

OPERATIONEL STØTTE



Værktøjer og metoder til fremme af vaccinationsvillighed og - tilslutning: en samfunds- og adfærdsvidenskabelig tilgang

April 2025

ECDC OPERATIONEL STØTTE

Værktøjer og metoder til fremme af vaccinationsvillighed og -tilslutning: en samfunds- og adfærdsvidenskabelig tilgang

April 2025



Denne rapport fra Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) er koordineret af Sarah Earnshaw Blomquist (ECDC) og John Kinsman (ECDC).

Bidragydende forfattere

Emma Appelqvist, ekstern ekspert for ECDC; samt Susana Barragan, Irina Ljungqvist, Gaetano Marrone, Manasvini Moni, Maike Winters og Andrea Wuerz, alle fra ECDC.

Rapporten har været forelagt følgende personer med henblik på høring: Siff Malue Nielsen, WHO's Regionskontor for Europa, og Hannah Nohlen, Det Fælles Forskningscenter under Europa-Kommissionen.

Følgende forfattere har bidraget til oversigten over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed (afsnit 2.2): Keiti Aren, Estlands Sundhedsstyrelse; Ewa Augustynowicz, Polens Nationale Institut for Folkesundhed; Ludmila Bezdičková, Det Tjekkiske Institut for Videreuddannelse af Sundhedspersonale; Margita Brtošová, Det Regionale Folkesundhedscenter i Dolný Kubín, Slovakiet; Madelene Danielsson og Hélène Englund, Sveriges Folkhälsomyndighet; Zhivka Getsova, Bulgariens Nationale Center for Infektøse og Parasitære Sygdomme; Lucy Jessop, Health Service Executive, Irland; Camilla Jordman, Finlands Institut for Sundhed og Velfærd; Pania Karnaki, Prolepsis-instituttet, Grækenland; Mia Kontio, Finlands Institut for Sundhed og Velfærd; Stephan Lewandowsky, University of Bristol, Det Forenede Kongerige; Rasa Liausediene, Litauens Nationale Folkesundhedscenter; Alison Maassen, EuroHealthNet, Belgien; Ginreta Megelinskienė, Litauens Sundhedsministerium; Sirbu Anca Mirela og Adiana Pistol, Rumæniens Nationale Institut for Folkesundhed; Julia Neufeind, Robert Koch Institut, Tyskland; Dimitrios Paraskevis, Det Nationale og Kapodistrianske Universitet i Athen; Bo Terning Hansen, Norges Folkehelseinstitutt; og Stine Ulendorf Jacobsen, Sundhedsstyrelsen, Danmark.

Foreslået kildehenvisning: European Centre for Disease Prevention and Control. Tools and methods for promoting vaccination acceptance and uptake: a social and behavioural science approach. Stockholm: ECDC; 2025.

Stockholm, april 2025

ISBN 978-92-9498-796-9

doi: 10.2900/7701140

Katalognummer TQ-01-25-026-DE-N

© Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, 2025

Gengivelse er tilladt med kildeangivelse.

Indhold

Indledning.....	1
Anvendelsesområde og formål	1
Målgrupper	1
Sådan bruges denne rapport.....	2
Baggrund	2
Seneste udvikling i vaccinationsdækningen i EU/EØS	2
Vigtige målpopulationer for vaccination under hele livsforløbet	3
Om brugen af vaccinationsrelaterede begreber i denne rapport.....	3
Vaccinationsvillighed	3
Vaccinetvivl.....	4
Vaccinationstilslutning	4
Vaccinationsdækning	4
Del 1. Samfunds- og adfærdsvidenskabelige tilgange til fremme af vaccinationsvillighed og -tilslutning i EU/EØS-lande	5
1.1 5C-modellen	5
1.2 Indsatser for at styrke vaccinationsvillighed og -tilslutning i EU/EØS-landene	7
Del 2. Værktøjer og metoder til at fremme vaccinationsvillighed og -tilslutning under hele livsforløbet.....	8
2.1 Spørgeundersøgelsesværktøj til indsamling af adfærdsdata om vaccinationsvillighed og -tilslutning	8
Sådan tilpasses spørgeundersøgelsesværktøjet, og sådan udarbejdes undersøgelsesprotokollen og analyseplanen	11
Målpopulation.....	11
Stikprøvestørrelse	11
Dataindsamling	11
Stikprøveudtagning	11
Præsentation af spørgeskemaet	12
Undersøgelsesprotokol og analyseplan.....	12
Kvalitativ analyse.....	12
Etisk godkendelse	12
Rapportering og fortolkning af data	12
Eksempel på analyseplan.....	13
Yderligere vejledning i inferentiell analyse.....	15
Yderligere vejledning om kvalitative metoder.....	16
Kvantitative vs. kvalitative metoder	16
Udvælgelse af deltagere	16
Dataindsamling	16
Dataanalyse	16
Værktøjer til at muliggøre selvrefleksion og begrænse bias	17
Yderligere ressourcer	17
2.2 Metoder til at imødegå adfærds-mæssige barrierer i forhold til vaccination	18
Oversigt over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed.....	18
Sådan anvender du WHO's 5-trins-ramme til strukturering af udviklingen af strategier og indsatser til fremme af vaccinationsvillighed.....	30
Henvisninger	33

Figurer

Figur 1. Kontinuum for vaccinationsvillighed	3
Figur 2. Oversigt over 5C-modellen.....	5

Tabeller

Tabel 1. Spørgeundersøgelsesværktøj til indsamling af adfærdsdata om vaccinationsvillighed og -tilslutning	8
Tabel 2. Betydning af høje scorer (baseret på den forudskrevne analysekode)	13
Tabel 3. Indsatser i forbindelse med børnevaccinationsprogrammer	19
Tabel 4. Indsatser i forbindelse med vaccination mod humant papillomavirus (HPV)	21
Tabel 5. Vaccinationsindsatser mod covid-19 og influenza	23
Tabel 6. Indsatser i forbindelse med vaccination mod andre sygdomme (mpox, kighoste)	27
Tabel 7. EU-finansierede eller delvist EU-finansierede flerlandeindsatser	28

Indledning

Sundhedsmyndigheder og ansvarlige for vaccinationsprogrammer holder nøje øje med epidemiologiske tendenser i forbindelse med suboptimal vaccinationsdækning – for eksempel ved at analysere vaccinationsdækningen på baggrund af faktorer som alder, køn, geografi og uddannelsesniveau. Der er imidlertid generelt mindre fokus på at forstå de samfunds- og adfærdsrelaterede barrierer og fremmende faktorer – herunder strukturelle forhold – som kan ligge bag et menneskes beslutning om at tage imod, udskyde eller afvise en vaccination til sig selv eller sine børn.

Velfungerende vaccinationsprogrammer bygger på forståelse for og inddragelse af borgeres og lokalsamfunds holdninger, bekymringer og forventninger til både vaccinen og den sygdom, den beskytter imod. Tillid til vaccinationsanbefalinger – og til de myndigheder, der udsteder dem – spiller også en afgørende rolle. I den sammenhæng kan samfunds- og adfærdsvidenskabelige tilgange udgøre et vigtigt supplement til analysen af epidemiologiske data og data om vaccinationsdækning – især når man skal udvikle, gennemføre og evaluere strategier og indsatser, der skal fremme vaccinationsvillighed og -tilslutning under hele livsforløbet.

Anvendelsesområde og formål

Denne rapport bygger videre på mere end 15 års indsats fra ECDC for at støtte EU/EØS-landene i at øge vaccinationsvilligheden og -tilslutningen. Den tager navnlig afsæt i forskningsrapporten *Fremme af tilslutning til og udbredelse af covid-19-vaccination i EU/EØS*, som blev offentliggjort i 2021 [1]. Denne nye rapport uddyber den oprindelige rapport ved at inddrage operationelle værktøjer og metoder baseret på de nyeste tilgange inden for samfunds- og adfærdsvidenskab. Disse præsenteres i brugbare og fleksible formater, der passer til de virkelige forhold, som sundhedsmyndigheder og vaccinationsprogrammer arbejder under.

Rapporten består af to dele:

Del 1. Samfunds- og adfærdsvidenskabelige tilgange til at styrke vaccinationsvilligheden og -tilslutningen i EU/EØS-landene. Denne del sammenfatter den såkaldte 5C-model, der ligger til grund for det spørgeundersøgelsesværktøj, der præsenteres i del 2, og giver EU/EØS-specifik kontekst til brug for aktører og beslutningstagere, der vil arbejde med at fremme vaccinationsvillighed og -tilslutning.

Del 2. Værktøjer og metoder til fremme af vaccinationsvillighed og -tilslutning under hele livsforløbet. Denne del rummer praktiske værktøjer og metoder, som tværfaglige teams kan anvende til at identificere samfunds- og adfærdsrelaterede barrierer og fremmende faktorer for vaccination – og dermed til at støtte udviklingen og gennemførelsen af målrettede strategier og indsatser mod suboptimal vaccinationsdækning. Denne del omfatter:

- Afsnit 2.1: Et **spørgeundersøgelsesværktøj** til indsamling af samfunds- og adfærdsdata om vaccinationsvillighed og -tilslutning og til afdækning af barrierer og fremmende faktorer for vaccination i specifikke befolkningsgrupper, bestående af:
 - Et spørgeskema med spørgsmål bygget op efter de fem dimensioner i 5C-modellen
 - Vejledning i, hvordan man tilpasser spørgeskemaet og udarbejder en undersøgelsesprotokol og analyseplan
 - Et eksempel på en analyseplan
 - Råd om supplerende kvalitative metoder.
- Afsnit 2.2: Metoder til at imødegå adfærdsrelaterede barrierer i forhold til vaccination, herunder:
 - En **oversigt over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed** – klassificeret efter hvilke specifikke "C'er" i 5C-modellen, de retter sig mod – med eksempler fra nationale og lokale niveauer, som kan tjene som inspiration til at udvikle målrettede indsatser mod suboptimal vaccinationsdækning
 - Vejledning i, hvordan man bruger WHO's metode **5 Steps for the application of behavioural science** til at strukturere udviklingen af strategier og indsatser – herunder hvordan de værktøjer og metoder, der præsenteres her, passer ind i denne tilgang [2].

Målgrupper

Denne rapport henvender sig primært til samfunds- og adfærdsforskere, kampagne- og kommunikationsspecialister, ledere og medarbejdere i vaccinationsprogrammer samt epidemiologiske og biomedicinske eksperter, der arbejder i nationale og regionale sundhedsmyndigheder i EU/EØS-landene.

Andre målgrupper, der også kan have gavn af rapporten, er beslutningstagere og ledere inden for folkesundhed, som fastlægger prioriteringer og budgetter på vaccinationsområdet, samt forskere, faglige sammenslutninger og civilsamfundsorganisationer med fokus på vaccination.

Alle disse målgrupper har en rolle at spille i forhold til at sikre befolkningen passende og lige adgang til vaccinationsprogrammer – og i at fremme forståelsen af fordelene ved at lade sig vaccinere, såvel som risiciene ved at udsætte eller afvise vaccination.

Sådan bruges denne rapport

Efter gennemlæsning af indledningen – der beskriver de nyeste tendenser inden for vaccination og forklarer centrale begreber – kan man gå videre til **Del 1**, der giver et overblik over 5C-modellen og en opsummering af de seneste indsatser for at fremme vaccinationsvillighed og -tilslutning i EU/EØS-landene.

I Del 2, **afsnit 2.1**, findes spørgeundersøgelsesværktøjet med vejledning i, hvordan det kan tilpasses til egne forskningsspørgsmål, undersøgelsespopulationer, sammenhænge og eventuelle specifikke vacciner, samt hvordan man udarbejder en analyseplan. Spørgeundersøgelsesværktøjet er desuden tilgængeligt som [redigerbart Word-dokument](#), og den tilhørende [analysekode](#), skrevet i både Stata og R, kan downloades.

Når man har identificeret barrierer og drivkræfter for vaccination ved hjælp af spørgeundersøgelsesværktøjet, kan man i oversigten over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed i **afsnit 2.2** finde inspiration til strategier og indsatser mod suboptimal vaccinationsdækning gennem eksempler opdelt efter de fem C'er. Derudover gennemgås WHO's metode *5 Steps for the application of behavioural science*, som kan bruges til at strukturere hele projektplanlægningen i forbindelse med denne indsats [2].

Baggrund

Selv om den samlede vaccinationsdækning i EU/EØS er forholdsvis høj – særligt i de nationale børnevaccinationsprogrammer – findes der stadig grupper, der enten er uvaccinerede eller undervaccinerede. Vaccinationsdækningen blandt voksne er ligeledes utilstrækkelig i mange EU/EØS-lande – dette gælder for eksempel sæsonvaccinationer til sundhedspersonale og boostervacciner til ældre og personer i risikogrupper. Der er derfor løbende behov for at identificere immunitetsgab i befolkningen – også blandt dem, der måske har sprunget over eller udskudt vaccination – og herefter at iværksætte målrettede og tilpassede indsatser for at nå og fastholde den ønskede vaccinationsdækning.

Covid-19-pandemien har tydeligt vist, hvordan samfunds- og adfærdsfaktorer påvirker, om sundhedsmyndighedernes anbefalinger følges – f.eks. i forhold til brug af mundbind, bevægelsesbegrænsninger og fysisk afstand. De samme faktorer havde stor betydning for vaccinationsvilligheden og -tilslutningen under udrulningen af covid-19-vaccinationsprogrammer. Sociale uligheder skabte desuden barrierer for vaccination blandt visse befolkningsgrupper – barrierer, som måtte identificeres og imødegås for at sikre retfærdig adgang til covid-19-vaccinationsprogrammerne [3]. Disse nyere erfaringer understreger det aktuelle behov for operationelle værktøjer til at håndtere sådanne udfordringer.

Seneste udvikling i vaccinationsdækningen i EU/EØS

Under covid-19-pandemien blev der rapporteret om færre tilfælde af vaccineforebyggelig sygdomme. Men i løbet af 2023 og 2024 steg antallet af tilfælde af sygdomme som mæslinger og kighoste igen. I flere EU/EØS-lande ligger dækningen for så vidt angår rutinemæssig børnevaccination mod mæslinger under det anbefalede niveau (≥ 95 % af den berettigede befolkning vaccineret med to doser af den mæslingeholdige vaccine) for at undgå udbrud og beskytte dem, der enten er for små til at blive vaccineret, eller som af medicinske grunde ikke kan modtage vaccination [4]. En række faktorer har bidraget til stigningen i tilfælde af kighoste – herunder en andel af befolkningen, der enten ikke er vaccineret eller ikke har fået alle anbefalede doser. Derudover har mindre naturlig viruspåvirkning under pandemiens nedlukninger (som ellers kan "booste" immuniteten) muligvis ført til aftagende beskyttelse i befolkningen [5].

Tilslutningen til sæsonvaccination mod influenza – som anbefales til ældre, personer med øget risiko for komplikationer og sundhedspersonale – er fortsat utilstrækkelig i hele EU/EØS [6]. Dækningen ligger ofte langt under målet i Rådets henstilling fra 2009, som opstillede 75 % dækning blandt ældre og risikogrupper som målsætning. Desuden har vaccinationsdækningen for ældre voksne og for sundhedspersonale vist en faldende tendens i sæsonen 2023-2024 sammenlignet med tidligere år [6,7].

På grund af den fortsatte cirkulation af SARS-CoV-2 opretholder EU/EØS-landene stadig anbefalinger for covid-19-vaccination, dog med forskelle fra land til land (f.eks. med hensyn til aldersgrænser). De nationale anbefalinger retter sig primært mod befolkningsgrupper med øget risiko for alvorligt sygdomsforløb (f.eks. ældre og personer med underliggende helbredsproblemer). Trods disse anbefalinger er tilslutningen til covid-19-vaccination generelt lav. Blandt de 28 EU/EØS-lande, der har indberettet data for aldersgruppen 60 år og derover, lå den mediane

covid-19-vaccinationsdækning i perioden september 2023 til juli 2024 på 14,0 % (interval: 0,02-66,1 %), med stor variation landene imellem. For aldersgruppen 80 år og derover (27 EU/EØS-lande) var medianen 21,5 % (interval: 0,03-93,9 %), også med betydelig variation [8].

Vigtige målpopulationer for vaccination under hele livsforløbet

Denne rapport slår til lyd for en "livsforløbstilgang" ("lifecourse vaccination") til at fremme vaccinationsvillighed og -tilslutning. WHO's vaccinationsstrategi frem mod 2030 fastslår, at alle skal have gavn af anbefalede vaccinationer gennem hele livet, effektivt integreret med andre basale sundhedsydelser [9]. På basis af en livsforløbstilgang anbefales forskellige vaccinationer afhængigt af personens alder og helbredsmaessige behov. Vurderingen af vaccinationsvilligheden i en population bør derfor tage højde for de specifikke vacciner, der anbefales til bestemte alders- og målgrupper, samt den lokale kontekst for vaccinationsprogrammerne.

De vigtigste målpopulationer for vaccination under hele livsforløbet omfatter:

- Forældre, der tilbydes vaccination af deres børn, eller unge som led i nationale vaccinationsprogrammer
- Ældre
- Gravide
- Medicinsk udsatte grupper, f.eks. immunsvækkede
- Socialt udsatte individer og samfundsgrupper
- Sundhedspersonale, der er vigtige både som villige modtagere af vaccination og som nøglepersoner i forhold til at anbefale og forklare værdien af vaccination over for patienter.

