

Działania zmierzające do zwiększenia akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenia wyszczepienia w UE/EOG

15 października 2021 r.

Najważniejsze przesłania

- Skuteczny program szczepienia przeciw COVID-19 może być zbudowany jedynie w oparciu o zrozumienie i właściwą odpowiedź na przekonania, obawy i oczekiwania jednostek i społeczności dotyczące szczepionki i choroby. Model 5C – Confidence (zaufanie), Constraints (ograniczenia), Complacency (nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa), Calculation (kalkulacja) i Collective responsibility (odpowiedzialność zbiorowa) – może być wykorzystany jako ramy dla zrozumienia tych obaw i opracowania strategii zwiększających akceptację szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenia wyszczepienia.
- Na podstawie modelu 5C, analizując dane przekrojowe na poziomie populacji, można zidentyfikować czynniki wpływające na niską akceptację szczepienia przeciw COVID-19 i wyszczepienia. Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy opracowało narzędzie badawcze dotyczące zachowań związanych z COVID-19, które może być wykorzystane do tego celu. Współpraca ze społeczeństwem obywatelskim może również oferować możliwość wykorzystania danych operacyjnych – ilościowych lub jakościowych – które mogą zapewnić wgląd w przekonania, obawy i oczekiwania osób i społeczności dotyczące szczepienia.
- Wysiłki w zakresie szczepienia w wielu krajach koncentrują się obecnie na dotarciu do grup nieszczepionych osób ze starszych grup wiekowych oraz osób z populacji szczególnie narażonych społecznie, przy jednoczesnym ułatwieniu zwiększenia wyszczepienia wśród młodszych grup wiekowych (w tym dzieci i młodzieży kwalifikujących się do szczepienia). Kluczowa rola przypada w tym kontekście pracownikom służby zdrowia. Należy odpowiednio zrozumieć konkretne wyzwania stojące przed każdą z tych grup w zakresie zwiększenia akceptacji, dostępu (a w przypadku pracowników opieki zdrowotnej – podjęcia odpowiednich ku temu działań) do szczepienia i zająć się nimi.
- W niniejszym dokumencie przedstawiono przykłady niektórych środków wdrażanych przez kraje w celu zwiększenia akceptacji szczepienia i zwiększenia wyszczepienia, w zależności od czynników zidentyfikowanych w danym kontekście. Może zaistnieć potrzeba ich dostosowania na poziomie niższym niż krajowy lub lokalny – nie istnieje uniwersalne podejście. Czynniki mogą również zmieniać się w czasie, co oznacza, że może być wymagane regularne ponawianie identyfikacji.
- Wiele działań zapobiegawczych, których przeglądu dokonano na potrzeby niniejszego sprawozdania, koncentrowało się na świadczeniu dostępnych usług, często w połączeniu z towarzyszącymi im strategiami informowania o ryzyku. Niektóre kraje wybrały również środki oparte na zachętach

i sankcjach. Zaobserwowano mniej strategii mających na celu budowanie zaufania do systemu opieki zdrowotnej i angażowanie społeczności.

- Ustalenie skuteczności działań zapobiegawczych ułatwiających zwiększenie akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenie wyszczepienia jest wyzwaniem metodologicznym. Nadal można przeprowadzać dobre oceny tych działań zapobiegawczych, wykorzystując zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe, chociaż wnioski z oceny procesu będą na ogół łatwiejsze do zinterpretowania niż wnioski z ewaluacji wpływu.

Zakres i cel

W niniejszym sprawozdaniu technicznym przedstawiono rozważania dla krajów Unii Europejskiej/Europejskiego Obszaru Gospodarczego (UE/EOG) dotyczące identyfikowania barier utrudniających zwiększenie akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenie wyszczepienia oraz dotyczące projektowania i wdrażania działań zapobiegawczych mających na celu zwiększenie wyszczepienia. W sprawozdaniu wykorzystano model 5C, aby uporządkować i wyjaśnić różne przyczyny niskiej akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i niskiego wyszczepienia oraz skategoryzować potencjalne działania zapobiegawcze. Kluczowe pojęcia zawarte w modelu 5C to: zaufanie, ograniczenia, nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa, kalkulacja i odpowiedzialność zbiorowa. Oprócz omówienia w tych ramach działań zmierzających do zwiększenia akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 w populacji ogólnej, w sprawozdaniu uwzględniono również konkretne grupy społeczne, takie jak pracownicy służby zdrowia i grupy w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Ze względu na to, że w wielu krajach szczepieniami objęto dzieci i młodzież, do grupy tej zaliczono również rodziców.

W sprawozdaniu podkreślono znaczenie identyfikacji czynników powodujących nieoptymalną akceptację szczepienia i nieoptymalny poziom wyszczepienia w danej populacji, aby zapewnić wdrożenie odpowiednich działań zapobiegawczych w odpowiedzi na te czynniki. Przedstawiono w nim również przykłady działań zapobiegawczych wdrożonych w UE/EOG, z których każde może być dostosowane do wykorzystania w innych środowiskach, w których zidentyfikowano podobne czynniki niskiego poziomu wyszczepienia. W sprawozdaniu omówiono również znaczenie oceny działań mających na celu zwiększenie wyszczepienia przeciw COVID-19, a także niektóre wyzwania związane z takimi ocenami. Ponadto w sprawozdaniu zawarto zasoby do przeprowadzenia analizy, wdrożenia i oceny, które to zasoby mogą być wykorzystane przez kraje UE/EOG.

Odbiorcy docelowi

Niniejszy dokument jest skierowany do krajowych i regionalnych organów ds. zdrowia publicznego, specjalistów ds. informowania o ryzyku oraz decydentów w krajach UE/EOG.

Kontekst

Według stanu na dzień 12 października 2021 r. ponad 74% wszystkich dorosłych osób powyżej 18 roku życia w UE/EOG otrzymało pełne szczepienie przeciw COVID-19[2]. Stanowi to niezwykle osiągnięcie w ciągu zaledwie kilku miesięcy, ale pozostawia ponad jedną czwartą wszystkich dorosłych bez pełnej ochrony. Co więcej, chociaż ogólny poziom wyszczepienia na poziomie UE/EOG jest imponujący, poziom objęcia szczepieniami w UE/EOG jest daleki od jednolitego – od 23,5% w pełni zaszczepionych w Bułgarii do 92% w Irlandii[2]. Konsekwencje niskiego poziomu wyszczepienia w niektórych krajach znajdują obecnie odzwierciedlenie w przeciążonych systemach opieki zdrowotnej i wysokiej śmiertelności[3]. Ponadto w niektórych państwach członkowskich[4] istnieją obszary o stosunkowo niskim stopniu zaszczepienia wśród określonych populacji, co spowodowało wprowadzenie nakazu szczepienia dla niektórych grup zawodowych w pewnych środowiskach[5].

Powodów tych różnic w poziomie wyszczepienia przeciw COVID-19 jest wiele, są to między innymi dynamika zaopatrzenia i świadczenia usług w systemach opieki zdrowotnej, a także przekonania, postawy i zachowania społeczeństwa. Wszystkie te problemy mogą się łączyć, tworząc warunki, w których poziom wyszczepienia jest niższy od pożądanego. Do przykładów można zaliczyć: brak zaufania do rządu; sposób postrzegania ryzyka zachorowania; doświadczenia z przeszłości, takie jak strach przed szczepionkami; łatwość zaszczepienia się; niepewność co do bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek oraz zmieniające się decyzje polityczne związane z zarządzaniem pandemią.

Zapewnienie wszystkim mieszkańcom Unii Europejskiej sprawiedliwego i terminowego dostępu do szczepionek wymaga zatem czegoś więcej niż tylko zagwarantowania dostaw bezpiecznych i skutecznych szczepionek oraz dogodnego do nich dostępu. Skuteczny program szczepienia może być zbudowany jedynie w oparciu o zrozumienie obaw i oczekiwań jednostek i społeczności dotyczących szczepionki w połączeniu z ich postrzeganiem i obawami dotyczącymi samego COVID-19 oraz w oparciu o właściwą odpowiedź na nie.

Model 5C

Model 5C opiera się na pięciu przesłankach, które mogą wpływać na indywidualne zachowania związane ze szczepieniami: zaufanie, ograniczenia, nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa, kalkulacja i odpowiedzialność zbiorowa. Opiera się on na innych ustalonych teoretycznych modelach dotyczących oporu przed szczepieniami i ich akceptacji[5-7] oraz uzupełnia je o teorie analizy behawioralnej, które mogą pomóc w wyjaśnieniu zachowań zdrowotnych[8]. Poniżej opisano pokrótce pięć elementów składających się na model 5C.

Zaufanie jest związane z wieloma aspektami poczucia ufności. Obejmuje ono zaufanie do skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek. Co więcej, jest ono związane z zaufaniem do systemu opieki zdrowotnej, który oferuje szczepienia, w tym do profesjonalizmu i kwalifikacji pracowników służby zdrowia wykonujących szczepienia. Dotyczy ono również zaufania do osób odpowiedzialnych za wyznaczanie kierunków polityki, które są postrzegane jako główni decydenci w sprawie szczepionek i szczepienia[9].

Ograniczenia w zwiększeniu wyszczepienia mogą obejmować fizyczną dostępność, przystępność cenową i gotowość do zapłaty za szczepionkę, dostępność geograficzną, zdolność do zrozumienia (język i kompetencje zdrowotne) oraz atrakcyjność usług w zakresie szczepień ochronnych[9]. Oznacza to, że ograniczenia dotyczące szczepienia mogą mieć charakter zarówno strukturalny, jak i psychologiczny.

Nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa jest związane z indywidualnym postrzeganiem ryzyka zachorowania przez daną osobę. Jeśli dana osoba wykazuje niską percepcję ryzyka związanego z zagrożeniem chorobą zwalczaną drogą szczepień, może mieć również niewielką chęć i zamiar poddania się szczepieniu[10,11]. Zatem ten czynnik jest związany z daną chorobą, choć czynniki indywidualne, takie jak wiek, stan zdrowia i zakres obowiązków, mogą również wpływać na poziom poczucia bezpieczeństwa. Na poczucie bezpieczeństwa wpływa również poczucie własnej efektywności jednostki, czyli jej zdolność do podjęcia działań w celu zaszczepienia się.

