sommige regio's zijn de registratievereisten gewijzigd zodat mensen die zich laten vaccineren niet over een gezondheidsnummer hoeven te beschikken en zij de garantie krijgen dat hun persoonsgegevens niet worden gedeeld met andere instanties dan gezondheidsinstanties (bv. politie of immigratie) [49]. In andere regio's, zoals Toscane, werden vaccinatie locaties gebruikt voor mensen die geen gezondheidskaart hebben om de toegang voor migranten zonder papieren te vergemakkelijken [50]. In de regio Sicilië werken de nationale gezondheidsautoriteiten samen met maatschappelijke organisaties voor de vaccinatie van migranten. Zij dien een beroep op culturele bemiddelaars om over de vaccinatiediensten te communiceren [51].
Duitsland	Algemene bevolking	Fysieke toegankelijkheid	De autoriteiten hebben in september in het hele land een "vaccinatie week" gehouden, die samenviel met het einde van de zomervakantie en de start van het nieuwe schooljaar. De interventie met betrekking tot de vaccinatie week beoogde via de hashtag '#HierWirdGeimpft' ("hier wordt gevaccineerd") vaccinaties gemakkelijk beschikbaar te stellen op vaak bezochte plaatsen (bv. gebedsruimten, jeugdclubs, sportclubs, markten) om de opportunistische toegang tot vaccins te bevorderen en de vaccinatiegraad vóór het najaar op te voeren [52].
Tsjechië	Algemene bevolking	Fysieke toegankelijkheid	Regionale gemeenten hebben mobiele teams ingezet om mensen met beperkte mobiliteit te kunnen bereiken, evenals gemeenschappen die moeite hebben om in de vaccinatie centra te geraken. Huisartsen in gebieden met een lage vaccinatiedekking werkten hier ook aan mee in de hoop hun patiënten te vaccineren door de toegankelijkheid te vergroten [47].
Spanje	Jongeren en studenten	Toegankelijkheid en tijdsdruk voor jongeren die mobieler zijn door hun studies.	<i>Vacunabuses</i> (vaccinatiebussen) is een samenwerking tussen de gezondheidsautoriteit van Madrid en het Spaanse Rode Kruis. De interventie bestaat uit 18 mobiele teams die zowel in openbare als particuliere instellingen voor hoger onderwijs actief zijn [53,54], waar jongeren kunnen langskomen voor een vaccinatie tot het einde van de eerste maand van het schooljaar. De bedoeling is om de vaccinatiedekking in doelgroepen met een lage vaccinatiegraad te verhogen, en daarbij niet af te hangen van de centra in de hoofdverblijfplaats van de studenten om de vaccinaties uit te voeren [55].

**Zelfgenoegzaamheid:** Zelfgenoegzaamheid verwijst naar het feit dat het risico om de ziekte te krijgen zeer laag wordt ingeschat, wat de motivatie van een persoon om zich te laten vaccineren in de weg kan staan [56]. In het begin van de pandemie werd bijvoorbeeld aangenomen dat jongeren en kinderen een zeer laag risico liepen op COVID-19 in vergelijking met oudere volwassenen. Derhalve kan het nodig zijn dat strategieën die gericht zijn op zelfgenoegzaamheid aandacht besteden aan de verduidelijking van de risico's op COVID-19 aan jongeren. Zo kunnen zij hun inzicht in het onderliggende belang van vaccinatie in het algemeen vergroten.

Lidstaat	Welke doelgroep?	Beoogde belemmering	Voorbeeld van een interventie
Duitsland	Algemene bevolking	Inzicht in de risico's en voordelen van COVID-19 en vaccinatie.	Het Robert Koch Institute publiceert wekelijks een aantal Q&A's op basis van vragen en bedenkingen die tijdens een periodieke enquête in verband met COVID-19 (COVIMO) naar voren zijn gekomen [26,57]. In de Q&A wordt de methode van risicocommunicatie toegepast, en wordt da nadruk gelegd op de risico's van COVID-19 en de voordelen van het vaccin. Er zijn ook vragen opgenomen voor specifieke kwetsbare groepen (bv. zwangere vrouwen) of belangengroepen (bv. kinderen). De antwoorden bevatten links naar nadere inlichtingen.
Nederland	Ouders, kinderen en jongeren	De perceptie van het risico voor kinderen/jongeren op COVID-19, de risico's en de veiligheid van vaccinaties.	Er werd een studie uitgevoerd om de onderliggende oorzaken van COVID-19-vaccinatietwijfel bij ouders en kinderen te onderzoeken [58]. Op basis van de bevindingen van de studie werd een online-interview uitgevoerd met een kinderarts die voorzitter is van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en die lid is van het Outbreak Management Team. Hij ging in op vragen over het risico op COVID-19 en de voordelen van vaccinatie [59]. Er werden ook samenwerkingen opgezet tussen onderwijsinstellingen, onderwijsverenigingen en gezondheidsinstellingen om informatie over het risico op COVID-19 bij jongeren en kinderen en over de voordelen van vaccinatie te verstrekken [47].
Polen	Algemene bevolking	Perceptie van het risico op COVID-19	Het National Health Fund richtte een team op om mensen van wie uit medische dossiers was gebleken dat ze nog niet waren gevaccineerd, te contacteren. Er werd hen gevraagd waarom ze nog niet waren gevaccineerd en er werd een gesprek aangegaan over de risico's ten opzichte van de voordelen van vaccinatie. Er werden inspanningen geleverd om hen te overtuigen dat vaccins nuttig zijn voor hen, waarna zij een registratie voor vaccinatie konden aanbieden en aanvaardden [47].

**Berekening:** Berekening verwijst in het 5C-model naar de analyse die een persoon maakt van de vermeende risico's en voordelen van vaccinatie [9]. Strategieën met betrekking tot berekening kunnen zich bijgevolg richten op het verstrekken van juiste informatie waarin vaccin-kritische bronnen aan bod komen, onder meer onjuiste en bedrieglijke informatie, en waarin wordt gewezen op de motivering en voor en het belang van vaccinatie.