Om brugen af vaccinationsrelaterede begreber i denne rapport

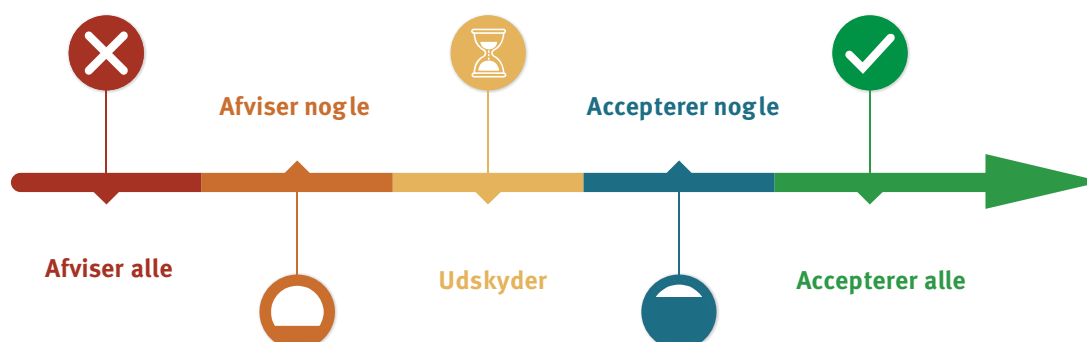
Årsagerne til suboptimal vaccinationsdækning i en population kan være mangeartede og spænde over adfærdsmæssige, kulturelle, politiske, økonomiske og samfundsmæssige forhold. [10-12] Da begreber om vaccinationsadfærd – og vaccination generelt – anvendes forskelligt i litteraturen, præciseres det nedenfor, hvordan disse begreber anvendes i denne rapport.

Vaccinationsvillighed

Denne rapport har fokus på *vaccinationsvillighed*. Begrebet dækker over viljen til og intentionen om at modtage en vaccination. Det anerkender kompleksiteten i de strukturelle og miljømæssige faktorer, der kan påvirke en persons beslutning om at blive vaccineret. Ved at tale om *vaccinationsvillighed* undgår man at lægge skylden på den enkelte, som helt naturligt kan have spørgsmål eller forbehold omkring vaccination eller specifikke vacciner, og som derfor kan have sine *tvivl*. Vaccinationsvillighed forstås som et kontinuum, der spænder fra fuld accept til fuldstændig afvisning. De fleste personer med vaccinetvivl befinder sig et sted midt imellem disse yderpunkter (figur 1) [13].

Begrebet indebærer, at når en person eller et samfund får mulighed for at blive vaccineret, vælger de at gøre det [14]. Det er dog vigtigt at erkende, at tilgængelighed – f.eks. i et sundhedscenter – ikke nødvendigvis giver den enkelte en reel mulighed for at blive vaccineret. De faktorer, der har indflydelse på vaccinationsvilligheden, er komplekse, kontekstafhængige og varierer over tid, sted og vaccintype.

Figur 1. Kontinuum for vaccinationsvillighed



Kilde: ECDC

Skalaen på kontinuummet henviser til individers holdning og reaktioner i forhold til vaccination.

Vaccinetvivl

WHO's ramme for *adfærds- og samfundsmæssige drivkræfter* (*Behavioural and Social Drivers, BeSD*) – som giver overblik over de vigtigste forhold, der påvirker vaccinationstilslutning – definerer vaccinetvivl som en "motiveret tilstand, hvor man har et ambivalent forhold til eller er imod at lade sig vaccinere" [15]. Denne tilstand kan føre til, at man udskyder eller afviser vaccination. I denne rapport anvendes *vaccinetvivl* til at beskrive en persons psykologiske tilstand når det gælder viljen til og intentionen om at blive vaccineret.

Fagfolk har peget på, at begrebet *vaccinetvivl* rummer nuancer, og at det bør forbeholdes situationer, hvor der konkret er bekymring over vacciner, frem for at blive brugt som en etiket [14]. Det kan være uhensigtsmæssigt at stemple nogen som "vaccineskeptisk", idet det er naturligt at have spørgsmål og behov for afklaring, før man vælger at modtage en vaccine.

Vaccinationstilslutning

I denne rapport anvendes *vaccinationstilslutning* om det forhold, at en person modtager en vaccine. Begrebet dækker både individniveauet (én person, der bliver vaccineret) og det samlede antal vaccinerede i en befolkning – og kan dermed anvendes som en indikator for vaccinationens gennemslagskraft [16].

Det skal understreges, at *vaccinationstilslutning* ikke svarer til *vaccinationsvillighed* [17]. Dette skyldes, at vaccinationsvillighed ikke tager højde for f.eks. vaccineadgang eller strukturelle barrierer, der kan forhindre vaccination – altså situationer, hvor personer accepterer vaccination, men alligevel ikke bliver vaccineret. Omvendt kan nogle vælge at blive vaccineret, selv om de fortsat har bekymringer – og dermed ikke psykologisk set har "fuldt accepteret" vaccinationen.

Vaccinationsdækning

Vaccinationsdækning er en anden hyppigt anvendt indikator, der udtrykker, hvor stor en andel af en defineret population der har modtaget et bestemt antal doser af en given vaccine.

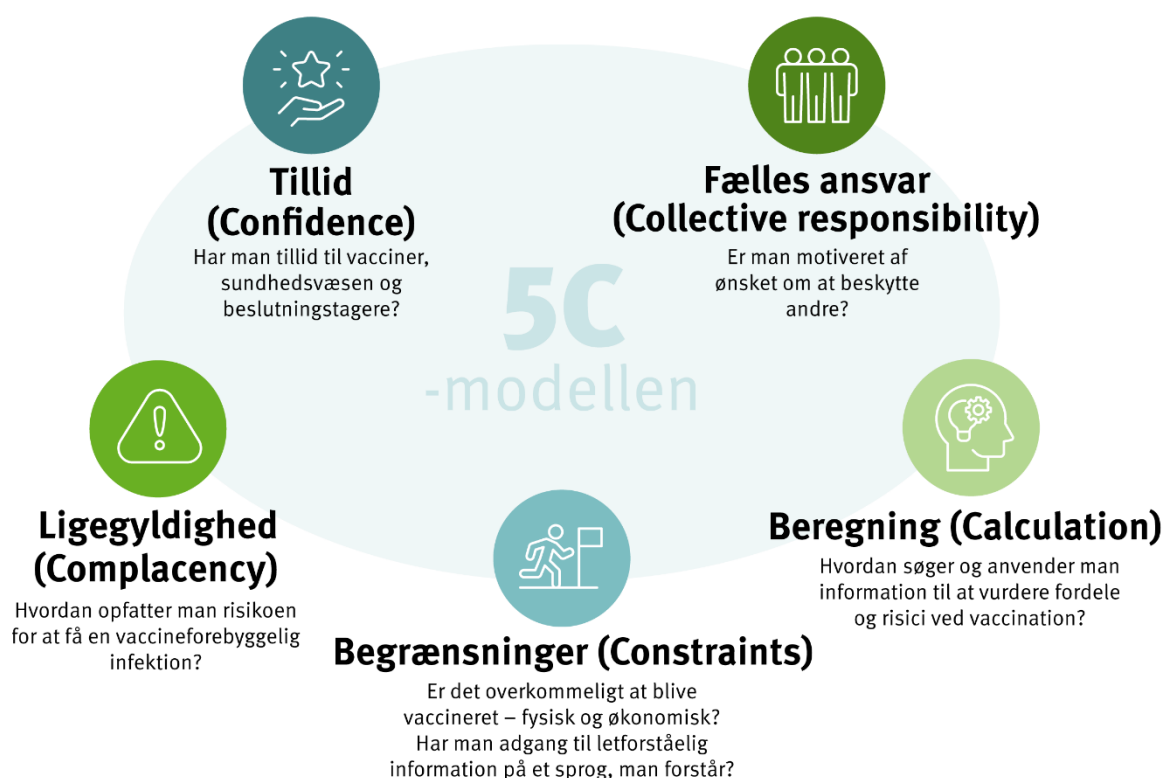
Del 1. Samfunds- og adfærdsvidenskabelige tilgange til fremme af vaccinationsvillighed og -tilslutning i EU/EØS-lande

1.1 5C-modellen

Flere samfunds- og adfærdsvidenskabelige modeller bruges til at beskrive vaccinationsvillighed og -tilslutning. Disse modeller er nyttige værktøjer for fagfolk og beslutningstagere, der arbejder med vaccinationspolitik og -programmer, da de kan tjene til at systematisk nedbryde og forstå de komplekse faktorer, der kan fremme eller hæmme vaccinationsvillighed og -tilslutning. Alle modeller har dog deres styrker og begrænsninger – ingen model kan favne alle faktorer og nuancer. I praksis er de forskellige modellers begreber ofte indbyrdes forbundne og overlappende.

5C-modellen er blevet anvendt til at kategorisere spørgsmålene i spørgeundersøgelsesværktøjet i denne rapport (afsnit 2.1) [18] og til at klassificere eksemplerne i oversigten over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed (afsnit 2.2). 5C-modellen giver en struktureret tilgang til at forstå de centrale områder, der kan påvirke en persons vilje og parathed til at lade sig vaccinere (figur 2). Modellen blev udviklet i 2018 og bygger på fem komponenter, der påvirker intention og adfærd i relation til vaccination: Tillid, ligegyldighed, begrænsninger, beregning og fælles ansvar (Confidence, Complacency, Constraints, Calculation, Collective responsibility). Den er baseret på teorier om vaccinationsvillighed og psykologiske modeller for sundhedsadfærd [18]. Modellen kan bruges til at diagnosticere barrierer og fremmede faktorer for vaccinationsvillighed i en population på et givent tidspunkt – eller gentaget over tid – og kan dermed understøtte tidlig identifikation af aftagende villighed og iværksættelse af rettidige indsatser.

Figur 2. Oversigt over 5C-modellen



Kilde: ECDC, baseret på [18]

De fem komponenter i 5C-modellen defineres og beskrives som følger:

- **Tillid** (Confidence) henviser til en persons tillid til, at vaccinen er sikker og effektiv, tillid til sundhedspersoner og beslutningstagere, der anbefaler vaccination, og tillid til sundhedsmyndighederne og sundhedssystemet, der tilbyder vaccinationen [18,19].
- **Ligegyldighed** (Complacency) henviser til en persons opfattede risiko for et alvorligt sygdomsforløb ved smitte [19]. Ligegyldighed beskriver normalt en relativ mangel på interesse; for eksempel kan ligegyldighed opstå, når den opfattede risiko for en sygdom er lav – og vaccination derfor opleves som unødvendig [20].
- **Begrænsninger** (Constraints) henviser til opfattede eller faktiske hindringer for vaccination, som en person står over for [19]. Disse begrænsninger kan være både psykologiske og strukturelle – f.eks. vedrørende personens egen handlekraft (self-efficacy) eller opfattede evne til at lade sig vaccinere, navigere i et bookingsystem eller tage fri fra arbejde for at møde op til en vaccinationsaftale.
- **Beregning** (Calculation) henviser til, hvordan en person vejer de personlige fordele og potentielle risici ved at blive vaccineret [19]. Denne dimension påvirkes bl.a. af, hvordan man søger og anvender information om vaccination – samt af mængden af information, dens opfattede kvalitet og den enkeltes evne til at forstå sundhedsoplysninger [21].
- **Fælles ansvar** (Collective responsibility) dækker over viljen til at beskytte andre gennem vaccination som led i at forhindre smittespredning [19].

Samfunds- og adfærdsvidenskabelige forskere bruger data om disse fem begreber til at forstå og forudsige vaccinationsadfærd. Undersøgelser har vist, at betydningen af de enkelte C'er for en persons eller et samfunds vaccinationsvillighed varierer afhængigt af tid, kontekst og målgruppe – og at ændringer i den lokale kontekst mere generelt kan føre til skift mellem villighed til og afvisning af vaccination. Ved at fokusere på de specifikke C'er, der er identificeret som barrierer og fremmende faktorer i en given situation, bliver det muligt at udvikle empirisk funderede og målrettede indsatser til at afhjælpe suboptimal vaccinationstilslutning [21].

Selv om 5C-modellen hovedsageligt fokuserer på de psykologiske forudsætninger for vaccination, er det vigtigt at bemærke, at suboptimal vaccinationstilslutning ofte skyldes flere faktorer. Eksempelvis inkluderer "begrænsninger" også strukturelle forhold, som ligger uden for den enkeltes kontrol – f.eks. hvor overkommeligt det er at blive vaccineret rent praktisk og økonomisk, og hvor tilgængelig relevant information er.

5C-modellen bygger videre på 3C-modellen fra 2015, hvor ligegyldighed, bekvemmelighed (convenience) og tillid blev fremhævet som de tre vigtigste faktorer i vaccinationsbeslutninger [22]. Under covid-19-pandemien blev 7C-modellen udviklet, som tilføjer overholdelse (compliance) og konspiration (conspiracy) til de fem oprindelige komponenter. En tilpasset version af 7C-skalaen er desuden blevet udviklet med henblik på at vurdere forældres parathed til at lade deres børn vaccinere [20].

1.2 Indsatser for at styrke vaccinationsvillighed og -tilslutning i EU/EØS-landene

I mere end 15 år har ECDC arbejdet for at støtte EU/EØS-landenes bestræbelser på at øge vaccinationsvilligheden og -tilslutningen. Senest har ECDC i 2021 offentliggjort forskningsrapporten *Fremme af tilslutning til og udbredelse af covid-19-vaccination i EU/EØS*, som denne rapport bygger på [1]. Samme år fokuserede ECDC også på strategier til håndtering af misinformation om vaccination på nettet – gennem en forskningsrapport og et e-læringsmodul [23,24]. Efter covid-pandemien og i lyset af de kommunikationsmæssige udfordringer i forhold til at forklare vigtigheden og virkningen af vaccination udgav ECDC desuden en vejledning om effektiv kommunikation af fordelene og risiciene ved vaccination [25]. Alle ECDC's vejledninger, værktøjer og forskningsaktiviteter vedrørende kommunikation om immunisering og vaccinationsvillighed er tilgængelige på ECDC's websted [26].

For at give offentligheden adgang til en pålidelig og videnskabeligt baseret informationskilde om vaccination udviklede ECDC i samarbejde med Europa-Kommissionen og Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) den europæiske vaccinationsinformationsportal (EVIP). Portalen, der er tilgængelig på alle EU/EØS-sprog, blev lanceret i forbindelse med den europæiske vaccinationsuge i 2020 [27].

Europa-Kommissionen har også iværksat en række tiltag til at støtte landenes indsats for at fremme vaccinationsvillighed og -tilslutning. Aktiviteter med henblik på at styrke tilliden til vaccination omfatter blandt andet koordinerede indsatser for at øge vaccinationstilslutningen, videndeling om god praksis, bekæmpelse af mis- og desinformation og vejledning i at opbygge tillid [28]. Europa-Kommissionens Fælles Forskningscenter har desuden i de senere år offentliggjort flere rapporter med et adfærdsvidenskabeligt fokus på vaccinationsvillighed og -efterspørgsel [29,30].

Siden 2018 har Europa-Kommissionen samarbejdet med *Vaccine Confidence Project* om at gennemføre spørgeundersøgelser hvert andet år med henblik på at følge udviklingen med hensyn til vaccinationstillid i EU [31]. Undersøgelsen anvender et indeks, der måler tillid inden for fire dimensioner: i) hvor vigtig vaccination anses for at være, ii) hvor sikker den anses for at være, iii) hvor effektiv den anses for at være, samt iv) hvorvidt den opleves som forenelig med religiøse eller personlige overbevisninger. Resultaterne viser, at et stort flertal har en positiv opfattelse af vaccination, men at tilliden har varieret over tid – både generelt, i forhold til specifikke vacciner og mellem aldersgrupper. Der er fortsat store geografiske forskelle i tillid, hvor niveauet generelt er lavere i Øst- og Centraleuropa. Desuden har ældre borgere gennemgående udvist højere tillid end yngre, og dette gab ser ud til at være blevet større i mange EU-lande.

I 2019 etablerede Europa-Kommissionen en *koalition for vaccination*, der samler europæiske sammenslutninger af henholdsvis sundhedspersonale og studerende inden for sundhed og vaccination. Formålet er at styrke uddannelsen af sundhedspersonale om vaccination og at sikre bedre information til den brede offentlighed [32]. Europa-Kommissionen har også iværksat en kampagne for at fremme vaccination under mottoet #UnitedInProtection [33].

Derudover har en række flerlandeprojekter fået finansiering gennem EU's forsknings- og innovationsmidler og *EU4Health*-programmet med henblik på at øge vaccinationstilslutningen. Disse omfatter *JITSUVAX* (*Jiu Jitsu with misinformation in the age of COVID-19* – et projekt om brug af tilbagevisningsbaseret læring til at øge vaccinationstilslutning og viden), *RIVER-EU* (*Reducing Inequalities in Vaccination uptake in the European Region*) og *AcToVax4NAM* (*Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants*) [34-36]. Beskrivelser af de overordnede projekter samt eksempler på nationale og regionale indsatser i tilknytning til JITSUVAX og RIVER-EU er medtaget i oversigten over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed i afsnit 2.2 i denne rapport.

I den bredere europæiske region har WHO's Regionskontor for Europa udviklet tilgangen *Tailoring Immunisation Programmes (TIP)*, som skal hjælpe lande med at opnå høj og lige adgang til vaccination [37].