Kalkulacja odnosi się do stopnia, w jakim ktoś poszukuje informacji o danej szczepionce lub chorobie, a następnie przeprowadza własną, indywidualną analizę ryzyka i korzyści, czy się zaszczepić, czy nie. Jednostki, które intensywnie kalkulują, mogą być bardziej niechętne do podejmowania ryzyka niż te, które tego nie robią, więc mogą być mniej skłonne do zaszczepienia się z powodu dużej dostępności treści antyszczepionkowych w internecie[12].

Odpowiedzialność zbiorowa obejmuje gotowość ludzi do ochrony innych poprzez szczepienia, jako część zbiorowego wysiłku w celu osiągnięcia odporności populacyjnej. Powinna ona pozytywnie korelować z kolektywizmem (w przeciwieństwie do indywidualizmu), postawą wspólnotową i empatią, sygnalizując w ten sposób gotowość do szczepienia w trosce o dobro drugiego człowieka[9].

Te pięć czynników składa się na stan psychologiczny, który może skłonić jednostkę do zaszczepienia się lub nie. Należy jednak pamiętać, że każdy z tych czynników może zmieniać się w czasie[13], co oznacza, że dana osoba może oscylować między niechęcią do szczepienia a chęcią szczepienia. Szereg czynników sprzyjających i przeciwdziałających szczepieniom może wpływać na tę oscylację. Sytuacja taka może mieć miejsce na poziomie jednostki i społeczności (np. przekonania dotyczące promocji zdrowia lub doświadczenia związane z systemami opieki zdrowotnej i pracownikami służby zdrowia), w kontekście krajowym lub regionalnym (np. postrzeganie liderów, wydarzenia historyczne, przekaz i komunikacja) lub w odniesieniu do samej szczepionki (np. postrzegane ryzyko w porównaniu z korzyściami, fakt, że szczepionka jest nowa, schemat, sposób podawania itp.)[10].

Kluczowe populacje docelowe wymagające szczepienia przeciw COVID-19

We wszystkich krajach należy podejmować nieustanne wysiłki, aby zaszczepić wszystkich, którzy się do tego kwalifikują. Jednak w krajach, w których ogólny poziom wyszczepienia przeciw COVID-19 jest niski, priorytetem pozostaje zaszczepienie osób starszych i osób z chorobami podstawowymi. W krajach, w których osiągnięto dobry ogólny poziom wyszczepienia, nadal istnieją pewne subpopulacje, w których poziom wyszczepienia jest niższy od pożądanego. Należy zauważyć, że wprawdzie te kluczowe grupy mogą być omawiane jako pojedyncze jednostki, to jednak są one niezwykle heterogeniczne, co należy wziąć pod uwagę przy opracowywaniu strategii promujących akceptację szczepienia i zwiększenie wyszczepienia. Poniżej przedstawiono dwie z kluczowych populacji docelowych.

Populacje szczególnie narażone społecznie i mające utrudniony dostęp do szczepionki: osoby ze zmarginalizowanych mniejszości etnicznych, migranci nieposiadający dokumentów, bezdomni oraz osoby z niepełnosprawnościami napotykają na szereg trudności w zaszczepieniu się przeciw COVID-19. Do najważniejszych problemów tych grup społecznych może należeć ogólny brak zaufania do władz, bariery językowe, trudności w fizycznym dostępie do punktów szczepień oraz obawa przed stygmatyzacją[14,15]. Co więcej, społeczności te są często narażone na podwyższone ryzyko zakażenia, ze względu na zatłoczone i czasami niespełniające standardów warunki życia, co oznacza, że ich potrzeba szczepień jest szczególnie wysoka. Pomimo

tego podwyższonego ryzyka zdezagregowane dane dotyczące statusu migrantów, mniejszości etnicznych itp. nie są powszechnie dostępne, co oznacza, że szczególne wyzwania stojące przed tymi osobami pozostają niewidoczne dla decydentów[16].

Dzieci i młodzież, którzy kwalifikują się do szczepienia, oraz rodzice. W wielu krajach UE/EOG rozpoczęto udostępnianie szczepionki przeciw COVID-19 dzieciom i młodzieży w wieku powyżej 12 lat[2]. Mimo że u osób z tej grupy wiekowej częściej występuje jedynie łagodna postać choroby, nadal istnieje ryzyko rozwoju stanu po zakażeniu wirusem COVID-19, a ponadto mogą one stanowić rezerwuar wirusa. Szczepienie tych osób przeciw COVID-19 stwarza bardzo szczególne wyzwania, przede wszystkim ze względu na fakt, że jako osoby prawnie zależne, ich rodzice lub opiekunowie będą prawdopodobnie zaangażowani w podjęcie decyzji o szczepieniu, zwłaszcza w przypadku młodszych grup wiekowych[17]. Z tego powodu opinie i obawy rodziców będą odgrywać kluczową rolę we wszelkich działaniach mających na celu zapewnienie dzieciom i młodzieży szczepień przeciw COVID-19. Ważne jest jednak, aby brać pod uwagę także poglądy i doświadczenia samych młodych ludzi, szanować ich autonomię i włączać ich do dyskusji o szczepieniach w sposób odpowiedni do wieku[18].

Pracownicy służby zdrowia, choć nie należą do populacji, w której ogólnie uważa się, że poziom wyszczepienia jest niski, stanowią jednak dodatkową grupę priorytetową dla szczepienia przeciw COVID-19 w krajach na całym świecie, w tym w UE/EOG. Wynika to z wysokiego poziomu narażenia na zachorowanie na COVID-19 i inne choroby zakaźne, z którymi pracownicy mają do czynienia, oraz z faktu, że mogą oni dość łatwo rozprzestrzenić wirusa na pacjentów lub współpracowników. Ponadto zaufanie, jakim ludzie darzą pracowników służby zdrowia, sprawia, że odgrywają oni kluczową rolę we wpływanie na postrzeganie przez pacjentów zarówno szczepionki, jak i związanej z nią choroby. Dlatego mogą oni mieć znaczący wpływ na decyzje ludzi o poddaniu się szczepieniom[19-21]. Ponieważ wiadomo, że niektórzy pracownicy służby zdrowia mają wątpliwości i pytania dotyczące szczepienia przeciw COVID-19[22,23], ważne jest, aby wspierać ich i umożliwić im zwiększenie akceptacji szczepienia i przyjęcie szczepionki przeciw COVID-19. Będzie to miało bezpośredni wpływ ochronny na nich samych oraz na ewentualne przenoszenie choroby w placówkach opieki zdrowotnej. Ponadto rozwiązanie to może ułatwić ich pacjentom podjęcie decyzji o szczepieniu, a tym samym chronić szerszą populację[24].

Identyfikacja czynników ułatwiających i barier utrudniających zwiększenie akceptacji szczepienia i zwiększenie wyszczepienia

Chociaż wszystkie kraje UE/EOG śledzą zasięg szczepień szczepionką przeciw COVID-19 w swoich krajach, a niektóre śledzą poziom zaufania do szczepionek przeciw COVID-19, nie wszystkie starają się określić przyczyny niższego niż pożądanego poziomu wyszczepienia w różnych grupach społecznych. Strategie mogą zatem być ukierunkowane na niewłaściwą kombinację czynników 5C, co może osłabić skuteczność wysiłków na rzecz działań zmierzających do zwiększenia wyszczepienia i spowodować marnowanie zasobów finansowych i czasowych w sytuacji kryzysowej. Niejednorodność intencji i zachowań związanych ze szczepieniami, nawet w obrębie określonej subpopulacji w danym kraju, oznacza również, że nie można przyjąć jednego, uniwersalnego podejścia. Należy ukierunkować strategię na różne grupy, zgodnie z ich indywidualnymi potrzebami.

W czasie pandemii niektóre kraje UE/EOG gromadziły przekrojowe dane na dużą skalę dotyczące akceptacji przez populację niefarmaceutycznych działań zapobiegawczych przeciw COVID-19 oraz skrupulatnego stosowania się do nich, a także tego, w jaki sposób populacja postrzega te kwestie, jej intencji i deklarowanych zachowań związanych ze szczepieniami. Najpowszechniej stosowanym narzędziem do gromadzenia tych danych na poziomie populacji w UE/EOG jest narzędzie do badania zachowań w związku z COVID-19 udostępnione przez Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dla Europy. Narzędzie to zostało przystosowane do użytku w kilku krajach w celu śledzenia zachowań i postaw wobec różnych środków i strategii prewencyjnych[25-27]. Tematy poruszane w narzędziu badawczym opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia ewoluowały wraz ze zmianą warunków w trakcie trwania pandemii i obecnie obejmują pytania dotyczące zachowań i zamiarów związanych ze szczepieniem. Tymczasowe wytyczne dotyczące prowadzenia zarówno ilościowych, jak i jakościowych badań diagnostycznych nad behawioralnymi i społecznymi czynnikami zmierzającymi do zwiększenia akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenia wyszczepienia zostały również opracowane przez WHO i UNICEF[28], ale nie są one jeszcze formalnie zatwierdzone.

Dostępnych jest kilka innych opublikowanych narzędzi, które oceniają czynniki wpływające na zaufanie do szczepień i ich akceptację. Mają one charakter ogólny i nie są związane z pandemią COVID-19. Obejmują one wskaźnik zaufania do szczepionek (Vaccine Confidence Index)[29], skalę akceptacji szczepionek (Vaccine Acceptance Scale)[30] oraz stosunek rodziców do szczepionek dla dzieci (Parental Attitudes about Childhood Vaccines)[31]. Należy zauważyć, że instrumenty te koncentrują się przede wszystkim na zaufaniu i w mniejszym stopniu uwzględniają pozostałe cztery „C”[9]. Mogą one zatem nie być tak skuteczne jak narzędzie badawcze opracowane przez Światową Organizację Zdrowia, jeśli chodzi o analizę zachowań i intencji osób w zakresie COVID-19, a tym samym pomoc w określeniu najbardziej odpowiednich działań mających na celu ułatwienie

zwiększenia wyszczepienia. Natomiast narzędzie badawcze opracowane przez Światową Organizację Zdrowia oferuje dostępną, łatwą do dostosowania i, co ważne, porównywalną metodę, którą można szybko zastosować w celu ułatwienia opracowania i wdrożenia strategii opartej na badaniu zachowań[32].