Lidstaat	Welke doelgroep?	Beoogde belemmering	Voorbeeld van een interventie
Oostenrijk	Algemene bevolking	Toegang tot juiste informatie, ontkrachten van onjuiste informatie	Er werd een website ontwikkeld waarop updates over de vaccinatiestrategie werden geplaatst. Hierop staan ook links over hoe en waar men zich kan laten vaccineren, met algemene informatie over COVID-19 en vaccinatie. De website omvat korte videoclips, interviews met gezondheidspersoneel (als een betrouwbare bron), een reeks met de titel "Science Busters", en een reeks met de titel "Consultation Hour", waarin deskundigen aan het woord komen over vaccinatie [60]. Dit materiaal is afgestemd op specifieke bedenkingen die bij verschillende gemeenschappen naar voren zijn gekomen. [47]. Deze bronnen zijn zowel op de website als op YouTube beschikbaar. Een andere internetpagina vermeldt dokters die betrokken zijn bij het initiatief "Oostenrijk vaccineert" en met wie men contact kan opnemen bij vragen [61]. Er is ook een pagina met regionale informatie over de plaatsen waar de vaccinatiediensten zijn gevestigd.
Spanje	Algemene bevolking	Massamediacampagnes	In Spanje werden verschillende campagnes via massamedia gehouden om informatie over de voordelen van COVID-19-vaccinatie te verspreiden. Hierin kwamen ook veel voorkomende bedenkingen aan bod. Een van die campagnes ging dieper in op de veiligheid van vaccins. Er werd een beroep gedaan op belangenbehartigers van het Spaanse Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (AEMPS) [62] om informatie te verstrekken of om te praten met mensen die niet zijn gevaccineerd als gevolg van informatie die rondgaat over het feit dat de COVID-19-vaccins te snel zijn ontwikkeld. In een andere campagne, #yomevacunaseguro, lichten jonge mensen, ouderen en wetenschappers in een persoonlijke getuigenis toe waarom het belangrijk is zich te laten vaccineren [63].
Nederland	Algemene bevolking	Mis- en desinformatie ontkrachten	Het nationale Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft geïnvesteerd in de analyse van big data om na te gaan welke vragen over vaccinatie en vaccins het vaakst werden opgezocht, en om de inhoud van vaccin-kritische websites te analyseren. Deze analyses werden gebruikt om toegankelijke en begrijpelijke informatie te creëren, met als doel vaak voorkomende onjuiste beweringen die online waren gepubliceerd te weerleggen. Het monitoringteam reageert ook rechtstreeks online op onjuiste informatie over vaccins, afhankelijk van de bron en het bereik ervan. Tot slot beschikken zij over een Denktank Desinformatie, onder leiding van het Ministerie van Volksgezondheid, waar deskundigen op vrijwillige basis misinformatie over vaccins ontkrachten via hun eigen persoonlijke profielen op sociale media [64].

**Collectieve verantwoordelijkheid:** Strategieën voor collectieve verantwoordelijkheid kunnen gebruikmaken van communicatiecampagnes over COVID-19-vaccinaties die psychosociale factoren in verband met vaccinatiebereidheid behandelen. Zo kan worden ingegaan op de overtuiging dat persoonlijke vaccinatie anderen kan beschermen (een gevoel van morele verantwoordelijkheid bevorderen), en dat vaccinatie de sleutel is om het sociale leven weer op te starten [65].

Door op de sociale voordelen van vaccinatie te wijzen, kan de vaccinatiebereidheid worden verhoogd. Uit onderzoek over dit onderwerp blijkt echter dat verschillende factoren een invloed kunnen hebben op de doeltreffendheid van dergelijke berichten: de culturele en sociale context (in sommige samenlevingen wordt vaccinatie al beschouwd als een collectieve verantwoordelijkheid); sociaal-positieve waarden bij de ontvangers van de berichten; de gebruikte communicatiemethoden en -kanalen (bv. via een interactieve simulatie laten zien hoe bescherming van de gemeenschap werkt kan veel doeltreffender zijn dan een korte tekst); en de mate van vaccinatietwijfel bij mensen [66]. Wat dit laatste punt betreft, zijn mensen die sterk twijfelen minder geneigd om oog te hebben voor de collectieve voordelen van vaccinatie. Bij die mensen bereikt men mogelijk meer door de nadruk te leggen op de persoonlijke voordelen [67].

Lidstaat	Welke doelgroep?	Beoogde belemmering	Voorbeeld van een interventie
Zweden	Algemene bevolking	Berichten die oproepen tot collectieve verantwoordelijkheid.	Toen de vaccins voor het eerst beschikbaar werden gesteld, voerde de Zweedse autoriteit voor volksgezondheid samen met andere organisaties een informatiecampagne. In verschillende media werden berichten verspreid, onder meer gebaseerd op het principe "Bescherm jezelf en anderen". De informatie werd ook in meerdere talen vertaald [68]. Een andere campagne, met video's en affiches die in heel wat talen werden vertaald, verspreidde het bericht "Samen naar betere tijden" (bv. het plezier om weer samen te komen met vrienden en familie). Het materiaal bevatte ook korte videoclips met vaccinatiedeskundigen die uitleggen dat vaccinatie een belangrijke rol speelt om de verspreiding van het virus onder controle te krijgen, terug te keren naar een normaal leven en een einde te maken aan de pandemie [69]. We wijzen erop dat de strategie van de Zweedse overheid niet op de eerste plaats gericht was op collectieve verantwoordelijkheid, maar dat deze "C" in bepaalde elementen van de strategie als aandachtspunt aan bod kwam.

## Aanvullende strategieën om de vaccinatiegraad te verhogen

In sommige landen werden maatregelen op basis van prikkels of vereisten inzake certificaten en mandaten ingevoerd als andere soorten interventies ontoereikend werden geacht om een hoge vaccinatiegraad te bereiken. Er zij echter op gewezen dat deze initiatieven weliswaar doeltreffend kunnen blijken om mensen die tegenstrijdige gevoelens hebben of die tegen vaccinatie zijn aan te sporen, maar dat zij eerder het gedrag van mensen beïnvloeden dan wat ze denken en voelen in verband met het vaccin. Daarnaast kunnen prikkels of sancties de mogelijkheden om de vaccinatie uit te stellen beperken door een vaccinatie te vereisen om een bepaald doel te bereiken (bv. toegang tot onderwijs, werkgelegenheid, amusement of reizen) [70].

Uitgaande van dit principe en vanuit de vaststelling tijdens de COVID-19-pandemie dat er mogelijk nog een aantal andere aspecten zijn om ervoor te zorgen dat een doelgroep is gevaccineerd, werd onlangs voorgesteld dat "naleving" als bijkomend element aan het 5C-model zou worden toegevoegd [71]. "Naleving" verwijst naar vaccinatiemaatregelen die verder gaan dan het aanspreken van het gevoel van collectieve verantwoordelijkheid bij mensen, end ie zich richten op maatschappelijke monitoring en sanctionering van wie niet is gevaccineerd. Er is meer onderzoek nodig om te beoordelen op welke manier die initiatieven tijdens de COVID-19-pandemie een positieve invloed hebben gehad op de vaccinatiegraad.

