



# RAZEM

**przeciw chorobom zakaźnym**

---

Strategia na rzecz podniesienia poziomu wyszczepialności

---



# **RAZEM przeciw chorobom zakaźnym**

## **Strategia na rzecz podniesienia poziomu wyszczepialności**

Autorzy raportu w kolejności alfabetycznej:

**prof. dr hab. n. med. Adam Antczak**

Przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy,  
Kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**dr n. biol., mgr farm. Marcin Balcerzak**

Medink.eu

**dr hab. n. med. Ernest Kuchar**

Prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii

**dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW**

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Wydawca:

**Fundacja Nadzieja dla Zdrowia**

Ul. Czardasza 22A/4

02-169 Warszawa

ISBN: 978-83-944794-3-5



Wydawnictwo opracowane i sfinansowane ze środków zgromadzonych przez Fundację Nadzieja dla Zdrowia w ramach Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy.

©Fundacja Nadzieja dla Zdrowia 2021. Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub w całości informacji zawartych w raporcie jest zabronione i podlega ochronie praw autorskich.

Niniejszy raport był dyskutowany i analizowany w czasie warsztatów ekspertów, na których wspólnie zostały wypracowane wnioski i rekomendacje zawarte w raporcie.

Uczestnicy konsultacji społecznych w kolejności alfabetycznej:

1. prof. dr hab. Lidia Brydak, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
2. mgr farm. Michał Byliniak, Naczelna Izba Aptekarska
3. prof. dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
4. dr n. o zdrowiu Maria Cianciara, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
5. Daria Dzieniszewska, Pracodawcy RP
6. lek. med. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
7. dr n. med. Mariusz Janikowski, Naczelna Izba Lekarska
8. Katarzyna Kowalska, Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe
9. lek. med. Jacek Krajewski, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie
10. dr Jarosław Król, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
11. Izabela Kucharska, Główny Inspektorat Sanitarny
12. Tomasz Leleno, Naczelna Izba Aptekarska
13. Mariola Łodzińska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
14. dr Jarosław Madowicz, Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych
15. dr n. farm. Piotr Merks, Związek Zawodowy Pracowników Farmacji
16. mgr farm. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Naczelna Izba Aptekarska
17. Janina Przastek, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
18. Beata Rorant, Pracodawcy RP
19. Mariola Stasiewicz, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
20. Anna Śliwińska, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

# Spis treści

<b>1.</b>	<b>Wprowadzenie</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Model popularyzacji szczepień</b> .....	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Dobre praktyki popularyzacji szczepień</b> .....	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>Elementarz skutecznej komunikacji</b> .....	<b>13</b>
<b>5.</b>	<b>Siła oddziaływania postawy profesjonalisty</b> .....	<b>16</b>
	5.1. Lekarz rodzinny .....	21
	5.2. Pielęgniarka .....	22
	5.3. Pediatra .....	24
	5.4. Ginekolodzy, położnicy i położne .....	26
	5.5. Lekarze specjaliści .....	28
	5.6. Farmaceuta .....	29
	5.7. Stomatolog .....	31
	5.8. Rehabilitant i fizjoterapeuta .....	32
	5.9. Ratownik medyczny .....	33
<b>6.</b>	<b>Rola decydentów i instytucji</b> .....	<b>35</b>
	6.1. System Ochrony Zdrowia .....	36
	6.2. Liderzy .....	38
	6.3. Świadczeniodawcy .....	40
<b>7.</b>	<b>Jak komunikować wartość i potrzebę szczepień?</b> .....	<b>42</b>
	7.1. Metoda małych kroków .....	44
	7.2. Wyzwanie dla wszystkich specjalistów .....	44
	7.3. Wypracowane narzędzia .....	45
<b>8.</b>	<b>Inspiracje, innowacje i synergia w promocji szczepień</b> .....	<b>46</b>
<b>9.</b>	<b>Podsumowanie   Rekomendacje</b> .....	<b>48</b>
<b>10.</b>	<b>Literatura</b> .....	<b>51</b>



# 1

## Wprowadzenie

Szczepionki ratują życie i zdrowie. Wszystkie stosowane dziś szczepionki przeszły oceniające ich bezpieczeństwo i skuteczność zapobiegania zachorowaniom rygorystyczne testy, obejmujące badania przedkliniczne i trójfazowe badania kliniczne, w których szczepionki eksperymentalne podawane są ludziom (1, 2). Zwykle badania te trwają latami, jednak w dobie zagrożenia dla życia, jakie spowodowała pandemia wirusa SARS-CoV-2, pierwsze szczepionki przeciw COVID-19 powstały w niespełna rok dzięki bezprecedensowemu tempu i nakładom badawczym. Już dziś wiemy, że wspomniane szczepionki zmieniają przebieg pandemii i dają szansę na jej zakończenie, czego dowodzi historia medycyny.

Szczepionki są ofiarami własnej skuteczności. Praktycznie wyeliminowanie wielu chorób zakaźnych doprowadziło do tego, że ludzie przestali czuć potrzebę ochrony przed zachorowaniami. Dodatkowo, globalnym problemem stała się rosnąca niechęć wobec szczepień, która pogłębia postawy pasywne i obawy dotyczące bezpieczeństwa szczepień.

Wśród 10 największych zagrożeń dla zdrowia na świecie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) wymieniła aż 5 czynników związanych z chorobami zakaźnymi. Były to: globalna pandemia grypy, wirus Ebola i inne patogeny wysokiego ryzyka (m.in. wirusy Zika, Nipah, MERS-CoV oraz tzw. choroba X – nieznaną w chwili publikacji raportu patogen, który może spowodować poważną epidemię), odmowa wykonywania szczepień, choroba Denga oraz HIV (3). Choroba X, w postaci COVID-19, zmieniła życie ludzi na całym świecie. Przygotowanie do odpowiedzi na takie oraz inne zagrożenia oraz zapobieganie im są ważnymi elementami agendy WHO na najbliższe 5 lat (4). W przypadku chorób, przeciw którym istnieją szczepionki zmniejszające ryzyko zachorowania, głównym celem jest osiągnięcie odpowiedniego odsetka zaszczepionej populacji. Społeczna świadomość zagrożenia chorobami zakaźnymi oraz sposobów im zapobiegania są równie ważne, jak krajowe możliwości odpowiedzi na epidemię. Mała wiara w skuteczność szczepionek i brak świadomości zagrożenia ze strony chorób zakaźnych zarówno w społeczeństwie, jak i wśród zawodów medycznych mogą doprowadzić do poważnych konsekwencji. Choć historia ruchów antyszczepionkowych jest tak samo długa, jak samych szczepionek, to dziś dzięki szybkiej wymianie informacji w niespotykany dotąd sposób powielane są wątpliwości dotyczące stosowania szczepionek (5). Ruchy antyszczepionkowe zarówno w przeszłości, jak i dziś mają swój niechlubny udział we wzroście zachorowań na choroby zakaźne i ich epidemie (5, 6). W kontekście programu szczepień przeciw COVID-19 ogólny niski poziom uznania wartości szczepień może mieć negatywne konsekwencje dla jego powodzenia i osiągnięcia celów humanitarnych i gospodarczych (7). Ograniczone stosowanie szczepień i w efekcie niski odsetek zaszczepionej populacji mogą mieć poważne konsekwencje.

Dlatego działania popularyzujące szczepienia i odbudowujące zaufanie społeczne są podstawowymi elementami wspierającym realizację różnych polityk państwa (8). Wszystkie

dokumenty strategiczne w zakresie finansów i rozwoju Polski wskazują na istotność działań profilaktycznych w obszarze zdrowia jako jeden z elementów niezbędnych do osiągnięcia celów (9, 10). Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne przez skuteczne działania profilaktyczne, m.in. przez realizację szczepień ochronnych, jest pierwszym celem strategicznym Polityki Lekowej Państwa (11). Zmianom związanym ze zwiększeniem dostępu do szczepień, egzekwowaniem obowiązku szczepień ochronnych, wsparciem osób, które doświadczają działań niepożądanych po szczepieniach, powinny towarzyszyć równoległe działania promujące szczepienia w społeczeństwie.

Inicjatywy wspierające politykę państwa wymagają zaangażowania przedstawicieli zawodów medycznych. To właśnie w rękach pracowników ochrony zdrowia znajdują się najskuteczniejsze strategie popularyzacji szczepień. W niniejszym raporcie proponujemy podstawowy model popularyzacji szczepień skierowany do wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych. Jego celem jest zaprezentowanie najskuteczniejszych strategii promocji szczepień, sposobu ich wdrożenia do codziennej pracy wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych oraz zaznaczenie potrzeby ciągłego rozwoju na rzecz zwiększania poziomu wyszczepialności, popularyzacji szczepień i znajdowanie synergii między nimi. Proponowany model zaangażowania przedstawicieli zawodów medycznych na rzecz zwiększania odsetka osób zaszczepionych przeciw różnym chorobom zakaźnym może być uzupełnieniem krajowych polityk realizowanych w tym zakresie (12).

**Naszym zdaniem konsekwentna realizacja strategii popularyzacji szczepień przez przedstawicieli zawodów medycznych oraz instytucje państwowe, zmierzająca do zwiększenia poziomu wyszczepialności przeciw chorobom zakaźnym, jest niezbędna do osiągnięcia bezpieczeństwa epidemiologicznego kraju, stojącego u podstaw rozwoju społecznego i gospodarczego.**



2

Model popularyzacji szczepień

Model popularyzacji szczepień (ryc. 1) musi być oparty na silnych fundamentach. W promocji zdrowia działają te same mechanizmy co w medycynie, czyli skuteczność musi zostać udowodniona. W promocji zdrowia, podobnie jak w medycynie, liczą się dowody, a odpowiednikiem medycyny opartej na dowodach (EBM – *evidence-based medicine*) jest promocja zdrowia oparta na dowodach (EBHP – *evidence-based health promotion*) (13, 14). Potwierdzenie skuteczności rozważanych działań promocji zdrowia jest szczególnie ważne, gdy działania wymagają zaangażowania znacznych środków finansowych. Dla indywidualnie podejmowanych działań ma to nieco mniejsze znaczenie, jednak korzystanie z metod o niskiej skuteczności nie przyniesie oczekiwanych wyników i w rezultacie potencjał nie zostanie zrealizowany. Właśnie dlatego tak istotne znaczenie ma **WYBÓR** metod promocji szczepień, który jest pierwszym elementem naszego modelu (ryc. 1) poprzedzającym rozpoczęcie działań.

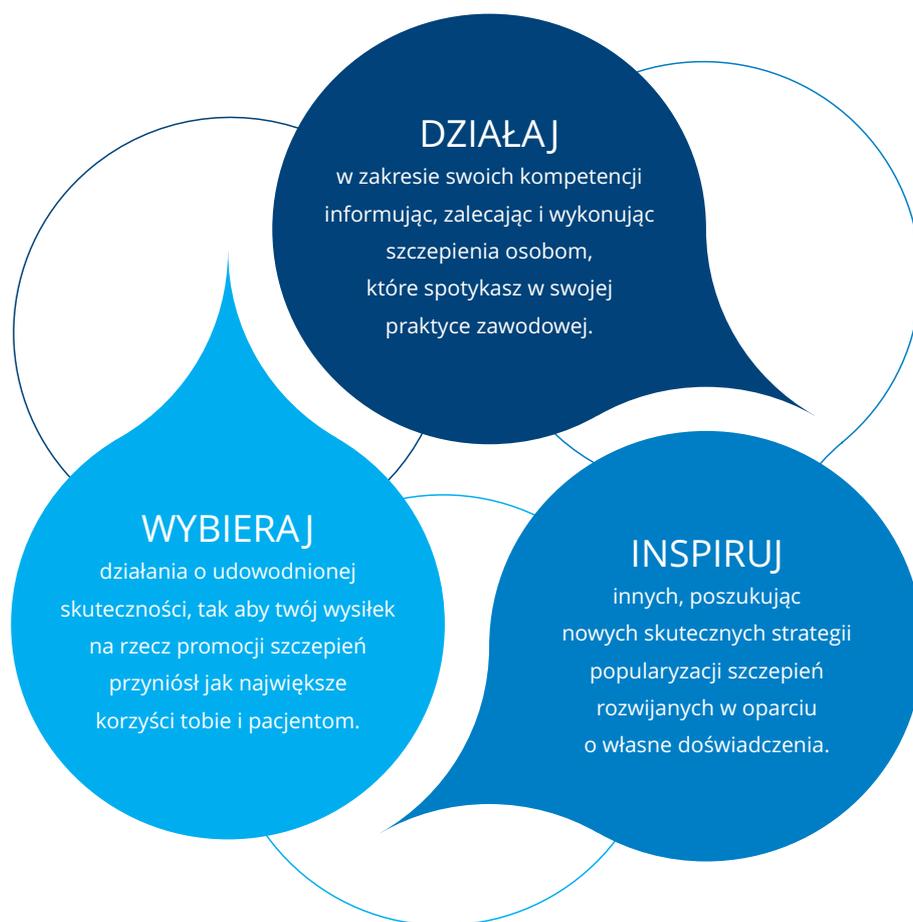
Do wszystkich zawodów ochrony zdrowia przypisane są określone zakresy zadań. Choć różnią się między sobą, to wspólnym elementem są działania związane z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia lub udział w postępowaniu profilaktycznym.

Odniesienia do czynności związanych z zapobieganiem zachorowaniom odnajdziemy w ustawach regulujących pracę lekarzy i dentystów (15), pielęgniarek i położnych (16), farmaceutów (17), diagnostów laboratoryjnych (18), ratowników medycznych (19) i fizjoterapeutów (20).

Niestety choć obowiązek edukacji zdrowotnej i działań profilaktycznych spoczywa na barkach przedstawicieli wszystkich zawodów ochrony zdrowia, to z powodu obciążenia specyficznymi dla każdej z profesji zadaniami, nie jest ów obowiązek realizowany rutynowo. Aby popularyzować szczepienia w ramach obowiązków zawodowych, medycy powinni podejmować wybrane przez siebie **DZIAŁANIA** promujące szczepienia lub wykonywać je w zakresie swoich kompetencji. To właśnie indywidualne działania podejmowane przez profesjonalistów ochrony zdrowia należą do najskuteczniejszych interwencji zwiększających odsetek osób zaszczepionych w populacji. Jego wysoki poziom leży również w interesie przedstawicieli zawodów medycznych, wszędzie tam, gdzie niezbędny jest bezpośredni kontakt z pacjentem lub materiałem biologicznym pobranym od chorego.

**Popularyzacja szczepień to proces.** Przerwanie go prowadzi do stopniowego spadku odsetków osób zaszczepionych i ponownego zwiększenia ryzyka wystąpienia zachorowań. Efektywny model promocji szczepień musi zawierać elementy zapewniające ewolucję promocji szczepień w odpowiedzi na bieżące zmiany społeczno-środowiskowe powodujące zmiany zachowania jednostek (ryc. 1). Dzięki temu podejmowane działania nie będą oderwane od kontekstu społecznego. Przebieg Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 wskazuje, jak dynamicznie mogą zmieniać się nastroje społeczne, które są łatwo dostrzegalne z perspektywy osoby wykonującej zawód medyczny. Zrozumienie przyczyn zachowań i motywacji, które kierują zmianami postaw jednostek leży u podstaw każdej strategii promocji szczepień prowadzonej z zachowaniem zasad postępowania opartego na twardych dowodach naukowych. To one pozostają główną przesłanką wyboru skutecznych form promocji. Pomińnięcie aspektów społeczno-środowiskowych przez osoby promujące zdrowie byłoby błędem, utrudniającym rozwój popularyzacji szczepień (13, 21). Ostatnim elementem modelu (ryc. 1)

jest pod wpływem zmieniających się trendów społecznych, kulturowych, idei, wartości i stylu życia wprowadzanie zmian w strategii promocji szczepień przez osoby wykonujące zawody medyczne. Swoimi sukcesami, współpracą na froncie rozwoju promocji zdrowia powinni oni **INSPIROWAĆ** innych. Ich doświadczenia mają szansę stać się „twardymi dowodami” w przyszłości. Dziś technologia usprawnia dzielenie się doświadczeniami, a media społecznościowe wpływają na zachowania zdrowotne populacji. Odbywa się to na poziomie indywidualnym, międzyludzkim, instytucjonalnym i społecznym (22). Każdy z tych poziomów jest odpowiedni, by w jego ramach przekazywać innym swoje doświadczenia i inspirować.