Identyfikacja czynników wpływających na zwiększenie akceptacji szczepienia i zwiększenie wyszczepienia w Finlandii

Fiński Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej (THL) przeprowadził zaadaptowaną wersję badania ankietowego opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia trzy razy wiosną 2020 r., raz jesienią 2020 r. i raz wiosną 2021 r. W każdym etapie badania wzięło udział około 1000 respondentów, którzy zostali wybrani w taki sposób, aby stanowili reprezentatywną grupę dorosłych mieszkańców Finlandii pod względem wieku, płci i miejsca zamieszkania. Pytania dotyczące zamiaru szczepienia były zawarte we wcześniejszych etapach[1], zaś pytania dotyczące rzeczywistych zachowań związanych ze szczepieniami – w ostatnim etapie. Wyniki badań zostały dobrze przyjęte przez decydentów i stanowiły dobrą podstawę dla krajowych działań w zakresie informowania o ryzyku oraz dla szerszej strategii kontroli COVID-19.

Jednak ze względu na koszty przeprowadzenia ankiety opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia jako samodzielnego działania, niektóre z pytań dotyczących szczepień zostały następnie włączone do trwającej i bardziej ogólnej krajowej ankiety „Citizens’ Pulse”, która jest przeprowadzana co trzy lub cztery tygodnie przez Biuro Premiera Finlandii. Znacznie obniżyło to koszty i uczyniło badanie bardziej zrównoważonym, dając jednocześnie możliwość bardziej regularnego monitorowania poziomu akceptacji szczepienia. Ponadto, poprzez porównanie wyników z dwóch różnych badań, można było ocenić wiarygodność i prawidłowość danych, które pochodziły z badania opartego na narzędziu ankietowym opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia. Należy jednak zauważyć, że szybki rozwój i zmieniające się okoliczności programu szczepienia przeciw COVID-19 sprawiły, że konieczne było dostosowanie niektórych pytań, co utrudnia porównanie w czasie. Na przykład wcześniejsze pytanie, które brzmiało „Czy przyjąłby Pan/przyjęłaby Pani szczepionkę, gdyby była dostępna?”, stało się zbędne, podkreślając potrzebę stałego monitorowania pytań, które są istotne w danej chwili.

Najważniejszym wynikiem tej pracy diagnostycznej było to, że dane jasno pokazały, iż niski poziom zaufania do szczepionek w Finlandii jest tylko jednym z kilku czynników, które hamują zwiększenie wyszczepienia – pozostałe elementy modelu 5C również odgrywają znaczącą rolę. Dzięki temu udało się opracować bardziej odpowiednie przesłanie, które z kolei skierowało debatę publiczną z dala od skupiania się wyłącznie na niskim poziomie zaufania do szczepionek, w kierunku bardziej świadomych dyskusji o innych, równie ważnych kwestiach (np. jak zorganizowane są usługi szczepień oraz kwestie związane z poczuciem bezpieczeństwa i postrzeganiem ryzyka). Doprowadziło to również do lepszego strategicznego podejmowania decyzji dla programu szczepień ochronnych, a jednocześnie wspiera program na poziomie lokalnym poprzez dostarczanie informacji na temat czynników wpływających na zachowania ludności w zakresie szczepień.

Należy zawsze traktować badania jakościowe jako ważny składnik każdej kompleksowej analizy diagnostycznej intencji i zachowań w zakresie szczepień. Mogą one zapewnić spostrzeżenia na potencjalnie ważne szczegóły, odpowiadając jednocześnie na pytania „jak” i „dlaczego”, których powszechnie stosowane ankiety mogą nie być w stanie wyjaśnić[33]. Oprócz wspomnianego wyżej jakościowego komponentu narzędzia opracowanego przez WHO/UNICEF[28] w siedmiu krajach z pracownikami służby zdrowia zastosowano jakościowe narzędzie badawcze opracowane przez Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy. Narzędzie to bada czynniki sprzyjające i bariery utrudniające pracownikom służby zdrowia szczepienia przeciw COVID-19 oraz pracę, jaką wykonują, zalecając szczepienia pacjentom. Narzędzie to zapewnia szybkie spojrzenie na analizę danych, tak że wgląd w nie może być wykorzystany w dostosowanych do potrzeb działaniach zapobiegawczych dla grup docelowych w odpowiednim czasie, a obecnie jest ono dalej rozwijane w celu wykorzystania z innymi grupami docelowymi dla szczepień przeciw COVID-19. Narzędzie to zostanie wkrótce opublikowane, a w celu uzyskania dostępu do narzędzia i wsparcia można skontaktować się z jego twórcami pod adresem euvaccine@who.int.

Prawdopodobnie większość krajów UE/EOG dysponuje potencjałem do przeprowadzenia tego rodzaju badań diagnostycznych – ilościowych lub jakościowych – nawet jeśli ten potencjał może nie być dostępny w krajowych instytucjach zdrowia publicznego lub innych instytucjach państwowych. Pracownicy naukowcy pracujący na uniwersytetach często dysponują technicznym know-how do realizacji takich prac, podobnie jak niektóre organizacje społeczeństwa obywatelskiego, które mogą również wykorzystać swoje dane operacyjne i informacje zwrotne od beneficjentów usług. W przypadku ograniczonych zasobów w sektorze publicznym państwa członkowskie mogą uznać, że korzystne jest określenie i zidentyfikowanie wiedzy specjalistycznej w danym kraju, a następnie wykorzystanie jej poprzez zlecenie badań. Poza dostarczeniem istotnych danych diagnostycznych na temat zachowań i zamiarów związanych ze szczepionką przeciw COVID-19 takie podejście pomogłoby zbudować w kraju społeczną i behawioralną społeczność naukową, która w przyszłości mogłaby służyć również do badań nad

innymi kwestiami zdrowotnymi. Przykładem takiej współpracy może być Dania, gdzie krajowe badanie diagnostyczne zostało przeprowadzone przez Uniwersytet w Kopenhadze[27].

Strategie mające na celu zwiększenie akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenie wyszczepienia

Ta sekcja przedstawia strategie, które zostały wdrożone w różnych krajach UE/EOG, ukierunkowane na każdy z elementów „C”. O ile każda z przedstawionych strategii została skategoryzowana do jednego konkretnego, ukierunkowanego elementu „C”, o tyle wiele strategii w rzeczywistości ukierunkowanych jest na dwa lub więcej elementów „C” jednocześnie. Na przykład podejście oparte na społeczności lokalnej, które koncentruje się na zwiększaniu zaufania do programu szczepień, może również dążyć do rozwiązania problemu ograniczeń dostępności. Z powodu nakładania się tych działań zapobiegawczych pomocne dla czytelników może być przejrzanie wszystkich wymienionych działań zapobiegawczych w celu zidentyfikowania potencjalnych strategii dla poszczególnych populacji. Należy również pamiętać, że przedstawione strategie powinny być postrzegane raczej jako inspiracja, którą można wykorzystać w różnych warunkach, a nie jako podejście nakazowe, które powinno być rygorystycznie przestrzegane.

Strategie przedstawione w niniejszym dokumencie zostały zidentyfikowane w wyniku przeglądu zakresu, obejmującego szereg materiałów i źródeł, i zostały wybrane w celu przedstawienia różnorodności wspieranych populacji i reprezentowanych regionów geograficznych. Zastosowanie danej strategii w danym państwie nie powinno być postrzegane jako oznaka, że jest ona „lepsza” niż inna strategia realizowana w innym państwie. Podobnie wykluczenie określonej strategii w danym państwie w żaden sposób nie oznacza, że była ona „mniej odpowiednia” niż ta, która została zastosowana. Ponadto, choć kraje stale stosują wieloaspektowe podejście do działań zmierzających do zwiększenia akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenia wyszczepienia, to zamieszczamy poniżej konkretne przykłady inicjatyw, kampanii lub narzędzi mających na celu zwrócenie uwagi na to, w jaki sposób zajęto się konkretnym elementem „C”, czy to w odniesieniu do ogólnej populacji, czy subpopulacji. Przykłady te stanowią przegląd niektórych elementów szerszych inicjatyw realizowanych na poziomie krajowym.

Zaufanie: Strategie związane są z budowaniem zaufania – zaufania do systemu opieki zdrowotnej dostarczającego szczepionkę, zaufania do decydentów podejmujących decyzje o szczepionce oraz zaufania do bezpieczeństwa i skuteczności samej szczepionki[9].