**Prikkels:** Gedragsonderzoek uit het verleden toont aan dat prikkels weliswaar het belang van vaccinaties kunnen benadrukken, maar dat zij ook zichtbaar kunnen maken dat sommige mensen ervoor kiezen zich niet te laten vaccineren. Dat geeft de boodschap dat vaccinatie geen normatief gedrag is. Verder wijst een samenvatting van evaluaties van strategieën op basis van prikkels erop dat de aanbevelingen uiteenlopen. In sommige studies wordt gesteld dat de benadering doeltreffend is, terwijl andere aanvoeren dat de bewijzen voor de doeltreffendheid ervan niet doorslaggevend zijn. Dit kan evenwel een gevolg zijn van de heterogeniteit van de interventies en de

kwaliteit van de studies, en van het feit dat de effecten van de prikkels moeilijk kunnen worden vastgesteld wanneer ze met andere strategieën worden gecombineerd [70].

Onderzoek dat tijdens de beginfase van het uitrollen van de COVID-19-vaccinaties werd uitgevoerd, plaatste vraagtekens bij de aanvankelijke aanwijzingen dat financiële prikkels de vaccinatiebereidheid kunnen bevorderen. Dit onderzoek waarschuwt dat de aandacht van campagnes aanvankelijk, wanneer een nieuw vaccin beschikbaar wordt, naar het opbouwen van vertrouwen moet gaan, in het bijzonder met betrekking tot de veiligheid van de vaccins. Zodra de bedenkingen over de veiligheid zijn afgenomen, kunnen financiële prikkels de vaccinatiegraad bevorderen, maar over dit onderwerp moet nog meer onderzoek worden uitgevoerd [72]. Uit een grootschalig gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep dat tussen mei en juli 2021 werd uitgevoerd in Zweden, bleek dat zelfs bescheiden financiële prikkels het vaccinatiepercentage kunnen doen toenemen (met 4,2 procentpunten voor een referentiepercentage van 71,6 %), ongeacht de sociaal-demografische achtergrond van de deelnemers. Dit onderzoek brengt ook andere kwesties naar voren waarmee rekening moet worden gehouden: ethische aspecten, mogelijke variaties in het effect naargelang de vaccinatiegraad in een land, de persoon die de prikkel krijgt (bij deze studie was dit het onderzoeksteam), en het mogelijke risico dat prikkels de bereidheid van mensen ondermijnt om zich in de toekomst te laten vaccineren (bv. voor een boostervaccinatie) zonder vergoeding [73]. Andere studies ondersteunen het feit dat financiële prikkels "om zich te laten vaccineren" aantrekkelijk kunnen lijken bij groepen met aanhoudend lage vaccinatiepercentages en op korte termijn mogelijk een stijging in vaccinaties kunnen teweegbrengen. Ze zijn echter zeker geen wondermiddel. In ruimere zin zullen nog steeds aanvullende strategieën nodig zijn, zoals de oorzaken van de weerstand bepalen, belemmeringen voor de toegang tot en de toepassing van vaccinaties aanpakken, en transparant communiceren om vertrouwen op te bouwen bij mensen [74]. Er moeten prikkels voor specifieke doelgroepen, zoals gezondheidswerkers, worden gepland en ontwikkeld in samenwerking met vertegenwoordigers van die groepen [24].

**Vereisten inzake certificaten:** Verschillende EU/EER-landen hebben vereisten ingevoerd om een bewijs van vaccinatie te leveren, aan de hand van een certificaat, een groen paspoort of een gezondheidspaspoort. Dit kan ook een bewijs omvatten dat men van COVID-19 is hersteld, of een bewijs van een negatief testresultaat. Mensen zijn verplicht over dat certificaat te beschikken om toegang te krijgen tot bepaalde locaties, om deel te nemen aan vrijetijds-, culturele of specifieke professionele activiteiten, om te reizen of om toegang te krijgen tot werkplekken. Voor dit verslag maken we een onderscheid tussen dit soort vereiste certificaat en de "vaccinmandaten" die hieronder worden besproken. In de literatuur worden beide termen echter door elkaar gebruikt. Door zich niet alleen te richten op vaccinatiebewijzen, maar ook op bewijzen van herstel of een negatieve test, stellen dergelijke certificaten vaccinatie bovendien niet specifiek "verplicht". Zo is het Europees digitaal coronacertificaat bijvoorbeeld een vereiste die er in dit verband op gericht is dat mensen zich gemakkelijker vrij kunnen bewegen binnen de EU [75].

Onderzoekers waarschuwen dat de impact van "voorstellen voor paspoorten" op de vaccinatiebereidheid kan verschillen, afhankelijk van de reikwijdte van deze certificaten (vaccinatie, recente test, antilichamen), het soort activiteiten waarvoor ze gelden (internationale reizen, toegang tot locaties, werkgelegenheid), en het moment waarop ze worden ingevoerd (net vóór of nadat iedereen een verzoek tot vaccinatie heeft ontvangen). Dit beïnvloedt of mensen de certificaten als wettig en billijk beschouwen, en of zij gevoelens van dwang ervaren [76]. De onderzoekers geven aan dat "vaccinatiepaspoorten" mensen die al voornemens waren zich te laten vaccineren een nog positiever gevoel kunnen geven over hun beslissing, maar dat zij net het tegenovergestelde effect kunnen teweegbrengen bij mensen die bedenkingen hebben bij het vaccin. Vereisten inzake certificaten hebben verzet uitgelokt bij een aantal politieke en economische actoren. Zo kwam de regering in Engeland terug op het plan om een "vaccinatiepaspoort" in te voeren voor mensen die nachtclubs willen betreden of voor drukke evenementen, na kritiek over uitvoeringsproblemen en de kostprijs ervan [77]. In een studie die in het VK en Israël werd uitgevoerd, werd geconcludeerd dat binnenlandse vaccinatiepaspoorten nadelige gevolgen kunnen hebben voor de autonomie van mensen, en hun motivatie en bereidheid om zich te laten vaccineren. Berichtgeving over autonomie en verbondenheid zou daarentegen de voorkeur hebben boven druk en controle [78]. Op basis van een in het VK uitgevoerde studie waarschuwen onderzoekers voor het mogelijk polariserende effect van vaccinatiepaspoorten. Zelfs indien hier in het algemeen steun voor bestaat in een bepaald land, kan de aantrekkingskracht van vaccinatiepaspoorten sterk verschillen tussen specifieke doelgroepen (bv. jongeren, etnische minderheden, enz.). Hierdoor bestaat het gevaar dat specifieke doelgroepen en geografische clusters van vaccinatie worden uitgesloten [76]. Er is meer onderzoek nodig naar de mogelijke onbedoelde gevolgen van vaccinatiepaspoorten.