**Rycina 1.** Model popularyzacji szczepień dokonywanych przez pracowników ochrony zdrowia

Podstawowym celem stosowania modelu popularyzacji szczepień jest zwiększenia odsetka osób zaszczepionych w populacji i utrwalenie potrzeby szczepienia się w społeczeństwie. Ten rodzaj profilaktyki powinien być realizowany niemal automatycznie, jakim na przykład jest odruchowe zapięcie pasów przed uruchomieniem samochodu do jazdy. Wcześniejsze decyzje dotyczące szczepień są dobrym czynnikiem prognostycznym przyszłych zachowań. Szczepienia mogą być rutyną, niekwestionowanym zachowaniem, które ma miejsce, ponieważ tak postępowało się wcześniej (23).



# 3 Dobre praktyki popularyzacji szczepień

Istnieje wiele inicjatyw naukowych zajmujących się oceną skuteczności interwencji i programów promocji zdrowia. Szereg organizacji dokonuje przeglądów aktualnych badań i wydaje rekomendacje na temat efektywności różnych strategii promocji zdrowia (tab. 1). Kilka z nich podejmuje tematykę popularyzacji szczepień.

**Tabela 1.** Inicjatywy mające na celu ocenę działań promujących zdrowie w oparciu o dowody

Inicjatywa	Opis
<b>Cochrane Public Health (24)</b>	Przygotowuje przeglądy dotyczące skutków interwencji w zakresie zdrowia publicznego na poziomie populacji. Adresowane pytania badawcze odnoszą się do strukturalnych i społecznych uwarunkowań zdrowia oraz jakości polityki zdrowia publicznego w różnych obszarach
<b>The Community Guide (25)</b>	Przewodnik dla społeczeństwa to zbiór opartych na dowodach ustaleń grupy ds. usług profilaktycznych dla społeczeństwa (CPSTF – <i>Community Preventive Services Task Force</i> ). Przygotowywany jest od 1997 r. na zlecenie Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych. Jego zadaniem jest informowanie, w oparciu o aktualną wiedzę, o interwencjach i strategiach, które w promocji zdrowia się nie sprawdzają lub sprawdzają
<b>International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (26)</b>	Niezależna, globalna sieć profesjonalistów i instytucji zaangażowanych w poprawę zdrowia i dobrostanu ludzi przez edukację, działania społeczne i rozwój polityk zdrowotnych. Ekspertki zajmujący się badaniami i praktycy promocji zdrowia współpracują z decydentami w formułowaniu zaleceń dotyczących działań na podstawie przeglądu dowodów. IUHPE jest koordynatorem Światowego Programu Efektywności Promocji Zdrowia znajdującego się w agendzie WHO (27)

Choć wytyczne przygotowywane są przede wszystkim z myślą o decydentach realizujących politykę zdrowotną, to część informacji można wykorzystać w celu planowania inicjatyw realizowanych przez osoby wykonujące poszczególne zawody medyczne.

**Światowa Organizacja Zdrowia podzieliła interwencje zmierzające do zwiększenia odsetka osób zaszczepionych w społeczeństwie jako oparte na:**

- a) rozmowie (dialogue-based),
- b) przypomnieniach (reminder/recall approaches),
- c) zachętach (incentive-based interventions) oraz jako
- d) wielokomponentowe (28).

W tabeli 2 przedstawiono cechy najbardziej i najmniej skutecznych działań mających na celu wykonanie szczepienia w różnych populacjach osób, w których szczepienia nie są rutynowo wykonywane z powodu opóźnień lub odmów ich wykonania. Oczywiście każdą interwencję można wykonać w nieprawidłowy sposób, a według Światowej Organizacji Zdrowia najczęściej dotyczy to działań edukacyjnych i przypominających. Ponadto żadne z działań nie jest w 100% skuteczne, zaś porażka jest wpisana w promocję zdrowia. Z drugiej strony wyniki badań wykazują, że grupy o najniższym poziomie wyszczepialności są szczególnie wdzięcznym celem interwencji. Działania oparte na dialogu i wielokomponentowe należały do najsukuteczniejszych (28).

**Tabela 2.** Najbardziej i najmniej skuteczne interwencje promujące szczepienia (28)

Najbardziej skuteczne interwencje:	Najmniej skuteczne interwencje:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• celowane do grup osób niezaszczepionych lub w których odsetek zaszczepionych jest niski</li> <li>• mające na celu zwiększenie świadomości wiedzy na temat szczepień</li> <li>• poprawiające wygodę i dostępność szczepień</li> <li>• wprowadzające obowiązek szczepień lub sankcje z powodu ich braku</li> <li>• polegające na przypominaniu i kontakcie następczym</li> <li>• angażujące liderów, np. religijnych lub świeckich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• związane ze zwiększeniem jakości zarządzania programami szczepień (poprawa raportowania)</li> <li>• oddziałujące na odbiorców jedynie z dystansu (plakaty, strony internetowe, artykuły prasowe, reklamy radiowe)</li> <li>• zachęty finansowe</li> </ul>

Amerykański zbiór przeglądów działań mających na celu zwiększenie liczby szczepień i zmniejszenie liczby zachorowań na choroby zakaźne liczy obecnie 59 przeglądów różnych interwencji (25). Tabela 3 zawiera przykłady interwencji realizowanych przez świadczeniodawców lub w systemie ochrony zdrowia. Warto zwrócić uwagę na pozytywne rekomendacje dotyczące działań podejmowanych na poziomie świadczeniodawców, najczęściej interwencji złożonych (np. przypomnienia + edukacja pacjentów). Skuteczne są również interwencje łączące w sposób skoordynowany działania zwiększające popyt na szczepienia w społeczeństwie oraz dostęp do szczepień.

**Tabela 3.** Skuteczne i nieskuteczne strategie promocji szczepień (25)

Rodzaj interwencji	Siła rekomendacji
Interwencje w placówce ochrony zdrowia wdrażane łącznie, czyli z $\geq 2$ skoordynowane interwencje realizowane w placówce ochrony zdrowia (np. przypomnienia dla świadczeniobiorców, edukacja pacjentów w placówce ochrony zdrowia, rozszerzony dostęp do placówki ochrony zdrowia, ocena pracy świadczeniodawców, przypomnienia dla świadczeniodawców, skierowania)	Rekomendowane (silna)
Ocena liczby szczepień wykonywanych przez świadczeniodawcę i informacja zwrotna na ten temat (np. informowanie o średniej liczbie wykonanych szczepień)	Rekomendowane (silna)
Interwencje społeczne wdrażane łącznie, czyli z wykorzystaniem $\geq 2$ skoordynowanych interwencji. Działania obejmują partnerstwa w celu wdrożenia i koordynowania następujących elementów: <ul style="list-style-type: none"><li>• <math>\geq 1</math> interwencji zwiększającej zapotrzebowanie społeczne na szczepienia (przypomnienia, wizyty osobiste, edukacja bezpośrednia i społeczna, zachęty, dokumentacja przechowywana przez pacjentów)</li><li>• <math>\geq 1</math> interwencji zwiększającej dostęp do szczepień (rozszerzony dostęp do placówek ochrony zdrowia, wizyty domowe, obniżenie kosztów szczepień)</li></ul>	Rekomendowane (silna)
Edukacja świadczeniodawców jako samodzielnie realizowana inicjatywa (materiały drukowane, wideo, wykłady, ciągłe szkolenie medyczne i inne)	Brak wystarczających dowodów
Edukacja społeczeństwa polegająca na podkreślanii wartości szczepień i informowaniu, gdzie można się zaszczepić, jako samodzielnie realizowana inicjatywa	Brak wystarczających dowodów
Sankcje finansowe, np. utrata korzyści socjalnych w przypadku niewykonania szczepienia	Brak wystarczających dowodów

Zaskakujące, że edukacja w przypadku izolowanych działań, choć pozytywnie wpływa na poziom wiedzy, to w niewielkim stopniu zwiększa liczbę wykonywanych szczepień (29), natomiast same dane są niespójne i niewystarczające, aby rekomendować konkretne działania z tego obszaru (25). Dotyczy to zarówno edukacji ogółu społeczeństwa, pacjentów w placówkach ochrony zdrowia, jak i samych świadczeniodawców (tab. 3) (25). Oznacza to, że samymi

ulotkami, filmami i artykułami prasowymi można niewiele zdziałać, jeśli nie dołączy się wspomnianych przedsięwzięć skoordynowanych innych działań.

Najliczniejszymi i najskuteczniejszymi interwencjami są te, które ułatwiają wykonywanie szczepień. Interwencje te są synergistyczne (tab. 3) i opierają się na (29):

- wykorzystaniu pozytywnych lub neutralnych postaw wobec szczepień, które zdają się dominować w społeczeństwie (przypomnienia, sugestie, namowy),
- usuwaniu barier w dostępie do szczepień w celu wykonywania ich w sposób domyślny, bez dodatkowego wysiłku ze strony pacjenta (dostępność i logistyka szczepień),
- kształtowaniu zachowań przez zachęty, sankcje i wymagania wobec pacjentów.

Rozwój strategii motywujących do szczepień wciąż trwa i zagadnienia te są obiektem badań medycznych, psychologicznych i humanistycznych, które wspomagają projektowanie programów szczepień.

Silne i jednoznaczne zalecenie jest największym czynnikiem predykcyjnym wykonania szczepienia. Dotyczy to zarówno szczepień dzieci, jak i dorosłych (30-32). Jeśli pacjent nie jest zdecydowany poddać się szczepieniu, udzielenie odpowiedzi na jego pytania i wyjaśnienie wątpliwości często pozwalają przewyciężyć wszelkie obawy. W większości przypadków pacjenci ufają osobom wykonującym zawody medyczne i jeśli usłyszą, jakie szczepionki są im zalecane, zaszczepią się. Największy potencjał w podnoszeniu odsetka osób zaszczepionych spoczywa na pracownikach ochrony zdrowia. To oni, działając razem, mówiąc jednym głosem, stanowią najskuteczniejszą broń przeciw chorobom zakaźnym.

Jak zacząć popularyzować szczepienia? The Community Guide zaleca trzy proste kroki (33):

- rozpoznaj potrzeby społeczności, w której pracujesz,
- zapoznaj się z rekomendowanymi strategiami promocji i oceń, które z nich najlepiej pasują do twoich potrzeb,
- adaptuj i rozwijaj swoją strategię promocji szczepień oraz związane z nią usługi w oparciu o działania o udowodnionej skuteczności.

WHO i UNICEF proponują bardziej złożone zasady planowania programów popularyzacji szczepień (34, 35).



4  
Elementarz  
skutecznej komunikacji

W codziennej praktyce medycznej najczęściej spotykane są strategie promocji szczepień, które buduje się na dialogu. Komunikacja na temat szczepień jest wspólnym obowiązkiem wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. Choć jakości komunikacji nie uznaje się za wyznacznik właściwie prowadzonej profilaktyki szczepień, to nieodpowiednia komunikacja czy nawet jej brak mogą obniżyć liczbę szczepień, a nawet stać się źródłem obaw przed szczepieniami. Dlatego dialog osób wykonujących zawód medyczny z pacjentem powinien opierać się spójnej strategii (ryc. 2). Przyjęcie najbardziej adekwatnej formy komunikacji dla danego przypadku wymaga stworzenia samego jej fundamentu. Zrozumienie postaw pacjenta ze strony osób wykonujących zawody medyczne jest możliwe dzięki postawie proaktywnej i umiejętności aktywnego słuchania. Dwukierunkowa komunikacja buduje wzajemność, a rozmowa dotyczy potrzeb rozmówców. Wiedza medyczna jest potrzebnym elementem dyskusji, jednak często przecenianym. Jest ona istotna, ale nie wystarczy do zmiany czyjegoś zachowania. Liczne doświadczenia pokazały, że posiadanie prawidłowej wiedzy w niewielkim stopniu przekłada się na wykonywanie szczepień. Dlatego każdy program szczepień powinien opierać się również na zrozumieniu perspektywy pacjentów oraz doborze odpowiednich narzędzi komunikacji, które będą integralną ich częścią programu. W tym miejscu istnieje największe pole dla rozwoju kreatywności na rzecz zwiększenia wykonywania szczepień (36, 37). Warto poznać narzędzia przydatne w rozmowie z pacjentem i wypróbować je w praktyce. Zaleca się prowadzenie szkoleń z tego zakresu. Dostępne są także poradniki omawiające podstawowe techniki (38-41).

### Elementy komunikacji w promocji wykonywania szczepień



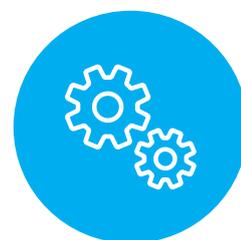
PROAKTYWNOŚĆ



WZAJEMNOŚĆ



WIEDZA



NARZĘDZIA

**Rycina 2.** Elementy komunikacji w promocji wykonywania szczepień

Choć taksonomia komunikacji COMVAC (*Communicate to vaccinate*) została przygotowana na potrzeby zwiększenia liczby szczepień u dzieci, to identyfikuje ona główne kategorie interwencji opartych na rozmowie z pacjentami. Autorzy związani z IUHPE (*International Union for Health Promotion and Education*) (26) podzielili komunikację związaną z promocją szczepień między profesjonalistami ochrony zdrowia i pacjentami na siedem kategorii, z których każda ma swój cel (42). Tym samym, klasyfikacja ta odpowiada aktualnym zagadnieniom i praktyce publicznej ochrony zdrowia oraz służy rozwojowi programów promocji immunizacji. Biorąc pod uwagę ograniczoną skuteczność interwencji edukacyjnych, wszystkie tego typu działania powinny być włączane w rutynowe spotkania (43). Każdy profesjonalista powinien mieć świadomość, że samo edukowanie nie wystarczy i wymaga zastosowania dodatkowych bodźców, aby szczepienie zostało wykonane. Niektóre interwencje mogą odnosić wręcz odwrotny

skutek, obniżyć liczbę osób zaszczepionych zamiast ją podnosić. Istnieje kilka mechanizmów, które do tego prowadzą (44).

**Tabela 4.** Klasyfikacja komunikacji w praktyce osób wykonujących różne zawody medyczne na podstawie COMVAC (*Communicate to vaccinate*)

Cel komunikacji	Opis
<b>Informuj lub edukuj</b>	Działania pozwalające pacjentom zrozumieć znaczenie i wartość szczepień dla ich zdrowia, zdrowia ich bliskich i społeczeństwa. Działania te wymagają dostosowania do poziomu kompetencji zdrowotnych odbiorców
<b>Przypominaj</b>	Działania mające na celu przypomnienie pacjentom o szczepieniach i wezwanie do wykonania szczepień tych, u których minął termin wykonania szczepienia
<b>Przekładaj wiedzę na praktykę</b>	Działania operacjonalizujące wiedzę, czyli pozwalające przetłumaczyć koncepcje naukowe na praktykę. Często wymagają umiejętności uczenia
<b>Oferuj dodatkowe wsparcie</b>	Działania odbywające się poza tradycyjnymi konsultacjami medycznymi, np. w sferze on-line
<b>Ułatwiał podejmowanie decyzji</b>	Działania wyjaśniające potencjalne korzyści i ryzyko szczepień wspierające pacjentów w aktywnym podejmowaniu decyzji
<b>Umożliwiał dialog</b>	Interwencje umożliwiające komunikację między pacjentami i osobami wykonującymi zawód medyczny w sytuacjach, gdy wzajemne rozumienie jest utrudnione, np. bariera językowa lub niepełnosprawność
<b>Angażuj</b>	Wzmacnianie interakcji między społeczeństwem i osobami wykonującymi zawód medyczny w celu budowy świadomości potrzeby szczepień i rozwijania poczucia wspólnej odpowiedzialności za ograniczenie zapadalności na choroby zakaźne

Komunikacja jest jednym z najważniejszych elementów programów popularyzacji szczepień i powinna być traktowana na równi z logistyką wykonywania szczepień, dostaw szczepionek czy nadzorem nad ich bezpieczeństwem. Komisja Europejska rekomenduje, aby pracownicy ochrony zdrowia zaangażowani w tego typu komunikację byli objęci odpowiednim szkoleniem (44).



Siła oddziaływania  
postawy profesjonalisty

Kto podejmuje działanie i do kogo jest ono kierowane? W praktyce interwencje są podejmowane przez osoby wykonujące różne zawody medyczne, ale również przez pracowników ochrony zdrowia wykonujących czynności podstawowe w opiece nad pacjentem (45). Dodatkowo media społecznościowe i kanały komunikacji rozwinęły się do tego stopnia, że każdy pracownik ochrony zdrowia może komunikować się z pacjentami. Skupiając się na poszczególnych zawodach medycznych, przeanalizowaliśmy, w jaki sposób osoby je wykonujące mogą adaptować różne strategie promocji wykonywania szczepień do swojej codziennej praktyki. Przy czym działania te nie powinny być dodatkowym czy osobnym elementem, ale należy je zintegrować z codzienną pracą, dodając do niej co najmniej ocenę potrzeb pacjenta oraz rekomendację (tab. 5).