Del 2. Værktøjer og metoder til at fremme vaccinationsvillighed og -tilslutning under hele livsforløbet

2.1 Spørgeundersøgelsesværktøj til indsamling af adfærdsdata om vaccinationsvillighed og -tilslutning

Dette spørgeundersøgelsesværktøj kan anvendes til at indsamle samfunds- og adfærdsdata om vaccinationsvillighed og -tilslutning og dermed støtte arbejdet med at identificere barrierer og fremmende faktorer for vaccination i specifikke populationer (tabel 1; værktøjet findes også som [redigerbart Word-dokument](#)). Værktøjet er udviklet med udgangspunkt i spørgeskemaer, der er blevet psykometrisk valideret i forbindelse med tidligere undersøgelser [15,18,19,31,40-42]. Det indeholder følgende elementer:

- Hjælp til at indhente informeret samtykke
- Otte indledende spørgsmål om sociodemografiske forhold og vaccinationsadfærd
- Femten udsagn baseret på 5C-modellen, hvor respondenterne angiver, i hvor høj grad de er enige eller uenige i en række udsagn
- Syv forslag til kvalitative spørgsmål.

De 15 udsagn baseret på 5C-modellen er fordelt på tre udsagn pr. C – hvoraf ét er udpeget som kerneindikator. Det anbefales at gennemføre undersøgelsen med alle 15 udsagn; dog kan man – hvis ressourcerne er begrænsede – nøjes med de fem kerneudsagn.

De foreslåede åbne, kvalitative spørgsmål kan enten føjes til en kvantitativ undersøgelse for at give dybere indsigt i deltagernes tanker og handlemønstre, eller bruges som udgangspunkt for selvstændige kvalitative undersøgelser (tabel 1; spørgsmålene findes også i den [redigerbare Word-version](#) af spørgeundersøgelsesværktøjet). Kvalitative spørgsmål med mulighed for fritekstsvar giver deltagerne mulighed for at svare med egne ord, hvilket kan bidrage med værdifuld indsigt.

Før værktøjet tages i brug, er det vigtigt at sammensætte et tværfagligt forskningsteam, der helst bør inkludere en person med erfaring i spørgeskemadesign og statistisk analyse. Teamet bør i fællesskab fastlægge undersøgelsens formål og formulere en protokol og en analyseplan. Der gives detaljeret vejledning i, hvordan spørgeundersøgelsesværktøjet tilpasses og hvordan en undersøgelsesprotokol udarbejdes, umiddelbart efter selve værktøjet. Et eksempel på en analyseplan præsenteres senere i dette afsnit, og [analysekoden](#) (tekstboks 1-3), skrevet i både Stata og R, kan ligeledes downloades.

Tabel 1. Spørgeundersøgelsesværktøj til indsamling af adfærdsdata om vaccinationsvillighed og -tilslutning

Informeret samtykke

Tak for din interesse i vores undersøgelse. Vi er forskere fra (indsæt navn på institution), og vi er interesserede i (indsæt formål med undersøgelsen). Dine svar vil hjælpe os med at tilpasse vores indsats for at øge vaccinationstilslutningen. Det vil tage cirka (anslået antal minutter) minutter at besvare spørgsmålene. Inden du giver dit samtykke, bedes du læse nedenstående oplysninger omhyggeligt.

Din deltagelse i denne undersøgelse er helt frivillig, og der er ikke nogen rigtige eller forkerte svar. Spørgsmålene handler om vaccination og din holdning til vaccination. Vi vil også stille nogle spørgsmål om dig selv, f.eks. dit køn, din alder og din uddannelse. De svar, du afgiver, vil være anonymiserede, hvilket betyder, at vi ikke kan spore dataene tilbage til dig. Dataene vil blive indsamlet af (indsæt navn på dataindsamlingsorgan) og vil blive delt med forskerteamet ved (indsæt navn på forskningsinstitution). Den etiske komité ved (indsæt navn på institution) har gennemgået undersøgelsesprotokollen og givet deres godkendelse til at gennemføre undersøgelsen (indsæt godkendelsesnummer i parentes).

Dine data vil blive opbevaret på serverne hos (indsæt datalagringssted) og vil kun være tilgængelige for forskere, der er tilknyttet dette projekt. Dine data vil blive opbevaret i (angiv antal år) år. Dine data kan også blive brugt i fremtidige forskningsprojekter med lignende formål om at forstå holdninger til vaccination. Brug og opbevaring af data vil ske i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningen (GDPR) og national lovgivning.

Hvis du har spørgsmål eller bekymringer i forbindelse med denne undersøgelse eller om, hvordan dine data bruges og opbevares, bedes du kontakte (indsæt navn) på (indsæt e-mailadresse).

Samtykke

Ved at deltage i undersøgelsen erklærer jeg mig indforstået med, at:

Min deltagelse er frivillig.

Mine data vil blive brugt til forskning i holdninger til vaccination.

Mine data vil blive anonymiseret.

Mine data vil blive opbevaret sikkert i overensstemmelse med GDPR og national lovgivning.

Jeg til enhver tid kan trække mit samtykke tilbage.

Accepterer du at deltage i denne undersøgelse?

Ja/Nej

Emne	Nr.	Spørgsmål	Svarmuligheder
Sociodemografi	1	Hvor gammel er du?	Antal år
	2	Hvad er din køn?	1. Mand 2. Kvinde 3. Ikke-binær 4. Andet/Det vil jeg helst ikke oplyse
	3	Hvor i landet bor du?	Svar tilpasses den nationale kontekst (nummereres fra 1)
	4	Hvad er det højeste uddannelsesniveau, du har gennemført?	Svar tilpasses den nationale kontekst (nummereres fra 1)
	5	Er du i øjeblikket ...?	1. Lønmodtager 2. Selvstændig 3. Ledig 4. Studerende 5. Pensioneret 6. Ikke i stand til at arbejde 7. Andet 99. Det vil jeg helst ikke oplyse
Vaccinationsadfærd	6	Har du, så vidt du ved, modtaget alle de vaccinationer, der er blevet anbefalet til dig?	1. Ingen 2. Nogle 3. Alle 99. Ved ikke/Det vil jeg helst ikke oplyse
	7	Har du afvist eller udskudt nogen vaccinationer, der er blevet anbefalet til dig?	1. Ingen 2. Nogle 3. Alle 99. Ved ikke/Det vil jeg helst ikke oplyse
	8	Har du til hensigt, fremadrettet, at blive vaccineret i overensstemmelse med anbefalingerne i dit land?	1. Helt sikkert ikke 2. Sandsynligvis ikke 3. Måske 4. Sandsynligvis ja 5. Helt sikkert 99. Ved ikke/Det vil jeg helst ikke oplyse

5C	Nr.	Spørgsmål	Svarmuligheder for alle 5C-relaterede spørgsmål
		I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende udsagn?	1. Helt uenig 2. Delvist uenig 3. Hverken enig eller uenig 4. Delvist enig 5. Helt enig 99. Ved ikke/ Det vil jeg helst ikke oplyse
Tillid	9 (kerne)	Overordnet set mener jeg, at vacciner er sikre [31].	
	10	Overordnet set mener jeg, at vacciner er effektive [31].	
	11	Jeg er overbevist om, at de relevante myndigheder kun tillader effektive og sikre vacciner [19].	
Ligegyldighed	12 (kerne)	Jeg bliver vaccineret, fordi det er for risikabelt at blive smittet [19].	
	13	Vaccinationer er unødvendige for mig, fordi jeg alligevel sjældent bliver syg [19].	
	14	Vaccination er unødvendig, fordi vaccineforebyggelige sygdomme ikke længere er almindelige [18].	
Begrænsninger	15 (kerne)	I praksis vil det være vanskeligt for mig at blive vaccineret [40].	
	16	Jeg sørger for at få de vigtigste vaccinationer i god tid [19].	
	17	Det er nemt for mig at få adgang til vaccinationsydelser [15].	
Beregning	18 (kerne)	Når jeg tænker på at blive vaccineret, vejer jeg fordele og risici for at træffe den bedst mulige beslutning [18].	
	19	Som regel følger jeg anbefalingerne fra min læge eller sundhedsudbyder om vaccination [41].	
	20	De oplysninger, jeg modtager fra sundhedsmyndighederne om vacciner, er pålidelige [42].	
Fælles ansvar	21 (kerne)	Jeg bliver vaccineret, fordi jeg dermed beskytter andre [19].	
	22	Når alle andre er vaccineret, behøver jeg ikke også at blive vaccineret [18].	
	23	De fleste i min nære familie og vennekreds ønsker, at jeg bliver vaccineret [15].	
Kvalitative spørgsmål med åbne svarmuligheder			
1. Hvilke spørgsmål eller bekymringer har du, når du overvejer at blive vaccineret?			
2. Hvad er det første, du tænker på, når du hører ordet "vaccine"?			
3. Tillid : Hvad mener du generelt om vacciners sikkerhed og effektivitet?			

- | |
|---|
| 4. Ligegyldighed: Hvordan vurderer du din risiko for at blive ramt af sygdomme, der kan forebygges gennem vaccination? |
| 5. Begrænsninger: Hvilke forhindringer oplever du, når du forsøger at blive vaccineret? Dette kan omfatte fysiske, psykiske eller andre typer af udfordringer. |
| 6. Beregning: Hvilken type information søger og læser du, når du skal beslutte, om du vil lade dig vaccinere eller ej? |
| 7. Fælles ansvar: Hvad mener du om vaccination som en måde at beskytte andre på? |

Sådan tilpasses spørgeundersøgelsesværktøjet, og sådan udarbejdes undersøgelsesprotokollen og analyseplanen

Dette spørgeundersøgelsesværktøj bør tilpasses forskningsspørgsmålene – især med hensyn til den/de relevante undersøgelsespopulation(er) og specifikke vaccine(r), i givet fald. Vigtige overvejelser om, og vejledning i, hvordan man udarbejder undersøgelsesprotokollen og analyseplanen, findes nedenfor.

Målpopulation

Forskningsspørgsmålene og undersøgelsesprotokollen bør tydeligt angive undersøgelsens målpopulation. Spørgsmålene i spørgeundersøgelsesværktøjet kan derefter tilpasses målpopulationen. Afhængigt af forskningsspørgsmålene kan man eksempelvis undersøge vaccinationsvillighed og -tilslutning blandt voksne generelt eller blandt omsorgspersoner for små børn, migranter, sundhedspersonale, personer over 65 år eller andre udsatte eller negligerede populationer. Hvis en undersøgelse f.eks. har til formål at afdække holdninger til børnevaccination, kan den generelle formulering "Overordnet set mener jeg, at vacciner er sikre" ændres til "Overordnet set mener jeg, at børnevacciner er sikre".

Spørgsmålene skal også tilpasses mål vaccinen/-vaccinerne, i givet fald. Selve spørgeundersøgelsesværktøjet vedrører holdninger til vaccination generelt, men det kan nemt målrettes konkrete vacciner.

De foreslåede sociodemografiske spørgsmål skal desuden tilpasses de lokale forhold. Når man f.eks. spørger til respondentens uddannelsesniveau, bør svarmulighederne afspejle det nationale uddannelsessystem. Da det oprindelige spørgeundersøgelsesværktøj er udarbejdet på engelsk, vil pilotforsøg med oversættelser af undersøgelsen blandt personer i målpopulationen vise, om spørgsmålene forstås korrekt, er kulturelt passende og/eller kræver yderligere revision.

Stikprøvestørrelse

Sammen med en statistiker bør der foretages en beregning af stikprøvestørrelsen for at vurdere, hvor mange respondenter der mindst skal deltage i undersøgelsen for at sikre tilstrækkelig statistisk styrke til at kunne påvise meningsfulde effekter. Det kan være nødvendigt at øge stikprøvestørrelsen for at kompensere for manglende svar og frafald. For at sikre et tilstrækkeligt antal respondenter er det vigtigt at have et indgående kendskab til målpopulationen og til, hvordan den bedst nås – allerede inden undersøgelsen påbegyndes.

Dataindsamling

Dataindsamlingsmetoden bør vælges på grundlag af overvejelser om målpopulationen, de tilgængelige ressourcer og typen af stikprøveudtagning. Hvis man ønsker at nå den voksne befolkning generelt i et land med høj internetdækning, kan online undersøgelser eller interviews være en velegnet metode. Personlige interviews kan være bedre egnet til visse befolkningsgrupper (f.eks. ældre voksne).

Stikprøveudtagning

Stikprøver af den undersøgte population kan udtages på flere måder [43]. Når der er behov for en repræsentativ stikprøve af populationen, er den bedste metode sandsynlighedsudvælgelse. Nogle af de mest almindelige metoder til dette er simpel eller systematisk tilfældig udvælgelse samt klyngeudvælgelse eller stratificeret udvælgelse. Hvis ressourcerne tillader det, kan stikprøveudtagningen udliciteres til virksomheder med ekspertise på området. Hvis repræsentativitet – og dermed mulighed for at generalisere til den brede befolkning – ikke er nødvendig for at opfylde undersøgelsens mål, kan ikke-sandsynlighedsudvælgelse anvendes. Nogle almindelige metoder til ikke-sandsynlighedsudvælgelse omfatter bekvemmelighedsudvælgelse, kædeudvælgelse (snowballing) og formålsbestemt udvælgelse.

Præsentation af spørgeskemaet

Hvordan spørgeskemaet præsenteres for respondenterne afhænger af den anvendte metode til dataindsamling. Alle de 5C-relaterede spørgsmål har samme svarmuligheder baseret på en 5-punkts Likert-skala (fra "Helt uenig" til "Helt enig"). Derfor kan spørgeskemaet f.eks. præsenteres som en samlet tabel, hvor Likert-skalaen placeres lodret ved siden af hvert spørgsmål (som i Tabel 1). Alternativt kan spørgsmålene stilles enkeltvis under et interview (online eller fysisk), hvor respondenterne præsenteres for svarmulighederne fra Likert-skalaen. Det anbefales ikke at medtage overskrifter fra spørgeundersøgelsesværktøjet (f.eks. Sociodemografiske variable, Tillid, Begrænsninger) i selve spørgeskemaet, da det kan føre til, at respondenterne svarer ud fra en bestemt forventning.

I spørgeundersøgelsesværktøjet har hvert svar en foruddefineret numerisk værdi (f.eks. spørgsmål 6: 1 = Ingen, 2 = Nogle, 3 = Alle, 99 = Ved ikke/Det vil jeg helst ikke oplyse). Disse tildelte værdier behøver ikke at være synlige for respondenterne, men bør bruges i undersøgelsens backend, så resultaterne vises i dette format. Den forudskrevne analysekode er baseret på disse talværdier.

Undersøgelsesprotokol og analyseplan

Undersøgelsesprotokollen bør skitsere målpopulationen, stikprøvestørrelsen, dataindsamlingsmetoden og stikprøveudtagningstilgangen. Den bør også indeholde et afsnit om, hvordan dataanalysen skal gennemføres.

Analyserne bør være fokuserede og besvare forskningsspørgsmålene. Til de deskriptive analyser kan man udarbejde oversigtstabeller over deltagernes sociodemografiske karakteristika. Kerneindikatorerne for hvert af de fem C'er kan sammenfattes og opdeles efter sociodemografiske variable såsom køn og uddannelsesniveau, hvis ønsket. De tre centrale adfærdsmæssige indikatorer i spørgeundersøgelsesværktøjet – i) tidligere vaccinationstilslutning, ii) tidligere afvisning af vaccination og iii) intention om at blive vaccineret – kan ligeledes analyseres deskriptivt og stratificeres efter relevante variable. Man kan desuden udføre inferentielle statistiske analyser for at teste sammenhænge mellem adfærdsmæssige resultater, de fem C'er og sociodemografiske faktorer.

For at kunne gennemføre disse analyser er det vigtigt at følge de foruddefinerede numeriske værdier for svarmulighederne, som angivet i spørgeundersøgelsesværktøjet. Et eksempel på en analyseplan, der omfatter både deskriptive og inferentielle analyser af undersøgelsesresultaterne, præsenteres nedenfor (tekstboks 1-3), og den forudskrevne [analysekode](#) (i Stata og R) kan ligeledes downloades.

Kvalitativ analyse

Hvis undersøgelsen omfatter åbne, kvalitative spørgsmål, bør de foreslåede spørgsmål i tabel 1 nøje gennemgås og tilpasses lokale forhold. Skriftlige svar på de åbne spørgsmål – eller udskrifter af interviews – bør analyseres og kodes omhyggeligt. En induktiv analyse kan hjælpe med at identificere overordnede temaer ud fra koderne og dermed give dybere indsigt i deltagernes tankeprocesser og adfærd. Man kan også anvende en deduktiv tilgang og bruge 5C'erne som tematiske kategorier – eller kombinere begge tilgange. For at få fuldt udbytte af denne form for forskning bør analysen ledes af en erfaren kvalitativ forsker. Yderligere vejledning om kvalitativ dataindsamling og analyse findes sidst i dette afsnit.

Etisk godkendelse

Inden dataindsamling påbegyndes, bør det sikres, at nationale etiske retningslinjer følges. Dette kan omfatte krav om at indhente etisk godkendelse af undersøgelsen. Etiske komitéer (*Internal Review Boards*, IRB'er) vil gennemgå undersøgelsens planer og vurdere, om der kræves godkendelse – og i så fald, om undersøgelsesplanen lever op til kravene. IRB'er vil formentlig også vurdere, om dataindsamling og analyse overholder databeskyttelsesforordningen (GDPR). Undersøgelsesprotokollen skal derfor tydeligt beskrive, hvordan anonymisering og opbevaring af og adgang til data håndteres. Deltagere i alle undersøgelser bør informeres om undersøgelsens formål, hvordan deres data vil blive anvendt og opbevaret, og at deres svar anonymiseres, at deltagelse er frivillig, og at de til enhver tid kan trække sig uden negative konsekvenser. Denne information bør efterfølges af et spørgsmål om, hvorvidt deltageren giver samtykke og ønsker at deltage. Denne proces udgør det informerede samtykke, der skal være indhentet, før nogen spørgsmål stilles. Der findes en skabelon til dette i spørgeundersøgelsesværktøjet (tabel 1) og i den [redigerbare Word-version](#).