Państwo członkowskie	Adresat	Zwalczanie bariera	Przykład działań zapobiegawczych
Belgia	Społeczności szczególnie narażone i ogólna populacja	Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej	Był to program pilotażowy z udziałem pracowników służby zdrowia, których zadaniem było poszerzenie wiedzy ludzi na temat systemu opieki zdrowotnej i pogłębienie ich zaufania do niego, w celu zwiększenia poziomu wyszczepienia przeciw COVID-19 w populacjach szczególnie narażonych społecznie we Flandrii[34]. W każdej strefie podstawowej opieki zdrowotnej w regionie przeprowadzono analizę lokalnej społeczności, podczas której wybrano zaufanych interesariuszy każdej społeczności. Zespół pracował z tymi zaufanymi członkami społeczności, jak również z innymi przedstawicielami podstawowej opieki zdrowotnej, opieki społecznej i stowarzyszeniami pacjentów, aby opracować i wdrożyć strategię szczepień[35]. Członkowie społeczności sami informowali swoich znajomych o szczepionce przeciw COVID-19, zapewniali im dostęp do opieki i towarzyszyli w pierwszym szczepieniu, a także prowadzili działania uzupełniające po szczepieniu[35,36]. Te lokalne zespoły, kierowane przez lokalną społeczność, są połączone z regionalną centralą danych na temat stopnia zaszczepienia, a także mają dostęp do zagregowanych, zanonimizowanych danych na temat chorób współistniejących, które te dane przekazywane są przez lekarzy pierwszego kontaktu w regionie. Dzięki tym informacjom mogą one dotrzeć do obszarów o niskim poziomie zaszczepienia i wysokim ryzyku[35].
Irlandia	Młodzież	Zaufanie do bezpieczeństwa szczepionki i zaufanie do systemu opieki zdrowotnej	SciComm jest inicjatywą, która wykorzystuje sieć popularyzatorów nauki, aby nawiązać dialog i odpowiedzieć na pytania oraz wątpliwości młodych ludzi, w celu zwiększenia zaufania, a tym samym zwiększenia poziomu wyszczepienia młodych ludzi[37]. Sieć została stworzona przez Ministerstwo Zdrowia, poprzez rozesłanie zapytania do absolwentów zajmujących się naukami o zdrowiu i komunikacją naukową[37]. Celem było dotarcie do młodych ludzi w społecznościach internetowych, gdzie są już aktywni, i zaangażowanie ich w obszar, z którego czuli się wykluczeni[37,38]. Sieć popularyzatorów nauki spotyka się co dwa miesiące z urzędnikami Ministerstwa Zdrowia, aby odpowiedzieć na ich własne pytania, a następnie opracowuje cotygodniowe komunikaty w oparciu o obawy zgłaszane przez młodych ludzi (sformułowane przez Ministerstwo Zdrowia przy użyciu grup dyskusyjnych i kwestionariuszy[38]), jak również o bieżące osiągnięcia naukowe. Sieć aktywnie publikuje treści i wchodzi w interakcje w mediach społecznościowych (Facebook, Instagram, Tik Tok), angażując w ten sposób młodych ludzi w całym kraju, dzieląc się doświadczeniami, odpowiadając na pytania i reagując na wprowadzanie w błąd i dezinformację dotyczącą szczepień przeciw COVID-19[39].
Niderlandy	Pracownicy służby zdrowia	Zaufanie do bezpieczeństwa szczepionki	Niderlandzki Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) opracował moduł e-learningowy, który jest publicznie dostępny dla pracowników służby zdrowia w Niderlandach[40]. Oferuje szkolenia poświęcone opracowywaniu szczepionek oraz informacje na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepionek. Zawiera również dialogi i scenariusze, które pomogą przeprowadzić z pacjentami rozmowę na temat szczepienia przeciw

<p>Zjednoczone Królestwo (państwo spoza UE/EOG)</p>	<p>Ogólna populacja</p>	<p>Zaufanie do bezpieczeństwa i skuteczności szczepionki</p>	<p>COVID-19[41]. Moduł ten jest obecnie w trakcie walidacji do akredytacji.</p> <p>Uniwersytety w Nottingham, w Southampton oraz King's College London nawiązały współpracę z Narodowym Instytutem Badań nad Zdrowiem (National Institute of Health Research), aby stworzyć chatbota umożliwiającego prowadzenie dyskusji i dialogu z osobami na temat ich obaw związanych ze szczepieniem przeciw COVID-19[42,43]. Chatbot zadaje kilka wstępnych pytań dotyczących obaw danej osoby, a na podstawie odpowiedzi przedstawia dowody naukowe w sposób wolny od osądów[44]. Chatbox odpowiada na wątpliwości dotyczące szczepień, korzystając z zaprogramowanych odpowiedzi, tymczasem Uniwersytet Johns Hopkins i IBM stworzyły podobnego chatbota, który wchodzi w interakcje z użytkownikami, wykorzystując sztuczną inteligencję. Chatbox ten jest bardziej elastyczny, pozwala użytkownikom na wpisywanie dowolnego tekstu i odpowiada na pytania dotyczące szczepionek[45].</p>
---	-------------------------	--	---

Ograniczenia: Strategie skierowane na ograniczenia zazwyczaj koncentrują się na zwiększaniu dostępności, zdolności ludzi do rozumienia informacji (kompetencje zdrowotne i językowe), atrakcyjności usług szczepień ochronnych oraz rozwiązywaniu postrzeganych lub rzeczywistych barier dotyczących przystępności cenowej.

Państwo członkowskie	Adresat	Zwalczana bariera	Przykład działań zapobiegawczych
Norwegia	Mniejszości językowe	Trudności w zrozumieniu informacji o szczepieniach	Informacje na temat szczepień zostały przetłumaczone na ponad 45 języków i są dostępne w ponad 45 językach, co jest wykorzystywane w działaniach służących nawiązaniu kontaktu z populacjami szczególnie narażonymi[46,47]. W Oslo „ambasadorzy” ze społeczności mówiących po somalijsku, wybrani przez pracowników służby zdrowia we współpracy z samymi społecznościami, przekazywali informacje o COVID-19 w języku somalijskim[48]. Działania te zostały przeprowadzone we współpracy z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego, środowiskami akademickimi oraz Norweskim Instytutem Zdrowia Publicznego.
Włochy	Migranci	Atrakcyjność usług	W niektórych regionach zmieniono wymogi rejestracyjne, dzięki czemu osoby poddające się szczepieniom nie muszą posiadać numeru ubezpieczenia zdrowotnego, a także zapewniono, że dane osobowe nie będą udostępniane instytucjom niezwiązanym z ochroną zdrowia (np. policji lub urzędowi imigracyjnemu)[49]. W innych regionach, na przykład w Toskanii, utworzono punkty szczepień dla osób nieposiadających karty zdrowia, aby ułatwić dostęp do szczepień migrantom nieposiadającym dokumentów[50]. W regionie Sycylii krajowe organy służby zdrowia nawiązały współpracę z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego w zakresie szczepień migrantów i wykorzystują mediatorów kulturowych do informowania o świadczeniach w zakresie szczepień[51].
Niemcy	Ogólna populacja	Dostępność fizyczna	Władze wprowadziły we wrześniu ogólnokrajowy „Tydzień szczepień”, który zbiegł się z końcem wakacji letnich i powrotem do szkoły. Działania w ramach Tygodnia Szczepień, wykorzystujące hashtag „#HierWirdGeimpft” („szczepienie odbywa się tutaj”), koncentrowały się na ułatwieniu dostępu do szczepienia w miejscach często uczęszczanych (np. w miejscach kultu religijnego, klubach młodzieżowych, klubach sportowych, na rynkach), aby ułatwić swobodny dostęp do szczepionki, a tym samym zwiększyć poziom wyszczepienia przed jesienią[52].
Czechy	Ogólna populacja	Dostępność fizyczna	Lokalne samorządy dysponują mobilnymi zespołami, które docierają do osób o ograniczonej mobilności, a także do społeczności mających trudności z dotarciem do punktów szczepień. Lekarze pierwszego kontaktu na obszarach o niskim poziomie wyszczepienia również współpracują przy próbach zaszczepienia swoich pacjentów, oferując zwiększoną dostępność[47].
Hiszpania	Młodzież i studenci	Ograniczenia związane z dostępnością i czasem wśród młodzieży, która może być bardziej mobilna ze względu na studia.	<i>Szczepionkobusy</i> (hiszp. <i>Vacunabuses</i> – autobusy szczepień) to przedsięwzięcie partnerskie pomiędzy madrycką służbą zdrowia a Hiszpańskim Czerwonym Krzyżem. Inicjatywa obejmuje 18 mobilnych zespołów pracujących w publicznych i prywatnych instytucjach szkolnictwa wyższego[53,54], otwartych na szczepienia w punktach szczepień bez wymaganej rejestracji do końca pierwszego miesiąca nauki. Celem jest zwiększenie poziomu wyszczepienia w populacjach o niskim poziomie wyszczepienia oraz uwolnienie się od konieczności szczepień w ośrodkach w miejscu zamieszkania studentów[55].

Nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa: Nieuzasadnione faktami poczucie bezpieczeństwa wiąże się z niskim postrzeganym ryzykiem zachorowania, co może utrudniać motywację jednostki do szczepienia[56]. Na przykład na początku pandemii młodzież i dzieci byli często określani jako osoby o bardzo niskim ryzyku zachorowania na COVID-19 w porównaniu ze starszymi dorosłymi. W związku z tym strategie mające na celu przeciwdziałanie nieuzasadnionemu faktami poczuciu bezpieczeństwa mogą wymagać skupienia się na wyjaśnieniu młodzieży ryzyka związanego z COVID-19 i zwiększeniu ich zrozumienia zasadniczego znaczenia szczepień w bardziej ogólnym ujęciu.

Państwo członkowskie	Adresat	Zwalczana bariera	Przykład działań zapobiegawczych
Niemcy	Ogólna populacja	Zrozumienie ryzyka związanego z zachorowaniem na COVID-19 i korzyści wynikających ze szczepień.	Instytut Roberta Kocha publikuje cotygodniowy zestaw pytań i odpowiedzi w oparciu o pytania i wątpliwości pojawiające się w regularnej ankiecie dotyczącej COVID-19 (COVIMO)[26,57]. W pytaniach i odpowiedziach zastosowano podejście oparte na informowaniu o ryzyku, podkreślając zagrożenia związane z zachorowaniem na COVID-19 i korzyści wynikające ze szczepień. Uwzględniono również pytania dla grup szczególnie narażonych (np. kobiet w ciąży) lub grup interesu (np. dzieci). Odpowiedzi zawierają linki do dalszych informacji.
Niderlandy	Rodzice, dzieci i młodzież	Postrzeżenie ryzyka związanego z COVID-19 wśród dzieci/młodzieży, ryzyko i bezpieczeństwo szczepień.	Przeprowadzono badanie mające na celu poznanie czynników wpływających na opór rodziców i dzieci przed szczepieniami przeciw COVID-19[58]. W oparciu o wyniki badania przeprowadzono wywiad online z pediatrą, który przewodniczy Niderlandzkiemu Stowarzyszeniu Pediatrycznemu i jest zaangażowany w pracę zespołu ds. zarządzania ogniskami choroby w tym kraju. Odnosił się on do pytań dotyczących ryzyka związanego z zachorowaniem na COVID-19 oraz korzyści wynikających ze szczepień[59]. Nawiązano również partnerstwa między instytucjami edukacyjnymi, stowarzyszeniami edukacyjnymi i instytucjami zdrowia w celu dostarczenia informacji na temat ryzyka związanego z zachorowaniem na COVID-19 wśród młodzieży i dzieci oraz korzyści płynących ze szczepień[47].
Polska	Ogólna populacja	Postrzeżenie ryzyka związanego z zachorowaniem na COVID-19	Narodowy Fundusz Zdrowia powołał zespół, który ma za zadanie zadzwonić do osób, które nie zostały jeszcze zaszczepione, zidentyfikowanych na podstawie dokumentacji medycznej. Osoby te są pytane, dlaczego nie zostały zaszczepione, i podejmowana jest z nimi rozmowa na temat ryzyka związanego z zachorowaniem i korzyści płynących z zaszczepienia. Podejmuje się próbę przekonania ich, że szczepienie jest dla nich korzystne, a następnie oferuje im się rejestrację na szczepienie oraz rejestruje się taką osobę na szczepienie[47].