**Tabela 5.** Potencjał i mapa zaangażowania osób wykonujących zawody medyczne w promocję i wykonywanie szczepień: wiodąca rola ■, pośrednia rola ■, ograniczona rola ■, potencjał do działania ■

	Liczba osób wykonujących zawód	Ocena potrzeb	Rekomendacja	Przypomnienia	Edukacja	Wsparcie decyzji	Angażowanie	Skierowanie	Szczepienie
<b>Lekarze rodzinni, interniści, pediatrzy</b>	45 000	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Pielęgniarka</b>	230 000	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Położna</b>	28 000	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Lekarz specjalista</b>	160 000	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Farmaceuta</b>	30 000	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Stomatolog</b>	20 000	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Fizjoterapeuta</b>	64 000	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Ratownik</b>	13 000	■	■	■	■	■	■	■	■

Obowiązek wykonywania szczepień nie powinien spoczywać jedynie na lekarzach i pielęgniarkach. Programy szczepień wymagają zaangażowania przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych oraz dostępności szczepionek u różnych świadczeniodawców (tab. 5). Zadaniem liderów ochrony zdrowia jest taka organizacja systemu szczepień, aby każdy zawód medyczny mógł aktywnie przyczynić się do zwiększania odsetków osób zaszczepionych przeciw różnym chorobom zakaźnym. Wymaga to dostosowania licznych elementów systemu prowadzenia

szczepień profilaktycznych (patrz Rozdział 6.1), a przede wszystkim określenia kompetencji i sposobu finansowania szczepień, który promowałby aktywność i współpracę między zawodami. Przykładem mogą być irlandzkie i brytyjskie modele programów szczepień przeciw grypie, w których odsetki osób zaszczepionych zwiększały się dzięki priorytetyzacji współpracy między świadczeniodawcami, takimi jak gabinety podstawowej opieki zdrowotnej i apteki (46-48). Nie bez znaczenia dla sukcesu jest również sposób organizacji pracy poszczególnych świadczeniodawców (patrz Rozdział 6.3).

Przypomnienie o szczepieniu jest podstawową metodą podnoszenia poziomu odsetka osób zaszczepionych o potwierdzonej skuteczności (49) (tab. 5). Przypomnienia działają, ponieważ większość społeczeństwa ma pozytywny lub neutralny stosunek do szczepień. Opublikowany w 2020 r. standard jakości NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), dotyczący działań w zakresie zwiększania odsetka osób zaszczepionych przeciw grypie, (50) zaleca, aby:

- świadczeniodawcy wykorzystywali szeroki zakres metod do zapraszania na szczepienia osób z grup ryzyka powikłań z powodu grypy. Metodami dotarcia do pacjenta są: list, e-mail, SMS, rozmowa telefoniczna, a nawet wiadomość za pośrednictwem mediów społecznościowych,
- każde zaproszenie powinno zawierać informacje o sytuacji pacjenta i występujących indywidualnych ryzykach.

Wspomniana indywidualizacja informacji jest istotna, ma na celu ułatwienie pacjentowi podjęcie decyzji o wykonaniu szczepienia (tab. 4). Rekomendacja powinna być silna i jednoznaczna. Optymalnie, szczepienie lub szczepienia powinny być wykonywane bezpośrednio po uzyskaniu zgody pacjenta.

Osoby wykonujące zawody medyczne niekiedy spotkają się z obawami dotyczącymi szczepień ze strony pacjentów. To naturalne, że w dzisiejszym świecie pojawiają się takie wątpliwości. Na przykład wiara, że szczepienie powoduje większe ryzyko niż choroba, skutkuje aktywnym unikaniem szczepień. Wyjście zatem naprzeciw obawom pacjenta jest szansą na zmianę postawy pacjenta. Osoby przeciwnie szczepieniom stanowią zwykle niewielki odsetek niezaszczepionych, a większość pacjentów z obawami i odmawiających szczepień to osoby posiadające błędne informacje lub ofiary szerzącej się dezinformacji. Dlatego rolą zawodów medycznych jest edukacja pacjentów i wpieranie ich w podejmowaniu decyzji (tab. 4 i 5).

Postawa pracownika ochrony zdrowia ma decydujące znaczenie, czy w takich przypadkach szczepienie zostanie wykonane. Choć większość profesjonalistów ochrony zdrowia wierzy w wartość szczepień, to osoby nieasertywne łatwo mogą ulec obawom pacjentów lub naciskom ze strony ruchów antyszczepionkowych czy niektórych mediów. Wiara osób asertywnych nie jest zakłócana. Tabela 6 przedstawia, do czego prowadzą spotkania różnych typów pracowników ochrony zdrowia z różnymi typami pacjentów (49). Postawy osób wykonujące zawody medyczne powinny być wspierane, m.in. w trakcie szkoleń, na których rozwijane są techniki komunikacji pozwalające na sprawne zmienianie zachowań pacjentów źle poinformowanych i którzy ulegli dezinformacji.

**Tabela 6.** Model interakcji między różnymi typami pacjentów i pracowników ochrony zdrowia (51)

	<b>Nie poinformowany pacjent</b> Osoby niemające świadomości wartości szczepień	<b>Pacjent źle poinformowany</b> Osoby świadome o wiedzy obarczonej wątpliwościami, poszukujące odpowiedzi	<b>Pacjent zdezinformowany</b> Osoby świadome, ale posiadające zupełnie nieprawdziwe, zwykle rozbudowane poglądy o szczepieniach. Często z brakiem zaufania do całego sektora opieki zdrowotnej
<b>Asertywny pracownik ochrony zdrowia</b> Rozumie wartość szczepień dla społeczeństwa i swoją rolę w ich promocji.	Sama wiara w wartość szczepień i zdecydowane rekomendacje profesjonalisty powodują, że pacjenci dostrzegają braki wiedzy u siebie i decydują się na szczepienie	Profesjonalista jest pewny siebie i zmienia świadomość pacjenta na temat wartości szczepień, poprawia błędne informacje	Profesjonalista poświęca czas na przekonanie pacjenta oraz stosuje techniki komunikacji zwiększające szanse na skuteczną zmianę postawy pacjenta
<b>Nieasertywny pracownik ochrony zdrowia</b> Bywa skonsternowany doniesieniami medialnymi oraz ostrożny w przypadku nowych szczepionek. Odczuwa brak wsparcia ze strony decydentów i instytucji oraz frustrację w kontaktach z pacjentami mającymi obawy	Osoby wykonywujące zawody medyczne pozostają pasywne wobec wiedzy na temat szczepień i nie wpływają na pacjentów	Brak pewności co do własnej wiedzy powoduje, że pracownik ochrony zdrowia nie rozwiewa wątpliwości pacjentów	Ma trudności ze stosowaniem technik komunikacji, jak np.: przedstawienie własnych doświadczeń. Osoba wykonująca zawód medyczny łatwo poddaje się, szybko ulega oporowi ze strony pacjenta

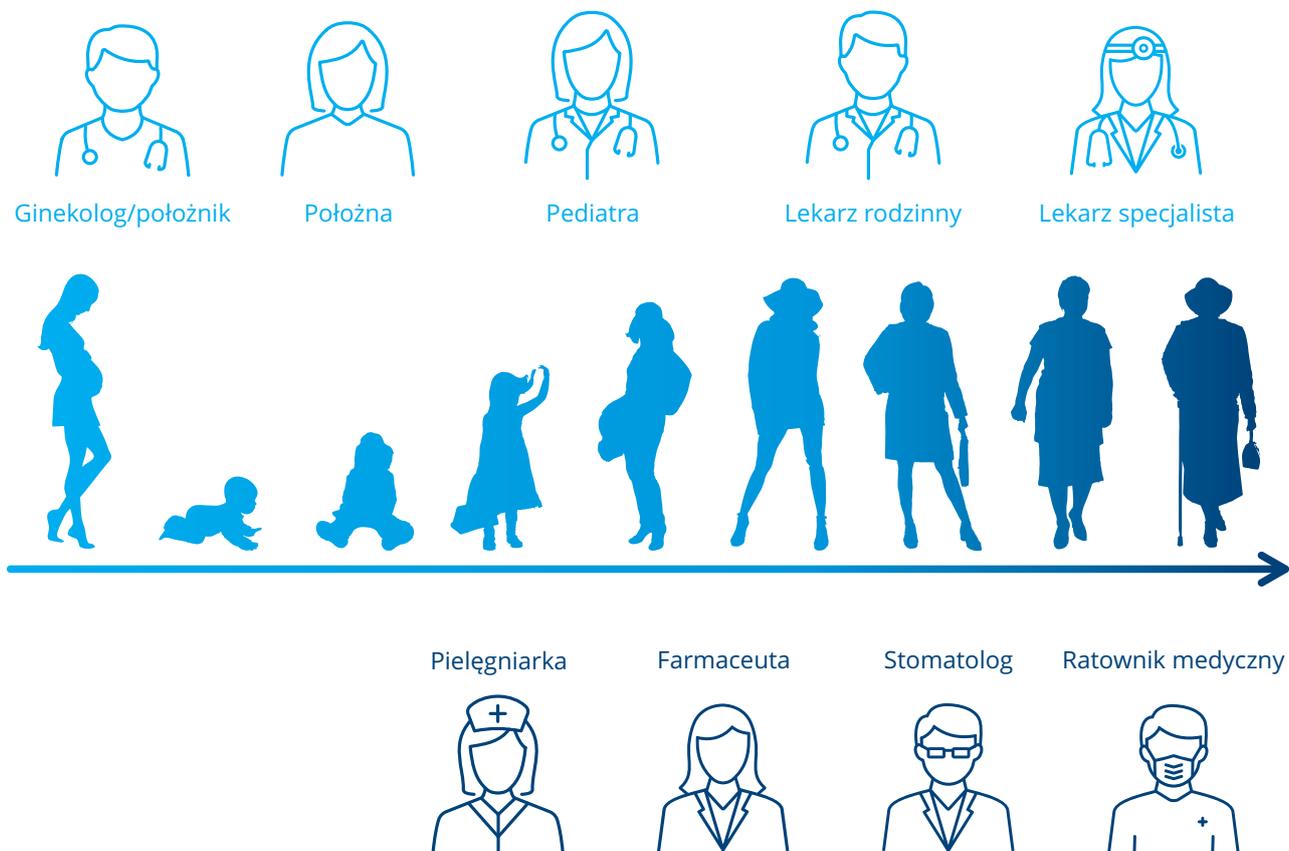
Zaleca się, aby osoby wykonujące każdy zawód medyczny zobligowane do podejmowania działań profilaktycznych miały możliwość edukacji i doskonalenia technik promocji zdrowia. Tradycyjne metody komunikacji nie są w stanie zapewnić efektów, bo nawet stwierdzenie

„szczepionki ratują życie” nie działa (53). Potrzeba wiedzy na temat szczepień (rozdział 5.2.) wymaga, aby edukacja opierała się na zaplanowanym i przeprowadzonym zgodnie z założeniami cyklu działania, w którym od etapu rozpoznania problemów, poprzez planowanie działań i ich realizację, przechodzi się do ewaluacji wyników (54). Żadne materiały dla pacjentów lub rodziców nie mogą zastąpić rozmowy z profesjonalistą. Z drugiej strony, planując promocję szczepień, trzeba brać pod uwagę, że osiągnięcie celów wymaga zdecydowanie więcej czasu niż dawniej. Niezależnie od modelu komunikacji i jego różnych etapów, wszystkie modele sprowadzają się do zaangażowania pacjenta czy rodzica pacjenta i opowiedzenia o własnych doświadczeniach, edukacji i udzielenia porady (tab. 7).

**Tabela 7.** Model komunikacji w przypadku obawy dotyczącej szczepienia (52)

Działanie	Cel	Przykład
<b>Zaangażuj</b>	Potwierdź zgłaszane obawy, powtarzając coś, z czym się zgadzasz. Nadasz ton rozmowie, pokazując chęć wysłuchania i okazując empatię	Rozumiem obawy, że szczepienie może pogorszyć przebieg astmy
<b>Powiedź o sobie</b>	Budowanie własnego autorytetu, mówiąc o swoim doświadczeniu i wiedzy, które spowodowały, że warto ci zaufać w sprawie szczepień	Ponieważ słyszałam to od wielu pacjentów, postanowiłam to sprawdzić. Doświadczenie mnie nauczyło, że dziś trzeba tę wiedzę ciągle aktualizować
<b>Powiedź o nauce</b>	Potwierdzenie faktów naukowych prawd, udokumentowanych informacji	Zalecamy te szczepienia wszystkim pacjentom z chorobami układu oddechowego, właśnie dlatego, że wirus grypy zaostrza przebieg tych chorób
<b>Poradź</b>	Wydanie rekomendacji zgodnej z doświadczeniem i danymi naukowymi	Radzę wykonać szczepienia, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania, wystąpienia powikłań oraz zachować zdrowie

Szczepienia wykonywane są przez całe życie, dlatego wyłącznie punktowe działania nie są wystarczające. Każda kampania promocyjna kiedyś się kończy, jednak praca na rzecz popularyzacji szczepień musi trwać bez przerwy, aby kolejne pokolenia mogły korzystać z jednego z największych osiągnięć medycyny. Jest to praca osób wykonujących zawody medyczne, mających kontakt z pacjentem na każdym etapie jego życia (ryc. 3). W rozdziale 5 przedstawiamy, w jaki sposób osoby wykonujące różne zawody medyczne mogą angażować się w popularyzację szczepień, od czego zależą ich podstawy, jakie rozwiązania mają do dyspozycji w celu realizacji własnego modelu popularyzacji szczepień (ryc. 1) oraz w jaki sposób otoczenie wpływa na ich motywację.



**Rycina 3.** RAZEM przeciw chorobom zakaźnym. Przez całe życie kontakty z różnymi profesjonalistami ochrony zdrowia to okazja do wykonania obowiązkowych szczepień, propozycji wykonania szczepień zalecanych, przypomnienia o nadchodzących terminach kolejnych dawek szczepień i innych działań w zależności od potrzeb pacjentów

## 5.1. Lekarz rodzinny

Podstawowa opieka zdrowotna dobrze przygotowana do zwiększania odsetka osób zaszczepionych przeciw chorobom zakaźnym przez bardzo częste interakcje z pacjentami.

Lekarze rodzinni i pielęgniarki stoją na pierwszej linii frontu walki o wyższe odsetki osób zaszczepionych przeciw chorobom zakaźnym. Zaangażowanie lekarza POZ ma podstawowe znaczenie dla zwiększenia liczby wykonywanych szczepień. Sama postawa lekarza w dużym stopniu wpływa na uzyskiwany przez poziom wyszczepialności i zaszczepieni lekarze zawsze mają więcej zaszczepionych pacjentów (53). Dla kształtowania tej postawy duże znaczenie ma otoczenie – zarówno bliższe, jak kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, jak i dalsze, jak politycy, liderzy i instytucje, którymi kierują. Ważne, aby otoczenie wspierało personel medyczny w osiągnięciu jak największej liczby szczepień, prezentując motywujące postawy, stosując zachęty do promowania szczepień oraz usuwają bariery w dostępie do szczepień. Kluczową rolę odgrywa sposób zarządzania placówkami ochrony zdrowia oraz ranga szczepień, jaka jest przypisywana szczepieniom w danej placówce (rozdział 6.3).

### Główne strategie komunikacyjne wykorzystywane przez lekarzy w promocji szczepień w ramach POZ to:

- przypomnienia,
- informacje o indywidualnym ryzyku dotyczącym pacjenta,
- edukacja o korzyściach ze szczepienia (zawsze w połączeniu z innym elementem),
- wyjaśnienie wątpliwości dotyczących szczepień,
- angażujące liderów, np. religijnych lub świeckich.

### Które kluczowe obszary wiedzy o szczepionkach wspierają komunikację na temat:

- działania szczepionki,
- typów szczepionek,
- technologii wytwarzania szczepionek i jej rozwoju, ulepszeń,
- badań nad skutecznością i bezpieczeństwem szczepionek,
- składów szczepionek,
- statystyk dotyczących stosunku korzyści do ryzyka,
- aktualnych informacji o zapadalności na choroby zakaźne w kraju,
- bezpieczeństwa szczepionek i nadzorze nad nimi.

## 5.2. Pielęgniarka

Pielęgniarki odgrywają wiele ról w immunizacji społeczeństwa; m.in.:

- identyfikują pacjentów wymagających szczepień,
- edukują na temat szczepień,
- wykonują szczepienia,
- monitorują stan pacjentów i dbają o ich bezpieczeństwo.

Konieczne jest poszerzenie kompetencji pielęgniarek o możliwość kwalifikowania pacjentów do szczepień oraz lepsze wykorzystanie ich potencjału w zakresie angażowania i kierowania na szczepienia. Pielęgniarki będąc najbliżej pacjenta są w stanie zadziałać skutecznie.