**Vaccinatieverplichting/-mandaten:** Mandaten kunnen zeer doeltreffend zijn. Toch waarschuwen onderzoekers ervoor dat andere strategieën mogelijk toereikend of zelfs wenselijker zijn, afhankelijk van de redenen voor de ondermaatse vaccinatiegraad. Bij sommige specifieke doelgroepen, zoals gezondheidswerkers, hebben verplichtingen geleid tot een grotere vaccinatiegraad [70]. Mandaten wijzen op beleidssteun voor immunisatie en kunnen daardoor de middelen voor vaccinatie-infrastructuur doen toenemen. Ze kunnen echter ook contraproductief zijn bij doelgroepen waar geen brede steun voor vaccinatie bestaat [79]. Op basis van de opgedane ervaring met vaccinmandaten (bv. in de VS) en de uitdagingen die gepaard gingen met de invoering van de nieuwe COVID-19-vaccins, merkten onderzoekers vóór de uitrol van de vaccinaties op dat beperkte mandaten met publieke steun en in bepaalde contexten, een onderdeel zou kunnen vormen van een uitgebreid pakket van

interventies [79]. Voor mandaten is echter een juridisch kader nodig dat de overheid toelaat om persoonlijke vrijheden te beperken met het oog op de volksgezondheid, evenals goedkeuring ervan op beleidsniveau. Derhalve kunnen ze worden aangevochten in de rechtbank, debatten over persoonlijke vrijheden op gang brengen en, hoewel ze een aantal mensen die aarzelen om zich te laten vaccineren kunnen aanmoedigen, ook weerstand aanwakkeren [80,81]. Er moet een zorgvuldige afweging van ethische overwegingen met betrekking tot mandaten worden gemaakt, zoals de WHO heeft benadrukt [82].

Sommige EU/EER-landen hebben mandaten voor COVID-19-vaccinatie ingevoerd, andere overwegen deze strategie, en nog andere geven de voorkeur aan een vrijwillige benadering van vaccinaties [47,83]. In het verleden werden in verschillende EU/EER-landen al verplichte vaccinaties ingevoerd voor specifieke vaccins en doelgroepen, voorval voor jonge kinderen [84], om een dalende vaccinatiegraad, vaccinatietwijfel en terugkerende uitbraken aan te pakken, in het bijzonder voor mazelen. In 2017 werd in Italië bijvoorbeeld een wet aangenomen waarbij een lijst van verplichte vaccinaties voor jonge kinderen werd uitgebreid van vier naar tien vaccinaties (bv. polio, difterie, hepatitis B, mazelen, de bof, rodehond, waterpokken, enz.). Vaccinatie voor het kind was verplicht om toegang te krijgen tot scholen, en niet-naleving leidde tot geldboeten. Bij een evaluatie van het beleid werd vastgesteld dat de vaccinatiegraad voor alle vaccins was gestegen. De auteurs erkenden echter dat vaccinatietwijfel nog steeds een probleem vormde en dat ook het politieke en maatschappelijke debat over de verplichte vaccinaties nog aan de gang was [85].

### Voorbeelden van prikkels, certificaten en mandaten

Lidstaat	Wie?	Beoogde belemmering	Beschrijving van het risico
Polen	Algemene bevolking/ gemeenten	Prikkels om de vaccinatiegraad te verhogen	In juli 2021 werd een loterij met prijzen in natura en in contanten gestart voor wie zich liet vaccineren [86]. Gemeenten wedijverden ook om de hoogste vaccinatiegraad te behalen. De eerste 500 gemeenten die erin slaagden om 75 % van hun bevolking te vaccineren ontvingen een geldprijs, en de 49 gemeenten met de hoogste vaccinatiegraad in hun respectieve regio's kregen eveneens een geldprijs [87].
België – Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Algemene bevolking en specifieke doelgroepen	Verplichtingen/certificaten om de vaccinatiegraad te verhogen	In België werd in augustus het Covid Safe Ticket (CST) ingevoerd om evenementen met meer dan 5 000 mensen te betreden. Aangezien de vaccinatiegraad in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest lager lag dan in de andere gewesten, werden plannen gemaakt om het ticket in Brussel tijdens de herfst uit te breiden naar locaties zoals restaurants, cafés en fitnesscentra, evenementen die binnen plaatsvinden met meer dan 50 mensen, en ziekenhuizen of zorginstellingen. De duur van deze maatregel hangt af van de epidemiologische situatie. Het ticket bevestigt dat de persoon volledig is gevaccineerd, een negatieve COVID-19-testresultaat heeft of over een herstelcertificaat beschikt. Het is verplicht voor iedere persoon vanaf 16 jaar, en voor jongeren vanaf 12 jaar als zij een ziekenhuis of zorginstelling bezoeken [88,89].
Italië	Beroepsgroepen (gezondheidszorg)	Mandaten	Op 1 april 2021 werd in Italië een besluit goedgekeurd waarbij vaccinatie verplicht werd gesteld voor personeel in de gezondheidszorg. Aanvankelijk had de Italiaanse overheid ervoor gekozen vaccinatie aan te bevelen, maar ze koos uiteindelijk toch voor een verplichte regeling om de hoogst mogelijke vaccinatiegraad te behalen onder gezondheidswerkers. Zo wou ze de veiligheid van de behandelingen waarborgen en de gezondheid van patiënten beschermen [90]. Dit was het eerste land in Europa dat dit doorvoerde voor COVID-19-vaccinaties. Het mandaat geldt voor gezondheidswerkers die actief zijn in (openbare of particuliere) gezondheids-, sociale of welzijnsstructuren en in apotheken of parafarmaceutische ondernemingen, en in kantoren van deskundigen. Wie het vaccin weigert, wordt overgeplaatst naar een functie waar geen risico bestaat om het virus te verspreiden, of een jaar geschorst zonder behoud van loon. In het besluit worden artsen die de vaccins toedienen ook beschermd tegen strafrechtelijke aansprakelijkheid, mits de prik werd toegediend overeenkomstig de instructies van het Ministerie van Volksgezondheid [91].