Kalkulacja: Kalkulacja w modelu 5C odnosi się do analizy postrzeganego przez daną osobę ryzyka związanego z zachorowaniem i korzyści wynikających ze szczepienia[9]. Strategie skierowane na kalkulacje mogą zatem mieć na celu dostarczenie dokładnych informacji dotyczących źródeł istotnych dla szczepień, w tym wprowadzających w błąd informacji i dezinformacji, oraz podkreślenie zasadności i znaczenia szczepień.

Państwo członkowskie	Adresat	Zwalczana bariera	Przykład działań zapobiegawczych
Austria	Ogólna populacja	Dostęp do rzetelnych informacji, obalanie wprowadzających w błąd informacji	Utworzono stronę internetową zawierającą aktualne informacje na temat strategii szczepień. Zawiera ona linki dotyczące tego, gdzie i jak można się zaszczepić, a także ogólne informacje na temat COVID-19 i szczepień. Formuła kampanii obejmuje krótkie filmy wideo, wywiady z pracownikami służby zdrowia (jako zaufanym źródłem), serię „Pogromców nauki” oraz serię „Godzina konsultacji”, gdzie eksperci uczestniczą w wywiadach na temat szczepień[60]. Wszystkie te działania są dostosowane do konkretnych problemów zidentyfikowanych w różnych społecznościach [47]. Zasoby te są dostępne na stronie internetowej oraz w serwisie YouTube. Na innej stronie znajduje się lista lekarzy zaangażowanych w inicjatywę „Austria szczepi”, z którymi można się skontaktować w razie pytań[61]. Na jeszcze innej stronie internetowej znajdują się lokalne informacje o tym, gdzie można się zaszczepić.
Hiszpania	Ogólna populacja	Kampanie w środkach masowego przekazu	W Hiszpanii przeprowadzono kilka kampanii w środkach masowego przekazu w celu rozpowszechnienia informacji o korzyściach wynikających ze szczepienia przeciw COVID-19, które to kampanie dotyczyły również powszechnych obaw. Jedną z takich kampanii koncentrowała się na wyjaśnianiu bezpieczeństwa szczepionek i zaangażowała rzeczników hiszpańskiej Agencji ds. Leków i Produktów Zdrowotnych (AEMPS)[62] do prowadzenia rozmów z osobami, które prawdopodobnie nie zaszczepiły się z powodu krążących informacji o tym, że szczepionka przeciw COVID-19 została opracowana zbyt szybko, i instruowania tych osób. Inna kampania, #yomevacunaseguro, przedstawia osobiste wypowiedzi młodzieży, osób starszych i naukowców na temat tego, dlaczego ważne jest, aby się zaszczepić[63].
Niderlandy	Ogólna populacja	Obalanie informacji wprowadzających w błąd i dezinformacji	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska zainwestował środki w analitykę dużych zbiorów danych w celu zidentyfikowania najczęściej wyszukiwanych pytań dotyczących szczepień i szczepionek oraz przeanalizowania zawartości stron internetowych istotnych z punktu widzenia szczepień. Wykorzystuje te analizy do tworzenia przystępnych i łatwych do zrozumienia informacji mających na celu przeciwdziałanie powszechnym wprowadzającym w błąd twierdzeniom publikowanym w internecie. Zespół monitorujący reaguje również bezpośrednio na wprowadzające w błąd informacje na temat szczepień w internecie, w zależności od ich źródła i zasięgu. Ponadto powstał ośrodek analityczny zajmujący się wprowadzającymi w błąd informacjami, koordynowany przez Ministerstwo Zdrowia, gdzie eksperci na zasadzie wolontariatu obalają takie błędne informacje na temat szczepionek, używając swoich osobistych kont w mediach społecznościowych[64].

Odpowiedzialność zbiorowa: Strategie skierowane na odpowiedzialność zbiorową mogłyby obejmować kampanie informacyjne dotyczące szczepień przeciw COVID-19, które to kampanie uwzględniałyby czynniki psychospołeczne związane z zamiarem poddania się szczepieniom, takie jak przekonanie, że osobiste szczepienie ochroni innych (promując w ten sposób poczucie moralnego obowiązku), oraz że szczepienie jest kluczem do ponownego otwarcia społeczeństwa[65].

Informowanie o społecznych korzyściach płynących ze szczepień może prowadzić do zwiększenia chęci zaszczepienia się. Badania na ten temat podkreślają jednak kilka czynników, które mogą wpływać na skuteczność takich przekazów: kontekst kulturowy i społeczny (w niektórych społeczeństwach szczepienia są już postrzegane jako zbiorowy obowiązek); społeczne wartości osób odbierających przekaz; wykorzystywane formy i kanały komunikacji (np. pokazanie, jak działa ochrona społeczności lokalnej za pomocą interaktywnej symulacji może być bardziej skuteczne niż krótki tekst) oraz poziom oporu poszczególnych osób[66]. Jeśli chodzi o ostatni punkt, osoby szczególnie niechętnie szczepieniom są mniej skłonne do dostrzegania zbiorowej korzyści ze szczepień, a zatem bardziej skuteczne może być podkreślanie osobistych korzyści płynących ze szczepień[67].

Państwo członkowskie	Adresat	Zwalczana bariera	Przykład działań zapobiegawczych
Szwecja	Ogólna populacja	Przesłania zawierające odwołania do odpowiedzialności zbiorowej.	Na początku wprowadzania szczepionki kampania informacyjna prowadzona przez szwedzki urząd zdrowia publicznego, wraz z innymi organizacjami, obejmowała w różnych mediach informacje oparte na zasadzie „Chroń siebie i innych”. Informacje te zostały również przetłumaczone na kilka języków[68]. Kolejna kampania, z filmami wideo i plakatami przetłumaczonymi na kilka języków, zawierała przesłanie „Razem ku lepszym czasom” (np. radość z ponownego spotkania z przyjaciółmi i rodziną). Materiały zawierały również krótkie filmy wideo z udziałem ekspertów w dziedzinie szczepień, wyjaśniające znaczenie szczepień jako sposobu kontrolowania rozprzestrzeniania się choroby, powrotu do normalnego życia i zakończenia pandemii[69]. Należy zauważyć, że odpowiedzialność zbiorowa nie była główną strategią przyjętą przez władze szwedzkie, ale jej elementy jednak skupiały się na tym aspekcie.

Dodatkowe strategie mające na celu zwiększenie wyszczepienia

W niektórych krajach, gdy inne rodzaje działań zapobiegawczych uznano za niewystarczające do osiągnięcia wysokiego poziomu wyszczepienia, wprowadzono środki oparte na zachętach, wymaganiach dotyczących zaświadczeń i nakazów. Należy jednak zauważyć, że chociaż inicjatywy te mogą okazać się skuteczne jako bodziec skłaniający do szczepień tych, którzy mają do nich stosunek obojętny lub są im przeciwni, to ich celem jest raczej kształtowanie zachowań niż zmiana sposobu myślenia i odczuć na temat szczepień. Ponadto zachęty lub sankcje mogą ograniczać do minimum możliwość opóźnienia szczepienia, wymagając go, aby dana osoba uzyskała pożądany cel (np. dostęp do edukacji, zatrudnienia, rozrywki lub podróży)[70].

Opierając się na tej zasadzie oraz po uświadomieniu sobie – na podstawie dotychczasowych doświadczeń z pandemii COVID-19 – że pojawiają się dodatkowe elementy pozwalające zadbać o to, by dana populacja poddała się szczepieniom, zaproponowano ostatnio „przestrzeganie przepisów” (compliance) jako dodatkowy element modelu 5C[71]. „Przestrzeganie przepisów” odnosi się do polityki szczepień wykraczającej poza apele do poczucia zbiorowej odpowiedzialności ludzi i koncentrującej się na społecznym monitorowaniu i karaniu tych, którzy nie są zaszczepieni. Konieczne będą dalsze badania, aby ocenić, w jaki sposób takie inicjatywy przyczyniły się do zwiększenia poziomu wyszczepienia podczas pandemii COVID-19.

Zachęty: badania behawioralne przeprowadzone w przeszłości sugerują, że choć zachęty mogą potwierdzać znaczenie szczepień, mogą również sygnalizować, że niektórzy ludzie nie decydują się na szczepienia, co z kolei daje do zrozumienia, że szczepienia nie są zachowaniem normatywnym. Co więcej, synteza przeglądów strategii zachęcających wskazuje na rozbieżności w zaleceniach, przy czym niektóre badania stwierdzają, że podejście jest skuteczne, natomiast inne twierdzą, że dowody na skuteczność są niejednoznaczne. Może to jednak wynikać z różnorodności działań zapobiegawczych i jakości badań, a także z faktu, że trudno jest określić skutki zachęt w połączeniu z innymi strategiami[70].