Dla pacjentów niezrozumiałe jest dlaczego pielęgniarka musi odsyłać pacjenta na klasyfikację do szczepienia do lekarza, mimo że może wystawić receptę na szczepionkę i wykonać szczepienie. Tym bardziej, że pielęgniarki ordynujące leki, szkolone są w zakresie wykonywania badań fizykalnych.

W 2020 roku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wysunęła szereg postulatów zwiększających zakres kompetencji zawodu oraz apel o zaangażowanie się w rzetelną edukację społeczeństwa na temat profilaktyki chorób zakaźnych i konieczności przeprowadzania szczepień ochronnych (54, 55). Inicjatywa ta wychodzi naprzeciw potrzebom zwiększania odsetka osób zaszczepionych przeciw różnym chorobom zakaźnym w polskim społeczeństwie.

W praktyce zawodowej pielęgniarka jest osobą, która identyfikuje i weryfikuje wskazania do wykonania szczepienia oraz prowadzi obowiązującą dokumentację medyczną w zakresie szczepień. Wspomniane standardy NICE (rozdział 5) definiują zalecany sposób informowania osób dorosłych o potrzebie wykonania szczepienia (50). Do kompetencji pielęgniarki należy wybór sposobu przypomnienia o szczepieniu oraz sformułowanie komunikatu. Doświadczenia kontaktu bezpośredniego z pacjentem lub analiza informacji demograficznych mogą wspierać dopasowanie rodzaju i treści do kompetencji zdrowotnych (56). W praktyce to zadaniem pielęgniarek jest zarządzanie programami promocji szczepień realizowanymi przez podmioty lecznicze. W Polsce porada pielęgniarki w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia ma umocowanie prawne (57). Niezbędne jest nadanie kompetencji kwalifikacji do szczepień i odpowiednia wycena świadczeń mająca na celu kompleksowość ich realizacji, czyli wykonanie wszystkich niezbędnych czynności związanych z promocją szczepień, kwalifikacją i wykonaniem szczepienia przez jedną osobę.

Nieoceniona jest rola pielęgniarek wykonujących szczepienia u dzieci. Iniekcje nie są przyjemne dla nikogo, jednak towarzysząca im narracja, odwrócenie uwagi i panowanie nad sytuacją powodują, że nie budzą strachu u dzieci. Pozytywny przebieg szczepień ma również wpływ na rodziców (58). Pielęgniarki pracujące w środowisku nauczania i wychowania dzieci pełnią ważną rolę w profilaktyce zdrowotnej uczniów. Niestety liczba uczniów pozostających pod opieką pielęgniarek szkolnych jest zbyt duża, a obciążenie biurokracją i częsta konieczność przemieszczania się między placówkami zlokalizowanymi w mniejszych miejscowościach powodują rozdrobnienie celów. Warto postulować o wdrożenie standardu – jedna pielęgniarka/jedna szkoła; realizacja kompleksowego programu promocji zdrowia na terenie szkoły, wykraczającego poza monitorowanie i bilansowanie. To, co najmniej zapewniłoby dostęp do rzetelnych informacji o szczepionkach już na poziomie edukacji wczesnoszkolnej.

## Zróznicowane grupy pacjentów korzystające z podstawowej opieki zdrowotnej

	Lekarze	Pielęgniarki
Cel	Podniesienie odsetka osób zaszczepionych przeciw różnym chorobom zakaźnym	
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocena potrzeb pacjenta</li> <li>Silna rekomendacja wykonania szczepienia</li> <li>Angażowanie pacjentów</li> <li>Edukacja</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wsparcie w podejmowaniu decyzji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wykonywanie szczepień</li> <li>Nadzór nad bezpieczeństwem</li> </ul>
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>Screening</li> <li>Silna rekomendacja wykonania szczepień</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji; rozmowa o obawach pacjenta/rodziców; wystawienie recepty</li> <li>Zlecenie szczepienia</li> <li>Kwalifikacja do szczepienia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Przypomnienia o szczepieniach</li> <li>Wykonywanie szczepień</li> <li>Dokumentowanie szczepień</li> <li>Zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa pacjenta</li> </ul>
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktualizacja wiedzy o szczepieniach</li> <li>Rozwój zdolności komunikacyjnych</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kwalifikacja pacjentów do szczepienia</li> </ul>

### 5.3. Pediatria

Wyniki licznych badań są potwierdzeniem dodatniego wpływu działań skierowanych do rodziców na poziom wyszczepialności. Strategie oparte na przypomnieniach o szczepieniu kierowanych do rodziców są najczęściej rekomendowane właśnie przez wzgląd na ich udowodnioną skuteczność (25, 49, 59). Automatyzacja procesu przypomnień i modułowość systemów wspierających czynią go również najbardziej efektywną kosztowo interwencją (60). Kalendarze przygotowywane dla każdego dziecka i przekazywane rodzicom są również skuteczną formą przypominania o terminach kolejnych szczepień (61).

Istotnym oparciem dla pediatri jest Program Szczepień Ochronnych wskazujący, które szczepienia są obowiązkowe dla dzieci i młodzieży w danym wieku (62). Jest to formalne umoco-

wanie działań lekarza, które dodatkowo wzmacniają rekomendację. Jednoznaczne stwierdzenie potrzeby wykonania szczepienia jest zalecane (63), bowiem wielu rodziców oczekuje zaszczepienia swoich dzieci. Jednak lekarz, zaraz po udzieleniu silnej rekomendacji szczepienia, powinien uważnie słuchać rodziców lub opiekunów dziecka. Z wyników badań wynika, że rodzice często nie czują się właściwie poinformowani o ważnych dla nich aspektach szczepień (64, 65). Należy zatem zająć się obawami i potrzebami informacyjnymi tych rodziców, którzy podchodzą do szczepień z rezerwą. Jeśli pojawiłby się choć cień wątpliwości dotyczący np. liczby iniekcji, warto go zaadresować w trakcie spotkania. Nie należy pozwalać na narastanie obaw ani uzupełnianie wiedzy w niewłaściwych źródłach. Zagadnienie to dotyczy nawet ponad połowy rodziców i opiekunów (66). Czas, w którym dziecko ma otrzymać szczepionkę to okres właściwej oceny potrzeb informacyjnych rodziców i moment na odegranie przez pediatrę roli ważnej dla dalszego zdrowia dziecka. Tabela 8 podsumowuje strategie komunikacyjne, które można wykorzystać (41).

**Tabela 8.** Postawy pediatry wobec rodziców potrzebujących dodatkowych informacji lub mających obawy przed szczepieniami dzieci (41)

Postawa	Opis
<b>Poświęć czas i posłuchaj</b>	Chęć wysłuchania odgrywa najważniejszą rolę przy podejmowaniu decyzji o zaszczepieniu
<b>Zachęć do zadawania pytań</b>	Zadawaj otwarte pytania, pokaż, że twoją rolą, tak samo jak rodziców, jest zapewnienie bezpieczeństwa dziecka
<b>Prowadź rozmowę</b>	Czas, jaki rodzice poświęcili na szukanie informacji o szczepieniach, nawet w niepewnych źródłach, nie jest brakiem szacunku wobec ciebie. Nie przerywaj rozmowy, bo zniszczysz zaufanie, na które pracujesz
<b>Nauka czy anegdota?</b>	Nauka dla jednych jest niezrozumiała, a dla innych – niezmiernie ważna. Wybór argumentów zależy od twojej znajomości pacjentów. Może warto mieszać naukę z prostymi historiami?
<b>Potwierdzaj zarówno korzyści, jak i ryzyko</b>	Zawsze bądź uczciwy wobec rodziców, gdy mowa o bezpieczeństwie szczepionek. Przypomnij, że korzyść z zapobiegania chorobom jest niewspółmierna do ryzyka szczepień
<b>Szanuj autorytet rodziców</b>	Okazując szacunek dla autorytetu rodzica, budujesz partnerstwo, zdobywasz zaufanie i wspierasz opiekunów w podjęciu decyzji o wykonaniu szczepienia

<b>Grupa docelowa pacjentów</b>	<b>Dzieci i młodzież</b>
<b>Cel</b>	Nadzór nad realizacją planu szczepień obowiązkowych i zalecanych
<b>Role wiodące</b>	Rekomendacja, edukacja, wsparcie w podejmowaniu decyzji
<b>Zakres działań</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silne rekomendowanie wykonania szczepień, zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych</li> <li>• Wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji</li> <li>• Rozmowa o obawach pacjenta/rodziców</li> <li>• Wystawienie recepty/zlecenie szczepienia</li> <li>• Kwalifikacja do szczepienia</li> </ul>
<b>Potencjał rozwoju</b>	Aktualizacja wiedzy i rozwój zdolności komunikacyjnych

## 5.4. Ginekolodzy, położnicy i położne

Ginekolodzy, położnicy i położne są zaufanym źródłem informacji na temat szczepień dla kobiet i rodziców. Edukacja na temat profilaktyki chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, obejmująca szczepienia ochronne, jest elementem Standardu Opieki Okołoporodowej (67). Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników zaleca wykonywanie szczepień przeciw grypie u ciężarnych (68). Położne, po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej, odpowiadają za wykonanie obowiązkowych szczepień ochronnych u noworodków.

Szczepienie ciężarnych jest skuteczną metodą zapobiegania zachorowaniom zarówno ciężarnych, jak i ich potomstwa we wczesnym okresie życia. Stwierdzono, że przekazywanie informacji o szczepieniach podczas wizyt przedporodowych zwiększa poziom wyszczepialności i u kobiet przed porodem, i u noworodków oraz dzieci. Część decyzji kształtujących postawę rodziców wobec szczepień podejmowana jest w trakcie ciąży. Rekomendacja lekarza położnika lub ginekologa w sprawie szczepienia ma duży wpływ na decyzję pacjentek. W Stanach Zjednoczonych promuje się systemowe podejście do promocji wykonywania odpowiednich szczepień, zalecania i przypominania o nich pacjentom (69), jednak procent zaszczepionych przeciw grypie i krztuścowi ciężarnych pozostaje bardzo niski (70, 71). W Polsce jako najistotniejsze przeszkody we wdrażaniu szczepień ciężarnych wymieniane są brak wiedzy lekarzy, pacjentek, obawy przed odczynami niepożądanymi oraz sprzeczne zalecenia ze strony różnych profesjonalistów ochrony zdrowia. Postrzeganie roli położnej w przekazywaniu ciężarnej informacji o zalecanych szczepieniach jest znikome (72). Niewielka rola położnej w immunizacji ciężarnych to nie tylko problem obecny w Polsce.

### Rola położnej w promocji szczepień:

- Kształtowanie postaw rodziców wobec immunizacji
- Zalecenia wykonania szczepień u ciężarnych w celu ochrony zarówno kobiet, jak i dzieci w pierwszych miesiącach ich życia
- Wykonywanie szczepień u noworodków
- Dokumentacja szczepień

Niestety, nawet najlepsze rekomendacje i zalecenia mogą nie wpływać na zmianę praktyk. Zapewnienie odpowiedniego wykształcenia, szkolenie komunikacyjne umożliwiające pełne poinformowanie ciężarnych oraz rodziców o szczepieniach może wpływać dodatnio na poziom wyszczepialności (73-75). Ważnym elementem byłoby zwiększenie kompetencji położniców i ginekologów oraz położnych do wykonywania kwalifikacji do szczepienia. Pozwoliłby to na skrócenie drogi od rekomendacji do szczepienia.

Zdecydowana większość rodziców szczepi swoje nowonarodzone dzieci bez żadnych zastrzeżeń. Część z nich ma pewne wątpliwości i obawy. Wyniki badań wskazują, że może to mieć związek z zaniedbaniem rozmów o szczepieniach w trakcie ciąży, zwłaszcza w przypadku osób, które po raz pierwszy zostają rodzicami (76, 77). Choć wiele czynników wpływa na obawy przyszłych rodziców, to brak komunikacji lub jej niska jakość skutkują utratą zaufania, które jest kluczowe dla postaw rodziców wobec szczepień (78).

Ciężarne, dzieci i młodzież		
	Pediatrzy, ginekolodzy i położnicy	Położne
Cel	Zapewnienie realizacji obowiązkowych szczepień u dzieci i młodzieży oraz zwiększanie stosowanie szczepień zalecanych	
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocena potrzeb pacjenta</li> <li>Silna rekomendacja wykonania szczepienia</li> <li>Angażowanie pacjentów</li> <li>Edukacja</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wsparcie w podejmowaniu decyzji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wykonywanie szczepień</li> <li>Nadzór nad bezpieczeństwem</li> </ul>
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>Silna rekomendacja wykonania szczepień obowiązkowych</li> <li>Ocena potrzeb i odpowiednie zalecenia wykonania szczepień dodatkowych</li> <li>Edukacja na temat szczepień w ramach opieki okołoporodowej i po porodzie</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji</li> <li>Rozmowa o obawach pacjenta/rodziców</li> <li>Wystawienie recept na szczepionki</li> <li>Zlecenia wykonania szczepień</li> <li>Kwalifikacja do szczepienia (dotyczy pediatrów)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Przypomnienia o szczepieniach</li> <li>Wykonywanie szczepień u ciężarnych, dzieci i młodzieży</li> <li>Dokumentowanie szczepień</li> <li>Zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa pacjenta</li> </ul>
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktualizacja wiedzy o szczepieniach</li> <li>Rozwój zdolności komunikacyjnych</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Standaryzacja postępowania w ramach opieki okołoporodowej i poporodowej</li> <li>Nabywanie uprawnień przez położników i ginekologów do kwalifikacji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nabywanie uprawnień dotyczących kwalifikacji pacjentów do szczepienia</li> </ul>

## 5.5. Lekarze specjalści

Osoby z chorobami przewlekłymi i nowotworami są obciążone wyższym ryzykiem wystąpienia infekcji i ich powikłań. Infekcje dla tych pacjentów są poważnym zagrożeniem, niekiedy śmiertelnym, z powodu zaburzeń odporności wynikających z przebiegu choroby, chorób współistniejących i terapii (np. lekami immunosupresyjnymi). Wnioski z badań i wytyczne towarzystw naukowych skupiających lekarzy specjalistów są podstawą rekomendacji szczepień jako głównego sposobu zapobiegania infekcjom (79-83). Korzyści ze szczepień w grupach ryzyka wykraczają poza wymiar zdrowotny, mają również uzasadnienie ekonomiczne, m.in. zmniejszają liczbę hospitalizacji lub skracają ich długość.

Przewlekłe choroby	
Lekarze specjalści	
Cel	Profilaktyka chorób zakaźnych u pacjentów z chorobami przewlekłymi
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ocena potrzeb pacjenta</li><li>• Silna rekomendacja wykonania szczepienia</li><li>• Angażowanie pacjentów, kształtowanie postaw pacjentów</li><li>• Edukacja</li><li>• Wsparcie w podejmowaniu decyzji</li></ul>
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"><li>• Silna rekomendacja wykonania szczepień obowiązkowych</li><li>• Ocena potrzeb i odpowiednie zalecenia wykonania szczepień dodatkowych</li><li>• Edukacja na temat szczepień w ramach grup ryzyka</li><li>• Wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji</li><li>• Przypomnienia o terminach kolejnych szczepień</li><li>• Rozmowa o obawach pacjenta</li><li>• Wystawienie recept na szczepionki</li><li>• Wystawianie zleceń wykonania szczepień/skierowań</li></ul>
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aktualizacja wiedzy o szczepieniach</li><li>• Rozwój zdolności komunikacyjnych</li><li>• Poszerzenie kompetencji o kwalifikowanie do szczepienia</li></ul>

Lekarz rozpoznający chorobę przewlekłą lub nowotwór często nie ma wiedzy na temat bieżącego statusu immunizacji pacjenta. Rekomenduje się uzupełnienie zalecanych szczepień u dorosłych, których status immunizacji jest niekompletny lub nieznan (84-86). Jest to szczególnie ważne u pacjentów ze wspomnianych z grup ryzyka.

Jaka jest zatem najlepsza strategia szczepienia osób z grup ryzyka wystąpienia powikłań chorób zakaźnych? Szczepić wszystkich z tym rozpoznaniem, którzy zjawią się w poradni lub szpitalu. W ten sposób szczepi się przeciw m.in. pneumokokom i grypie (87).

**Rolą licznych lekarzy, m.in. kardiologów, pulmonologów, diabetologów, ginekologów, reumatologów i onkologów jest rekomendowanie wykonania ich pacjentom odpowiednich szczepień, najlepiej na samym początku ścieżki terapeutycznej.**

Strategia działania lekarza specjalisty jest podobna jak w przypadku lekarza rodzinnego (rozdział 5.1). Analogicznie, główne działanie to rekomendacja wykonania szczepień i wskazanie jako jej powodu zidentyfikowanego czynnika ryzyka. W opiece specjalistycznej lekarze rzadko dysponują szczepionkami, które można zaoferować pacjentom w celu wykonania szczepienia na miejscu. W Polsce szpitale oferują pacjentom głównie szczepienia przeciw grypie.