Rapportering og fortolkning af data

Efter dataanalysen skal hovedresultaterne kondenseres og anvendes som grundlag for potentielle indsatser. De vigtigste resultater kan præsenteres i tabeller og figurer og beskrives i en rapport eller offentliggøres i et videnskabeligt, fagfællebedømt tidsskrift. Det tværfaglige team bør overveje, hvordan resultaterne bedst formidles til relevante aktører og anvendes til at identificere barrierer og fremmende faktorer for vaccination i specifikke populationer. Dataene vil formentlig kunne pege på mulige strategier og indsatser – navnlig ved at udpege, hvilke

af 5C'erne der bør være i fokus. Eksempler på, hvordan EU/EØS-lande har målrettet bestemte C'er, findes i oversigten over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed (afsnit 2.2).

Eksempel på analyseplan

Dette eksempel viser en grundstruktur for analyse af spørgeskemadata (tekstboks 1-3; den fulde [analysekode](#), skrevet i både Stata og R, kan ligeledes downloades). Analysen bør ideelt set gennemføres i tre faser:

- Fase 1: udarbejdelse af data (tekstboks 1)
- Fase 2: deskriptiv analyse (tekstboks 2)
- Fase 3: inferentiell analyse (tekstboks 3).

Forberedelse af data betyder at rense data og klargøre dem til analyse (tekstboks 1). Dataklargøring kan indebære at kontrollere, om svarene er realistiske (f.eks. kan ingen være 178 år gamle), og sikre, at alle variable foreligger i numerisk form. Med den forhåndsudarbejdede kode kan man kontrollere, at alle variable har de korrekte tildelte værdier og etiketter. For eksempel kan variablen køn være kodet således, at mand er tildelt nummer 1 og kvinde nummer 2.

Som led i dataklargøringen skal nogle variable omkodes, så høje scorer får modsat betydning (såkaldt reverse coding). Før dette gøres, er det vigtigt at definere, hvad en høj score betyder (tabel 2).

Tabel 2. Betydning af høje scorer (baseret på den forudskrevne analysekode)

Komponent	Betydning af høj score
Tillid	Høj tillid til vaccination, høj vaccinationsparathed
Ligegyldighed	Høj grad af ligegyldighed, lav vaccinationsparathed
Begrænsninger	Mange begrænsninger til hinder for vaccination, lav vaccinationsparathed
Beregning	Stærkt engageret i analyser af risici og fordele ved vaccination, lav vaccinationsparathed
Fælles ansvar	Vaccination ses som fælles ansvar, høj vaccinationsparathed

For eksempel lyder spørgsmål 12 under *Ligegyldighed*: "Jeg bliver vaccineret, fordi det er for risikabelt at blive smittet". En høj score på dette spørgsmål (dvs. hvis en person svarer "5. Helt enig") vil afspejle en lav grad af ligegyldighed og dermed høj vaccinationsparathed. Imidlertid har svaret en høj numerisk værdi, hvilket fejlagtigt kan tolkes som en høj grad af ligegyldighed og dermed lav vaccinationsparathed. For at afhjælpe dette er det vigtigt at omkode sådanne spørgsmål (reverse coding), som vist i tekstboks 3 (bemærk, at [analysekoden](#) hertil kan downloades). Når omkodningen er foretaget, kan der beregnes gennemsnitsscorer for hvert af de fem C'er. Herefter er dataene klar til den deskriptive analyse.

I de deskriptive analyser kan de tre centrale adfærdsmæssige indikatorer i spørgeundersøgelsesværktøjet – i) tidligere vaccinationstilslutning, ii) tidligere afvisning af vaccination og iii) intention om at blive vaccineret – opsummeres og stratificeres efter relevante sociodemografiske variable (tekstboks 2). Derefter kan kerneindikatorerne for hvert af de fem C'er opsummeres.

I den inferentielle analyse gives flere forslag (tekstboks 3). Det kunne f.eks. være interessant at undersøge de sociodemografiske forudsigelsesvariable for hvert af de fem C'er – f.eks. om kvinder udviser en højere grad af ligegyldighed end mænd? Næste trin i den inferentielle analyse har til formål at forstå forudsigelsesvariablene for de tre førnævnte adfærdsmæssige indikatorer. I disse analyser behandles de sociodemografiske variable og de fem C'er som potentielle forudsigelsesvariable. Yderligere vejledning i gennemførelsen af disse inferentielle analyser findes nedenfor.

Tekstboks 1. Klargøring af data

Reverse coding af følgende spørgsmål:

- Ligegyldighed (høje scorer = høj ligegyldighed og dermed lav vaccinationsparathed)
 - Spm. 12: Jeg bliver vaccineret, fordi det er for risikabelt at blive smittet.
- Begrænsninger (høje scorer = mange begrænsninger – dvs. daglige hindringer står i vejen for vaccination – og dermed lav vaccinationsparathed)
 - Spm. 16: Jeg sørger for at få de vigtigste vacciner i god tid.
 - Spm. 17: Det er let for mig at få adgang til vaccinationsydelser.
- Beregning (høje scorer = omfattende overvejelser omkring fordele og risici og dermed lav vaccinationsparathed)
 - Spm. 19: Som regel følger jeg anbefalingerne fra min læge eller sundhedsudbyder om vaccination.
 - Spm. 20: De oplysninger, jeg får fra sundhedsmyndighederne om vacciner, er pålidelige.
- Fælles ansvar (høje scorer = høj grad af parathed til at beskytte andre og dermed høj vaccinationsparathed).
 - Spm. 22: Når alle andre er vaccineret, behøver jeg ikke også at blive vaccineret.

Beregning af gennemsnitsscorer for hver C:

- Læg de tre scorer for *Tillid* sammen, og divider med 3
- Læg de tre scorer for *Ligegyldighed* sammen, og divider med 3
- Læg de tre scorer for *Begrænsninger* sammen, og divider med 3
- Læg de tre scorer for *Beregning* sammen, og divider med 3
- Læg de tre scorer for *Fælles ansvar* sammen, og divider med 3

Tekstboks 2. Deskriptiv analyse

Oversigter over adfærdsmæssige resultater:

- % vaccineret i henhold til anbefalingerne:
 - Efter alder
 - Efter køn
 - Efter uddannelse
 - Efter region
- % der har afvist anbefalede vaccinationer:
 - Efter alder
 - Efter køn
 - Efter uddannelse
 - Efter region
- % der har til hensigt at blive vaccineret i henhold til anbefalingerne:
 - Efter alder
 - Efter køn
 - Efter uddannelse
 - Efter region

Kerneindikatorer:

- Tillid: % der er enige i, at vacciner er sikre (dvs. har svaret 4 eller 5)
- Ligegyldighed: % der lader sig vaccinere, fordi det er for risikabelt at blive smittet (dvs. har svaret 4 eller 5)
- Begrænsninger: % der mener, at det i praksis bliver svært at blive vaccineret (dvs. har svaret 4 eller 5)
- Beregning: % der er enige i, at de – når de overvejer vaccination – vejer fordele og risici op for at træffe den bedst mulige beslutning (dvs. har svaret 4 eller 5)
- Fælles ansvar: % der er enige i, at de lader sig vaccinere, fordi de derved beskytter andre (dvs. har svaret 4 eller 5)

Gennemsnitligt score for hvert af de fem C'er stratificeret efter alder, køn, uddannelse, region og beskæftigelsesstatus.

Tekstboks 3. Inferentiel analyse

Sociodemografiske forudsigelsesvariable for hvert af de fem C'er:

Resultat: Tillid (gennemsnitsscore 1-5): Forudsigelsesvariable: alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus

Resultat: Ligegyldighed (gennemsnitsscore 1-5): Forudsigelsesvariable: alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus

Resultat: Begrænsninger (gennemsnitsscore 1-5): Forudsigelsesvariable: alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus

Resultat: Beregning (gennemsnitsscore 1-5): Forudsigelsesvariable: alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus

Resultat: Fælles ansvar (gennemsnitsscore 1-5): Forudsigelsesvariable: alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus

I denne analyse behandles hvert af de fem C'er som et resultat, og de sociodemografiske variable testes som forudsigelsesvariable. Dette vil hjælpe med at klarlægge, om de sociodemografiske variable har indflydelse på gennemsnitsscoren for hvert af de fem C'er. Da resultatet er en gennemsnitsscore, kan der foretages en lineær regressionsanalyse. Resultatet af disse analyser er en koefficient, der kvantificerer forholdet mellem forudsigelsesvariablen og resultatet, og som angiver den forventede ændring i resultatets gennemsnitsscore ved en ændring på én enhed i forudsigelsesvariablen.

Forudsigelsesvariable for at være vaccineret i henhold til anbefalingerne

Resultat: Modtaget vaccinationer i henhold til anbefalingerne (ingen, nogle, alle). Forudsigelsesvariable: Gennemsnitsscorer for alle fem C'er, alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus

Forudsigelsesvariable for udskydelse eller afvisning af vaccination

Resultat: afvisning af vaccination (ingen, nogle, alle). Forudsigelsesvariable: Gennemsnitsscorer for alle fem C'er, alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus

Forudsigelsesvariable for intention om vaccination

Resultat: intention om vaccination (score 1-5). Forudsigelsesvariable: Gennemsnitsscorer for alle fem C'er, alder, køn, uddannelse, region, beskæftigelsesstatus.

Yderligere vejledning i inferentiel analyse

Ved analyse af en resultatvariabel med enten tre eller fem ordinale kategorier afhænger valget af den mest egnede regressionsmodel af, hvordan resultatet behandles. Derudover spiller antallet af observationer i hver kategori en afgørende rolle. Hvis nogle kategorier har for få observationer, kan det være nødvendigt at sammenlægge dem for at sikre tilstrækkelig statistisk styrke.

Hvis resultatvariablen bevares i sin ordinale form, kan en ordinal logistisk regressionsmodel anvendes, forudsat at antagelsen om proportionale odds er opfyldt. Denne type regression betragter svarene som trin på en skala og antager, at det at bevæge sig fra f.eks. svarmulighed 1 ("*Helt uenig*") til 2 ("*Delvist uenig*") svarer til at bevæge sig fra 4 ("*Delvist enig*") til 5 ("*Helt enig*") med hensyn til de påvirkende faktorer. For eksempel: Hvis det at være kvinde øger sandsynligheden for at bevæge sig fra 1 til 2, vil det også øge sandsynligheden for at bevæge sig fra 3 ("*Hverken enig eller uenig*") til 4 ("*Delvist enig*") med samme forholdsmæssige styrke sammenlignet med mænd. Tilsvarende: Hvis højere alder øger oddsene for at rykke ét trin op (f.eks. fra 2 til 3), antages det at have samme forholdsmæssige virkning ved hvert trin (f.eks. også fra 4 til 5). Denne antagelse kaldes antagelsen om proportionale odds (*proportional odds assumption*).

Alternativt, hvis resultatet sammenlægges til blot to kategorier – f.eks. hvis "*Modtaget vaccinationer i henhold til anbefalingerne*" opdeles i 0 = *Ikke fuldt vaccineret* (inkl. "*Ingen*" og "*Nogle*") og 1 = *Fuldt vaccineret* ("*Modtaget alle anbefalede vaccinationer*") – vil en binær logistisk regressionsmodel være det mest hensigtsmæssige valg. Denne model estimerer, hvordan de forskellige faktorer øger eller mindsker sandsynligheden for at være fuldt vaccineret. Ved både ordinal og binær logistisk regression præsenteres resultaterne som *odds-ratioer* (OR).

Hvis en resultatvariabel med fem kategorier reduceres til tre kategorier, kan en *multinomial logistisk regressionsmodel* anvendes. Lad os f.eks. antage, at svar på spørgsmålet om intention om vaccination (score 1-5) grupperes i tre kategorier: lav intention (1-2 = "*Usandsynligt, at jeg vil blive vaccineret*"), moderat intention (3 = "*Tvivlende*" eller "*Neutral*") og høj intention (4-5 = "*Sandsynligt, at jeg vil blive vaccineret*"). Da disse tre kategorier ikke har en entydig rækkefølge (dvs. "*Moderat*" er ikke nødvendigvis præcis mellem "*Lav*" og "*Høj*"), vil en multinomial logistisk regressionsmodel være mere passende end en ordinal model. Modellen vælger én kategori som referencegruppe (f.eks. "*Lav intention*") og estimerer derefter sandsynlighederne for hhv. "*Moderat*" og "*Høj*" i forhold til "*Lav*". Resultaterne af en multinomial logistisk regression præsenteres som *relativ risiko-ratioer* (RR-ratioer).

I sidste ende afhænger valget af model af både teoretiske overvejelser og praktiske begrænsninger, såsom stikprøvestørrelsen ved observationer på tværs af kategorier. Disse overvejelser understreger vigtigheden af at have en dygtig statistiker i det tværfaglige forskningsteam.

Yderligere vejledning om kvalitative metoder

Resultaterne fra spørgeundersøgellesværktøjet vil danne grundlag for en forståelse af barrierer og fremmende faktorer i forhold til vaccinationsvillighed i en bestemt population. Disse resultater vil dog næppe kunne forklare, *hvorfor* disse barrierer og fremmende faktorer findes. Kvalitative metoder kan bidrage med indsigter på dette område ved at afdække kontekstens nuancer og give input til, hvordan man konkret kan tackle barrierer og fremmende faktorer for vaccinationsvillighed [44].

Kvantitative vs. kvalitative metoder

Kvantitative metoder er velegnede til at indsamle numeriske data og gennemføre statistisk analyse på det valgte undersøgelsesområde. For eksempel kan kvantitative spørgeundersøgelser bidrage til at give indblik i en persons eller en befolkningsgruppes villighed til at lade sig vaccinere og de hindringer, de kan stå over for. Da kvantitative dataindsamlingsværktøjer – såsom spørgeskemaer eller registre – ofte er udformet på forhånd af forskerne med faste svarmuligheder, vil de indsigter, de kan generere, være begrænset til på forhånd definerede og kendte problemstillinger. Desuden har kvantitative metoder fokus på at belyse de generelle tendenser i en population, hvilket kan gøre det vanskeligt at undersøge de bagvedliggende årsager til disse tendenser eller belyse afvigelser herfra i dybden.

Kvalitative metoder anvender derimod forskeren selv som dataindsamlingsredskab. De følger en systematisk, men fleksibel tilgang, hvor data indsamles og analyseres ud fra et design, der kan justeres og udvikles undervejs. Brugen af åbne spørgsmål er central i kvalitative metoder, idet deltagerne herigennem kan besvare og beskrive deres erfaringer og holdninger med egne ord og på deres eget sprog. At indfange deltagerens tanker, følelser og holdninger er afgørende for at opnå kulturelle og sociale indsigter, da deltagerne kan være med til at definere og fremhæve de emner, der er vigtige for dem.

Udvælgelse af deltagere

Der findes en række stikprøveudtagningsteknikker, der kan anvendes i kvalitativ forskning, hvor formålsbestemt udvælgelse (dvs. at vælge deltagere, der med stor sandsynlighed er relevante for undersøgelsen) ofte benyttes. Antallet af deltagere fastsættes typisk ud fra begrebet "datamætning", som nås, når der ikke længere indsamles substantielt ny og analytisk relevant information, og dataindsamlingsprocessen derfor kan afsluttes [45]. Valget af dataindsamlingsmetoder og analyseteknikker afhænger af forskningsspørgsmålene.

Dataindsamling

To kvalitative dataindsamlingsmetoder, der kan være relevante i denne sammenhæng, er [46]:

- **Semistrukturerede interviews**, der gennemføres én-til-én mellem forskeren og en deltager. De benytter ofte en interviewguide med spørgsmål, der er relevante i forhold til de overordnede forskningsspørgsmål. Sådanne interviews varer typisk 40-60 minutter og kan foregå fysisk eller online – helst i rolige omgivelser uden forstyrrelser. Interviews egner sig særligt til at indsamle viden om den enkeltes synspunkter, erfaringer, overbevisninger og motivation – uden påvirkning fra andre – og til at drøfte følsomme emner.
- **Fokusgruppediskussioner**, som derimod gennemføres med 3-8 deltagere og en facilitator. De benytter som regel en diskussionsguide, der også er tilpasset de overordnede forskningsspørgsmål. I modsætning til interviews er denne metode velegnet til at belyse gruppedynamikker og normer i en given befolkningsgruppe – herunder ligheder og forskelle i synspunkter. Det kræver dygtig facilitering at sikre, at alle deltagere føler sig trygge ved at dele deres holdninger.

Der er nogle fælles ting, man skal huske på med begge metoder:

- Interview- eller diskussionsguiden bør give plads til at opbygge tillid mellem forskeren og deltagerne. Indledende spørgsmål kan fungere som uformelle "icebreakere", efterfulgt af brede spørgsmål om emnet og til sidst mere specifikke eller følsomme spørgsmål.
- Spørgsmålene bør være åbne – dvs. ikke kunne besvares med et simpelt "ja" eller "nej" – for at opmuntre deltagerne til at tale frit fra leveren.
- Ledende spørgsmål – altså spørgsmål, der antyder et ønsket svar – bør undgås.
- Intervieweren/facilitatoren bør være fleksibel, da deltagerne kan bringe emner på banen, som er relevante, men ikke nævnt i guiden. Der bør gives tid til disse samtaler, før man vender tilbage til de øvrige spørgsmål.
- Det er vigtigt, at intervieweren eller facilitatoren er indlevende og opmærksom på, hvornår det kan være nødvendigt at holde pause, skifte emne eller afslutte samtalen – især ved følsomme emner.