Badania przeprowadzone podczas fazy wstępnej wprowadzania szczepionki COVID-19 podważyły początkowe sugestie, że zachęty pieniężne mogłyby zwiększyć chęć do szczepień. Badania te ostrzegały, że początkowo, gdy

nowa szczepionka staje się dostępna, kampanie powinny skupiać się na zwiększaniu zaufania, zwłaszcza w odniesieniu do bezpieczeństwa szczepionek. Po zmniejszeniu obaw związanych z bezpieczeństwem zachęty pieniężne mogłyby jeszcze bardziej zwiększyć liczbę przyjmowanych szczepionek, ale potrzebne są dalsze badania na ten temat[72]. W dużym badaniu randomizowanym z grupą kontrolną przeprowadzonym w Szwecji w maju–lipcu 2021 r. wykazano, że nawet skromne zachęty pieniężne mogą zwiększyć odsetek osób zaszczepionych szczepionką przeciw COVID-19 (o 4,2 punktu procentowego w stosunku do wyjściowego odsetka 71,6%), niezależnie od sytuacji społeczno-demograficznej uczestników. W tym badaniu zwrócono również uwagę na inne kwestie, które wymagają rozważenia: aspekty etyczne, możliwe zmiany efektu w zależności od poziomu wyszczepienia w danym kraju, kto przyznaje zachętę (w tym badaniu był to zespół badawczy) oraz potencjalne ryzyko, że zachęty osłabią chęć ludzi do poddania się szczepieniom w przyszłości (np. otrzymanie dawki przypominającej) bez otrzymania zapłaty[73]. W innych badaniach podkreśla się, że zachęty finansowe do „zaszczepienia się” mogą wydawać się atrakcyjne, gdy są skierowane do grup o utrzymującym się niskim poziomie wyszczepienia i mogą spowodować krótkotrwały wzrost wyszczepienia, ale nie są rozwiązaniem uniwersalnym. Nadal potrzebne będą szersze, uzupełniające strategie, takie jak identyfikacja źródeł oporu, usuwanie przeszkód w dostępie do szczepionki i jej przyjmowania oraz przejrzysta komunikacja w celu budowania zaufania publicznego[74]. Zachęty skierowane do konkretnych grup docelowych, takich jak pracownicy służby zdrowia, powinny być planowane i opracowywane we współpracy z przedstawicielami tych grup[24].

Wymogi dotyczące zaświadczeń: kilka państw UE/EOG wprowadziło wymóg przedstawienia dowodu szczepienia w postaci zaświadczenia, zielonej karty lub karty zdrowia, która może również zawierać dowód na przebycie COVID-19 oraz dowód negatywnego wyniku testu. Posiadanie takich zaświadczeń jest wymagane w celu uzyskania dostępu do określonych miejsc, uczestniczenia w zajęciach rekreacyjnych, kulturalnych lub określonej działalności zawodowej, podróżowania lub dostępu do miejsc pracy. Dla celów niniejszego sprawozdania oddzielamy ten rodzaj wymogu posiadania zaświadczenia od omówionych poniżej „nakazów szczepień”, choć w literaturze terminy te mogą być stosowane zamiennie. Ponadto, koncentrując się nie tylko na dowodzie szczepienia, ale także na dowodzie przebycia choroby lub negatywnym wyniku testu, takie zaświadczenia nie stanowią wyraźnego „nakazu” szczepienia. Unijne cyfrowe zaświadczenie COVID jest przykładem wymogu, który w tym przypadku ma na celu ułatwienie swobodnego przemieszczania się w obrębie UE[75].

Naukowcy ostrzegają, że wpływ „propozycji paszportowych” na chęć zaszczepienia się może być różny w zależności od tego, co obejmują te zaświadczenia (szczepienie, niedawny test, przeciwciała), jakiego rodzaju działań dotyczą (podróże międzynarodowe, dostęp do obiektów, zatrudnienie) i kiedy są wprowadzane (natychmiast czy po zaoferowaniu wszystkim szczepień). To z kolei będzie miało wpływ na postrzeganie zaświadczeń przez ludzi pod względem legitymizacji, sprawiedliwości i poczucia przymusu[76]. Badacze wskazują, że „paszporty szczepionkowe” mogą sprawić, że ci, którzy już zamierzają się zaszczepić, będą jeszcze bardziej pozytywnie nastawieni do swojego zamiaru, ale mogą mieć odwrotny efekt na tych, którzy mają obawy przed zaszczepieniem się. Wymogi dotyczące zaświadczeń wywołały sprzeciw niektórych podmiotów politycznych i gospodarczych, jak to miało miejsce w Anglii, kiedy rząd wycofał się z planu wprowadzenia „paszportu szczepionkowego” dla osób chcących uzyskać dostęp do klubów nocnych i na imprezy masowe, w związku z krytyką problemów z wdrażaniem i kosztami[77]. W badaniu przeprowadzonym w Zjednoczonym Królestwie i Izraelu stwierdzono, że krajowe paszporty szczepionkowe mogą mieć szkodliwy wpływ na autonomię, motywację i chęć ludzi do poddania się szczepieniom oraz że zamiast tego należy preferować przekazywanie informacji dotyczących autonomii i poczucia więzi, a nie presji i kontroli[78]. Na podstawie badania przeprowadzonego w Zjednoczonym Królestwie, naukowcy wskazują na potencjalny efekt polaryzujący paszportów szczepionkowych. Nawet jeśli paszporty szczepionkowe cieszą się ogólnym poparciem w danym kraju, mogą występować duże różnice w atrakcyjności dla określonych grup społecznych (np. młodzieży, mniejszości etnicznych itp.), co może zniechęcać określone populacje i skupiska geograficzne do szczepień[76]. Konieczne będą dalsze badania nad potencjalnymi niezamierzonymi konsekwencjami takich „paszportów szczepionkowych”.

Wymogi dotyczące szczepień/nakazy. Mimo że nakazy mogą być bardzo skuteczne, badacze ostrzegają, że inne strategie mogą być wystarczające lub bardziej wskazane, w zależności od przyczyn niedostatecznego poziomu wyszczepienia. Wykazano jednak, że w niektórych szczególnych grupach docelowych, takich jak pracownicy służby zdrowia, wymaga się wyższego poziomu wyszczepienia[70]. Nakazy stanowią sygnał wsparcia politycznego dla szczepień i mogą w związku z tym zwiększyć zasoby na infrastrukturę szczepień. Mogą one jednak przynieść efekt przeciwny do zamierzonego w każdej populacji, która nie popiera powszechnie szczepień[79]. Na podstawie wcześniejszych doświadczeń z nakazem szczepień (np. w USA) oraz wyzwań, jakie wiązały się z wprowadzeniem nowych szczepionek przeciw COVID-19, badacze zauważyli przed rozpoczęciem szczepień, że ograniczony nakaz szczepień przy wsparciu publicznym, w określonych warunkach, może być częścią kompleksowego pakietu działań zapobiegawczych[79]. Nakazy wymagają jednak ram prawnych pozwalających władzom na ograniczenie swobód osobistych ze względów zdrowia publicznego oraz zatwierdzenia na poziomie politycznym. Jako takie mogą być również zaskarżane na drodze sądowej, wywoływać debaty na temat wolności osobistej i, choć mogą zachęcać niektórych niechętnych do szczepień, mogą również podsycać opór[80,81]. Konieczne jest również staranne wyważenie względów etycznych w odniesieniu do nakazów, co podkreśliła WHO[82].

Niektóre kraje UE/EOG wprowadziły nakaz szczepień przeciw COVID-19, inne rozważają tę strategię, a jeszcze inne opowiadają się za dobrowolnym podejściem do szczepień[47,83]. Kilka państw UE/EOG wprowadziło w przeszłości nakaz szczepienia w odniesieniu do określonych szczepionek i grup społecznych, zwłaszcza małych dzieci[84], aby zaradzić spadkowi liczby szczepień, oporowi przed szczepieniami i powtarzającym się ogniskom epidemicznym, zwłaszcza odry. Na przykład w 2017 r. we Włoszech wprowadzono ustawę, która rozszerzyła listę obowiązkowych szczepień niemowląt z czterech do dziesięciu szczepionek (np. polio, błonica, WZW B, odra, świnka, różyczka, ospa wietrzna itp.) Szczepienia były wymagane, aby dziecko mogło dostać się do szkoły, a ich nieprzestrzeganie groziło karami pieniężnymi. W wyniku przeglądu polityki stwierdzono, że poziom wyszczepienia wzrósł w przypadku wszystkich szczepionek, chociaż autorzy uznali, że opór przed szczepieniami nadal stanowi problem oraz że nadal trwa polityczna i społeczna debata na temat obowiązkowych szczepień[85].

Przykłady zachęt, zaświadczeń i nakazów

Państwo członkowskie	Adresat	Zwalczana bariera	Opis strategii
Polska	Ogólna populacja/ gminy	Zachęty mające na celu zwiększenie poziomu wyszczepienia	W lipcu 2021 r. uruchomiono loterię z nagrodami rzeczowymi i pieniężnymi dla osób, które się zaszczepią[86]. Gminy również rywalizowały o osiągnięcie najwyższych wskaźników wyszczepienia. 500 pierwszych gmin, w których zdołano zaszczepić 75% populacji, miało otrzymać nagrody pieniężne, a 49 gmin, które osiągnęły najwyższy wskaźnik wyszczepienia w swoim regionie, również miało otrzymać nagrodę pieniężną[87].
Belgia – Region Stołeczny Brukseli	Ogólna populacja i określone grupy społeczne	Wymagania/zaświadczenia zwiększające poziom wyszczepienia	W Belgii w sierpniu wprowadzono bezpieczny bilet COVID (CST) uprawniający do wstępu na imprezy z udziałem ponad 5000 osób. Ze względu na niższe wskaźniki wyszczepienia w Regionie Stołecznym Brukseli niż w innych regionach kraju zaplanowano rozszerzenie biletu w Brukseli na jesień, tak aby obejmował on dostęp do miejsc takich jak restauracje, bary, centra fitness, imprezy z udziałem ponad 50 osób w pomieszczeniach zamkniętych oraz szpitale i placówki opiekuńczo-pielęgnacyjne. Czas obowiązywania tego środka będzie zależał od sytuacji epidemiologicznej. Bilet poświadcza, że dana osoba jest w pełni zaszczepiona, ma negatywny wynik testu na COVID-19 lub posiada zaświadczenie o przebyciu choroby. Będzie on wymagany od każdej osoby w wieku od 16 lat wzwyż, ale także od osób w wieku 12 lat, jeśli odwiedzają szpitale i placówki opiekuńczo-pielęgnacyjne[88,89].
Włochy	Grupy zawodowe (opieka zdrowotna)	Nakaz szczepień	1 kwietnia 2021 r. Włochy zatwierdziły dekret, na mocy którego szczepienia stały się obowiązkowe dla pracowników służby zdrowia. Mimo że początkowo opowiadano się za zaleceniami, państwo włoskie przyjęło system obowiązkowy w celu osiągnięcia jak najwyższego poziomu wyszczepienia wśród pracowników służby zdrowia, aby zagwarantować bezpieczeństwo leczenia i ochronę zdrowia pacjentów[90]. Był to pierwszy kraj w Europie, który wprowadził takie rozwiązania dla szczepionek przeciw COVID-19. Nakaz ma zastosowanie wobec pracowników służby zdrowia, którzy wykonują swoją pracę w strukturach opieki zdrowotnej, społecznej lub socjalnej, publicznych lub prywatnych, a także w aptekach, punktach aptecznych i biurach zawodowych. Ci, którzy odmówią przyjęcia szczepionki, zostaną albo przeniesieni do pracy, w której nie ma ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa, albo zawieszani bez wynagrodzenia na okres do roku. Dekret chroni również lekarzy, którzy podają szczepionki, przed odpowiedzialnością karną, o ile zastrzyk został wykonany zgodnie z instrukcjami Ministerstwa Zdrowia[91].