W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii testowano różne schematy promocji szczepień przeciw grypie w ramach opieki specjalistycznej. Najskuteczniejszą metodą było wystawienie skierowań na podstawie oceny wskazań do szczepień, np. przeprowadzonej przez pielęgniarki (87, 88). Na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy, każdy profesjonalista ochrony zdrowia, w którego zakresie kompetencji jest wykonywanie szczepień, może wykonać zlecone szczepienie. Postępowanie to jest zbieżne ze wcześniejszymi obserwacjami i wskazuje na potencjał łączenia interwencji. Skuteczność zleceń i skierowań jest bowiem większa, gdy łączy się je z innymi działaniami. Procedury działające w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej są efektywne, jednak choć niemal wszyscy pacjenci otrzymują skierowania na szczepienia, to tylko część z nich je wykonuje (87). Idealnym rozwiązaniem byłoby wsparcie pacjentów działaniami logistycznymi umożliwiającymi wykonywanie szczepień na miejscu.

## 5.6. Farmaceuta

Farmaceuci nie są kojarzeni w Polsce jako zawód zajmujący się szczepieniami. Na szczęście ma szansę się to zmienić i na wzór wielu krajów europejskich apteki pojawią się na mapie placówek, gdzie możliwe będzie wykonanie szczepienia. Apteki jako punkty, w których wykonywane są szczepienia znoszą barierę dostępu do szczepień, oferując dogodne lokalizacje i godziny otwarcia, często nie ma konieczności umawiania wizyt. Dzięki przygotowaniu farmaceutów szczepienia w aptece będą mogły obywać się bez kompromisów dla bezpieczeństwa pacjentów. Możliwość wykonywania szczepień w aptekach jest ofertą kierowaną do dorosłych (89). Potencjał farmaceutów jest olbrzymi; według Naczelnej Izby Aptekarskiej ponad 5 tys. farmaceutów zadeklarowało chęć wykonywania szczepień przeciw COVID-19 po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji (90, 91). Wyzwaniem dla farmaceutów będzie budowanie autorytetu i zaufania jako personelu medycznego zaangażowanego w immunizację, ponieważ apteka nie jest postrzegana jako miejsce związane ze szczepieniami. Jednak szczepienie w aptekach to innowacja organizacyjna polegająca na znacznym ułatwieniu dostępu do szczepień, które wraz z zaangażowaniem farmaceutów daje szansę na skokową zmianę odsetka zaszczepionych przeciw takim chorobom, jak grypa (89).

Samo wykonywanie szczepień to jeszcze nie wszystko. Jak wygląda model zaangażowania farmaceuty w promocję szczepień? Tabela 9 przedstawia kolejne kroki holistycznej strategii obejmującej promocję i wykonywanie szczepień. Pracując z farmaceutami zdobywającymi kwalifikacje do nowych zadań, warto poświęcić czas na rozwój kompetencji związanych z aktywnym screeningiem epidemiologicznym, komunikacją z pacjentami oraz działaniami następczymi po szczepieniu (tab. 9) (92).

**Tabela 9.** Szczepienie w aptece. Kluczowe elementy procesu opieki farmaceutycznej nad pacjentem (92)

Kroki procesu	Elementy procesu
<b>Zbierz informacje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informacje niezbędne do screeningu epidemiologicznego uwzględniającego zdarzenia medyczne, rozpoznania, ekspozycję i występujące indywidualne czynniki ryzyka</li> <li>• Informacje dotyczące przeciwwskazań do szczepień</li> <li>• Informacje z dokumentacji wykonywanych szczepień</li> </ul>
<b>Oceń potrzeby</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oceń potrzebę immunizacji, historię szczepień oraz ewentualne przeciwwskazania w celu zaproponowania szczepionek odpowiednich dla pacjenta</li> </ul>
<b>Planuj</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zaleć szczepienie lub szczepienia w aptece, silna rekomendacja</li> <li>• Zaproponuj wykonanie szczepienia (jeśli możliwe) lub skieruj pacjenta do świadczeniodawcy, który może wykonać szczepienia</li> </ul>
<b>Zaszczep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Przekaż podstawowe informacje na temat zaleconego szczepienia oraz preparatu</li> <li>• Przeprowadź badanie kwalifikacyjne do szczepienia</li> <li>• Zaszczep pacjenta</li> <li>• Przekaż pacjentowi potwierdzenie immunizacji, zarejestruj szczepienie w dokumentacji pacjenta/ rejestrze szczepień</li> </ul>
<b>Obserwuj i kieruj</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obserwuj pacjenta przez 15 min po szczepieniu na wypadek wystąpienia działań niepożądanych</li> <li>• Umów pacjenta na podanie kolejnych dawek szczepionki (jeśli dotyczy)</li> <li>• Zaleć pacjentowi konsultację z lekarzem, jeśli w trakcie wywiadu zidentyfikowałeś problemy wykraczające poza obszar kompetencji opieki farmaceutycznej</li> </ul>

## Dorośli odwiedzający apteki

### Farmaceuci

Cel	Profilaktyka chorób zakaźnych u pacjentów z chorobami przewlekłymi
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena potrzeb pacjenta</li> <li>• Rekomendacja wykonania szczepienia</li> <li>• Edukacja</li> <li>• Wsparcie w podejmowaniu decyzji</li> <li>• Zaopatrywanie w szczepionki</li> </ul>
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena potrzeb</li> <li>• Silna rekomendacja wykonania szczepienia</li> <li>• Edukacja</li> <li>• Wyjaśnienie przesłanek rekomendacji</li> <li>• Konsultowanie z lekarzem lub kierowanie na konsultację do lekarza, np. w sytuacjach, gdy pojawiają się wątpliwości dotyczące kwalifikacji pacjenta do szczepienia</li> </ul>
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktualizacja wiedzy o szczepieniach</li> <li>• Rozwój zdolności komunikacyjnych</li> <li>• Kwalifikowanie pacjentów dorosłych do szczepień</li> <li>• Wykonywanie niektórych szczepień w aptekach</li> </ul>

## 5.7. Stomatolog

Stomatolodzy są lekarzami narażonymi na ekspozycję/zakażenie m.in. wirusem zapalenia wątroby typu B, grypy, odry, świnki, różyczki i ospy wietrznej. Wszystkim tym chorobom można zapobiec dzięki szczepieniom (93). Bezpieczne wykonywanie zawodu wymaga wykonania szczepień profilaktycznych. Stomatolodzy nie są zaangażowani w promocję lub wykonywanie szczepień w Polsce. Możliwość ta od lat budziła kontrowersje w Stanach Zjednoczonych (94, 95). Wśród zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej podnoszono rolę stomatologów w zapobieganiu nowotworom jamy ustnej i gardła związanych z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV – *Human Papilloma Virus*) (96). Rozmowa o HPV i szczepieniu w gabinecie dentystycznym jest akceptowana przez rodziców, stąd w przyszłości miejsce to może stanowić dodatkowy punkt na mapie, gdzie będzie można wykonać niektóre szczepienia (97).

Aktualnie dentyści mogą wykonywać szczepienia w kilku stanach USA, jednak wydaje się, że pandemia COVID-19 może przyspieszyć proces ich włączania do systemu profilaktyki zdrowotnej. Nie chodzi jedynie o podawanie szczepionek przeciw COVID-19, ale wszystkich szczepionek, których stosowanie znacznie spadło w czasie pandemii (94).

## Pacjenci korzystający z usług stomatologicznych

### Dentyści

Cel

Profilaktyka niektórych chorób (np. zakażeń HPV)

Role wiodące

- Ocena potrzeb pacjenta
- Rekomendacja wykonania szczepienia
- Edukacja

Zakres działań

- Silna rekomendacja wykonania szczepienia
- Kierowanie do miejsc, gdzie wykonywane są szczepienia

Potencjał rozwoju

- Aktualizacja wiedzy o szczepieniach
- Rozwój zdolności komunikacyjnych
- Kwalifikowanie pacjentów do szczepień, wykonywanie niektórych szczepień w gabinetach stomatologicznych

## 5.8. Rehabilitant i fizjoterapeuta

Rehabilitanci i fizjoterapeuci należą do zawodów wymagających stałego bezpośredniego kontaktu z pacjentami, a więc szczególnie zagrożonych chorobami zakaźnymi. W wielu krajach dopuszczenie do praktyki zawodowej wymaga potwierdzenia immunizacji lub wykonania szczepień. Fizjoterapeuci dołączą do zawodów medycznych wykonujących szczepienia przeciw COVID-19 (91, 98). Praca z pacjentami, regularna, często trwająca miesiącami, daje możliwość poznania ich potrzeb zdrowotnych. Są one różne, tak jak charakterystyka pacjentów; inne szczepienia wymagane są dla sportowców (99), a inne dla osób cierpiących z powodu chorób reumatycznych (82) lub niepełnosprawności. Powodzenie terapii i rehabilitacji wymaga ciągłości, której zagrażają choroby zakaźne.

Podobnie jak inne zawody medyczne, zawód fizjoterapeuty podlega aktualnie intensywnej ewolucji. Starzenie się społeczeństw przyczynia się do dużego obciążania placówek opieki specjalistycznej świadczącej usługi z zakresu ortopedii i reumatologii. Aby skrócić czas oczekiwania na wykonanie świadczenia, fizjoterapeuci kształcą się w zakresie prowadzenia triażu, badania chorych i stosowania terapii wczesnych linii (z uwzględnieniem iniekcji). Nowe

kompetencje obejmują też wykonywanie szczepień (100). Tak jak w przypadku farmaceutów, fizjoterapeuci wykonujący szczepienia i inne zaawansowane świadczenia wymagają akceptacji ich nowej roli przez pacjentów (101). W wielu krajach toczą się dyskusje dotyczące ewolucji zawodu fizjoterapeuty, uwzględniające rozwój ich kompetencji w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej (102).

### Pacjenci korzystający z usług fizjoterapeutów, m.in. osoby z chorobami narządów ruchu oraz sportowcy

Fizjoterapeuci	
Cel	Profilaktyka chorób zakaźnych zagrażających zdrowiu pacjentów i ciągłości terapii
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena potrzeb pacjenta</li> <li>• Rekomendacja wykonania szczepienia</li> <li>• Edukacja</li> </ul>
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silna rekomendacja wykonania szczepienia</li> <li>• Kierowanie do miejsc, gdzie wykonywane są szczepienia</li> </ul>
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktualizacja wiedzy o szczepieniach</li> <li>• Rozwój zdolności komunikacyjnych</li> <li>• Kwalifikowanie pacjentów do szczepień, wykonywanie niektórych szczepień</li> </ul>

## 5.9. Ratownik medyczny

W niektórych krajach od czasu pandemii grypy w 2009 r. istnieją przepisy określające zasady zaangażowania ratowników medycznych do prowadzenia akcji szczepień w sytuacjach wyjątkowych. W Polsce i licznych krajach europejskich ratownicy medyczni wezmą udział w programach szczepień przeciw COVID-19 (91).

Ratownicy medyczni to grupa zawodowa narażona szczególnie na ekspozycję na patogeny krwiopochodne (103). Wysoki odsetek pacjentów wymagających pomocy ratowników medycznych i oddziałów ratunkowych nie ma wykonanych szczepień np. przeciw grypie lub pneumo-

kokom (104). Podejmowano próby wykonywania szczepień w rutynowej praktyce medycyny ratunkowej motywowane m.in. faktem, że była to jedyna szansa na wykonanie niezbędnych szczepień u większości z pacjentów. Programy tego typu mogą skutecznie podnosić liczbę osób zaszczepionych w grupie pacjentów korzystających ze świadczeń medycyny ratunkowej (105-107). Wdrożenie świadczeń profilaktycznych napotyka szereg barier, m.in. niechęć do priorytetyzacji działań związanych z wykonywaniem szczepień, duży nakład czasu niezbędny na screening i wykonanie dodatkowych zadań lub braki personelu, wysokie koszty działań oraz kwestie odpowiedzialności zawodowej (104, 108). Informacje te dotyczą pracy oddziałów ratunkowych. Praktyka screeningu immunizacyjnego, rekomendacji dla pacjentów i szczepień wykonywanych przez ratowników medycznych u pacjentów, których stan by na to pozwalał, według naszej wiedzy nigdy nie były testowane.

## Pacjenci wymagający świadczeń medycyny ratunkowej

	Ratownicy medyczni
Cel	Profilaktyka chorób zakaźnych zagrażających zdrowiu pacjentów i ciągłości terapii
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocena potrzeb pacjenta</li> <li>Rekomendacja wykonania szczepienia</li> </ul>
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> <li>Silna rekomendacja wykonania szczepienia</li> <li>Kierowanie do miejsc, gdzie wykonywane są szczepienia</li> <li>Zlecenie wykonania szczepienia/skierowania</li> </ul>
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktualizacja wiedzy o szczepieniach</li> <li>Rozwój zdolności komunikacyjnych</li> </ul>



# Rola decydentów i instytucji

Wykonywanie szczepień podlega wielu przepisom, regułom, zależnościom i normom kształtowanym przez system ochrony zdrowia, politykę zdrowotną, postawy liderów oraz aktywność polityczną, społeczną, kulturalną i religijną. Do samego aktu szczepienia, wbicia igły w ramię, dochodzi w efekcie złożonych interakcji różnych systemów, struktur i funkcji, które są pośrednio lub bezpośrednio związane z ochroną zdrowia. Dla sukcesu, uzyskania wysokiego odsetka osób zaszczepionych, ważne jest, aby wszystkie elementy działały optymalnie i w sposób skoordynowany.

## 6.1. System Ochrony Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia i podległe mu instytucje tworzą poszczególne elementy systemu prowadzenia szczepień profilaktycznych w Polsce (tab. 10). Składają się na niego m.in. podstawy prawne i sposoby realizacji szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych (109, 110), kalendarz szczepień (62), zasady dokumentowania wykonywanych szczepień (111), system nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (112) i innych kompetencji niezbędnych do osiągnięcia określonego poziomu wyszczepialności. Pandemia COVID-19 przyspieszyła ewolucję w obszarze organizacji szczepień na całym świecie, w tym w Polsce. Tabela 10 podsumowuje podstawowe kompetencje organizacji systemu ochrony zdrowia w celu realizacji szczepień ochronnych (44).

Ostatnie lata rozwoju systemów informatycznych ochrony zdrowia stworzyły rozbudowaną platformę umożliwiającą zlecenie wykonania oraz gromadzenie danych o wykonanych szczepieniach. Funkcjonalności takie jak e-skierowanie czy e-Karta Szczepień po raz pierwszy są stosowane na szeroką skalę w czasie Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 (113, 114). W przyszłości mają one szansę stać się fundamentem programów immunizacji. Dzięki określeniu kwalifikacji do wykonania szczepień i monitorowaniu realizacji będzie możliwe skuteczne planowanie i ocena skuteczności działań popularyzujących szczepienia. Po raz pierwszy użyte w czasie pandemii e-skierowania, gdy zaczną być wystawiane przez lekarzy, będą mogły funkcjonować na wzór amerykańskich zleceń stałych (standing orders). Internetowe Konto Pacjenta (IKP) obecnie jest wyposażone w funkcjonalność informowania o wykonanych szczepieniach oraz kalendarz szczepień obowiązkowych dla dzieci. Pacjenci mogą dane te udostępniać innym profesjonalistom ochrony zdrowia, np. lekarzom specjalistom lub farmaceutom. Dodatkowo, do udziału w programie szczepień po raz pierwszy dopuszczono zawody medyczne, które do tej pory nie były związane ze szczepieniami (91). W tej chwili nie wiadomo, czy zdobycie uprawnień do wykonywania szczepień przeciw COVID-19, umożliwi wykonywanie innych szczepień w przyszłości. Takie zmiany, jak wykonywanie szczepień w aptekach, zwiększyłyby dostępność szczepień dla osób dorosłych. Olbrzymi nakład pracy rządowych instytucji oraz wnioski ze stale prowadzonej debaty w Parlamencie w temacie zdrowia publicznego i szczepień, powinny być wykorzystane po zakończeniu pandemii. Stworzone rozwiązania prawne i narzędzia, choć dziś dotyczą jedynie działań w czasie pandemii, mogą z powodzeniem wspierać programy immunizacji w przyszłości.