Dataanalyse

Kvalitative metoder giver en række muligheder samt fleksibilitet i analysen af data, hvilket gør det muligt at vælge den tilgang, der bedst passer til undersøgelsen. To udbredte analysetilgange er indholdsanalyse og tematisk

analyse. Hvis kvalitativ dataanalyse kan ses som et spektrum, er indholdsanalyse mere beskrivende, mens tematisk analyse er mere fortolkende.

Indholdsanalyse er en overordnet betegnelse for *systematisk kodning og kategorisering* af tekstbaserede data [47]. Den har rod i kommunikationsteori og omfatter analyse af ords forekomst og mønstre for at udlede betydning. "Koder" (små meningsbærende tekstdele) grupperes i kategorier baseret på fælles mønstre. Dette kan ske induktivt (koder skabes ud fra data) eller deduktivt (koder er foruddefinerede på baggrund af teorier, rammer eller modeller). Indholdsanalyse kan også udføres kvantitativt – f.eks. ved at tælle, hvor mange gange et bestemt tema nævnes i en diskussion – men i en kvalitativ tilgang tages også den sammenhæng, hvori ordene indgår, i betragtning for at afdække både åbenbar og underliggende betydning.

Tematisk analyse er processen med at identificere relevante temaer eller mønstre i data [48]. Den starter ligesom indholdsanalyse med kodning, men går videre end kategorisering af data og søger at tolke de *latente betydninger* i teksten – dvs. at udlede de idéer, antagelser, begreber og værdier, der kan ligge bag det sagte. Disse temaer kan udvikles både induktivt og deduktivt – men ofte vil de deduktive temaer blive justeret undervejs, i takt med at de latente betydninger i datasættet afdækkes.

Værktøjer til at muliggøre selvrefleksion og begrænse bias

Det er vigtigt at huske, at forskere – uanset om der er tale om kvalitativ eller kvantitativ folkesundhedsforskning – ikke blot er passive observatører, men kan have en aktiv indflydelse på undersøgelsen og dens resultater. Alle forskerens valg i forskningsprocessen – fra udformningen af forskningsspørgsmål til analysen af data – påvirkes af vedkommendes baggrund, perspektiver og bevidste eller ubevidste forudindtagethed. Det er derfor afgørende at forholde sig proaktivt til dette under forskningsprocessen og fortolke resultaterne i overensstemmelse hermed. Kvalitativ forskningsmetodologi tilbyder en række redskaber til at fremme denne selvrefleksionsproces og begrænse bias, herunder:

- **Refleksivitetserklæringer** – Forskeren skal reflektere over, hvorfor vedkommende beskæftiger sig med netop dette forskningsområde, hvilke forudfattede holdninger vedkommende måtte have til målgruppen, og hvordan forskerens identitet og baggrund eventuelt kan påvirke både selve forskningsarbejdet og fortolkningen af resultaterne. Denne selvrefleksion opsummeres derefter i et kort afsnit, som vedlægges ved formidlingen af resultaterne for at sikre gennemsigtighed [49].
- **Forskertrianglering/deltagerverifikation** – To eller flere forskere kan kode et udsnit af data uafhængigt af hinanden og derefter sammenligne koderne for at identificere forskelle og ligheder, hvorefter de i fællesskab når til enighed om, hvordan dataene bør tolkes og kategoriseres. Dette øger resultaternes troværdighed. En tilsvarende proces kan også gennemføres med deltagere fra målgruppen for at validere den viden, der er udledt af deres bidrag til dataindsamlingen – dette kaldes deltagerverifikation (*member-checking*) [50].

Yderligere ressourcer

Der findes en række ressourcer, som beskriver forskningsprocessen i detaljer – herunder hvordan man gennemfører dataanalyse og fortolker resultaterne. Disse omfatter:

- WHO's "[A field guide to qualitative research for new vaccine introduction](#)" (Vejledning i kvalitativ forskning inden for introduktion af nye vacciner)
- WHO's "[Rapid qualitative research to increase COVID-19 vaccination uptake: a research and intervention tool](#)" (Hurtig kvalitativ forskning til øget vaccination mod covid-19: et forsknings- og interventionsværktøj)

Tjeklisten "[Consolidated criteria for reporting qualitative research \(COREQ\)](#)" – en nyttig vejledning til rapportering og beskrivelse af kvalitativ forskning.

2.2 Metoder til at imødegå adfærdsmæssige barrierer i forhold til vaccination

Oversigt over indsatser til fremme af vaccinationsvillighed

Tabellerne nedenfor udgør en oversigt over indsatser på nationalt og regionalt plan, som kan tjene som inspiration og støtte ved udformningen af indsatser rettet mod suboptimal vaccinationsdækning. Eksemplerne vedrører børnevaccination (tabel 3), vaccination mod humant papillomavirus (HPV) (tabel 4), vaccination mod covid-19 og influenza (tabel 5) samt vaccination mod andre sygdomme (kighoste og mpox) (tabel 6). Mange af indsatserne er rettet mod sårbare befolkningsgrupper, herunder migranter, og er baseret på at understøtte dialogen mellem sundhedspersoner, der er ansvarlige for at give vaccination, og patienter. Der præsenteres desuden EU-finansierede eller delvist EU-finansierede flerlandeindsatser (tabel 7).

For at indsamle disse nationale og regionale eksempler på indsatser kontaktede ECDC's direktør den 4. september 2024 centrets kompetente koordineringsorganer. Hun anmodede dem om at udpege en eller flere eksperter i vaccinationsvillighed i deres respektive lande, som kunne besvare et spørgeskema (tekstboks 4) og stå til rådighed for eventuelle yderligere præciseringer. En påmindelse blev sendt i den første uge af oktober 2024.

Tekstboks 4. Spørgeskema til nationale eksperter om vaccinationsvillighed og -tilslutning

1. Ledende organisation (dvs. navnet på den organisation, der havde det overordnede ansvar for indsatsen)
 2. Samarbejdspartnere (dvs. navnet på eventuelle organisationer, der har bistået med at udforme/gennemføre og/eller evaluere indsatsen)
 3. Indsatsniveau (dvs. på hvilket niveau indsatsen blev gennemført) – Ét svar:
 - a. Nationalt
 - b. Regionalt
 - c. Lokalt
 - d. Flere niveauer
 - e. Andet: Angiv venligst: *Fri tekst*
 4. Målgruppe (dvs. hvilken eller hvilke befolkningsgrupper var målpopulation i forbindelse med indsatsen?) – Ét svar:
 - a. Den brede offentlighed
 - b. Voksne (18 år og derover)
 - c. Børn (til og med 12 år)
 - d. Unge (13-17 år)
 - e. Forældre/Omsorgspersoner
 - f. Ældre
 - g. Socialt udsatte grupper
 - h. Sundhedspersonale
 - i. Medier
 - j. Andet – angiv venligst: *Fri tekst*
 6. Angiv gerne yderligere relevante oplysninger om målpopulationen: *Fri tekst*
 7. Beskriv venligst kort indsatsen. Vi er interesserede i følgende aspekter (kortfattet men dækkende besvarelse):
 - a. Hvad var det konkrete formål med indsatsen i forhold til målpopulationen/-populationerne?
 - b. Hvad var baggrunden for indsatsen? (Angiv eventuel begrundelse eller motivation, herunder tidligere forskning/data om vaccinationsdækning/erfaringer, hvis relevant)
 - c. Hvornår og hvor fandt indsatsen sted?
 - d. Hvad var de vigtigste aktiviteter?
 - e. Hvad var resultaterne eller virkningen af indsatsen? (Angiv oplysninger om formel eller uformel evaluering, hvis relevant)
 - f. Hvad anser du for de vigtigste erfaringer fra udformningen, gennemførelsen og/eller evalueringen af indsatsen? Angiv gerne faktorer, der bidrog til eller hindrede indsatsen, samt eventuelle løsninger eller indsigter, du har opnået undervejs.
 8. Har du et eksternt, offentligt websted eller et dokument, der opsummerer indsatsen eller beskriver nøgleaktiviteter? Angiv link her (hvis relevant): *Fri tekst* Eller upload relevante filer her (hvis relevant): *Felt til upload af filer*
- Er der andet, du ønsker at dele om indsatsen og dine erfaringer? *Fri tekst*

Fjorten ud af 30 EU-/EØS-lande svarede på henvendelsen og indsendte i alt 26 eksempler på indsatser, hvoraf 24 er medtaget i tabellerne nedenfor. Beskrivelserne af indsatserne er let redigeret for at sikre ensartet stil og præsentation, men gengives i øvrigt, som de blev indsendt via spørgeskemaet fra de pågældende lande (herunder links, hvor disse er oplyst). I nogle tilfælde er oplysningerne blevet suppleret via e-mail i forbindelse med den eksterne gennemgang, og disse oplysninger er indarbejdet i teksten nedenfor.

Der blev afholdt en workshop med deltagelse af medarbejdere fra ECDC og en ekstern ekspert for at gennemgå eksemplerne og klassificere hver indsats efter 5C-modellen. Mange af indsatserne dækkede to eller flere af de fem C'er, og de fleste relaterede til *tillid* og/eller *begrænsninger*. Færre eksempler relaterede til *beregning* eller *ligegyldighed*, og der blev ikke indsendt nogen eksempler, der relaterede til *fælles ansvar*.

ECDC tog desuden kontakt til flere EU-finansierede, flerlandeprojekter via koordinering med Eurohealthnet, herunder RIVER-EU (*Reducing Inequalities in Vaccination uptake in the European Region*) og AcToVax4NAM (*Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants*) [34,35]. En national ekspert i Frankrig, som var udpeget af ECDC's kompetente koordineringsorgan i landet, formidlede kontakt til koordinatorene for JITSUVAX (*Jiu Jitsu with misinformation in the age of COVID-19*) [36]. Yderligere oplysninger om disse EU-finansierede flerlandeprojekter findes i tabel 7.

Tabel 3. Indsatser i forbindelse med børnevaccinationsprogrammer

Medlemsstat	Målgruppe	Beskrivelse af indsats	Tilsvarende C'er
Danmark [51]	Sundhedspersonale	Et halvdags uddannelsesmodul blev gennemført for sundhedsplejersker fra mange af de 98 kommuner i Danmark. Uddannelsesmodulet omfattede viden om det danske børnevaccinationsprogram og de vaccineforebyggelige sygdomme samt vejledning i kommunikation med vaccineskeptiske forældre. Sundhedsplejerskerne blev udpeget som "vaccinationsambassadører" og opfordret til at dele deres erfaringer med kolleger. Gruppen blev udvalgt som målgruppe, da sundhedsplejersker regelmæssigt besøger nybagte forældre og er til stede i skoler. Programmet blev gennemført i 2019, 2021 og 2022. En systematisk evaluering blev ikke gennemført, men der blev indsamlet feedback ved afslutningen af hver dag. Deltagerne satte pris på opdateret viden om sygdomme omfattet af vaccinationsprogrammet og værdsatte muligheden for erfaringsudveksling med kolleger. Interessen for programmet var stabil gennem årene.	Tillid
Frankrig [52-54]	Forældre/Omsorgspersoner	Jordemødre blev undervist i brugen af motivationsterapi for at forberede nybagte mødre og deres partnere på vaccinationen af deres nyfødte. Erfaringer fra Quebec viser, at motivationsterapi, ved at opbygge et partnerskab mellem sundhedspersonen og patienten, kan styrke motivationen og engagementet i adfærdsændring. Indsatsen fandt sted fra november 2021 til april 2022 på to fødeafdelinger: Sainte Musse, Toulon; Saint Joseph, Marseille i det sydøstlige Frankrig. Der blev gennemført et randomiseret, kontrolleret forsøg, hvor der sås et betydeligt fald på 33 % i betænkeligheder ved vaccination i gruppen, der deltog i motivationssamtaler, sammenlignet med et ikke-signifikant fald på 17 % i kontrolgruppen (informationspjece). Det oprindeligt målte fald i betænkeligheder ved vaccination blev fastholdt, da mødre blev kontaktet syv måneder efter, at de havde forladt barselsafdelingen. En arbejdsgruppe er ved at undersøge, om denne indsats kan overføres til andre målpopulationer. Denne indsats blev delvist finansieret via tilskud 964728 (JITSUVAX) under EU's rammeprogram for forskning og innovation, Horisont 2020, jf. tabel 7. Mere information: www.jitsuvax.com	Tillid, Beregning

Sverige [55,56]	Sundhedspersonale	WHO's programmer for tilpasning af immuniseringsprogrammer (TIP), der omfatter en trinvis tilgang til at identificere barrierer og fremmende faktorer for vaccination i lokale sammenhænge, udforme og udvikle skræddersyede indsatser og gennemføre og følge op på aktiviteter, er blevet oversat og tilpasset svenske forhold med henblik på regional gennemførelse. Indtil videre har fire regioner igangsat pilotprojekter på grundlag af denne vejledning. Nogleaktiviteterne omfatter workshopper med henblik på at fremme TIP-metoden hos hver af de regionale aktører, der er ansvarlige for gennemførelsen af det nationale immuniseringsprogram (NIP). Der er også organiseret fælles møder med regionale aktører samt forelæsninger, samarbejde og udveksling af erfaringer. Tilpasningen er baseret på tidligere arbejde med TIP-vejledningen fra 2013 med fokus på et somalisk samfund uden for Stockholm. Dette skete, da der på trods af en generelt høj vaccinationsdækning i Sverige, for så vidt angår børnevaccination under NIP, er behov for bedre at støtte regionale og lokale aktører med henblik på at forstå ændringer i vaccinationsdækning og -villighed. Et vigtigt læringspunkt har været, at der ud over oversættelse er behov for kontinuerlig kontekstuel tilpasning. Pilotprojekterne fremmer fælles kapacitetsopbygning, kollektiv læring og vidensgenerering. Pilotprojekterne startede i 2021 og løber frem til 2025, hvorefter der vil blive foretaget en evaluering. Den svenske TIP-vejledning vil blive revideret og opdateret i 2025 på baggrund af feedback og erfaringer fra arbejdet med de fire pilotprojekter.	Tillid, Begrænsninger, Ligegyldighed
Sverige [57,58]	Sundhedspersonale	Der er udviklet undervisningsmateriale til at understøtte dialogen om vaccination. Denne indsats er rettet mod sygeplejersker og læger, der arbejder med vaccination i børne- eller skolesundhedsplejen. Den kan også anvendes af andre sundhedspersoner, der arbejder med vaccination. Formålet er at støtte vaccinationssygeplejersker i at opbygge tillid under samtaler med forældre ved at tilbyde et værktøj til en struktureret og åben dialog og træningsmoduler til refleksion og træning sammen med kolleger i det lokale miljø. Dialog mellem sundhedspersonale og forældre er kendt for at være et effektivt redskab til at opbygge tillid til vaccination. Resultaterne fra en kvalitativ interviewundersøgelse foretaget af Folkhälsomyndigheten i Sverige i 2019 blandt sygeplejersker (i børne- og skolesundhedsplejen) viste, at der var en mangel på støtte og strukturer til sygeplejersker i situationer, hvor de følte sig utilpas og ikke vidste, hvordan de skulle forholde sig til forældres specifikke spørgsmål og/eller generelle tvivl forud for en vaccinebeslutning. For at imødekomme dette behov blev skræddersyet undervisningsmateriale udviklet med inspiration fra WHO's undervisningsmateriale "Conversations to build trust in vaccination and other studies". Det vigtigste undervisningsmateriale for sundhedspersonale, som har kunnet downloades siden 2023, omfatter en brugervejledning til gennemførelse af undervisningen, en PowerPoint-præsentation til undervisningen og en folder, der opsummerer femtrinsværktøjet til støtte for dialogen. Femtrinstilgangen har til formål at skabe en åben dialog med forældre om vaccination og samtidig udforske og besvare de spørgsmål, de måtte have. Materialets tilgængelighed er blevet kommunikeret flere gange under den europæiske vaccinationsuge og via forskellige e-mails til faglige netværk. Under udarbejdelsen af materialet blev der afholdt en række workshopper for at teste og samskabe materialet med målgrupperne i et par regioner og faglige netværk. Efter offentliggørelsen er der	Tillid, Begrænsninger, Ligegyldighed

		gennemført en række præsentationer og workshopper for at udbrede materialet og følge op på reaktionerne på det. Den systematiske evaluering af værktøjet vil blive indledt i 2025.	
Rumænien	Forældre/Omsorgspersoner	Indsatsen fokuserer på at sende påmindelses-sms'er til forældre og omsorgspersoner. Rumænien har haft et nationalt elektronisk vaccinationsregister siden 2011. Afsendelse af påmindelser via sms blev indført i 2018 med det formål at øge omsorgspersoners efterlevelse af børnevaccinationsprogrammet i henhold til det nationale vaccinationsskema. Omsorgspersoners efterlevelse af anbefalingerne om vaccination af børn falder normalt, undtagen for de vaccinationer, der anbefales i de første dage efter fødslen. Dette kan skyldes tvivl, men også utilstrækkelig information om den anbefalede alder for vaccination og tilgængeligheden af vaccinerne. SMS'erne sendes på nationalt plan – for hvert barn – inden den forventede vaccinationsdato. Det påtænkes at vurdere virkningen af denne indsats.	Begrænsninger

Tabel 4. Indsatser i forbindelse med vaccination mod humant papillomavirus (HPV)