Ocena programów mających na celu zwiększenie akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenie wyszczepienia

Każde działanie zapobiegawcze w zakresie zdrowia publicznego powinno, jeśli to możliwe, być oceniane[92]. Najlepiej byłoby, gdyby oceny były przeprowadzane w celu ustalenia, czy działanie zapobiegawcze zostało wdrożone w sposób możliwy do zaakceptowania, jak skuteczne mogło być (w tym, w stosownych przypadkach, w różnych subpopulacjach), a także czy mogło mieć jakiegokolwiek nieoczekiwane lub negatywne skutki[92]. Ponadto oceny byłyby potrzebne, aby ustalić, czy środki publiczne są inwestowane w sposób efektywny kosztowo[93], co jest szczególnie ważne w sytuacji kryzysowej, kiedy zasoby muszą być starannie ukierunkowane.

Przeprowadzanie ocen działań behawioralnych może jednak stanowić wyzwanie metodologiczne, ponieważ trudno jest ustalić związek przyczynowy między działaniem zapobiegawczym, które na przykład ma na celu zwiększenie wyszczepienia przeciw COVID-19, a faktycznym przyjęciem tej szczepionki przez społeczeństwo. Dzieje się tak dlatego, że wiele innych niepowiązanych czynników może również wpływać na wskaźnik wyszczepienia i nie jest łatwo wyodrębnić czynniki, które miały na to wpływ. Złote narzędzie epidemiologiczne służące do ustalania skuteczności interwencji – badanie randomizowane z grupą kontrolną – jest skomplikowane logistycznie i wymagające metodologicznie, dlatego jest mało prawdopodobne, aby nadawało się do oceny większości działań zapobiegawczych, których celem jest zwiększenie akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenie wyszczepienia. Brak rygorystycznej, łatwej do zastosowania metodyki służącej ustaleniu skuteczności tych działań oznacza również, że ustalenie ich opłacalności może okazać się niemożliwe. Niemniej oceny przed rozpoczęciem i po zakończeniu działań można wykorzystać do ustalenia, czy na danym obszarze w okresie ich trwania zaszły jakiegokolwiek zmiany w zakresie poziomu wyszczepienia, a także można porównać poziom wyszczepienia na różnych obszarach geograficznych lub w określonych populacjach, z których jedna została objęta działaniami zapobiegawczymi, a druga nie. Należy jednak bardzo uważać, aby nie przypisywać przyczynowości między działaniem zapobiegawczym a poziomem wyszczepienia, ponieważ nie można i nie należy jej zakładać[9].

Mimo tych wyzwań nadal możliwe jest przeprowadzenie dobrej oceny działań zwiększających poziom wyszczepienia, chociaż z wymienionych powodów główny nacisk w tych ocenach będzie na ogół ograniczony do oceny procesu, w tym akceptowalności działań i identyfikacji ewentualnych niezamierzonych konsekwencji. Takie oceny procesu powinny w idealnym przypadku obejmować zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe związane z procesem wdrażania. Dane ilościowe mogą opierać się na tym, co zostało dostarczone w ramach działań zapobiegawczych (np. liczba imprez informacyjnych) oraz jak zostały one odebrane przez populację docelową (np. dane zebrane za pomocą ankiet online lub offline). Badania jakościowe (w formie częściowo ustrukturyzowanych wywiadów, obserwacji, dyskusji w grupach fokusowych, monitorowania mediów społecznościowych online itp.) dają możliwość zrozumienia przyczyn tego, co wydarzyło się podczas wdrażania[94]. Może to umożliwić zwrócenie uwagi na dotychczas niezidentyfikowane kwestie, w tym niezamierzone konsekwencje, które mogą nie być widoczne w ustaleniach na podstawie danych ilościowych. W ten sposób można również rozpoznać istotne nierówności wewnątrz społeczności i zająć się nimi. Oceny procesu powinny w idealnym przypadku zbierać dane z perspektywy zarówno użytkowników świadczeń (np. tych, którzy powinni otrzymać szczepionkę), jak i świadczeniodawców (np. tych, którzy podają szczepionkę). Tam, gdzie to możliwe, oceny powinny również angażować organizacje i partnerów społecznych w znaczącą współpracę, aby zapewnić, że projekt badania odpowiada potrzebom społeczności, na których koncentrują się badania[95].

Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy opracowało i obecnie pilotuje ramy oceny dla działań behawioralnych i kulturowych związanych z COVID-19, w tym tych, które mają na celu zwiększenie akceptacji szczepionki i zwiększenie poziomu wyszczepienia. Uznając, że same działania zapobiegawcze mogą przynieść niezamierzone pozytywne i negatywne skutki, ramy oceny obejmują koncentrację na szerszych skutkach działań, w tym na dobrostanie, spójności społecznej i zaufaniu. Informacje na temat ram i więcej informacji można uzyskać pod adresem: euinsights@who.int.

Należy pamiętać, że wiele podmiotów świadczących usługi zdrowotne ma ograniczone możliwości przeprowadzania własnych ocen. Dlatego ważne jest, aby mieć realistyczne oczekiwania co do zakresu i szczegółowości takich opracowań. Jednakże służba zdrowia może również współpracować z uniwersytetami lub innymi instytucjami badawczymi, które mogą mieć zarówno możliwości techniczne, jak i zasoby ludzkie do przeprowadzania bardziej zaawansowanych metodologicznie ocen, przy użyciu innowacyjnych metod, takich jak ocena realistyczna. Takie podejście może pomóc w oddzieleniu oczekiwanych i nieoczekiwanych rezultatów wynikających ze złożonego działania[96,97].

Ocena działań mających na celu zwiększenie akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenie wyszczepienia w Niderlandach

Do września 2021 r. Niderlandy osiągnęły ogólny wskaźnik wyszczepienia przeciw COVID-19 znacznie powyżej średniej UE[2], ale wiadomo było, że istnieją grupy osób zaszczepionych w niewystarczającym stopniu, z których wiele było w trudnej sytuacji społecznej. Podjęto wzmożone wysiłki, by osoby z tych grup zostały zaszczepione. W październiku 2021 r. niderlandzki Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) rozpoczął ogólnokrajową ankietę, rozesłaną do gminnych placówek służby zdrowia w całym kraju, w celu określenia działań promujących szczepienia przeciw COVID-19, prowadzonych w tych niedostatecznie zaszczepionych populacjach. Pytania w ankiecie dotyczyły szeregu kwestii, w tym populacji, do których skierowano szczepienia, rodzajów informacji o szczepieniach przekazanych różnym populacjom, kanału/kanałów, za pomocą których przekazano informacje, praktycznego wsparcia udzielonego osobom w punktach szczepień oraz tego, kiedy (a nie czy) działania zostaną ocenione. Biorąc pod uwagę duże obciążenie pracą gminnych służb zdrowia, zespół RIVM pracował nad znalezieniem równowagi pomiędzy uzyskaniem wysokiej jakości danych na temat kluczowych kwestii a – poprzez nieuwzględnianie zbyt wielu pytań – próbą zapewnienia dobrego wskaźnika odpowiedzi.

Mapowanie jest równoznaczne z oceną na poziomie krajowym tego, co zostało wdrożone na poziomie lokalnym, przy czym oczekuje się, że zostaną przeprowadzone inne, bardziej ukierunkowane oceny. Zespół RIVM informuje, że współpracownicy wdrażający działania zapobiegawcze na poziomie lokalnym na ogół dobrze rozumieją problemy i wyzwania stojące przed różnymi populacjami, które chcą zaszczepić, i odpowiednio dostosowali swoje działania. Ponadto dowody wykorzystywane na poziomie lokalnym do dostrajania działań są podobno często „oparte na praktyce”, w tym sensie, że współpracownicy sami widzą, co działa w ich działaniach ze społecznościami docelowymi, a nie na formalnych ocenach.

RIVM wprowadził krajową inicjatywę, która wspiera gminne służby zdrowia w dzieleniu się lokalnymi dobrymi praktykami i pomysłami, co doprowadziło do licznych nieformalnych wymian i adaptacji działań, które zostały uznane za pomysły. Jednakże, mimo że inicjatywa ta ułatwia dobrą wymianę praktycznych doświadczeń i pomysłów między gminami na temat sposobów dotarcia do ludzi ze szczepionką przeciw COVID-19, istnieje niewiele – lub nie ma żadnych – dowodów na skuteczność różnych działań. Wynika to z braku strukturalnej oceny lub monitoringu związanego z działaniami zapobiegawczymi. Obecnie planuje się jednak powiązanie tych działań z dokładnymi danymi na temat przyjmowania szczepień, co umożliwiłoby wgląd w czasowe związki między działaniami a poziomem wyszczepienia – przy założeniu jednak, że wszelkie związki niekoniecznie są przyczynowe.

Wnioski

Wraz z nadejściem jesieni i zimy istnieje realne ryzyko wystąpienia dużej liczby przypadków COVID-19 i wysokiej śmiertelności w nieszczepionych populacjach w całej UE/EOG[98]. Działania zmierzające do zwiększenia akceptacji szczepienia i zwiększenia wyszczepienia są zatem pilnym i natychmiastowym priorytetem. Narzędzia i działania zapobiegawcze przedstawione w niniejszym sprawozdaniu dostarczają władzom materiałów, które mogą być dostosowane i wykorzystane w odpowiedzi na to wezwanie. Trwający kryzys stwarza jednak również okazję do określenia i instytucjonalizowania dobrych praktyk w zakresie programów szczepień oraz uwypuklenia luk w wiedzy, które należy uzupełnić. W ten sposób będziemy mogli skuteczniej reagować na przyszłe epidemie chorób zwalczanych drogą szczepień.