**Tabela 10.** Kompetencje w zakresie systemu ochrony zdrowia wymagane dla osiągnięcia optymalnego poziomu wyszczepialności

Kompetencja	Rola
<b>Zarządzanie programem</b>	Wyznaczanie celów dotyczących docelowych odsetków osób zaszczepionych przeciw chorobom zakaźnym i monitorowanie ich realizacji. Ustalenie odpowiedzialności za uzyskanie określonych poziomów wyszczepialności, określenie uczestników programu i ich ról oraz mechanizmów kontroli ich zaangażowania i realizacji wyznaczonych celów
<b>Określenie populacji docelowej</b>	Stworzenie i utrzymanie rejestru osób kwalifikujących się do wykonania szczepień. Określenie potrzeb dotyczących ilości szczepionek
<b>Ramy prawne</b>	Przepisy określające zakres obowiązkowych i dobrowolnych szczepień wraz z odstępstwami od nich i sankcjami
<b>Działanie oparte o dowody</b>	Podejmowanie decyzji na temat rodzajów szczepień, ich schematów oraz grup docelowych nimi objętych, metod promocji i wykonywania szczepień w oparciu o dowody naukowe
<b>Monitorowanie nastrojów</b>	Ustalenie odpowiedzialnych za ocenę nastrojów społecznych i postaw wobec szczepień oraz sposobów odpowiedzi w razie ich pogorszenia
<b>Monitorowanie wyników</b>	Nadzór nad działaniami niepożądanymi szczepionek
<b>Logistyka</b>	Planowanie zamówień oraz dystrybucji szczepionek. Zapewnienie dostępu do szczepień obowiązkowych
<b>Finasowanie</b>	Finasowanie zakupu szczepionek i kosztów wynagrodzeń osób wykonujących szczepienia
<b>Zawody medyczne</b>	Ustalenie zakresu kompetencji zawodów medycznych w zakresie czynności związanych z popularyzacją i wykonywaniem szczepień
<b>Bezpieczeństwo</b>	System rejestracji i dopuszczania szczepionek do obrotu
<b>Ocena wydajności programu</b>	Monitorowanie postępu wykonywania szczepień, identyfikacja barier oraz grup pacjentów o szczególnie ograniczonym dostępie do szczepień

Dziś na własne oczy widzimy, w jaki sposób system ochrony zdrowia wyszedł naprzeciw wyzwaniu organizacji największego w historii programu szczepień, dotyczącego niemal całej populacji osób dorosłych w kraju. Wiele czynników działa, jednocześnie wpływając na decyzje ludzi o zaszczepieniu się lub nie. Celem systemu ochrony zdrowia jest uzyskanie odporności stadnej, czyli korzyści wspólnej. Jednak drogą do uzyskania tego celu jest zaszczepienie pojedynczych ludzi, kierujących się różnymi wartościami, niekoniecznie dobrem wspólnoty. Dlatego zadaniem zarządzających systemem ochrony zdrowia jest wytworzenie w społeczeństwie potrzeby wykonywania szczepień. Cel ten można osiągnąć różnymi drogami, jednak główne zadania kierujących polityką zdrowotną kraju obejmują:

- ograniczanie dysproporcji w dostępie do szczepień,
- usuwanie barier w dostępie do szczepień,
- tworzenie systemu zachęt i motywującego do tworzenia partnerstw świadczeniodawców na rzecz zwiększania odsetka osób zaszczepionych przeciw chorobom zakaźnym,
- zapewnienie standardów bezpieczeństwa przy wykonywaniu szczepień,
- zabezpieczenie środków na finansowanie szczepień,
- monitorowanie sytuacji epidemicznej i przygotowanie odpowiedzi na epidemię choroby zakaźnej,
- edukacja świadczeniodawców i społeczeństwa,
- współpraca ze świadczeniodawcami i innymi partnerami w celu realizacji strategii popularyzacji szczepień.

## 6.2. Liderzy

Szczepienia to wspólna sprawa, nie tylko dotycząca systemu ochrony zdrowia. W dobie pandemii COVID-19 nie trzeba do tego nikogo przekonywać. W 2020 r. zaobserwowano duży wzrost zaufania wobec szczepień. W Polsce zaufaniem darzyło szczepienia 37% ankietowanych w 2018 i aż 55% w 2020 r. Taki wzrost może cieszyć, lecz wyzwaniem staje się budowa zaufania dla szczepień u młodszych pokoleń. Zaufanie wśród nich jest niższe niż wśród seniorów (115).

Liderzy polityki, kultury, mediów, religijni mogą kształtować społeczne postawy wobec szczepień. Dochodzi do tego na płaszczyznach interpersonalnej, organizacyjnej i społecznej, a efekty mogą być zarówno pozytywne, jak i negatywne. Dzięki technologii informacja trafia szybko do dużej liczby odbiorców. Pod tym względem działania edukacyjne zwykle przegrywają z atrakcyjnymi sensacjami i dezinformacją, które skutkują np. obawami przed szkodliwością szczepień. W efekcie unika się szczepień w celu zapobiegania wystąpienia powikłań przy jednoczesnym ignorowaniu ryzyka związanego z chorobami zakaźnymi (116). Zachowanie to wydaje się logiczne; unika się czegoś, co można uniknąć – czyli szczepienia, myśląc jedno-

częście, że choroba jest losowa i nie sposób jej zapobiec. Błędne i fałszywe informacje pojawiające się w sferze publicznej powinny być identyfikowane i wyjaśniane. Rola liderów opowiadających się po stronie szczepień i ich wpływ na postawy społeczne są nieocenione. Często nie chodzi o udział liderów w kampaniach promocyjnych, a jedynie deklarację postawy wobec szczepień. Dla przykładu, około 30% Polaków nie wie, czy wykonywanie szczepień jest zgodne z przekonaniami religijnymi (115). W dobie pandemii COVID-19 obserwuje się szczególną aktywizację liderów z kręgu polityki, którzy aktywnie zabierają głos, promując zasadność szczepień oraz wskazując rozwiązania sprzyjające udroźnieniu systemu wykonywania szczepień. W swoich wypowiedziach, w większości bazują na informacjach otrzymanych od ekspertów. Edukacja parlamentarzystów przez ekspertów w powyższej tematyce wpływa pozytywnie na podnoszenie tematu dostępu i promocji szczepień na forum Sejmu, Senatu, Komisji Zdrowia oraz Zespołów Parlamentarnych.

W Polsce aktywnymi liderami popularyzacji szczepień są liczni działacze samorządowi, którzy spowodowali, że promocja zdrowia stała się ważnym elementem polityki społecznej. Zadania własne gmin z zakresu ochrony zdrowia obejmują realizację programów polityki zdrowotnej oraz ocenę potrzeb zdrowotnych mieszkańców i wyznaczanie kierunków przedsięwzięć lokalnych (117). W wielu samorządach w Polsce szczepienia zajmują istotne miejsce w zadaniach realizowanych przez gminy i powiaty. Należałoby wskazać na ich ważną rolę w zakresie:

- pozyskania lub zabudżetowania środków na realizację zdrowotne, programy profilaktyczne dla obywateli (zakup szczepionek, koszty szczepień),
- przeprowadzania formalnej procedury umożliwiającej realizację programu szczepień,
- promocji szczepień w lokalnym środowisku, zachęcania obywateli do wzięcia udziału w programie szczepień i regularnego dbania o zdrowie.

Programy samorządowe mogą być źródłem inspiracji dla programów realizowanych centralnie. Istotne, że wiele z nich jest realizowanych cyklicznie, a głównym czynnikiem kontynuacji są wyniki uzyskane w latach poprzednich. Dotyczy to m.in. programów szczepień przeciw pneumokokom czy grypie. Cykliczność programów przekłada się na ich skuteczność, których ocena oparta jest nie tylko o wzrost liczby osób zaszczepionych, lecz także o bezpośrednie efekty zdrowotne, takie jak spadek liczby hospitalizacji z powodu zachorowań. Liczby nie kłamią i pozwalają poszerzać skalę programów i budować zaangażowanie do pracy w ich ramach.

Pracodawcy są kolejną grupą liderów promujących szczepienia w ramach szczepień pracowniczych. Nie dotyczy to jedynie pracowników ochrony zdrowia, ale szerokich grup zawodowych o zróżnicowanym ryzyku zakażenia. Przygotowanie planu zarządzania ryzykiem infekcji w miejscu pracy i zabezpieczenie możliwości wykonywania dobrowolnych szczepień pracowniczych jest ważnym elementem strategii zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstw z różnych branż.

Należy pamiętać, że nastroje społeczne udzielają się również pracownikom ochrony zdrowia. W obliczu zwątpienia w wartość szczepień i oporu wobec ich działań przychodzi zwątpienie i przyjmowanie biernej postawy. Jednak bez udziału pracowników ochrony zdrowia trwała

zmiana nie jest możliwa. Dlatego profesjonaliści ochrony zdrowia również potrzebują wsparcia swoich liderów. Organizacje działające na rzecz poszczególnych zawodów medycznych oraz uczelnie medyczne mają bezpośredni wpływ na postawy swoich członków i absolwentów. Dysponują one szerokim zakresem działań mogących wpływać na motywację do zaangażowania w promocję szczepień:

- szkolenia i edukacja członków organizacji i studentów,
- przygotowanie procedur i protokołów włączenia oceny potrzeb pacjenta dotyczących szczepień do rutynowych zadań osób wykonujących dane zawody medyczne,
- zachęcanie członków i studentów do weryfikacji własnego statusu immunizacji i zaszczepienia się,
- dostarczanie aktualnych informacji na temat immunizacji, tworzenie rekomendacji,
- partnerstwo w celu edukacji społecznej,
- dzielenie się najlepszymi praktykami popularyzacji szczepień,
- lobbowanie za zmianami zwiększającymi dostępność szczepień i podnoszącymi standardy immunizacji.

### 6.3. Świadczeniodawcy

Ranga przypisywana działaniom profilaktycznym w placówkach ochrony zdrowia wpływa na postawy pracujących w nich profesjonalistów i aktywność w zakresie utrzymywania immunizacji pacjentów. Kadra zarządzająca placówkami ma możliwości stworzenia warunków dla popularyzacji immunizacji w ramach codziennej działalności. Tabela 11 podsumowuje działania jakie można podjąć na poziomie różnych świadczeniodawców, aby stworzyć optymalne warunki dla angażowania pracowników ochrony zdrowia w promocję szczepień i zwiększanie odsetka osób zaszczepionych (30, 118). W przypadku świadczeniodawców, którzy wykonują szczepienia, pierwszym krokiem powinno być określenie liczby i rodzajów szczepień, które aktualnie wykonują oraz potrzeb pacjentów, którzy korzystają z usług placówek. Duże potrzeby, których pacjenci nie są często świadomi, dotyczą szczepień nieobowiązkowych w grupach młodzieży, młodych dorosłych oraz pacjentów obciążonych chorobami przewlekłymi. W ocenie potrzeb powinni brać udział praktycy pracujący w danych placówkach, m.in. lekarze, pielęgniarki, rejestratorzy medyczni, farmaceuci. Ich udział jest również niezbędny do decyzji i przyszłego zaangażowania w wybrane działania. W celu prowadzenia screeningu immunizacyjnego mogą być potrzebne zmiany w przepływie pacjentów i procedurach, które uwzględnia czas niezbędny na ocenę potrzeb, rekomendację, szczepienie i jego udokumentowanie. W placówkach wykonujących szczepienia ważne jest, aby wykorzystać każdą sposobność do zaszczepienia pacjenta, a tam, gdzie szczepienia nie są wykonywane należy wdrożyć procedury monitorowania realizacji rekomendacji/ ponawiania zaleceń wykonania szczepień. Funkcjonalność e-skierowań ułatwia komunikację między osobami wykonującymi różne zawody medyczne; w placówkach specjalistycznej ochrony zdrowia można wprowadzić proce-

dury zlecenia wykonania szczepień na wzór skierowań na szczepienie przeciw COVID-19. Ważnym elementem jest likwidowanie barier w dostępie do szczepień, które mogą istnieć w różnych placówkach. Dotyczą one m.in. czasu, w jakim możliwe jest wykonywanie szczepień, kosztów szczepionek lub wykonywaniu szczepień wyłącznie szczepionkami zakupionymi w danej placówce. Ostatnim elementem jest ciągła ocena skuteczności podejmowanych działań, komunikowanie wyników oraz dzielenie się najlepszymi praktykami. Świadczeniodawcy powinni łączyć siły i szukać synergii we współdziałaniu. Interesariusze ochrony zdrowia odpowiedzialni za kształtowanie polityki zdrowotnej powinni tworzyć rozwiązania premiujące szeroki dostęp do szczepień i partnerstwa świadczeniobiorców.

**Tabela 11.** Działania podejmowane przez świadczeniodawców w celu kształtowania postaw zawodowych i promocji szczepień

Świadczeniodawcy wykonujący szczepienia	Świadczeniodawcy niewykonyjący szczepień
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uwzględnienie oceny potrzeb w zakresie szczepień podczas codziennych spotkań z pacjentami</li> <li>• Rozwój kompetencji oceny potrzeb pacjentów i strategii screeningu</li> <li>• Silne rekomendowanie wykonania odpowiednich szczepień</li> <li>• Informowanie pacjentów o zaleceniach dotyczących szczepień</li> <li>• Włączenie oceny statusu immunizacji pacjentów do rutynowych czynności opieki zdrowotnej</li> <li>• Dostęp do systemów informatycznych/rejestrów zawierających informacje o wykonanych szczepieniach</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zdobywanie i aktualizowanie kompetencji zawodowych w zakresie wykonywania szczepień</li> <li>• Weryfikacja rekomendacji dotyczących wykonania szczepień pochodzących z innych placówek</li> <li>• Identyfikacja i likwidacja organizacyjnych barier w dostępie do szczepień</li> <li>• Prowadzenie racjonalnej gospodarki szczepionkami</li> <li>• Wykonywanie rekomendowanych szczepień</li> <li>• Dokumentowanie szczepień w historii medycznej pacjenta i w odpowiednim rejestrze (np., e-Karta Szczepień)</li> <li>• Monitorowanie i ocena zmiany liczby wykonywanych szczepień po rozpoczęciu działań</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kierowanie pacjentów wymagających zaszczepienia do świadczeniodawców je wykonujących</li> <li>• Wystawianie skierowań na wykonanie szczepienia (jeśli dotyczy)</li> <li>• Budowanie partnerstwa z lokalnymi świadczeniodawcami wykonującymi szczepienia</li> <li>• Monitorowanie statusu wykonania zarekomendowanych szczepień</li> </ul>



**Jak komunikować wartość  
i potrzebę szczepień?**

**Wybuch pandemii COVID-19, globalna panika oraz wyścig naukowy o szczepionkę, istotnie wpłynęły na świadomość Polek i Polaków na temat wirusów i chorób z nimi związanych. Wirusolodzy i epidemiolodzy, którzy do niedawna byli ignorowani, dzisiaj aktywnie działają w mediach oraz ochronie zdrowia. Oblężenie aptek w poszukiwaniu szczepionek przeciw grypie dowodzi, jak ważnym elementem dla społeczeństwa stała się profilaktyka. Niestety, w porównaniu z innymi krajami Europy i ich średnim 44% poziomem wyszczepialności pozostajemy mocno w tyle z naszymi 6%.**

Rok 2021 jest kluczowy dla pozycji Polski w kwestii szczepień ochronnych: zostaniemy w ogonie Europy czy dołączymy do innych krajów europejskich z wysokimi odsetkami zaszczepionych obywateli? W ostatnich latach modelem, który, najlepiej się sprawdzał w mediach był model oparty na strachu: „brakuje szczepionek, to znaczy, że koniecznie muszę się zaszczepić”. Jednak, abyśmy mogli mówić o Polsce jako o kraju nowoczesnym z rozwiniętą świadomością społeczną na temat chorób zakaźnych, powinniśmy pomyśleć o innym sposobie zachęcania społeczeństwa do szczepień. Poprzedni rok pokazał, że należy szukać rozwiązań w narzędziach systemowych i spersonalizowanej komunikacji do wszystkich interesariuszy: lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, ale też pacjentów. Pozwoli to uniknąć szumu komunikacyjnego oraz problemów na poziomie organizacyjnym, np. w łańcuchu dostaw.

Rok 2021 to również rok zmagania z mitami komunikacyjnymi, z którymi wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni umieć sobie poradzić. W nadchodzących miesiącach, prognozuje się, że najczęściej w społeczeństwie będą wybrzmiewały:

- „Maseczka to najlepsza profilaktyka. Noszę maseczkę i nie złapałem/am COVID-19 to grypy też nie złapię”.
- „Zaszczepiłem się przeciw COVID-19 i nie muszę już szczepić się przeciw grypie” lub „Znajomy lekarz powiedział, że jak mam wybór to lepiej się zaszczepić przeciw COVID niż grypie”.
- „Zespoły szczepienne są zawałone szczepieniami przeciw COVID-19, nawet oddelegowali do tego pielęgniarki, nikt nawet nie chce słyszeć o szczepieniach przeciw grypie”.
- „W zeszłym roku były straszne kolejki po szczepionki w aptekach, nie chcę pchać się w ten tłum. W tym roku sobie odpuszczę”.
- „Gospodarka powoli rusza i nie mam czasu na to, by zwolnić się z pracy na szczepienia” lub „Nadal trwa lockdown i nie chodzę do biura, a moje dzieci do szkoły, to jak mam się zarazić?”.
- „Nie będę dwa razy kłuł siebie i swojego dziecka”.
- „Przeżyłam/em COVID-19 to, co mi tam sezonowa grypa”.
- „Za te szczepienia muszę zapłacić, to nie idę się zaszczepić, w końcu szczepienia przeciw COVID-19 są za darmo”.