Medlemsstat	Målgruppe	Beskrivelse af indsats	Tilsvarende C'er
Danmark [59]	Socialt udsatte grupper	Indsatsen havde fokus på dialog med personer med etnisk minoritetsbaggrund med det formål at dele viden om HPV-vaccination og andre sundhedstilbud, opnå indsigt i barrierer i målgruppen og styrke tilliden til sundhedsvæsenet, sundhedspersonale og sundhedsmyndigheder. Sundhedsstyrelsen samarbejdede med Mino Danmark om at gennemføre "Mino Talks", et arrangement, der fremmer demokratisk dialog og giver borgere med minoritetsbaggrund mulighed for at debattere og åbne op omkring udfordringer. Der blev afholdt seks Mino Talks, og der blev iværksat opsøgende aktiviteter i alle områder, hvilket øgede opbakningen til arrangementerne. Hver Mino Talk omfattede to paneldebatter, hvoraf den første specifikt omhandlede HPV-vaccination og screening for livmoderhalskræft. Panelerne varierede fra by til by, så lokale synspunkter også kunne blive hørt. Arrangementerne blev afholdt i oktober og november 2023 i Vejle, Brøndby, Gellerupparken, Vollsrose, Tingbjerg og Slagelse. Områderne blev udvalgt, fordi de huser mange borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Publikum var generelt meget engageret og spørgelystent. Derudover fungerede det godt, at panelerne omfattede personer med egne levede erfaringer, som var villige til dele deres historier. Det var med til at skabe en tryk atmosfære.	Tillid, Begrænsninger, Ligegyldighed
Tyskland [60]	Børn (12 år og derunder), Unge (13-17 år)	Sundhedstjekket af unge (J1), som tilbydes af praktiserende læger og børnelæger, kan gennemføres i alderen 12 til 14 år. Det er en mulighed for at kontrollere den generelle sundhedstilstand, vaccinationsstatus og pubertetsudvikling. Sådanne regelmæssige sundhedstjek er gratis og giver anledning til kontakt mellem de unge og deres forældre og sundhedspersoner – og er dermed en oplagt mulighed for at minde målgrupperne om HPV-vaccination. Evalueringer tyder på, at der er større chance for øget tilslutning til HPV-vaccination, hvis unge kvinder benytter sig af J1-sundhedstjekket. Sammenhængen mellem J1-sundhedstjekket og tilslutningen til HPV-vaccination var stærkest hos 12-årige og aftog med alderen. Dette tyder på, at der er en positiv sammenhæng mellem J1-	Begrænsninger, Tillid, Ligegyldighed

		sundhedstjekket og HPV-vaccination generelt og vaccination i rette tid inden seksuel debut. J1-sundhedstjekket udnyttes dog endnu ikke i tilstrækkelig grad af unge i Tyskland. Yderligere information om J1-sundhedstjekket: Alle børn i Tyskland har ret til 10 U-undersøgelser. Omkostningerne dækkes af sygesikringen. U-undersøgelserne finder sted i de første seks leveår. Ved disse undersøgelser kontrollerer børnelægen, om barnet udvikler sig alderssvarende. Dette omfatter emner som vaccinationsbeskyttelse. U-undersøgelserne hjælper med at opdage sygdomme eller udviklingsforsinkelser på et tidligt stadium. Rettidig behandling eller særlig støtte kan forhindre eller i det mindste mindske mulige sundhedsmæssige konsekvenser. I ungdomsårene tilføjes en yderligere forebyggende undersøgelse, J1.	
Tyskland [61]	Sundhedspersonale	Sundhedspersonale, herunder børnelæger og lægeassistenter i privat praksis i Bremen og Bayern, blev uddannet i motivationsterapi for at kunne støtte patienter i deres beslutning om HPV-vaccination. Indsatsen omfattede en vurdering af behovene for efteruddannelse, bl.a. hvilke temaer inden for HPV-vaccination der opleves som vanskelige, via en repræsentativ spørgeundersøgelse. På baggrund heraf blev uddannelsesaktiviteter udviklet, som kobledes motivationsterapi med emner inden for HPV-vaccination. De deltagende private praksisser modtog enten a) traditionel uddannelse om HPV, b) uddannelse i motivationsterapi eller c) ingen uddannelse. Evalueringen af det deltagende sundhedspersonales evne til at føre samtaler om HPV-vaccination ved hjælp af motivationsterapi var endnu i gang på tidspunktet for indsendelse af data til ECDC i oktober 2024. Begrænsningerne omfattede vanskeligheder med at rekruttere sundhedspersonale og overbevise dem om at tilegne sig viden om nye metoder.	Tillid
Rumænien	Risikogrupper	Visse højrisikogrupper tilbydes refusion af vacciner (50 % til 100 %), herunder vacciner mod HPV, skoldkopper, meningokoksygdomme (B, ACWY) og hepatitis B, med fokus på personer med kroniske lidelser. I Rumænien var vaccination af voksne, herunder sundhedspersonale, ikke særlig udbredt før september 2023. Kun covid-19, influenza, dTpa til gravide, hepatitis B-vaccine til ikke-vaccinerede i dialyse og HPV-vaccination til unge kvinder blev tilbudt gratis inden for det nationale vaccinationsprogram. I slutningen af august 2023 blev der vedtaget en ny lovramme, der regulerer refusionen af visse vacciner til visse højrisikogrupper med det formål at øge tilgængeligheden af og tilslutningen til visse vacciner. Der tilbydes kurser for sundhedspersonale sammen med forbedrede kommunikationskampagner. Nogle af årsagerne til den lave vaccinationstilslutning blandt visse højrisikogrupper er omkostningerne ved vaccinerne, vanskelighederne med at få adgang til dem samt manglende anbefalinger fra den sædvanlige sundhedsudbyder. Vurderingen for 2023-2024 viser, at indsatsen har ført til øget HPV-vaccination. I løbet af de første 10 måneder med tilskudsberettiget vaccination påbegyndte over 70 000 personer et vaccinationsforløb. Der blev også observeret øget tilslutning til influenzavaccination, især blandt børn, sammenlignet med foregående sæson.	Begrænsninger

Tabel 5. Vaccinationsindsatser mod covid-19 og influenza

Medlemsstat	Målgruppe	Beskrivelse af indsats	Tilsvarende C'er
Bulgarien [62]	Den brede offentlighed, Sundhedspersonale	En webbaseret uddannelsesplatform ved navn "+men (+me)" om vaccination blev lanceret under covid-19-pandemien for at fremme vaccination mod covid-19 og imødegå bekymringer omkring vaccination. Formålet var at hjælpe den brede offentlighed med at træffe informerede valg om vaccination ved at give information i et lettilgængeligt sprog fra pålidelige sundhedsfaglige kilder. Efter covid-19-pandemien blev webstedet udvidet til at omfatte hele vaccinationsprogrammet. Emnerne omfatter forklaringer på risici ved vaccineforebyggelige sygdomme og fordelene ved vaccination samt information om sikkerhed og adgang til vaccination. Oplysningerne til forskellige grupper i den brede offentlighed er tilpasset deres behov. Oplysninger rettet mod sundhedspersonale omfatter videnskabeligt baseret materiale om vaccinationens fordele, oplysninger om vacciners egenskaber og optagelser af webinarer af interesse for fagfolk. Målet med projektet er at styrke sundhedspersonalets beredskab til at anvende immunprofylakse optimalt og håndtere patienternes bekymringer.	Beregning, Ligestyldighed, Tillid
Danmark [63,64]	Socialt udsatte grupper	Under vaccinationsprogrammet mod covid-19 blev der gennemført en række lokalt forankrede indsatser med bl.a. pop op-vaccination og informationsformidling for at nå socialt udsatte befolkningsgrupper med lavere vaccinationstilslutning end gennemsnittet. Et udvalg af disse indsatser er anført nedenfor: Dansk Flygtningehjælp oprettede en hotline, hvor borgere med etnisk minoritetsbaggrund kunne få svar på deres spørgsmål om covid-19-vaccination på deres modersmål og fra medarbejdere med kendskab til og indsigt i deres kulturelle baggrund. Et netværk af læger med minoritetsbaggrund gennemførte pop op-vaccination i målgruppens lokalområder. Sundhedsfaglige personer fra Sundhedsdialogkorpset deltog i pop op-vaccination på f.eks. skoler, gymnasier, offentlige steder og arbejdspladser og ved kulturelle arrangementer for at dele information og besvare spørgsmål.	Begrænsninger, Tillid
		Fonden for Socialt Ansvar udarbejdede informationsmateriale, der blev delt ud af frivillige "ambassadører" i boligområder, som alle afspejlede målgruppens sammensætning med hensyn til køn og etnisk baggrund. Pop op-vaccination blev også gjort tilgængelig for ansatte i butikskæder, hvor organisationen bag butikkerne stillede faciliteter og personale til rådighed, herunder vaccinationsstandere i lagerbygninger. Røde Kors tilbød ledsagelse til vaccination for udsatte borgere i alle kommuner og var til stede på vaccinationssteder. I samarbejde med Danmarks Almene Boliger – interesse- og brancheorganisation for de almene boligorganisationer – blev medarbejdere og beboere informeret om vaccination gennem artikler og andre medier. En kvalitativ evaluering af erfaringerne med de målrettede indsatser er gennemført. Selvom der ikke kunne fastslås nogen direkte årsagssammenhæng, viste overvågningsdata på lokalt niveau en stigning i vaccinationsdækning før og efter de målrettede indsatser.	

		En vigtig lektie var, at pop op-vaccinationssteder er markant mindre succesfulde, hvis de ikke ledsages af en solid indsats med hensyn til lokal forankring og informationsformidling.	
Estland	Ældre, Risikogrupper	Personlige påmindelser om vaccination mod influenza og covid-19 blev sendt via mobil til ældre og andre risikogrupper fra Estlands Sygesikringsfond. Personer, der tilhørte målrisikogrupperne, når det kom til influenza og covid-19, blev identificeret, og der blev oprettet et mobilt beskedsystem, der sendte rettidige påmindelser til disse grupper med information om, hvornår og hvor de burde blive vaccineret. Denne indsats blev iværksat for at imødegå spørgsmål om, hvornår, hvor og hvem der bør vaccineres, og for at styrke eksisterende kampagner i sociale og traditionelle medier. Indsatsen blev indført for to år siden og fortsætter i dag i influenzasæsonen. Uformel feedback fra både befolkningen og sundhedsmedarbejdere har været positiv og fremhæver tiltaget som en dækkende og effektiv metode til at øge vaccinationstilslutningen.	Begrænsninger, Lige gyldighed
Finland	Børn (6 år og derunder), Forældre/Omsorgspersoner	Et initiativ blev gennemført med influenzavaccination i daginstitutioner ved hjælp af vaccinatører fra kommunale sundhedscentre. Målgrupperne for vaccination omfattede børn på fem år og derunder samt seksårige, der tilbringer tid i daginstitution før og efter forskolen, og deres forældre og omsorgspersoner, hvis disse tilhørte risikogrupper. Indsatsen fandt sted i Etelä-Savo i perioden 2020-2022. Formålet var at beskytte børn og lokalsamfundet mod influenza, som let kan spredes, især i lukkede miljøer som daginstitutioner. Plakater blev opsat i institutionerne for at informere forældre om, at vaccination blev tilbudt – uden behov for yderligere markedsføring. Der skulle ikke bestilles særskilt tid, da vaccinationen fandt sted i forbindelse med, at barnet blev afleveret eller hentet. Mange børnefamilier blev nået med minimale ressourcer, og vaccinationsdækningen steg lokalt.	Begrænsninger, Lige gyldighed
Finland	Den brede offentlighed, Voksne (18 år og derover)	I flere byer, for eksempel Espoo og Tampere, blev der tilbudt vaccination i store indkøbscentre. Sundhedspersonalet kom fra kommunens/byens sundhedscentre, mens vaccinerne blev leveret fra det lokale lægemiddeldepot eller hospitalsapotek. Indkøbscentre blev vurderet som centralt placerede og let tilgængelige, hvilket gjorde dem til et bekvemt sted at tilbyde vaccination. Når vaccination tilbydes på lettilgængelige steder, kan det øge vaccinationsdækningen og bidrage til at beskytte lokalsamfundet mod influenza og covid-19, idet det sparer den enkelte for tid og besvær. Vaccination i et velkendt miljø, som et indkøbscenter, kan mindske stress og ubehag forbundet med medicinske procedurer. Det store antal besøgende i indkøbscentre gør det muligt at vaccinere et stort antal personer på kort tid. Dog kræver vaccinationsarrangementer i indkøbscentre god planlægning og organisering for at sikre, at det hele forløber sikkert og effektivt. Gennem samtaler med de områder, hvor initiativet blev gennemført i perioden 2020-2022, blev det klart, at beboerne var tilfredse med dette tilbud. Folk behøvede ikke at afsætte ekstra tid til at blive vaccineret, da det kunne klares i forbindelse med andre ærinder.	Begrænsninger
Grækenland [65]	Befolkningsgrupper i fjerntliggende områder, Socialt udsatte grupper	Siden januar 2021 er der blevet gennemført en række tiltag for at lette adgangen til covid-19-vaccination for alle borgere. Vaccinationsprogrammet blev udrullet i fjerntliggende egne og på øer gennem oprettelsen af yderligere vaccinationscentre.	Begrænsninger

		Programmet for vaccination i hjemmet – herunder med privatpraktiserende læger og mobile vaccinationsenheder – blev udviklet for at gøre det muligt at vaccinere personer, der ikke selv kunne møde op på et vaccinationssted, herunder sårbare grupper som flygtninge, migranter og romaer. Til støtte for dette initiativ blev der udviklet en ny softwareapplikation til planlægning og registrering af aftaler foretaget af privatpraktiserende læger og sundhedscentre. Vaccinationsdata blev indsamlet via implementeringen af det første elektroniske vaccinationsregister (IIS).	
Irland [66]	Sundhedspersonale, Gravide	Formålet med indsatsen var at øge vaccinationsvilligheden blandt gravide ved at imødekomme deres spørgsmål og bekymringer. Der var særligt fokus på udvikling af materiale og uddannelse til jordemødre. Der blev nedsat et nationalt forum med henblik på at lytte til og forstå kvinders bekymringer og udarbejde materiale i samarbejde med jordemoderundervisere, herunder videoer til støtte for jordemødre i deres kommunikation med patienter. Jordemødre er betroede personer, der spiller en stor rolle for kvinder under graviditeten. Derudover blev der afholdt regelmæssige webinarer med lokale sundhedsarbejdere for at støtte dem i deres rolle som centrale formidlere i forbindelse med covid-19-vaccinationsprogrammet, så de hurtigt kunne besvare spørgsmål med faktuelle oplysninger og yde støtte. Der blev også samarbejdet med NGO'er, der repræsenterer udsatte befolkningsgrupper såsom den irske <i>Travelling Community</i> (f.eks. Pavee Point), og med sundhedspersonale om at udvikle videoer med klare og korrekte informationer på 10 sprog. Vaccinen blev gjort tilgængelig på apoteker og i visse fødselsafdelinger. Aktiviteterne fandt sted fra september til december 2021 på fødeafdelinger og apoteker. Nogle fødeafdelinger tilbød vaccinationsklinikker på stedet med høj villighed blandt de gravide. Under indsatsen blev der opnået en vaccinationstilslutning på 58 % blandt indlagte gravide og 77 % blandt deres partnere.	Tillid, Begrænsninger
Irland [67]	Socialt udsatte grupper	I perioden 2021-2023 blev der oprettet et fælles forum for migrantorganisationer med det formål at dele opdateringer om covid-19-vaccinationsprogrammet, få indsigt i deres behov og imødekomme deres ønsker om støtte. I 2022 udgjorde ikke-irske statsborgere næsten 12 % af befolkningen i Irland. Formålet var at støtte alle personer, der boede i Irland og var berettiget til covid-19-vaccination, og at forstå deres behov for information, under særlig hensyntagen til sprog, formater og måden, hvorpå vi taler om vacciner og imødekommer bekymringer og spørgsmål. Aktiviteterne omfattede månedlige onlinemøder med grupper fra lokalsamfund for at lytte til deres bekymringer og besvare spørgsmål, som de modtog fra deres medlemmer, samt ugentlige opdateringer om kampagneaktiviteter fra sundhedsmyndighederne, der blev sendt pr. e-mail til videreformidling i grupperne. Der blev også tilbudt målrettet uddannelse i motivationsterapi til lokalsamfundene. Desuden blev der stillet et mindre beløb til rådighed for grupper fra lokalsamfund, så de kunne udvikle egne informationsmaterialer.	Begrænsninger, Tillid
Irland [68]	Den brede offentlighed, Socialt udsatte grupper	Målet var at gøre covid-19-vaccinen tilgængelig for så mange som muligt og reducere sygdomsbyrden. Aktiviteter, der har været i gang siden 2021, omfatter vaccinationsklinikker i lokalsamfundet, rådgivning om risici ved covid-19 og fordelene ved at vaccinere mod covid-19, samt flere muligheder for at blive vaccineret mod covid-19. Der blev taget særligt hensyn til personer, der lever i kollektive omgivelser, ved at tilbyde vaccination på stedet	Begrænsninger