Z tego, co przedstawiono powyżej, można wyodrębnić dwa kluczowe obszary dobrych praktyk, a władze krajowe mogą chcieć rozważyć poszukiwanie sposobów włączenia ich do krajowych planów szczepień. Po pierwsze, strategie angażowania społeczności lokalnej zostały przyjęte w stosunkowo niewielu działaniach zapobiegawczych poddanych przeglądowi. Biorąc pod uwagę szeroki i uznany wpływ, jaki mogą one mieć na budowanie zaufania do systemów opieki zdrowotnej, być może warto zastanowić się, w jaki sposób takie podejścia mogłyby być szerzej wykorzystywane w wysiłkach na rzecz analizowania, wdrażania i oceny programów szczepień przeciw COVID-19[99]. Po drugie, wysiłki władz krajowych w niektórych krajach na rzecz współpracy z podmiotami lokalnymi, regionalnymi i społeczeństwem obywatelskim pomogły w identyfikacji czynników powodujących niską akceptację szczepionki przeciw COVID-19 i niski poziom wyszczepienia w określonych populacjach. Pomogły one również w opracowaniu i wdrożeniu strategii ukierunkowanych na te czynniki. Chociaż wiadomo, że istnieją wyzwania związane z ustaleniem skuteczności tych działań, inicjatywy mające na celu wymianę doświadczeń i wniosków mogłyby ułatwić wdrożenie procesów w innych środowiskach, tym samym potencjalnie zwiększając ich wpływ[15].

Zidentyfikowano również dwie istotne luki w danych. Po pierwsze, często nie ma zdezagregowanych danych dotyczących poziomu wyszczepienia w różnych subpopulacjach, co oznacza, że niski poziom wyszczepienia lub inne

problemy związane z wyszczepieniem mogą pozostać niewidoczne dla decydentów, a zatem nierozwiązane. Strategie gromadzenia danych na temat populacji uchodźców i migrantów zostały przedstawione[100], a podobne podejścia można rozważyć w odniesieniu do innych populacji szczególnie narażonych społecznie. Po drugie, istnieją ograniczenia w obecnie dostępnych metodologiach oceny wpływu działań zapobiegawczych mających na celu zwiększenie akceptacji szczepionki i zwiększenie poziomu wyszczepienia. Rozwój nowych, innowacyjnych metodologii w tej dziedzinie przez naukowców zajmujących się naukami społecznymi i behawioralnymi przyniósłby ogromne korzyści, zwłaszcza gdyby można je było zastosować w warunkach skromnych możliwości finansowych i technicznych.

Eksperti uczestniczący w sporządzaniu sprawozdania

- Eksperti ECDC (w porządku alfabetycznym): John Kinsman, Gabrielle Schittecatte, Andrea Würz.
- Eksperti zewnętrzni (w porządku alfabetycznym): Marianna Baggio (Wspólne Centrum Badawcze, Komisja Europejska), Marijn de Bruin (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM), Niderlandy), Brett Craig (Biuro Regionalne WHO dla Europy), Katrine Bach Habersaat (Biuro Regionalne WHO dla Europy), Mattijs Lambooij (RIVM, Niderlandy), Siff Nielsen (Biuro Regionalne WHO dla Europy) oraz Jonas Sivelä (Fiński Instytut Zdrowia i Opieki Społecznej (THL), Finlandia).
- Każdy z ekspertów zewnętrznych złożył deklarację o braku konfliktu interesów, a przegląd tych deklaracji nie ujawnił żadnych konfliktów interesów.

Bibliografia

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
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
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
76. de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. *EClinicalMedicine*. 2021/09/09/:101109. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021003898>
77. BBC News. 'England vaccine passport plans ditched, Sajid Javid says'. Available at: <https://www.bbc.com/news/uk-58535258>
78. Porat T, Burnell R, Calvo RA, Ford E, Paudyal P, Baxter WL, et al. "Vaccine Passports" May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19. *Vaccines*. 2021;9(8):902. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/8/902>
79. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 2021;325(6):532-3. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26553>
80. New York Times. Biden's bet on vaccine mandates. 17 September 2021. Available at: <https://www.nytimes.com/2021/09/13/podcasts/the-daily/joe-biden-vaccine-mandates-coronavirus.html>
81. Acast. (The Intelligence from The Economist.) Getting their vax up: America's vaccine mandates. *The Economist*; 13 September 2021. Available at: <https://play.acast.com/s/theintelligencepodcast/gettingtheirvaxup-america-svaccinemandates>
82. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations and caveats. Policy brief. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>
83. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 23 September 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>
84. Asociación Española de Pediatría. La vacunación obligatoria en Europa. Asociación Española de Pediatría; 20 August 2018. Available at: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunas-obligatorias-europa>
85. D'Ancona F, D'Amario C, Maraglino F, Rezza G, Iannazzo S. The law on compulsory vaccination in Italy: an update 2 years after the introduction. *Eurosurveillance*. 2019;24(26):1900371. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.26.1900371>
86. Polish Press Agency. Poland launches lottery to promote COVID-19 vaccinations. 2021. Available at: <https://www.pap.pl/en/news/news%2C902316%2Cpoland-launches-lottery-promote-covid-19-vaccinations.html>
87. Wolska A. Polish municipalities incentivised to vaccinate people in race to 75%. *Euractiv*. 27 May 2021. Available at: https://www.euractiv.com/section/politics/short_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/
88. Vervoort. R. Covid Safe Ticket: 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

Załącznik 1. Narzędzia i przewodniki wspierające strategie zmierzające do zwiększenia akceptacji szczepienia przeciw COVID-19 i zwiększenia wyszczepienia

Aby dodatkowo wesprzeć kraje UE/EOG w planowaniu i wdrażaniu strategii zwiększających akceptację szczepionki przeciw COVID-19 i zwiększających poziom wyszczepienia, poniżej zamieszczono listę przydatnych materiałów referencyjnych.

Akceptacja i zapotrzebowanie

- Zestaw narzędzi do generowania akceptacji i zapotrzebowania na szczepionki przeciw COVID-19 (Biuro Regionalne WHO dla Europy). Obejmuje przejściowe wytyczne dotyczące akceptacji i zapotrzebowania, szablon planu komunikacji, przewodnik dotyczący projektowania, ukierunkowywania i oceny działania zapobiegawczego, przewodnik dotyczący zaangażowania społeczności oraz przewodnik dotyczący zarządzania informacjami wprowadzającymi w błąd: [Generating acceptance and demand for COVID-19 vaccines](#).
- Wytyczne do komunikacji na temat bezpieczeństwa szczepionki przeciw COVID-19 (WHO): [Safety Surveillance Manual - COVID-19 Vaccine Safety Communication](#).
- Zestaw materiałów opracowanych przez amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, dotyczących zwiększania zaufania do szczepionek przeciw COVID-19, w tym strategii, narzędzia do oceny społeczności, przewodnik po dostosowaniu informacji itp.: [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](#).
- [Training materials](#) (materiały szkoleniowe) wspomagające pracowników służby zdrowia w komunikacji interpersonalnej podczas konsultacji dotyczących szczepień przeciw COVID-19 ([Biuro Regionalne WHO dla Europy](#)).
- [Communicating with health workers about COVID-19 vaccination](#) (Biuro Regionalne WHO dla Europy).

Badanie zachowań

- Kompleksowy przegląd dowodów z dziedziny nauk behawioralnych oraz porad dotyczących przyjmowania szczepionki przeciw COVID-19: [The COVID-19 Vaccine Communication Handbook & Wiki](#).
- Dane do działania: osiągnięcie wysokiego poziomu wyszczepienia przeciw COVID-19, [kompleksowy przewodnik](#) dotyczący gromadzenia, analizowania i interpretowania danych jakościowych i ilościowych dotyczących akceptacji szczepionki przeciw COVID-19: [WHO i UNICEF](#).
- Narzędzie badawcze i wytyczne dotyczące zachowań w zakresie COVID-19 (Biuro Regionalne WHO dla Europy): [Narzędzie badawcze i wytyczne](#).
- Tailoring Immunization Programmes – przewodnik do badania i rozwiązywania problemów związanych z barierami niskiego wyszczepienia (Biuro Regionalne WHO dla Europy): [Przewodnik TIP](#).

Przeciwdziałanie wprowadzaniu w błąd

- Badanie ECDC, które analizuje wprowadzające w błąd informacje na temat szczepionek w wybranych krajach UE i opisuje strategie przeciwdziałania dezinformacji na temat szczepionek w Internecie: [Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA](#).
- Podręcznik podsumowujący obecny stan nauki o informacjach wprowadzających w błąd i ich obalaniu, w tym o szczepieniach, dostępny w kilku językach (George Mason University – Center for Climate Change Communication): [The Debunking Handbook 2020](#).
- Wytyczne dotyczące globalnej infodemii i zwiększania zapotrzebowania na szczepienia, dostępne w kilku językach (UNICEF): [Vaccine Misinformation Management Field Guide](#).

Ogólne informacje o szczepieniach

- Europejski Portal Informacji o Szczepieniach (EVIP) jest inicjatywą Unii Europejskiej i zawiera informacje o szczepionkach i szczepieniach we wszystkich językach UE/EOG. Został on opracowany przez ECDC we współpracy z Komisją Europejską i Europejską Agencją Leków (EMA): [vaccination-info.eu](#)

- Wyjaśnienia dotyczące szczepionki przeciw COVID-19 i szczepień: [filmy wideo i podcast dla pracowników służby zdrowia i ogółu społeczeństwa](#), które odpowiadają na najczęściej zadawane pytania dotyczące szczepionki przeciw COVID-19 (Biuro Regionalne WHO dla Europy).

Materiały dotyczące oceny

- Better Evaluation jest globalną organizacją non-profit, która gromadzi wiedzę i praktyki dotyczące prowadzenia wysokiej jakości ocen z różnych sektorów. Ich strona zawiera bazę wiedzy wspierającą osoby i organizacje prowadzące różnego rodzaju oceny <https://www.betterevaluation.org/>.