## Evaluatie van programma's om de acceptatie voor COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad te verhogen

Alle interventies voor de volksgezondheid dienen, waar mogelijk, te worden geëvalueerd [92]. Ideaal gezien worden evaluaties uitgevoerd om na te gaan of een interventie op een aanvaardbare manier werd uitgevoerd, hoe doeltreffend ze was (indien relevant ook bij verschillende subgroepen), en of onvoorziene of nadelige gevolgen werden vastgesteld [92]. Daarnaast zijn evaluaties noodzakelijk om te bepalen of overheidsgeld op kosteneffectieve wijze is geïnvesteerd [93]. Dat is bijzonder belangrijk in crisissituaties, wanneer de middelen zorgvuldig moeten worden ingezet.

Het evalueren van gedragsinterventies vormt echter een uitdaging op methodologisch gebied. Het is immers niet eenvoudig om een oorzakelijk verband vast te stellen tussen een interventie die bijvoorbeeld de COVID-19-vaccinatiegraad tracht te verhogen en het werkelijke vaccinatiegedrag bij leden van het publiek. Dit komt doordat heel wat andere factoren die geen verband houden met de interventie ook een invloed kunnen uitoefenen op de vaccinatiegraad, en het moeilijk is te onderscheiden welke factoren een impact hadden. De gouden standaard voor epidemiologische instrumenten die de doeltreffendheid van een interventie bepalen – het gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep – is een logistiek complex en methodologisch veeleisend instrument. Het is waarschijnlijk niet haalbaar dit toe te passen om de meeste interventies voor het bevorderen van de vaccinatiegraad en de vaccinatiegraad te evalueren. Doordat er geen zorgvuldige, gemakkelijk toepasbare methodologie is om de doeltreffendheid van interventies na te gaan, kan ook de kosteneffectiviteit ervan mogelijk niet worden vastgesteld. Toch kan gebruik worden gemaakt van evaluaties voor en na de interventie om na te gaan of de vaccinatiegraad in een specifiek gebied is gewijzigd tijdens de periode van een interventie. De vaccinatiepercentages in verschillende geografische gebieden of bij specifieke doelgroepen waar een interventie al dan niet plaatsvond kunnen ook worden vergeleken. Hierbij moet echter zeer omzichtig te werk worden gegaan, om geen oorzakelijk verband tussen de interventie en de vaccinatiegraad toe te kennen, want daar mag niet van worden uitgegaan [9].

Ondanks deze uitdagingen is het toch mogelijk goede evaluaties te maken van interventies om de vaccinatiegraad te verhogen. Om de bovengenoemde redenen zal de aandacht van deze evaluaties doorgaans echter beperkt zijn tot de beoordeling van het proces, inclusief de aanvaardbaarheid van de interventie en de vaststelling van eventuele onbedoelde gevolgen. Die procesevaluaties hebben idealiter betrekking op zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens die verband houden met het implementatieproces. Kwantitatieve gegevens kunnen gebaseerd zijn op hetgeen via de interventie werd geleverd (bv. het aantal outreachactiviteiten), en de manier waarop dit door de doelgroep werd ontvangen (bv. gegevens verzameld via online- of offline-enquêtes. Kwalitatief onderzoek (in de vorm van semigestructureerde interviews, observaties, focusgroepen en online-monitoring van sociale media, enz.) laat toe om inzicht te krijgen in het "hoe" en het "waarom" van wat zich tijdens de implementatie heeft afgespeeld [94]. Hierdoor kan de aandacht worden gevestigd op uitdagingen die tot dusver nog niet aan het licht waren gekomen, onder meer de onbedoelde gevolgen, en die mogelijk niet zichtbaar zijn in de bevindingen van de kwantitatieve gegevens. Ook belangrijke nuances tussen gemeenschappen kunnen dan worden opgenomen en aangepakt. Bij voorkeur worden tijdens procesevaluaties gegevens verzameld vanuit het oogpunt van zowel de dienstgebruikers (bv. wie de vaccinatie zou moeten krijgen) als de dienstverleners (bv. wie de vaccinatie toedient). Indien mogelijk zouden bij evaluaties gemeenschapsorganisaties en partners betrokken moeten zijn in een zinvolle samenwerking om ervoor te zorgen dat het onderzoeksopzet relevant is voor de behoeften van de gemeenschappen die centraal staan in het onderzoek [95].

Het regionaal WHO-Bureau voor Europa heeft een evaluatiekader voor gedrags- en culturele interventies in verband met COVID-19 ontwikkeld dat momenteel in de proeffase zit, onder meer voor interventies die de acceptatie en de vaccinatiegraad beogen te bevorderen. Er mee rekening houdend dat de interventies zelf onbedoelde positieve en negatieve effecten met zich mee kunnen brengen, wordt in het evaluatiekader ook aandacht geschonken aan de ruimere gevolgen van de interventie, zoals welzijn, sociale cohesie en vertrouwen. Het kader en nadere inlichtingen zijn beschikbaar op [euinsights@who.int](mailto:euinsights@who.int).

We wijzen erop dat veel gezondheidsdienstverleners slechts beperkte capaciteit hebben om hun eigen evaluaties uit te voeren. Het is daarom van belang dat de verwachtingen over de omvang en de diepgang van de werkzaamheden realistisch zijn. Gezondheidsdiensten kunnen echter ook samenwerken met universiteiten of andere onderzoeksinstituten die mogelijk over de technische capaciteit en de personele middelen beschikken om methodologisch geavanceerdere evaluaties uit te voeren, aan de hand van innovatieve methoden zoals realistische evaluaties. Dergelijke benaderingen kunnen de verwachte en onverwachte resultaten van een complexe interventie van elkaar helpen onderscheiden [96,97].



## Evaluatie van interventies om de acceptatie van vaccins en de vaccinatiegraad voor COVID-19 te verhogen in Nederland

Tegen september 2021 had Nederland een algemene COVID-19-vaccinatiegraad bereikt die zich ver boven het EU-gemiddelde bevond [2], maar er bleken clusters van ondergevaccineerde mensen te bestaan, vaak sociaal kwetsbare mensen. Daarom werden er inspanningen geleverd om deze bevolkingsgroepen te vaccineren. In oktober 2021 lanceerde het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een nationale enquête, die naar gemeentelijke gezondheidsdiensten in het hele land werd verstuurd, om de bevorderingsactiviteiten inzake COVID-19-vaccinatie die voor deze ondergevaccineerde bevolkingsgroepen waren uitgevoerd, in kaart te brengen. De vragen in de enquête behandelden een aantal punten, onder meer de doelgroepen, het soort informatie over vaccins dat aan de verschillende doelgroepen was verstrekt, het kanaal of de kanalen die waren gebruikt om de informatie over te brengen, de praktische ondersteuning voor de mensen op de vaccinatielocaties, en wanneer (niet of) de interventies zouden worden geëvalueerd. Gezien de zware werklust van de gemeentelijke gezondheidsdiensten, heeft het RIVM gezocht naar een evenwicht tussen enerzijds het verkrijgen van kwalitatief hoogwaardige gegevens over de belangrijkste punten en anderzijds het proberen zorgen voor een goed responspercentage (door niet te veel vragen op te nemen).