		(f.eks. i fængsler og langtidsplejefaciliteter og blandt flygtninge, der søger beskyttelse) og til udsatte befolkningsgrupper (f.eks. personer, der benytter sig af tilbud til hjemløse). Der blev også givet adgang til vaccination mod covid-19 i miljøer, hvor der var udbrud, f.eks. i kødpakkerier. Der blev oprettet mobile vaccinationsklinikker i tilgængelige lokalområder og indkøbscentre. Vaccinen blev tilbudt gratis til berettigede personer på deltagende apoteker og hos praktiserende læger. Udbrud blev reduceret som følge af høj vaccinationstilslutning. Der blev opbygget tillid i lokalsamfundene ved at forstå og imødekomme deres bekymringer. Tilgængelighed var et centralt aspekt, da man overvejede, hvordan vaccinationsklinikkerne skulle etableres. Desuden blev der sendt påmindelser via sms og e-mail til de berettigede grupper.	
Litauen [69]	Sundhedspersonale	En indsats blev gennemført med det formål at øge vaccinationen af risikogrupper mod covid-19 ved at indføre et økonomisk incitament til sundhedspersonale, som opfordrede enkeltpersoner i risikogrupper til at få både sæsoninflenzavaccination og opdateret covid-19-vaccination ved samme besøg. Vaccination blev anbefalet til risikogrupper som personer med kroniske sygdomme, personer over 65 år, sundhedspersonale, beboere på plejehjem og gravide kvinder. Vaccination mod covid-19 kunne gives på alle sundhedscentre, der havde covid-19-vacciner til rådighed, og det var ikke nødvendigt, at personen var tilknyttet det pågældende sundhedscenter. Tidsbestilling foregik via det elektroniske system IPR IS (Advance Patient Registration System), og covid-19-vaccination var gratis for alle.	Begrænsninger
Slovakiet [70]	Socialt udsatte grupper	En kampagne blev gennemført for at overvinde hindringer for vaccination mod covid-19 i Rožňava-distriktet – et område med spredt bebyggede landsbyer og store afstande – med det formål at bekæmpe misinformation og lav opmærksomhed på fordelene ved vaccination. De primære målgrupper var marginaliserede og etniske minoriteter, herunder romabefolkningen og den ungarske minoritet. Kampagnen fandt sted fra maj 2021 til marts 2022 og omfattede mobile vaccinationsteams, der besøgte byer, små kommuner, arbejdspladser og private hjem, samt møder med repræsentanter fra områder med lave vaccinationsrater og ekstra vaccinationsdage på hospitaler. Der blev oprettet en telefonlinje til tidsbestilling og besvarelse af spørgsmål om vaccination. Der blev også udarbejdet målrettet informationsmateriale i form af foldere på flere sprog, tv-spots, et kampagnewebsite og opslag på sociale medier. Resultatet af indsatsen var en stigning i vaccinationsdækningen i Rožňava-distriktet fra 21 % i maj 2021 til 42 % i marts 2022 – med variationer fra 13 % til 60 % i de forskellige kommuner. Andre regionale folkesundhedskontorer i Slovakiet har udtrykt interesse for at bruge erfaringerne fra denne indsats i deres egne aktiviteter.	Tillid, Begrænsninger, Ligegyldighed
Sverige	Risikogrupper	Personer i alderen 18-64 år, som tilhører sygdomsrisikogrupper for så vidt angår influenza, identificeres via elektroniske patientjournaler (baseret på ICD-10-koder). Information om sæsoninflenzavaccination sendes til disse personer i form af et brev til deres hjemadresse. Dette sker hvert år inden opstarten af den sæsonbestemte influenzavaccinationskampagne.	Begrænsninger

		Ved at sende informationen direkte til de berørte personer kan sundhedspersonalet give dem et venligt skub i retning af vaccination og dermed øge vaccinationsdækningen.	
Rumænien	Den brede offentlighed, Risikogrupper	Influenzavaccination blev tilbudt på apoteker i lokalsamfundet sammen med et uddannelsesprogram for farmaceuter med henblik på at fremme og tilbyde influenzavaccination. Apoteker blev autoriseret til at tilbyde influenzavaccination, og de deltagende apoteker blev promoveret. I Rumænien er tilslutningen til influenzavaccination lav – både blandt risikogrupper og i den brede offentlighed. Denne indsats, der blev iværksat i sæsonen 2022-2023, havde til formål at øge adgangen til influenzavaccination, særligt for den brede offentlighed, og at reducere spredningen af influenzavirus i samfundet. Et stigende antal farmaceuter blev uddannet, og flere apoteker blev tilsluttet ordningen. Samtidig steg antallet af vaccinationer mod influenza, som blev foretaget på apoteker.	Begrænsninger

Tabel 6. Indsatser i forbindelse med vaccination mod andre sygdomme (mpox, kighoste)

Medlemsstat	Målgruppe	Beskrivelse af indsats	Tilsvarende C'er
Finland [71]	Mpox-risikogrupper	I 2022 blev vaccination mod mpox administreret af personalet i HIV Point i deres lokaler. HIV Point drives af den finske HIV-stiftelse og har til formål at fremme sundhed, trivsel og ligestilling for dem, der er mest berørt af HIV, med særligt fokus på forebyggelse af HIV og andre seksuelt overførte infektioner. Testning, støtte og rådgivning tilbydes til personer med HIV og andre seksuelt overførte infektioner. Borgere kan modtage deres vaccination anonymt og få information om HIV og hepatitis B. Brugerne var tilfredse med tilbuddet. HIV Point blev opfattet som et frirum, hvor personer i risikogruppen kunne lade sig vaccinere uden at blive stemplet eller stigmatiseret.	Begrænsninger
Norge [72,73]	Gravide, Sundhedsplejersker	Indsatsen fokuserede på at sætte sundhedspersonale i stand til at vaccinere gravide mod kighoste. Aktiviteterne omfattede tilpasning af retningslinjerne for svangerskabsrådgivning, tilføjelse af vaccination af gravide til jordmoderuddannelsen, en lovændring, der gav jordemødre ret til at rekvirere vacciner, samt juridiske præciseringer vedrørende tilstrækkelig overvågning af vaccinationsdækning, effektivitet og sikkerhed (dvs. lovæssig adgang til personoplysninger fra flere centrale sundhedsregistre). Indsatsen er landsdækkende, og vaccination gives i forbindelse med det rutinemæssige graviditetstjek i uge 24. Kvinder, der har passeret uge 24, tilbydes også en supplerende vaccination ved næste egnede tjek. Undersøgelser af holdninger, intentioner og informationsbehov hos sundhedspersonale og gravide i relation til vaccination mod kighoste blev gennemført for at understøtte planlægningen af indsatsen. Derudover blev fagforeninger for sundhedspersonale inddraget, og der blev sendt informationsbreve til kommunerne før og under implementeringen. Implementeringen blev indledt i maj 2024. I løbet af de første seks måneder blev 27 058 gravide i målgruppen vaccineret, hvilket svarer til en anslået dækningsgrad på 69 %.	Tillid, Begrænsninger

Tabel 7. EU-finansierede eller delvist EU-finansierede flerlandeindsatser

Lande	Målgruppe	Beskrivelse af indsats	Tilsvarende C'er
Frankrig, Tyskland, Rumænien, Det Forenede Kongerige [36,74]	Sundhedspersonale	JITSUVAX (<i>Jiu Jitsu with misinformation in the age of COVID-19</i>) er et Horisont 2020-finansieret projekt, der koordineres af University of Bristol i samarbejde med fem andre EU-institutioner samt én i Canada. Projektet løber fra april 2021 til marts 2025. En ramme bestående af fire trin – den såkaldte "Empathetic Refutational Interview"-metode (ERI-metode) – er blevet udviklet og testet i online-undersøgelser med borgere, der havde betænkeligheder ved vaccination, og derefter gennemført som uddannelsesindsats i Det Forenede Kongerige, Frankrig, Tyskland og Rumænien. Indsatsen omfattede uddannelse af sundhedspersonale i brugen af ERI-metoden og evaluering af, hvordan tilegnelsen af denne metode påvirkede deres færdigheder og selvtillid, samt den efterfølgende indvirkning på patienternes tillid og holdninger til vaccination og på vaccinationstilslutningen. ERI-metoden tager afsæt i motivationsterapi og har desuden til formål direkte at imødegå misinformation om vaccination. Indsatsen blev gennemført i perioden 2022-2024. Online-testen viste, at personer med betænkeligheder ved vaccination var mere modtagelige over for sundhedspersonale, der anvendte ERI-metoden, end over for en kontrolgruppe, hvor misforståelser blev imødegået med rene fakta. I alle fire lande viste uddannelsesindsatsen, at ERI-metoden styrkede sundhedspersonalets færdigheder og selvtillid i samtaler om vaccination og i håndteringen af misinformation. ERI-indsatsen blev delvist finansieret via tilskud 964728 (JITSUVAX) under EU's rammeprogram for forskning og innovation, Horisont 2020.	Tillid, Beregning
Grækenland, Polen, Nederlandene, Slovakiet [34]	Negligerede grupper	<i>Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region – Engaging Underserved communities</i> (RIVER-EU) er et EU-finansieret femårigt projekt (2021-2026), hvorunder der er iværksat en række tiltag for at imødegå sundhedssystemrelaterede barrierer for vaccination for negligerede grupper i fire europæiske lande: Grækenland, Polen, Nederlandene og Slovakiet. RIVER-EU indledtes med en analyse af barrierer og drivkræfter for adgang til vaccination i hver gruppe, baseret på WHO's model for sundhedssystemets opbygning (<i>Building Blocks of the Health System</i>) [75]. Ved en realistisk gennemgang blev der desuden identificeret 36 sundhedsinterventioner med dokumenteret effekt i forhold til at øge vaccinationstilslutning blandt negligerede grupper. På baggrund af disse resultater blev der gennemført deltagerbaseret overførbarehedsforskning ("participatory transferability research") i hvert land for at identificere og vælge relevante og overførbare indsatser for at overvinde hindringer og styrke katalysatorer i samarbejde med alle relevante interessentgrupper [76]. Disse omfattede f.eks. forældre, unge, sundhedspersoner, lærere, sundhedsmyndigheder, lokale myndigheder, NGO'er og beslutningstagere. Den indsats, som alle fire lande vurderede som mest nyttig, var en såkaldt sundhedsfremmer-indsats ("health promoter intervention"). Sundhedsfremmere anvender deres kulturelle og sproglige kendskab til den negligerede gruppe til at formidle skræddersyet information om vaccination, overvinde specifikke barrierer, opbygge tillid og støtte enkeltpersoner i	Tillid, Begrænsninger, Ligegyldighed, Beregning

		at navigere i sundhedssystemet for at få adgang til vaccination. Herudover blev andre tilgange fra andre evidensbaserede indsatser overvejet individuelt afhængigt af den specifikke sammenhæng [76]. På baggrund af erfaringer med sundhedsfremmere fra andre sammenhænge tilpassede hvert land indsatsen med konkrete elementer og formidlingsformer baseret på resultaterne fra overførbarhedsanalyserne [77,78]. I alle sammenhænge spillede inddragelsen af sundhedspersoner – især læger – en vigtig rolle for indsatsens troværdighed. Enten blev sundhedspersoner selv uddannet som sundhedsfremmere (Polen), sat sammen med en sundhedsfremmer (Grækenland, Holland) eller var til stede for at yde specialiseret rådgivning efter behov (Slovakiet). En fælles erfaring var, at indsatsen er fleksibel, kan tilpasses lokale behov og bidrager til at nedbryde adgangsbarrierer for vaccination. RIVER-EU har fastholdt fokus på borgernes egne perspektiver gennem deltagelsesbaseret forskning.	
Cypern, Tyskland, Grækenland, Italien, Malta, Polen, Rumænien, Spanien [35]	<i>Professionals FOR Health (PFH)</i>, Alle sundheds- og socialfaglige medarbejdere involveret i vaccination af nyankomne migranter	<i>Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants (AcToVax4NAM)</i> var et tre et halvt år langt projekt finansieret af EU4Health-programmet. AcToVax4NAM-projektet anvendte en omfattende og flerstrengt metode med det formål at forbedre adgangen til og tilslutningen til vaccination blandt nyankomne migranter i EU/EØS. Der blev udviklet et konceptuelt rammeværktøj, der repræsenterer hele vaccinationsforløbet og inddeler det i fem centrale faser: berettigelse, adgang, kompliance, gennemførelse og evaluering. Dette værktøj er nyttigt til at identificere systemiske barrierer og foreslå løsninger til at overvinde dem. For at styrke de sundheds- og socialfaglige medarbejders kompetencer blev der udviklet specialiserede, landespecifikke uddannelsesforløb med fokus på organisatorisk vaccinekompetence og kulturel forståelse. Derudover blev der udarbejdet en ordliste over vigtige begreber vedrørende vaccination ("Glossary of Essential Terms on Vaccination"), som har til formål at øge sundhedsvæsenets opmærksomhed omkring vaccinekompetence og bidrage til enkel og klar formidling af væsentlig information om vacciner. Ordlisten henvender sig primært til ikke-sundhedsfaglige medarbejdere, der i deres daglige arbejde møder nyankomne migranter og ad den vej kan yde en sundhedsfremmende indsats og oplyse om vaccination. Der er også udarbejdet flowdiagrammer, der skal hjælpe landene med at identificere specifikke barrierer og tage løsninger i brug, som er tilpasset de specifikke omstændigheder. Desuden blev der oprettet en brugervenlig database med eksisterende og nyudviklede værktøjer. Alle projekts resultater, herunder afprøvede løsninger og endelige anbefalinger, er tilgængelige på projektets websted.	Begrænsninger

Sådan anvender du WHO's 5-trins-ramme til strukturering af udviklingen af strategier og indsatser til fremme af vaccinationsvillighed

WHO's model "5 trin til anvendelse af adfærdsvidenskab" er en trinvis ramme, der kan bruges til at strukturere udviklingen af strategier og indsatser rettet mod at øge vaccinationsvilligheden [2]. Modellen bygger på en "systemtænkningstilgang", dvs. en forståelse af, hvordan forskellige elementer i et system interagerer og påvirker hinanden – for at imødegå den kompleksitet, der kendetegner folkesundhedsudfordringer. Dette afsnit indeholder vejledning i, hvordan de fem trin i modellen kan anvendes i forbindelse med udviklingen af strategier og indsatser for vaccinationsvillighed, herunder hvordan de metoder og værktøjer, der præsenteres i denne rapport, kan integreres i processen.

De 5 trin omfatter:

- Trin 1: at **definere** problemet i adfærdsmæssige termer
- Trin 2: at **diagnosticere** faktorer, der fremmer eller hindrer den identificerede adfærd
- Trin 3: at **udforme** strategien med fokus på de specifikke målgruppers behov
- Trin 4: at **implementere** strategien
- Trin 5: at **evaluere** indsatsen med henblik på læring og eventuelle justeringer.

Trin 1: Definér

Første skridt er at vælge en måladfærd at fokusere indsatsen på. Det sker ved at overveje, hvilken indflydelse en ændring af adfærden vil have på det ønskede resultat, og hvor realistisk det er at ændre adfærden og måle en sådan ændring. Jo mere præcist en måladfærd kan defineres, desto lettere bliver det at målrette og evaluere indsatsen.

Kort sagt handler det om at formulere problemet som et spørgsmål om adfærd: "Hvem" skal gøre "hvad" anderledes – samt "hvor", "hvornår" og "hvor ofte"? Det er vigtigt at overveje ikke kun målgruppens adfærd, men også andres adfærd, som kan have indflydelse på udfaldet.

Overvej følgende spørgsmål:

- Hvis adfærd skal ændres?
- Hvilken adfærd bør ændres? Hvem skal gøre hvad anderledes?
- Hvor skal de gøre det?
- Hvornår og hvor ofte skal de gøre det?

Trin 2: Diagnosticér

Andet skridt består i at afdække de barrierer og fremmende faktorer, som har betydning for, om den ønskede adfærd udøves – uanset om det handler om at tage en ønskelig adfærd til sig, ophøre med en uhensigtsmæssig adfærd eller ændre en eksisterende adfærd. Disse barrierer og fremmende faktorer kan være forankret i den enkelte selv (f.eks. evner eller motivation), i den sociale og kulturelle kontekst (f.eks. hvad andre gør eller forventer, bevidst eller ubevidst), eller i strukturelle forhold (f.eks. infrastruktur, overkommelighed).

Spørgeundersøgelsesværktøjet (afsnit 2.1), der bygger på 5C-modellen (ligegyldighed, bekvemmelighed, tillid, beregning og fælles ansvar), er udviklet til at understøtte dataindsamling med henblik på at identificere barrierer og fremmende faktorer for vaccination. Det kan hjælpe med at klarlægge, hvad der skal ændres for at øge vaccinationstilslutningen. Værktøjet kan anvendes som et øjebliksbillede (tværsnitsundersøgelse) eller over tid (longitudinel undersøgelse).

Det indeholder både kvantitative og kvalitative spørgsmål samt spørgsmål til indsamling af sociodemografiske oplysninger. En kombination af kvantitative og kvalitative data – en såkaldt *mixed-methods*-tilgang – giver mulighed for mere nuanceret indsigt fra flere perspektiver og gør det lettere at identificere relevante indsatsområder.

Selv ved begrænsede ressourcer og manglende ekspertise bør denne diagnostiske fase ikke springes over, da den danner grundlaget for en effektiv og målrettet indsats.

Overvej følgende spørgsmål:

- Hvilke adfærdsmæssige barrierer og drivkræfter påvirker vaccinationsvillighed?
- Hvilke af de fem C'er er særligt relevante for den/de pågældende målpopulation(er) i forhold til den specifikke vaccination?
- Er der flere af C'erne, der spiller en rolle for nogle populationer i forbindelse med netop denne vaccination?

Trin 3: Udform

De indsigter, der blev opnået i trin 2 (Diagnosticér), danner grundlaget for at udforme strategier og indsatser, der har størst sandsynlighed for at indvirke positivt på vaccination. Oversigten over indsatser med henblik på at øge vaccinationsvilligheden, som præsenteres tidligere i dette afsnit, indeholder konkrete eksempler, der kan inspirere og danne grundlag for udformningen af strategier og indsatser skræddersyet til bestemte C'er.

Strategier og indsatser bør skræddersys, så de imødekommer målpopulationens særlige behov og præferencer. De bør udformes i samarbejde med målpopulationen selv og med relevante interessenter. Erfaring viser, at effekten er størst, når indsatserne kombineres og understøtter hinanden.

Overvej følgende spørgsmål:

- Hvilke strategier og indsatser kan motivere til eller lette måladfærd?
- Er strategierne og indsatserne acceptable og relevante i forhold til målpopulationens behov og præferencer?
- Inkluderer dine valgte strategier en kombination af tilgange, som understøtter hinanden og tager højde for flere af de fem C'er?