Szansą dla wszystkich pacjentów oraz zaangażowanych interesariuszy jest komunikacja dopasowana do poszczególnych grup jej odbiorców. Odpowiednio dobrany przekaz pozwoli na zakorzenienie w Polakach chęci do szczepień, co z kolei zmusi administrację publiczną do dobrania rozwiązań, które dostatecznie szybko odpowiedzą na wzrost zapotrzebowania.

## 7.1. Metoda małych kroków

Dialog pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a organizacjami, które monitorują i prognozują trendy w profilaktyce zdrowotnej to pierwszy, ważny krok w kwestii podnoszenia poziomu wyszczepialności. Otwarta rozmowa pozwoli na zaplanowanie zakupów centralnych, opracowanie modeli refundacyjnych z odpowiednio długim wyprzedzeniem dla kolejnego sezonu grypowego. Komunikacja skierowana do przedstawicieli zawodów medycznych najbardziej narażonych na zakażenia wirusem grypy: lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, to kolejny etap, który należy zaplanować. Służby mundurowe oraz samorządy powinny być kolejnymi adresatami spersonalizowanej komunikacji, ponieważ nie tylko muszą być w stałej gotowości, ale również – jak np. w przypadku samorządów – działają edukacyjne i profilaktycznie, przygotowując programy skierowane do najbardziej potrzebujących grup pacjentów np. z grup ryzyka, osób dotkniętych kryzysem bezdomności itp.

Trzecim krokiem jest szeroka komunikacja do pacjentów, zwłaszcza z grup ryzyka. Zakłady opieki zdrowotnej nie powinny być jedynymi miejscami, w których prowadzona jest komunikacja na temat szczepień. Należy ją również wdrożyć w np. aptekach czy przychodniach przyszpitalnych. W przekazie powinno wybrzmieć, że szczepienie przeciw grypie, w żadnym wypadku nie wpływa na prawo do szczepień na COVID-19 i nie odsuwa go w czasie. Ważne, by wszystkie zawody medyczne jednogłośnie podkreślały, że szczepienia nie są alternatywne i oba są równie istotne dla zdrowia pacjenta.

## 7.2. Wyzwanie dla wszystkich specjalistów

Strach przez pandemią zmienił perspektywę Polaków, którzy częściej zaczęli dostrzegać wartość szczepień. Wykorzystując ten moment, należałoby jak najszybciej wprowadzić zmiany systemowe, ułatwiając społeczeństwu dostęp do profilaktyki przeciw grypie, jednocześnie odciążając lekarzy, skupiających się dziś na walce z wirusem SARS-CoV-2. Jedną z takich zmian, która od lat funkcjonuje w krajach Europy Zachodniej, jest włączenie do wykonywania i kwalifikacji do szczepień przedstawicieli takich zawodów medycznych jak farmaceuci czy pielęgniarki. Wprowadzane zmiany powinny być szeroko komunikowane pacjentom, zwłaszcza że w nadchodzącym sezonie w jednym czasie wykonywane będą szczepienia przeciw COVID-19 oraz przeciw grypie. Według wielu ekspertów może to przyczynić się do rezygnacji ze szczepień przeciw grypie, co bezpośrednio może przyczynić się do wzrostu zgonów z powodu tej choroby.

### 7.3. Wypracowane narzędzia

Instytucjonalne narzędzia, takie jak alerty RCB oraz IKP, również mogą pomóc w komunikacji na temat szczepień przeciw grypie. Warto włączyć do IKP informacje dotyczące wykonanych szczepień u danego pacjenta. Natomiast alerty RCB mogłyby pełnić funkcje przypominającą, informując użytkowników telefonów komórkowych o możliwości zapisania się na szczepienia przeciw COVID-19, jak i przeciw grypie. To istotny element, biorąc pod uwagę, że dzisiejszy kalendarz szczepień wskazuje, iż wielu młodych Polaków w tym roku będzie miało szansę jedynie na szczepienia przeciw grypie.

W tworzeniu komunikacji skierowanej do wszystkich zainteresowanych grup warto przyrzeć się działaniom ECDC, WHO i innych, którzy od wielu lat tworzą poradnik na temat komunikacji szczepień. W raporcie Seasonal Influenza Communication Toolkit Guidelines ECDC wskazuje, że przede wszystkim ważna jest dobra identyfikacja publiczności (119). Według ekspertów ECDC, do zwiększania świadomości na temat grypy i sezonu szczepień pomocne mogą być informacje kierowane do Polaków przez kluczowe instytucje, alerty na elektronicznych platformach komunikacji z placówkami POZ i szpitalnymi, a także banery na stronach internetowych, przypominające o rozpoczęciu sezonu szczepień. Warto pomyśleć o organizacji takich kampanii informacyjnych dwa razy do roku – przed wakacjami, by zaktywizować grupę 0, czyli lekarzy, a potem po wakacjach, by przedstawiciele zawodów medycznych przypominali swoim pacjentom o nowym sezonie szczepień.



Inspiracje, innowacje i synergia  
w promocji szczepień

Inspiracje są siłą napędową modelu popularyzacji szczepień, ponieważ w ciągle zmieniającej się rzeczywistości pozwalają na dostosowanie strategii do aktualnych uwarunkowań społecznych, zdrowotnych i politycznych. Inspirowanie innych swoimi doświadczeniami, wprowadzenie innowacji i szukanie synergii między działaniami pozwalają na zwiększanie skuteczności i osiąganie coraz wyższych poziomów uodpornienia.

Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że punktowe, samodzielne inicjatywy mają niewielkie szanse powodzenia, a tym bardziej wywarcia trwałego wpływu na zwiększenie odsetka osób zaszczepionych (120). Dlatego ważne jest szukanie synergii między różnymi inicjatywami. Programy immunizacji powinny działać wraz z innymi programami realizowanymi w systemie ochrony zdrowia, np. z innymi programami profilaktycznymi. Pozwala to na optymalne wykorzystanie zasobów przy osiągnięciu interakcji z obywatelami uwzględniającej szersze potrzeby zdrowotne niż każda z inicjatyw osobno. Z punktu widzenia pacjenta kompleksowość działań profilaktycznych jest niezwykle istotna, często decydująca o wzięciu udziału w programie. Skuteczność kompleksowych interwencji musi podlegać ocenie, a synergię należy udowadniać. W większości przypadków tworzenie złożonych programów profilaktycznych leży w kompetencjach osób kreujących politykę zdrowotną. Ze względu na istotny społeczny wymiar szczepień warto priorytetowość te programy, które łączą pomysły rządzących z ideami z innych sektorów oraz organizacjami pozarządowymi. W takich przypadkach nie można zapominać o integracji świadczeniodawców i zabezpieczeniu dostaw szczepionek. W praktyce to właśnie osoby wykonujące szczepienia bezpośrednio zrealizują cele programów szczepień. Dlatego każdy program immunizacji wymaga kompetentnego, przeszkolonego personelu, o wysokich umiejętnościach komunikacyjnych z dostępem do danych o pacjentach i systemów wspierających (121). Zaangażowanie i partnerstwo świadczeniodawców, wsparcie uczelni i samorządów zawodowych to oddolne inicjatywy mogące wspierać programy immunizacji.

Gotowość do realizacji programów immunizacji na szczeblu krajowym, lokalnym i indywidualnym wymaga nakładów finansowych oraz czasu. Pandemia COVID-19 zwiększyła tempo przygotowań wielokrotnie, np. jesteśmy u progu największego w historii programu szkoleń przygotowujących osoby wykonujące różne zawody medyczne do szczepienia przeciw COVID-19. Warto wykorzystać ten potencjał również w przyszłości, gdyż brak finansowania tego rodzaju programów rozwojowych w czasie bez epidemii leży u przyczyn niezadawalającej skuteczności programów krajowych. Kolejnym ważnym elementem jest oddolne definiowanie celów, które planuje się osiągnąć, zamiast narzucania celów odgórnych, które często są nierealistyczne (122). Z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa najważniejsze jest umiejętne łączenie działań centralnych z lokalnymi inicjatywami i potencjałem poszczególnych zawodów medycznych.



# Podsumowanie | Rekomendacje

**Model *Wybieraj – Działaj – Inspiruj* powinien być fundamentem programów popularyzacji szczepień w Polsce.** Model wspiera wybór skutecznych działań, dostosowanie ich do potrzeb społecznych i organizacji systemu ochrony zdrowia oraz sprzyja upowszechnianiu najlepszych wzorców. Jego istotnym elementem jest możliwość ewolucji i wprowadzania zmian w odpowiedzi na aktualną sytuację społeczną, gospodarczą i epidemiologiczną.

**Należy wspierać i popularyzować nowe systemowe rozwiązania, które sprzyjają popularyzacji i nadzorowi nad immunizacją.** Rozwiązania stosowane na szeroką skalę w czasie pandemii COVID-19, takie jak e-skierowania na szczepienia i e-Karta Szczepień powinny być na szeroką skalę wykorzystywane do udostępniania informacji osobom wykonującym zawody medyczne i popularyzacji wykonywania wszystkich szczepień.

**System ochrony zdrowia powinien motywować pracowników tego sektora i świadczeniodawców do promocji szczepień w ramach codziennej pracy z pacjentami.** Wsparcie decydentów i realizacja spójnej polityki zdrowotnej sprzyjają budowaniu asertywnych postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pacjentów, natomiast edukacja, zachęty i wsparcie w zakresie zdobywania kompetencji (np. komunikacyjnych) zwiększają efektywność działań realizowanych przez świadczeniodawców. Sposób finansowania szczepień przeciw COVID-19, powinien ewoluować w kierunku objęcia nim również innych szczepień oraz sprzyjania rozwojowi współpracy między świadczeniodawcami wykonującymi i niewykonyjącymi szczepień.

**Ocena potrzeb immunizacji i silna rekomendacja wykonania szczepienia to podstawowe działania, które już dziś może wykonać każdy przedstawiciel zawodu medycznego.** Pracownicy ochrony zdrowia odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu chorobom zakaźnym. Ważne, aby rekomendacje wykonania szczepień padały w różnych sytuacjach kontaktu z pacjentem, zarówno w stanie zdrowia, jak w przypadku wystąpienia choroby.

**Udział wszystkich zawodów medycznych bezpośrednio kontaktujących się z pacjentem jest niezbędnym elementem oddolnych inicjatyw promocji szczepień.** Szczepienia powinny być kompetencją wszystkich pracowników ochrony zdrowia, podobnie jak w przypadku narodowego programu szczepień przeciw COVID-19 dopuszczającego szczepienia wykonywane przez osoby wykonujące zawody medyczne, które do tej pory nie były zaangażowane w te działania. Wymaga to zarówno zmian systemowych, jak i pracy na rzecz budowy zaufania społecznego i akceptacji szczepień wykonywanych poza tradycyjnymi miejscami. Rozszerzanie kompetencji poszczególnych pracowników ochrony zdrowia powinno mieć charakter ewolucyjny, a jego celem powinna być dywersyfikacja opcji, z których finalnie może wybrać pacjent. Możliwość wykonywania niektórych szczepień u osób dorosłych poza tradycyjnymi miejscami jest coraz powszechniejszą praktyką i nie odbywa się przy obniżeniu standardów opieki i bezpieczeństwa pacjenta.

**Należy wzmacniać oddolne inicjatywy promocji szczepień angażujące przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem.** Polska dysponuje jednymi z najlepszych wytycznych i zaleceń dotyczących wykonywania szczepień w różnych grupach pacjentów i sytuacjach klinicznych. Są to wytyczne towarzystw i instytucji naukowych (68, 123-125) oraz obowiązki i zalecenia zawarte w Programie Szczepień Ochronnych (62). Jednakże rośnie częstość uchylania się od obowiązku wykonywania szczepień, a liczba wykonywanych szczepień zalecanych jest niewystarczająca do osiągnięcia docelowego

poziomu. Wzmocnienie siły rekomendacji szczepienia przy każdym kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia oraz inicjatyw polegających na dialogu, przypomnieniach i zachętach do szczepień pozwoli na rzeczywistą realizację istniejących wytycznych i zaleceń.

**Należy umożliwiać zdobywanie kompetencji komunikacyjnych pozwalających na efektywną promocję szczepień.** Pracownicy ochrony zdrowia odgrywają kluczową rolę w popularyzacji szczepień. W raporcie przedstawiliśmy kilka podstawowych schematów i narzędzi ułatwiających komunikację z pacjentami, jednak ich popularyzacja na szeroką skalę jest niezbędna, aby efektywnie promować szczepienia. Pracownicy ochrony zdrowia powinni być systematycznie szkoleni w zakresie metod promocji zdrowia opartych na dialogu i przypomnieniach. Konieczne jest uwzględnienie wakcynologii w programie studiów na studiach medycznych, nie tylko na wydziałach lekarskich. Bez tego ustawowe zapisy o udziale w czynnościach profilaktyki zdrowotnej pozostają częściowo martwe.

**Liderzy społeczni, lokalni, kulturalni oraz religijni odgrywają ważną rolę w kształtowaniu postaw wobec szczepień.** Deklarowanie i manifestowanie postaw oraz wsparcie środowisk medycznych sprzyjają popularyzacji szczepień zarówno w szerokich, jak i lokalnych społecznościach. Liderzy różnych środowisk mogą posługiwać się modelem **Wybieraj – Działaj – Inspiruj**. Wśród nich istotną grupę stanowią samorządowcy, którzy w swoich lokalnych społecznościach od lat realizują programy profilaktyki zdrowotnej o udowodnionej skuteczności.

**Działania edukacyjne nie powinny być realizowane jako samodzielne inicjatywy promocji szczepień.** Działania edukacyjne stanowią fundament promocji zdrowia, jednak realizowane jako samodzielna inicjatywa nie skutkują podniesieniem odsetka zaszczepionych osób. Edukacji kierowanej do społeczeństwa lub osób wykonujących zawody medyczne powinny towarzyszyć inne działania zmieniające zachowania, postawy oraz dostęp do szczepień.

**Głównymi grupami docelowymi aktywności zmierzających do popularyzacji szczepień powinny być dzieci, młodzież i młodzi dorośli.** Dane oraz już pierwsze doświadczenia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 wskazują potrzebę inwestowania w rozwój postaw prozdrowotnych najmłodszych pokoleń. W szkołach, już od najmłodszych lat powinno wprowadzać się wiedzę o zdrowiu, aby jak najwcześniej tworzyć fundamenty dla postaw prozdrowotnych. Należy również uświadamiać potrzeby immunizacyjne osobom z chorobami przewlekłymi i o wysokim ryzyku zakażenia. Osoby w podeszłym wieku należą do najbardziej zmotywowanych do szczepień grup społecznych.

A stethoscope with a silver chest piece and blue tubing is positioned over a stack of books. The scene is lit with a cool, blue-toned light. A semi-transparent blue rectangular overlay is placed over the middle of the image, containing the text '10 Literatura' in white. The number '10' is rendered in a large, white, outlined font, with the word 'Literatura' in a smaller, white, sans-serif font positioned to its right.