Het in kaart brengen kwam neer op een evaluatie op nationaal niveau van interventies die waren uitgevoerd op lokaal niveau, waar naar verwachting andere, gerichtere evaluaties zullen worden uitgevoerd. Het RIVM-team geeft aan dat de collega's die de interventies op lokaal niveau uitvoeren doorgaans goed op de hoogte zijn van de problemen en uitdagingen waarmee de verschillende doelgroepen die ze willen vaccineren worden geconfronteerd, en dat zij hun interventies daarop hebben afgestemd. Bovendien is het bewijsmateriaal dat op lokaal niveau wordt gebruikt om de interventies te verfijnen vaak praktijkgericht, in die zin dat de collega's zelf konden ervaren wat werkt bij hun interacties met de doelgemeenschappen, in plaats van zich te baseren op formele evaluaties.

Het RIVM heeft een nationaal initiatief opgezet om gemeentelijke gezondheidsdiensten te ondersteunen bij het delen van lokaal ontwikkelde goede praktijken en ideeën. Dit heeft geleid tot talrijke informele uitwisselingen en tot de aanpassing van interventies die als succesvol werden beschouwd. Dit initiatief bevordert een goede uitwisseling van praktijkervaringen en ideeën tussen de gemeenten over mogelijkheden om mensen te bereiken met het COVID-19-vaccin, maar er bestaat weinig of geen bewijs over de doeltreffendheid van de verschillende interventies. Dit komt doordat er onvoldoende structurele evaluatie en monitoring plaatsvindt met betrekking tot de interventies. Er bestaan op dit moment evenwel plannen om deze interventies te koppelen aan fijnmazige gegevens over de vaccinatiegraad, wat inzichten kan opleveren over de temporele verbanden tussen de interventies en de vaccinatiegraad, zij het met dien verstande dat de verbanden niet noodzakelijk oorzakelijk zijn.

## Conclusies

Nu we ons in de herfst bevinden en richting winter gaan, is het risico op een groot aantal COVID-gevallen en hoge sterftecijfers reëel [98]. Het bevorderen van de acceptatie en de benutting van COVID-19-vaccinatieprogramma's is bijgevolg een dringende en eerste prioriteit. De instrumenten en interventies in dit verslag zijn nuttig materiaal voor overheden. Zij kunnen ze aanpassen en gebruiken om aan deze prioritaire behoefte tegemoet te komen. De aanhoudende crisis creëert echter ook een kans om goede praktijken voor vaccinatieprogramma's vast te stellen en te institutionaliseren, en om de aandacht te vestigen op lacunes in de kennis die moeten worden gedicht. Hierdoor kunnen we toekomstige uitbraken van door vaccinatie te voorkomen ziekten doeltreffende kunnen worden aangepakt.

Uit het bovenstaande kunnen twee belangrijke gebieden van goede praktijken worden onderscheiden. Nationale overheden kunnen nadenken over manieren om deze in hun nationale vaccinatieplannen te verankeren. Ten eerste werden in de geëvalueerde interventies relatief weinig strategieën toegepast om gemeenschappen te betrekken. Aangezien is gebleken dat deze een brede impact kunnen hebben om vertrouwen in gezondheidssystemen op te bouwen, kan het zinvol zijn om na te gaan hoe deze ruimer kunnen worden ingezet bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van COVID-19-vaccinatieprogramma's [99]. Ten tweede hebben inspanningen van nationale overheden in sommige landen om samen te werken met lokale, regionale en maatschappelijke actoren geholpen om de onderliggende oorzaken van de acceptatie van COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad bij specifieke doelgroepen in kaart te brengen. Zij hebben ook bijgedragen tot de ontwikkeling en uitvoering van strategieën die deze onderliggende oorzaken aanpakken. Hoewel wordt erkend dat het niet eenvoudig is om de doeltreffendheid van deze interventies vast te stellen, kunnen initiatieven om ervaringen en geleerde lessen uit te wisselen het uitvoeringsproces in andere contexten bevorderen, en zo potentieel de impact ervan vergroten [15].

Er zijn twee belangrijke gegevenslacunes aan het licht gekomen. Ten eerste zijn er vaak geen uitgesplitste gegevens over vaccinatiedekking in verschillende doelgroepen beschikbaar. Dit betekent dat een laag vaccinatiegraad of andere problemen in verband met de vaccinatiegraad mogelijk onzichtbaar zijn voor beleidsmakers, en bijgevolg onopgelost blijven. Er werden strategieën beschreven voor gegevensverzameling voor vluchtelingen en migrantengroepen[100], en soortgelijke benaderingen kunnen worden overwogen voor andere maatschappelijk kwetsbare groepen. Ten tweede hebben de methodologieën die momenteel beschikbaar zijn om de impact van interventies voor de bevordering van de acceptatie en benutting van vaccinatiediensten te evalueren een aantal beperkingen. Het uitwerken van nieuwe, innovatieve methodologieën op dit gebied door sociale en gedragswetenschappers zou zeer nuttig zijn, vooral als ze kunnen worden toegepast in contexten met een geringe financiële en technische capaciteit.

## Deskundigen die hebben bijgedragen

- ECDC-deskundigen (in alfabetische volgorde): John Kinsman, Gabrielle Schittecatte, Andrea Würz.
- Externe deskundigen (in alfabetische volgorde): Marianna Baggio (Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek, Europese Commissie), Marijn de Bruin (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Nederland), Brett Craig (Regionaal WHO-Bureau voor Europa), Katrine Bach Habersaat (Regionaal WHO-Bureau voor Europa), Mattijs Lambooy (RIVM, Nederland), Siff Nielsen (Regionaal WHO-Bureau voor Europa), en Jonas Sivelä (Finnish Institute for Health and Welfare (THL), Finland).
- De externe deskundigen hebben allen een belangenverklaring ingediend, en een evaluatie ervan bracht geen belangenconflicten aan het licht.