Trin 4: Implementér

Næste skridt er at planlægge, hvordan strategien eller indsatsen skal gennemføres – med fokus på "hvad", "hvor", "hvornår" og "hvem". En detaljeret plan for indsatsen – med beskrivelse af de konkrete elementer (f.eks. leveringsform, aktører, kontekst) og en vurdering af mulige barrierer og fremmende faktorer for hvert element – kan være særdeles nyttig. Det kan være en fordel at udnytte synergier med andre lokale, nationale og internationale initiativer – som f.eks. den europæiske vaccinationsuge – for at øge indsatsens rækkevidde og gennemslagskraft [80].

Samarbejde med målgruppen i udformningsfasen kan øge sandsynligheden for, at indsatsen lykkes. Samtidig styrkes accepten blandt både målgruppen og andre vigtige aktører (såsom dem, der skal levere indsatsen), og der opnås en bedre forståelse af de barrierer og fremmende faktorer, som kan påvirke implementeringen.

Eksempler på sådanne barrierer og fremmende faktorer omfatter:

- Omkostninger for målgruppen: Er indsatsen forbundet med lave eller høje omkostninger for deltagerne?
- Integration i eksisterende systemer: Hvordan passer indsatsen ind i allerede eksisterende arbejdsgange? Er der opbakning fra andre vigtige interessenter?
- Teknologiske begrænsninger: Har målgruppen adgang til internettet og de nødvendige digitale færdigheder?
- Tidsmæssige begrænsninger: Har din målgruppe tid til at deltage i indsatsen?
- Politisk kontekst: Hvordan kan den bredere politiske situation påvirke indsatsen?
- Fysisk adgang: Har målgruppen praktisk mulighed for at deltage – eller er de f.eks. ofte på farten?

Overvej følgende spørgsmål:

- Hvordan skal indsatsen leveres – f.eks. personligt fremmøde, digitale medier, trykte medier, mobilapp?
- Hvilket indhold skal leveres?
- Hvem skal levere indholdet?
- Hvor skal implementeringen finde sted?
- Hvor lang tid vil implementeringen strække sig over?

Trin 5: Evaluér

Evaluerer er en uomgængelig del af enhver strategi eller indsats – både for at vurdere, om målene nås, og for at kunne dokumentere effekt og justere tilgangen undervejs. Konkret kan evaluering bidrage til at:

- Indsamle viden om, hvorvidt en indsats virker.
- Forstå, hvorfor den virker (eller ikke virker) – og for hvem.
- Identificere uventede resultater.
- Vurdere, hvor bredt erfaringerne kan anvendes.
- Retfærdiggøre ressourceforbrug.
- Foretage nødvendige tilpasninger eller forbedringer af indsatsen på baggrund af løbende opfølgning og evaluering.

Der findes tre hovedtyper af evaluering, som knytter sig til forskellige faser af en strategi eller indsats:

- Procesevaluering – Hvilke typer aktiviteter og tiltag i forbindelse med strategien eller interventionen kan følges og dokumenteres?
- Resultatevaluering – Kan der drages konklusioner om, hvilken virkning strategierne og indsatserne har haft, målt ved før-/efter-ændringer i f.eks. viden, holdninger eller adfærd?
- Effektevaluering – Hvilken indflydelse har strategierne og indsatserne haft på selve vaccinationstilslutningen (f.eks. ændringer i dækningsgraden blandt risikogrupper)?

Evaluerings i mindre skala kan være nyttige som led i udviklingen og tilpasningen af en strategi eller indsats for at opnå større sundhedseffekt, inden den eventuelt udrulles bredere. Data til evalueringen kan hentes fra flere kilder, herunder dokumentgennemgange samt indsamling af primære data ved hjælp af kvalitative og/eller kvantitative metoder.

WHO har udgivet en detaljeret vejledning i evaluering af indsatser, der adresserer sundhedsrelateret adfærd – herunder relevante overvejelser og værktøjer [81].

Overvej følgende spørgsmål:

- Er strategien eller indsatsen gennemførlig og acceptabel?
- Er strategien eller indsatsen blevet gennemført efter hensigten?
- Hvilke ændringer i måladfærden kan spores – og kan de tilskrives indsatsen?

Henvisninger

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA. Stockholm: ECDC, 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/facilitating-covid-19-vaccination-acceptance-and-uptake>
2. World Health Organization (WHO). Principles and steps for applying a behavioural perspective to public health. Geneva: WHO; 2021. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/bi-tag-technical-note1_principles-and-steps.pdf?sfvrsn=efdefb39_5&download=true
3. Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Habersaat KB. Towards equity in immunisation. Euro Surveill. 2019;24(2):1800204. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800204>
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat assessment brief: Measles on the rise in the EU/EEA – Considerations for public health response. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-measles-rise-eueea-considerations-public-health-response>
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Increase of pertussis cases in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-pertussis-cases-eueea>
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-report-national-seasonal-influenza-vaccination-recommendations>
7. European Commission (EC). Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. Brussels: EC; 2009. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2009/1019/oj>
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-vaccination-coverage-eueea-during-2023-24-season-campaigns-1-september>
9. World Health Organization (WHO). Immunisation Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO; 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
10. Dubé E, Gagnon D, MacDonald N, Bocquier A, Peretti-Watel P, Verger P. Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: a review of qualitative studies. Expert Rev Vaccines. 2018 Nov;17(11):989-1004.
11. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data – 2015–2017. Vaccine. 2018 Jun 18;36(26):3861-7.
12. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet. 2011 Aug 6;378(9790):526-35.
13. Vaccination Acceptance Research Network (VARN) – Sabin Vaccine Institute. VARN2022: Shaping Global Vaccine Acceptance with Localized Knowledge. Washington, DC: Sabin Vaccine Institute; 2022. Available at: <https://www.sabin.org/global-immunization/vaccination-acceptance-research-network/varn2022-conference>
14. Dudley MZ, Privor-Dumm L, Dubé È, MacDonald NE. Words matter: Vaccine hesitancy, vaccine demand, vaccine confidence, herd immunity and mandatory vaccination. Vaccine. 2020 Jan 22;38(4):709-11.
15. World Health Organization (WHO). Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake. Geneva: WHO; 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049680>
16. MacDonald SE, Russell ML, Liu XC, Simmonds KA, Lorenzetti DL, Sharpe H, et al. Are we speaking the same language? an argument for the consistent use of terminology and definitions for childhood vaccination indicators. Hum Vaccin Immunother. 2019;15(3):740-7.
17. Dubé È, Ward JK, Verger P, MacDonald NE. Vaccine Hesitancy, Acceptance, and Anti-Vaccination: Trends and Future Prospects for Public Health. Annu Rev Public Health. 2021 Apr 1;42:175-91.

18. 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.
19. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *Eur J Psychol Assess*. 2022;38(4):261-9.
20. Rees F, Geiger M, Lilleholt L, Zettler I, Betsch C, Böhm R, et al. Measuring parents readiness to vaccinate themselves and their children against COVID-19. *Vaccine*. 2022 Jun 21;40(28):3825-34.
21. Lewandowsky S, Schmid P, Habersaat KB, Nielsen SM, Seale H, Betsch C, et al. Lessons from COVID-19 for behavioural and communication interventions to enhance vaccine uptake. *Commun Psychol*. 2023 Nov 24;1(1):35.
22. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4161-4.
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 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>
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). E-learning: how to address online vaccination misinformation. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/e-learning-how-address-online-vaccination-misinformation>
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Effective communication around the benefit and risk balance of vaccination in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/effective-communication-around-benefit-and-risk-balance-vaccination-eueea>
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Communication on immunisation. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-and-vaccines/communication>
27. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Vaccination Information Portal. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://vaccination-info.europa.eu/en>
28. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. Factsheet – Implementation of EU actions to boost vaccine confidence. Brussels: European Commission; 2022.
29. European Commission: Joint Research Centre, Hoffmann M, Baggio M, Krawczyk M. Vaccination demand and acceptance – A literature review of key behavioural insights. Publications Office of the European Union; 2023.
30. European Commission: Joint Research Centre, Baggio M, Krawczyk M, Nohlen H, Pantazi M, et al. Applying lessons from behavioural sciences to vaccination acceptance and demand – Final report. Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2760/420194>
31. The Vaccine Confidence Project. State of vaccine confidence in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b89452df-6958-11ed-b14f-01aa75ed71a1/language-en>
32. Coalition for Vaccination. Brussels: 2025. Available at: <https://coalitionforvaccination.com>
33. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. #UnitedInProtection. Brussels: European Commission. Available at: https://vaccination-protection.ec.europa.eu/index_en
34. Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region (RIVER-EU). Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region – Engaging Underserved communities. RIVER-EU [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://river-eu.org/>
35. Access to vaccination for newly arrived migrants (Act2Vax4NAM). Results. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.accesstovaccination4nam.eu/results>
36. University of Bristol. The JITSUVAX Project – Jiu Jitsu with misinformation in the age of COVID-19. [Accessed 11 Apr 2025]. Available at: <https://jitsuvax.info>
37. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). TIP Tailoring Immunization Programmes. Copenhagen: WHO/Europe; 2019. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054492>
38. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong 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.

39. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019 Apr 24;37(18):2494-501.
40. Oudin Doglioni D, Gagneux-Brunon A, Gauchet A, Bruel S, Olivier C, Pellissier G, et al. Psychometric validation of a 7C-model of antecedents of vaccine acceptance among healthcare workers, parents and adolescents in France. *Nature. Sci Rep* 2023;13:19895. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46864-9>
41. Marron L, Ferenczi A, O'Brien KM, Cotter S, Jessop L, Morrissey Y, et al. A national survey of parents' views on childhood vaccinations in Ireland. *Vaccine*. 2023 Jun 7;41(25):3740-54.
42. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019;37(18):2494-501. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.041>.
43. Guest G, Namey E. Sampling: The foundation of good research. In *Sampling: The foundation of good research*. Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publications Inc; 2015. Available at: <https://doi.org/10.4135/9781483398839.n17>
44. Stickley T, O'Caithain A, Homer C. The value of qualitative methods to public health research, policy and practice. *Perspect Public Health*. 2022 Jul;142(4):237-40.
45. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 2018 Dec;24(1):9-18.
46. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J*. 2008 Mar 22;204(6):291-5.
47. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*: Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009. Available at: https://pages.ischool.utexas.edu/yanz/Content_analysis.pdf
48. Moira Maguire BD. Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *Dundalk: All Ireland Journal of Higher Education*; 2017. Available at: <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
49. Michelle K, Jamieson GHG, Pownall M. Reflexivity in quantitative research: A rationale and beginner's guide. 2023;17(4). Available at: <https://doi.org/10.1111/spc3.12735>
50. Stahl NA, King JR. Understanding and Using Trustworthiness in Qualitative Research. *Journal of Developmental Education*. 2020;44(1).
51. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Sundhedsplejersker som vaccinations-ambassadører [Sundheds nurses as vaccination ambassadors]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Barnets-sundhed/Vaccination-af-boern/Boernevaccinationsprogrammet/Sundhedsplejersker-som-vaccinationsambassadoerer>
52. Verger P, Cogordan C, Fressard L, Gosselin V, Donato X, Biferi M, et al. A postpartum intervention for vaccination promotion by midwives using motivational interviews reduces mothers' vaccine hesitancy, south-eastern France, 2021 to 2022: a randomised controlled trial. *Euro Surveill*. 2023 Sep;28(38): 2200819. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.38.2200819>
53. Garrison A, Fressard L, Mitilian E, Gosselin V, Berthiaume P, Casanova L, et al. Motivational interview training improves self-efficacy of GP interns in vaccination consultations: A study using the Pro-VC-Be to measure vaccine confidence determinants. *Hum Vaccin Immunother*. 2023 Dec 31;19(1):2163809.
54. Mitilian E, Gosselin V, Casanova L, Fressard L, Berthiaume P, Verger P, et al. Assessment of training of general practice interns in motivational interviews about vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 2022 Nov 30;18(6):2114253.
55. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Metod för att förstå förändringar i vaccinationstäckning och vaccinationsvilja [A method to understand changes in vaccination acceptance and uptake]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2024. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/kommunicera-om-vaccinationer/metod-for-att-forsta-forandringar-i-vaccinationstackning-och-vaccinationsvilja>
56. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Uppföljning av orsaker till lägre vaccinationstäckning [Follow-up of reasons for lower vaccination coverage]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-orsaker-till-lagre-vaccinationstackning/>

57. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination inom barnhälsovård, elevhälsa och andra verksamheter [To talk about vaccination in child healthcare, student health and other activities]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-inom-barnhalsovard-elevhalsa-och-andra-verksamheter-anvandarhandledning-for-verksamhet-som-erbjuder-vaccination>
58. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination – fem steg för att utforska och möta frågor [Talking about vaccination – five steps to explore and meet questions]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-fem-steg-for-att-utforska-och-mota-fragor>
59. Mino Danmark. Homepage. Copenhagen.. [Accessed: 11 Apr 2025]. Danish. Available at: <https://mino.dk/>
60. Rieck T, Feig M, Deleré Y, Wichmann O. Utilization of administrative data to assess the association of an adolescent health check-up with human papillomavirus vaccine uptake in Germany. *Vaccine*. 2014 Sep 29;32(43):5564-9.
61. Robert Koch Institute Germany (RKI). Intervention Study to Increase HPV Vaccination Coverage in Germany. Berlin: RKI; 2023. Available at: <https://www.rki.de/EN/Topics/Infectious-diseases/Immunisation/Research-projects/invest-hpv.html?nn=16781014>
62. Bulgarian Ministry of Health. Специализиран сайт за имунизациите в България [Specialized site for immunizations in Bulgaria]. Bulgarian. Sofia: Bulgarian Ministry of Health [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.плюсмен.бг>
63. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Særligt målrettede vaccinationsindsatser [Specially targeted vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Corona/Vaccination/SAERLIGT-MAALRETTEDE-VACCINATIONSINDSATSER.ashx?sc_lang=da&hash=9D6B47A611387F5C363CEA4506EDAF43
64. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Evaluering af den nære vaccinationsindsats [Evaluation of the vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2021. Available at: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Corona/Vaccination/Evaluering-af-den-saerlige-vaccinationsindsats-i-uge-22-til-25-2021.ashx>
65. Government of Greece. Εμβολιασμός κατά της COVID-19 [Vaccination against COVID-19]. Greek. Athens: Government of Greece; 2022. Available at: <https://emvolio.gov.gr>
66. Leader reporter. Covid-19 vaccination clinic to open at University Maternity Hospital Limerick. Limerick: Limerick Live; 2021. Available at: <https://www.limerickleader.ie/news/coronavirus/666433/covid-19vaccinationclinic-to-open-at-university-maternity-hospital-limerick.html>
67. Health Service Executive (HSE) Ireland. Translated COVID-19 information. Dublin: HSE Ireland; 2024. Available at: <https://www.hse.ie/eng/services/covid-19-resources-and-translations/translated-covid19-information>
68. Niamh Griffin. Vaccine uptake among homeless people reaches 80%. Dublin, Cork: Irish Examiner; 2021. Available at: <https://www.irishexaminer.com/news/arid-40308689.html>
69. Official Statistics Portal Lithuania. Šaltojo sezono skiepai [Cold season starting]. Lithuanian. Vilnius: Official Statistics Portal Lithuania. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://osp.stat.gov.lt/skiepu-svieslente>
70. RÚVZ so sídlom v Rožňave [Rožňava Regional Health Office]. VIDEOSPOT - Vakcinačná kampaň RÚVZ Rožňava [Vaccination campaign of the Rožňava Regional Health Office]. Slovak. Rožňava: Rožňava Regional Health Office; 2021. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=ODsVbK2AUJs>
71. HIV Point. Homepage (English). Helsinki: HIV Point. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://hivpoint.fi/en>
72. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Kikhostevaksine til gravide [Whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide>
73. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Innføring av tilbud om gratis kikhostevaksine til gravide [Introduction of offer of free whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide/om-innforingen-av-kikhostevaksine-til-gravide/>
74. Holford D, Schmid P, Fasce A, Lewandowsky S. The empathetic refutational interview to tackle vaccine misconceptions: Four randomized experiments. *Health Psychology*. 2024;43(6):426-37.

75. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/258734>
76. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. Implement Sci. 2018 Jun 26;13(1):88.
77. Molokwu J, Dwivedi A, Mallawaarachchi I, Hernandez A, Shokar N. Tiempo de Vacunarte (time to get vaccinated): Outcomes of an intervention to improve HPV vaccination rates in a predominantly Hispanic community. Prev Med. 2019 Apr;121:115-20.
78. Parra-Medina D, Morales-Campos DY, Mojica C, Ramirez AG. Promotora Outreach, Education and Navigation Support for HPV Vaccination to Hispanic Women with Unvaccinated Daughters. J Cancer Educ. 2015 Jun;30(2):353-9.
79. Willis N, Hill S, Kaufman J, Lewin S, Kis-Rigo J, De Castro Freire SB, et al. 'Communicate to vaccinate': the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. BMC Int Health Hum Rights. 2013 May 11;13:23.
80. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). European Immunization Week. Copenhagen: WHO/Europe; 2025. Available at: <https://www.who.int/europe/campaigns/european-immunization-week>
81. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). Evaluating the impact of interventions addressing health behaviour: considerations and tools for policy-makers. Copenhagen: WHO/Europe; 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10200-49972-75147>

**European Centre for Disease
Prevention and Control (ECDC)**

Gustav III:s Boulevard 40
16973 Solna, Sweden

Tel. +46 858 60 10 00
ECDC.info@ecdc.europa.eu

www.ecdc.europa.eu



Publications Office
of the European Union