10 Literatura

1. Zatwierdzanie szczepionek w Unii Europejskiej: Komisja Europejska, Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Europejska Agencja Leków; 2020.
2. Borkowski L, Drąg M, Fal AM, Flisiak R, Jemielity J, Krajewski J, Mastalerz-Migas A, Matyja A, Pyrc K, Rzymiski P, Sutkowski M, Simon K, Wysocki J, Zajkowska J. Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność. Nauka przeciw pandemii; Warszawa, 2021.
3. Ten threats to global health in 2019 [Internet]. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia; 2019.
4. Thirteenth General Programme of Work (GPW13): methods for impact measurement. Światowa Organizacja Zdrowia; Genewa, 2020.
5. Dube E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Rev Vaccines* 2015; 14: 99-117.
6. Coombes R. Europe steps up action against vaccine hesitancy as measles outbreaks continue. *BMJ* 2017; 359: j4803.
7. Lin C, Tu P, Beitsch LM. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. *Vaccines (Basel)* 2020; 9.
8. Immunisation and the sustainable development goals. Gavi The Vaccine Alliance, 2019.
9. Wieloletni plan finansowy państwa na lata 2019-2022. Warszawa: Ministerstwo Finansów; 2019.
10. Krajowa strategia rozwoju regionalnego 2030. Warszawa: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej; 2019.
11. Polityka Lekowa Państwa 2018-2022. Ministerstwo Zdrowia; Warszawa, 2018.
12. Twarowski A, Gryglewicz J, Domańska-Sadynica M. Zapobieganie chorobom zakaźnym w Polsce. Uczelnia Łazarskiego; Warszawa, 2019.
13. Siuda KK, Kaczmarek K. Evidence based health promotion. *Przeł Epidemiol* 2006; 60: 823-833.
14. Rychetnik L, Wise M. Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. *Health Promot Int* 2004; 19: 247-257.
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152.
16. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039.
17. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz.U. 2021 r. poz. 97.
18. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz.U. 2001 nr 100 poz. 1083.
19. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410.
20. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz.U. 2015 poz. 1994.
21. Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International* 2000; 15.
22. Kolff CA, Scott VP, Stockwell MS. The use of technology to promote vaccination: A social ecological model based framework. *Hum Vaccin Immunother* 2018; 14: 1636-1646.
23. Lin CJ, Nowalk MP, Toback SL, Rousculp MD, Raymund M, Ambrose CS, Zimmerman RK. Importance of vaccination habit and vaccine choice on influenza vaccination among healthy working adults. *Vaccine* 2010; 28: 7706-7712.
24. Cochrane Public Health (CPH) [Internet]. Londyn: Cochrane.

25. The Community Guide [Internet]. Stany Zjednoczone: Guide to Community Preventive Services
26. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) [Internet]. Saint-Maurice, Francja: International Union for Health Promotion and Education.
27. Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GPHPE) [Internet]. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia.
28. Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson HJ. Strategies for addressing vaccine hesitancy - A systematic review. *Vaccine* 2015; 33: 4180-4190.
29. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychol Sci Public Interest* 2017; 18: 149-207.
30. Strategies to Improve Adult Vaccination Coverage. Immunization Action Coalition; Stany Zjednoczone, 2020.
31. Zimmerman RK, Santibanez TA, Janosky JE, Fine MJ, Raymund M, Wilson SA, Bardella IJ, Medsger AR, Nowalk MP. What affects influenza vaccination rates among older patients? An analysis from inner-city, suburban, rural, and Veterans Affairs practices. *Am J Med* 2003; 114: 31-38.
32. Imburgia TM, Hendrix KS, Donahue KL, Sturm LA, Zimet GD. Predictors of influenza vaccination in the U.S. among children 9-13years of age. *Vaccine* 2017; 35: 2338-2342.
33. What works. Increasing Appropriate Vaccination. Community Preventive Services Task Force; Stany Zjednoczone, 2017.
34. Tailoring Immunization Programmes (TIP). Światowa Organizacja Zdrowia; Kopenhaga, 2019.
35. Unit. UHSIRaDS, Centre. OoIGI. Demand for Health Services. Field Guide. A human-centred approach. UNICEF, 2018.
36. Biasio LR, Corsello G, Costantino C, Fara GM, Giammanco G, Signorelli C, Vecchio D, Vitale F. Communication about vaccination: A shared responsibility. *Hum Vaccin Immunother* 2016; 12: 2984-2987.
37. Goldstein S, MacDonald NE, Guirguis S, Hesitancy SWGoV. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* 2015; 33: 4212-4214.
38. Antczak A, Sobierajski T. Jak skutecznie rekomendować szczepienia przeciw grypie pacjentom z grup ryzyka? : Instytut Oświaty Zdrowotnej Główna Fundacja Haliny Osińskiej; Warszawa, 2014.
39. Jak skutecznie rekomendować profilaktykę zdrowotną? Warszawa: Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacji Haliny Osińskiej; 2013.
40. Vaccination and trust. Światowa Organizacja Zdrowia; Kopenhaga, 2017.
41. Talking with parents about vaccines for children. Światowa Organizacja Zdrowia; Genewa, 2012.
42. Willis N, Hill S, Kaufman J, Lewin S, Kis-Rigo J, De Castro Freire SB, Bosch-Capblanch X, Glenton C, Lin V, Robinson P, Wiysonge CS. "Communicate to vaccinate": the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. *BMC International Health and Human Rights* 2013; 13: 23.
43. Kaufman J, Synnot A, Ryan R, Hill S, Horey D, Willis N, Lin V, Robinson P. Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev* 2013: CD010038.
44. Vaccination programmes and health systems in the European Union. Komisja Europejska; Luksemburg, 2018.

45. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 2010: Cd004015.
46. Finnegan G. Flu season: pharmacies are key to protecting vulnerable citizens [Internet]. *Internet: VaccinesToday*; 2019.
47. Maty F, Hinchliffe A. Vaccination services through community pharmacy: a literature review. *Public Health Wales NHS Trust*; *Internet*, 2010.
48. Kirkdale CL, Nebout G, Megerlin F, Thornley T. Benefits of pharmacist-led flu vaccination services in community pharmacy. *Ann Pharm Fr* 2017; 75: 3-8.
49. Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD003941.
50. NICE. Flu vaccination: increasing uptake. *London: National Institute for Health and Care Excellence*; 2020.
51. Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med* 2014; 112: 1-11.
52. Singer A. Vaccines—Communicating with Unsure Parents, Part 2 [Nagranie]. *Stany Zjednoczone, Atlanta*2010.
53. Nessler K, Krzton-Krolewiecka A, Chmielowiec T, Jarczewska D, Windak A. Determinants of influenza vaccination coverage rates among primary care patients in Krakow, Poland and the surrounding region. *Vaccine* 2014; 32: 7122-7127.
54. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w sprawie szczepień ochronnych *Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych* 2020.
55. Walewander J, Małas Z. Stanowisko nr 37 z dnia 24 czerwca 2020 r. NRPIp skierowane do ministra zdrowia w sprawie zwiększenia uprawnień pielęgniarek do kwalifikacji do szczepień przeciw grypie u dorosłych *Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych*; 2020.
56. Nickalls K. Improving uptake of influenza vaccination in primary care. *Practice Nursing* 2020; 31: 87-87.
57. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, *Dz.U.* 2020; poz. 1255(2020).
58. Plumridge E, Goodyear-Smith F, Ross J. Nurse and parent partnership during children's vaccinations: a conversation analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65: 1187-1194.
59. AAP Immunization Resources Immunization Reminder & Recall Systems. *American Academy of Pediatrics*; *Stany Zjednoczone*, 2014.
60. Cataldi JR, Kerns ME, O'Leary ST. Evidence-based strategies to increase vaccination uptake: a review. *Curr Opin Pediatr* 2020; 32: 151-159.
61. Kreuter MW, Caburnay CA, Chen JJ, Donlin MJ. Effectiveness of individually tailored calendars in promoting childhood immunization in urban public health centers. *Am J Public Health* 2004; 94: 122-127.
62. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 22 grudnia 2020 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2021. *Warszawa: Minister Zdrowia*; 2020.

63. Talking with Parents about Vaccines for Infants. Centers for Disease Control and Prevention; Stany Zjednoczone, 2018.
64. Harmsen IA, Doorman GG, Mollema L, Ruiter RAC, Kok G, de Melker HE. Parental information-seeking behaviour in childhood vaccinations. *BMC Public Health* 2013; 13: 1219.
65. Ames HM, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2: CD011787.
66. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr* 2012; 12: 154.
67. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz.U. 2018 poz. 1756(2018).
68. Antczak A, Kuchar E, Nitsch-Osuch A, Sieroszewski P, Wielgoś M, Zimmer M. Stanowisko ekspertów OPZG i PTGiP dotyczące szczepienia przeciw grypie kobiet w ciąży. PTGiP, OPZG; Warszawa, 2020.
69. ACOG Committee Opinion No. 772: Immunization Implementation Strategies for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019; 133: e254-e259.
70. Mereckiene J. Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States – Overview of vaccine recommendations for 2017–2018 and vaccination coverage rates for 2015–2016 and 2016–2017 influenza seasons.: European Centre for Disease Prevention and Control; Sztokholm, 2018.
71. Healy CM. Pertussis vaccination in pregnancy. *Hum Vaccin Immunother* 2016; 12: 1972-1981.
72. Szelań J, Mastalerz-Migas A. Lekarze rodzinni w Polsce wobec szczepienia kobiet w ciąży – postawy i praktyka Kraków: Medycyna Praktyczna; 2019.
73. Frawley JE, McKenzie K, Cummins A, Sinclair L, Wardle J, Hall H. Midwives' role in the provision of maternal and childhood immunisation information. *Women Birth* 2020; 33: 145-152.
74. Smith SE, Gum L, Thornton C. An exploration of midwives' role in the promotion and provision of antenatal influenza immunisation: A mixed methods inquiry. *Women Birth* 2021; 34: e7-e13.
75. Dubé E, Vivion M, Sauvageau C, Gagneur A, Gagnon R, Guay M. How do Midwives and Physicians Discuss Childhood Vaccination with Parents? *J Clin Med* 2013; 2: 242-259.
76. Corben P, Leask J. Vaccination hesitancy in the antenatal period: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2018; 18: 566.
77. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33: 4161-4164.
78. Dońska K, Suwała M, Zarzycka D, Sobolewska-Samorek A, Violetta. P. Postawy i edukacja wakcynologiczna rodziców. *Pielegniarstwo XXI wieku* 2018; 17: 58-64.
79. Tsigrelis C, Ljungman P. Vaccinations in patients with hematological malignancies. *Blood Rev* 2016; 30: 139-147.
80. Bitterman R, Eliakim-Raz N, Vinograd I, Zalmanovici Trestioreanu A, Leibovici L, Paul M. Influenza vaccines in immunosuppressed adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 2: CD008983.
81. Manser CN, Maillard MH, Rogler G, Schreiner P, Rieder F, Buhler S, on behalf of Swiss Ibdnet aowgotSSoG. Vaccination in Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Digestion* 2020; 101 Suppl 1: 58-68.

82. Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, Agmon-Levin N, van Assen S, Bijl M, Breedveld FC, D'Amelio R, Dougados M, Kapetanovic MC, van Laar JM, de Thurah A, Landewe RB, Molto A, Muller-Ladner U, Schreiber K, Smolar L, Walker J, Warnatz K, Wulffraat NM, Elkayam O. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2020; 79: 39-52.
83. Vaccination Practices for Adults with Diabetes American Association of Diabetes Educators; Stany Zjednoczone, Chicago, 2019.
84. Recommended Adult Immunization Schedule for ages 19 years or older, United States, 2020 [Internet]. Stany Zjednoczone: Centers for Disease Control and Prevention; 2020.
85. UK immunisation schedule: the green book, chapter 11. The Green Book. Londyn: Public Health England; 2020.
86. Catch-up vaccination in the general population. Haute Autorite de Sante; Paryż, 2019.
87. Fedson DS, Houck P, Bratzler D. Hospital-based influenza and pneumococcal vaccination: Sutton's Law applied to prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21: 692-699.
88. McFadden K, Seale H. A review of hospital-based interventions to improve inpatient influenza vaccination uptake for high-risk adults. *Vaccine* 2021; 39: 658-666.
89. Antczak A, Balcerzak M, Byliniak M, Czech M, Drozd M, Merks P. Szczepienia przeciw grypie w aptekach. Fundacja Nadzieja dla Zdrowia; Warszawa, 2020.
90. Wysokie zainteresowanie farmaceutów udziałem w akcji szczepień przeciw COVID-19 Warszawa: Naczelna Izba Aptekarska; 2021.
91. Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2021 poz. 159(2021).
92. Applying the pharmacists' patient care process to immunization services. American Pharmacist Association; Stany Zjednoczone, 2017.
93. Laheij AM, Kistler JO, Belibasakis GN, Valimaa H, de Soet JJ, European Oral Microbiology W. Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry. *J Oral Microbiol* 2012; 4.
94. Villa A, Chmieliauskaite M, Patton LL. Including vaccinations in the scope of dental practice: The time has come. *J Am Dent Assoc* 2021.
95. Speer WB. Dentists and vaccinations. *JADA* 2014; 145: 17.
96. Stull CL, Lunos S. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Human Papilloma Virus Communication and Vaccine Advocacy Among Minnesota Dentists and Dental Hygienists. *J Dent Hyg* 2019; 93: 33-42.
97. Stull C, Freese R, Sarvas E. Parent perceptions of dental care providers' role in human papillomavirus prevention and vaccine advocacy. *J Am Dent Assoc* 2020; 151: 560-567.
98. Mahase E. Midwives, paramedics, and physiotherapists could deliver covid and flu vaccines under government plan. *BMJ* 2020; 370: m3375.
99. Boston CD, Bryan JJ. Immunizations in Athletes. *Sports Health* 2018; 10: 427-433.
100. Rashid A. Yonder: Advanced practice physiotherapists, vaccination, dehydration, and school lunches. *Br J Gen Pract* 2020; 70: 75.

101. Fennelly O, Blake C, FitzGerald O, Caffrey A, Fletcher L, Smart K, Corcoran S, Shé É N, Casserley-Feeney S, Desmeules F, Cunningham C. Advanced musculoskeletal physiotherapy practice: The patient journey and experience. *Musculoskelet Sci Pract* 2020; 45: 102077.
102. Future shape of the physiotherapy workforce: Information paper. Chartered Society of Physiotherapy; Londyn, 2018.
103. Ganczak M, Topczewska K, Biesiada D, Korzeń M. Frequency of Occupational Bloodborne Infections and Sharps Injuries among Polish Paramedics from Selected Ambulance Stations. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 18.
104. Wrenn K, Zeldin M, Miller O. Influenza and pneumococcal vaccination in the emergency department. *Journal of General Internal Medicine* 1994; 9: 425-429.
105. Casalino E, Ghazali A, Bouzid D, Antoniol S, Kenway P, Pereira L, Choquet C. Emergency Department influenza vaccination campaign allows increasing influenza vaccination coverage without disrupting time interval quality indicators. *Intern Emerg Med* 2018; 13: 673-678.
106. Slobodkin D, Kitlas J, Zielske P. Opportunities not missed — systematic influenza and pneumococcal immunization in a public inner-city emergency department. *Vaccine* 1998; 16: 1795-1802.
107. Rimple D, Weiss SJ, Brett M, Ernst AA. An emergency department-based vaccination program: overcoming the barriers for adults at high risk for vaccine-preventable diseases. *Acad Emerg Med* 2006; 13: 922-930.
108. Migdal VL, Harper K, Haqqani N, Janiak B. Time Cost of Standardized Nursing Screens in the Emergency Department. *West J Emerg Med* 2019; 20: 851-854.
109. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570(2008).
110. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, Dz. U. 2020 r. poz. 1964(2020).
111. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi, Dz.U. 2010 nr 180 poz. 1215(2010).
112. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 zmieniające rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, Dz.U. z 2020 r. poz.13(2020).
113. Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19. Ministerstwo Zdrowia; Warszawa, 2020.
114. Wykorzystanie systemów IT przy obsłudze szczepień covid-19. Centrum e-Zdrowia; Warszawa, 2020.
115. de Figueiredo A, Karafillakis E, Larson HJ. State of Vaccine Confidence in the EU+UK. Komisja Europejska; Luksemburg, 2020.
116. Rechel B, Richardson E, McKee M. The organization and delivery of vaccination services in the European Union. Światowa Organizacja Zdrowia; Wielka Brytania, 2018.
117. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz. U. z 2016 r. poz. 446, 1579, 1948, z 2017 r. poz. 730, 935. (1990 ).

118. Recommendations from the National Vaccine Advisory committee: standards for adult immunization practice. *Public Health Rep* 2014; 129: 115-123.
119. Seasonal Influenza. Communication toolkit guidelines. European Centre for Disease Prevention and Control; Sztokholm, 2013.
120. Clarke-Deelder E, Suharlim C, Chatterjee S, Brenzel L, Ray A, Cohen J, McConnell M, Resch SC, Menzies NA. Impact of campaign-style delivery of routine vaccines during Intensified Mission Indradhanush in India: a controlled interrupted time-series analysis. *medRxiv* 2020: 2020.2005.2001.20087288.
121. European Vaccine Action Plan 2015-2020. Światowa Organizacja Zdrowia; Kopenhaga, 2014.
122. MacDonald N, Mohsni E, Al-Mazrou Y, Kim Andrus J, Arora N, Elden S, Madrid MY, Martin R, Mahmoud Mustafa A, Rees H, Salisbury D, Zhao Q, Jones I, Steffen CA, Hombach J, O'Brien KL, Cravioto A. Global vaccine action plan lessons learned I: Recommendations for the next decade. *Vaccine* 2020; 38: 5364-5371.
123. Polskie Towarzystwo Wakcynologii - wytyczne i stanowiska Internet: Polskie Towarzystwo Wakcynologii; 2021.
124. Brydak LB, Masny A. Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny; Warszawa, 2018.
125. Portal Szczepienia Info [Internet]. Internet: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; 2021.