## Literatuur

1. Hammer CC, Cristea V, Dub T, Sivelä J. High but slightly declining COVID-19 vaccine acceptance and reasons for vaccine acceptance, Finland April to December 2020. *Epidemiology and Infection*. 2021 May 11;149:e123.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine Tracker Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>
3. Furlong A. Romania suspends surgeries, asks EU for help as it battles coronavirus wave. *Politico*. 5 October 2021. Available at: <https://www.politico.eu/article/romania-surgeries-eu-coronavirus-help/>
4. Folkhalsomyndigheten (Sweden). Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/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](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-who/europe>
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 European 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. Boeckx T, on behalf of Flanders Agency for Care and Health, Primary Care Team. COVID-19 & Primary Health Care. (Presentation at Gastein Conference.) [Personal communication 27 September 2021.]
36. Develtere L. Community health workers begrijpen waarom de weg naar de juiste zorg zo moeilijk is. *Sociaal.Net*; 2021. Available at: <https://sociaal.net/achtergrond/community-health-workers-begrijpen-waarom-de-weg-naar-de-juiste-zorg-zo-moeilijk-is/>
37. Government of Ireland. The SciComm Collective. Dublin: Department of Health; 2021. Available at: <https://www.gov.ie/en/campaigns/32187-sci-comm-collective/>
38. Mercurio K. How the Science Communication Collective is Battling Misinformation. *University Times*. 21 July 2021. Available at: <https://universitytimes.ie/2021/06/how-the-science-communication-collective-is-battling-misinformation/>
39. SciComm Collective. Do vaccines protect against long Covid? 2021. Available at: <https://www.instagram.com/p/CT9GW9iFog5/>
40. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). COVID-19 Vaccination for Professionals. RIVM; September 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/en/covid-19-vaccination/professionals>
41. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). E-Learning for COVID-19 Vaccination. 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/e-learning-covid-19-vaccinatie>
42. University of Nottingham. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.nottingham.ac.uk/news/vaccine-hesitancy>
43. NIHR Applied Research Collaboration (ARC) Wessex. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.arc-wx.nihr.ac.uk/news/experts-create-chatbot-to-address-people-s-concerns-about-covid-19-vaccines/>
44. National Institute for Health Research, University of Nottingham, University of Southampton, Kings College London. VaxFacts. 2021. Available at: <https://www.covidvaxfacts.info/chat#nosplash>
45. John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Vira – The Chatbot. 2021. Available at: <https://vaxchat.org/>

46. Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseinstituttet). Coronavirus immunisation programme. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Available at: <https://www.fhi.no/en/id/vaccines/coronavirus-immunisation-programme/>
47. Health Security Council. Country responses to questionnaire in the Health Security Committee. Brussels: EU Commission; 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness\\_response/docs/ev\\_20210915\\_sr\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/ev_20210915_sr_en.pdf)
48. Brekke JP. Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo. *Journal of Refugee Studies*. 2021 Available at: <https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>
49. Picum. The COVID-19 Vaccines and undocumented Migrants in Italy. Brussels: Picum; 2021. Available at: <https://picum.org/covid-19-vaccines-undocumented-migrants-italy/>
50. ANSA. Italy's Tuscany region vaccinating migrants and homeless. *Info Migrants*; 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/34400/italys-tuscany-region-vaccinating-migrants-and-homeless>
51. ANSA. Southern Italy: Coronavirus vaccination campaign for undocumented migrants. 17 June 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/33001/southern-italy-coronavirus-vaccination-campaign-for-undocumented-migrants>
52. Tagesschau. Bundesweite Impfwoche startet. 13 September 2021. Available at: <https://www.tagesschau.de/inland/corona-impfaktionswoche-101.html>
53. Fernandez R. Estos son los horarios y campus de la vacunación a jóvenes en las universidades de Madrid. *La Razon*. 14 September 2021. Available at: <https://www.larazon.es/madrid/20210914/we6fkn4irbfj7cxorga4s6aj5u.html>
54. El Mundo. 'Vacunabuses' por los campus en busca de estudiantes por inmunizar. Madrid: El Mundo; 2021. Available at: <https://www.elmundo.es/madrid/2021/09/10/613a521ffdddfc6aa8b4644.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 Illy. 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.mschs.gob.es/campanas/campanas21/YoMeVacunoSeguro.htm>
64. European Centre for Disease Prevention and Control. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/countering-online-vaccine-misinformation-eu-eea>
65. Sanders JG, Spruijt P, van Dijk M, Elberse J, Lambooy MS, Kroese FM, et al. Understanding a national increase in COVID-19 vaccination intention, the Netherlands, November 2020–March 2021. *Eurosurveillance*. 2021;26(36):2100792. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.36.2100792>
66. Böhm R, Betsch C. Prosocial vaccination. *Current Opinion in Psychology*. 2022/02/01;43:307-11. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X21001433>
67. Freeman D, Loe BS, Yu LM, Freeman J, Chadwick A, Vaccari C, et al. Effects of different types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*. 2021 Jun;6(6):e416-e27.
68. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Vaccination mot Covid-19: 'Skydda dig själv och andra'. 11 February 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/februari/vaccination-mot-covid-19-skydda-dig-sjalv-och-andra/>

69. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Ladda ned filmer och annonsmaterial om vaccination mot COVID-19. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/kampanjmaterial/#ljusare>
70. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest: a journal of the American Psychological Society*. 2017 Dec;18(3):149-207.
71. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*.0(0):1-9. Available at: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759/a000663>
72. Sprengholz P, Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Betsch C. Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19. *Journal of Medical Ethics*. 2021 Aug;47(8):547-8.
73. Campos-Mercade P, Meier AN, Schneider FH, Meier S, Pope D, Wengström E. Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. *Science*. 2021:1-4. Available at: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.abm0475>
74. Volpp KG, Cannuscio CC. Incentives for Immunity - Strategies for Increasing Covid-19 Vaccine Uptake. *The New England Journal of Medicine*. 2021 Jul 1;385(1):e1.
75. European Commission. EU Digital COVID Certificate. 2021. Available at: [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate\\_en](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_en)
76. de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. *EClinicalMedicine*. 2021/09/09/:101109. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021003898>
77. BBC News. 'England vaccine passport plans ditched, Sajid Javid says'. Available at: <https://www.bbc.com/news/uk-58535258>
78. Porat T, Burnell R, Calvo RA, Ford E, Paudyal P, Baxter WL, et al. "Vaccine Passports" May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19. *Vaccines*. 2021;9(8):902. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/8/902>
79. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 2021;325(6):532-3. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26553>
80. New York Times. Biden's bet on vaccine mandates. 17 September 2021. Available at: <https://www.nytimes.com/2021/09/13/podcasts/the-daily/joe-biden-vaccine-mandates-coronavirus.html>
81. Acast. (The Intelligence from The Economist.) Getting their vax up: America's vaccine mandates. *The Economist*; 13 September 2021. Available at: <https://play.acast.com/s/theintelligencepodcast/gettingtheirvaxup-america-svaccinemandates>
82. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations and caveats. Policy brief. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>
83. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 23 September 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>
84. Asociación Española de Pediatría. La vacunación obligatoria en Europa. Asociación Española de Pediatría; 20 August 2018. Available at: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/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/](https://www.euractiv.com/section/politics/short_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/)
88. Vervoort. R. 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. Ovetveit J. Evaluating Health Interventions. 1998 Available at: <http://www.myilibrary.com?id=113095>
93. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: ECDC; 2014. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Campaign-evaluation.pdf>
94. Family Health International, Mack Natasha, Woodsong Cynthia, United States Agency for International Development. Qualitative research methods : a data collector's field guide. North Carolina: FLI USAID; 2005.
95. S. Treweek, On behalf of Collaboration for Change. Promoting vaccine uptake. [Personal communication] 17 September 2021.
96. Van Belle S, Rifkin S, Marchal B. The challenge of complexity in evaluating health policies and programs: the case of women's participatory groups to improve antenatal outcomes. *BMC Health Services Research*. 2017 2017/09/29;17(1):687. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2627-z>
97. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluations*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.; 1997.
98. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment: Assessing SARS-CoV-2 circulation, variants of concern, non-pharmaceutical interventions and vaccine rollout in the EU/EEA, 16th update. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-assessing-sars-cov-2-circulation-variants-concern>
99. European Centre for Disease Prevention and Control. Community engagement for public health events caused by communicable disease threats in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/community-engagement-guidance.pdf>
100. World Health Organization. Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region - Technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available at: [www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020](http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020)

# Bijlage 1. Instrumenten en richtsnoeren ter ondersteuning van strategieën om de acceptatie van COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad te bevorderen

Hieronder wordt een overzicht gegeven van nuttig referentiemateriaal om de EU/EER-landen verder te ondersteunen bij het plannen en uitvoeren van strategieën om de acceptatie voor COVID-19-vaccins en de vaccinatiegraad te verhogen.

## Acceptatie en vraag

- Een pakket van instrumenten om de acceptatie van en de vraag naar COVID-19-vaccins te stimuleren (Regionaal WHO-Bureau voor Europa). Dit omvat voorlopige richtsnoeren voor acceptatie en vraag, een model voor een communicatieplan, een handboek voor het ontwikkelen, gericht uitvoeren en evalueren van interventies, een leidraad voor het betrekken van gemeenschappen, en een leidraad voor het beheren van onjuiste informatie: [Generating acceptance and demand for COVID-19 vaccines](#)
- Richtsnoeren voor communicatie over de veiligheid van COVID-19-vaccins (WHO): [Safety Surveillance Manual - COVID-19 Vaccine Safety Communication](#).
- Reeks hulpmiddelen van de Centra voor de beheersing en preventie van ziekten (Centers for Disease Control and Prevention) in de Verenigde Staten om het vertrouwen in COVID-19-vaccins te versterken, inclusief strategieën, beoordelingsinstrument voor gemeenschappen, een leidraad voor het afstemmen van informatie, enz.: [Vaccinate with Confidence](#).
- [Guidance from WHO Technical Advisory Group \(TAG\) on Behavioural Insights and Sciences for Health on the drivers for facilitating uptake of COVID-19 vaccination](#)
- [Opleidingsmateriaal](#) om gezondheidspersoneel te helpen bij interpersoonlijke communicatie tijdens raadplegingen over COVID-19-vaccinaties (Regionaal WHO-Bureau voor Europa)
- [Communicating with health workers about COVID-19 vaccination](#) (WHO Regional Office for Europe).

## Gedragswetenschappelijke inzichten

- Een uitgebreid overzicht van gedragswetenschappelijke bewijsmaterialen en advies over de COVID-19-vaccinatiegraad: [The COVID-19 Vaccine Communication Handbook & Wiki](#)
- Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines, een [uitgebreide leidraad](#) voor het verzamelen, analyseren en interpreteren van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens over de acceptatie van COVID-19-vaccins: [WHO en UNICEF](#).
- Enquête-instrument en richtsnoeren voor gedragswetenschappelijke inzichten over COVID-19 (Regionaal WHO-Bureau voor Europa): [Survey Tool and Guidance](#).
- Immunisatieprogramma's op maat – een leidraad om belemmeringen voor een hoge vaccinatiegraad (Regionaal WHO-Bureau voor Europa): [TIP guide](#).

## Misinformatie bestrijden

- ECDC-studie waarin het landschap inzake misinformatie over vaccins wordt onderzocht in een selectie van EU-landen, en waarin strategieën zijn beschreven om misinformatie online te bestrijden: [Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA](#)
- Handboek waarin een overzicht gegeven van de huidige stand van de wetenschap op het gebied van misinformatie en de ontkrachting ervan, onder meer over vaccinatie, beschikbaar in verschillende talen (George Mason University – Center for Climate Change Communication): [The Debunking Handbook 2020](#)
- Richtsnoeren voor het aanpakken van een mondiale infodemie en het bevorderen van de vraag naar immunisatie, beschikbaar in verschillende talen (UNICEF): [Vaccine Misinformation Management Field Guide](#).

## Algemene informatie over vaccinaties

- Het Europees vaccinatie-informatieportaal (EVIP) is een initiatief van de Europese Unie en verstrekt informatie over vaccins en vaccinatie in alle EU/EER-talen. Het is ontwikkeld door het ECDC, in samenwerking met de Europese Commissie en het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA): [vaccination-info.eu](#)
- COVID-19 vaccines and vaccination explained: [videos and podcast for health workers and the public](#) that address common questions about COVID-19 vaccines (WHO Regional Office for Europe).



## Bronnen inzake evaluatie

- Better Evaluation is een wereldwijde organisatie zonder winstbejag die kennis en praktijken over het uitvoeren van kwaliteitsevaluaties uit verschillende sectoren samenbrengt. Hun website bevat een kennisbank om mensen en organisaties te ondersteunen bij de uitvoering van verschillende soorten evaluaties <https://www.betterevaluation.org/>.