

RAZEM przeciw chorobom zakaźnym

Strategia na rzecz podniesienia poziomu wyszczepialności

Spis treści

1.	Wprowadzenie	3
2.	Model popularyzacji szczepień	4
3.	Dobre praktyki popularyzacji szczepień	7
4.	Elementarz przekonującej i skutecznej komunikacji	11
5.	Siła oddziaływania postawy profesjonalisty.....	13
5.1.	Lekarz rodzinny	18
5.2.	Pielęgniarka	19
5.3.	Pediatra	21
5.5.	Lekarze ginekolodzy, lekarze położnicy i położne	23
5.4.	Lekarze specjaliści	25
5.6.	Farmaceuta	27
5.8.	Stomatolog.....	29
5.9.	Rehabilitant i fizjoterapeuta.....	30
5.10.	Ratownik medyczny	31
6.	Rola decydentów i instytucji	32
6.1.	System Ochrony Zdrowia	33
6.2.	Liderzy	35
6.3.	Świadczeniodawcy	37
7.	Jak komunikować wartość i potrzebę szczepień?	40
7.1.	Metoda małych kroków	41
7.2.	Wyzwanie dla wszystkich specjalistów	41
7.3.	Wypracowane narzędzia	42
8.	Inspiracje, innowacje i synergia w promocji szczepień	42
9.	Podsumowanie Rekomendacje	43
10.	Literatura.....	46

1. Wprowadzenie

Szczepionki ratują życie i zdrowie. Wszystkie stosowane dziś szczepionki przechodzą rygorystyczne testy oceniające ich bezpieczeństwo i skuteczność zapobiegania zachorowaniom. Obejmują one 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 zmieniają one przebieg pandemii i dają szansę na jej zakończenie. Historia medycyny pokazuje, że to możliwe.

Szczepionki są ofiarami własnej skuteczności. Praktycznie wyeliminowanie wielu chorób zakaźnych doprowadziło do tego, że ludzie przestali czuć potrzebę ochrony przed nimi. Dodatkowo, globalnym problemem jest rosnąca niechęć wobec szczepień, pogłębiająca postawy pasywne i tworząca obawy dotyczące bezpieczeństwa szczepień.

Wśród 10 największych zagrożeń dla zdrowia na świecie, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, ang. *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, wirus 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 poziomu wyszczepialności.

Spółeczna 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 chorobą, 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 amplifikują one wątpliwości dotyczące stosowania szczepionek (5). Zarówno w przeszłości, jak i dziś, ruchy antyszczepionkowe 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). Mając świadomość wpływu, jaki mają szczepienia na nasze życie, ich ograniczone stosowanie i w efekcie niski stopień wyszczepialności 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 mające na celu promocję szczepień w społeczeństwie.

Inicjatywy wspierające politykę państwa wymagają zaangażowania 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 zawodów medycznych. Jego celem jest przedstawienie najskuteczniejszych strategii promocji szczepień, sposobu ich wdrożenia do codziennej pracy wszystkich zawodów medycznych oraz zaznaczenie potrzeby ciągłego rozwoju na rzecz zwiększania stopnia wyszczepialności przez nowe sposoby popularyzacji szczepień i znajdowanie synergii między nimi. Proponowany model zaangażowania zawodów medycznych na rzecz zwiększania stopni wyszczepialności przeciw różnym chorobom zakaźnym może być uzupełnieniem krajowych polityk realizowanych w tym zakresie (12).

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

2. Model popularyzacji szczepień

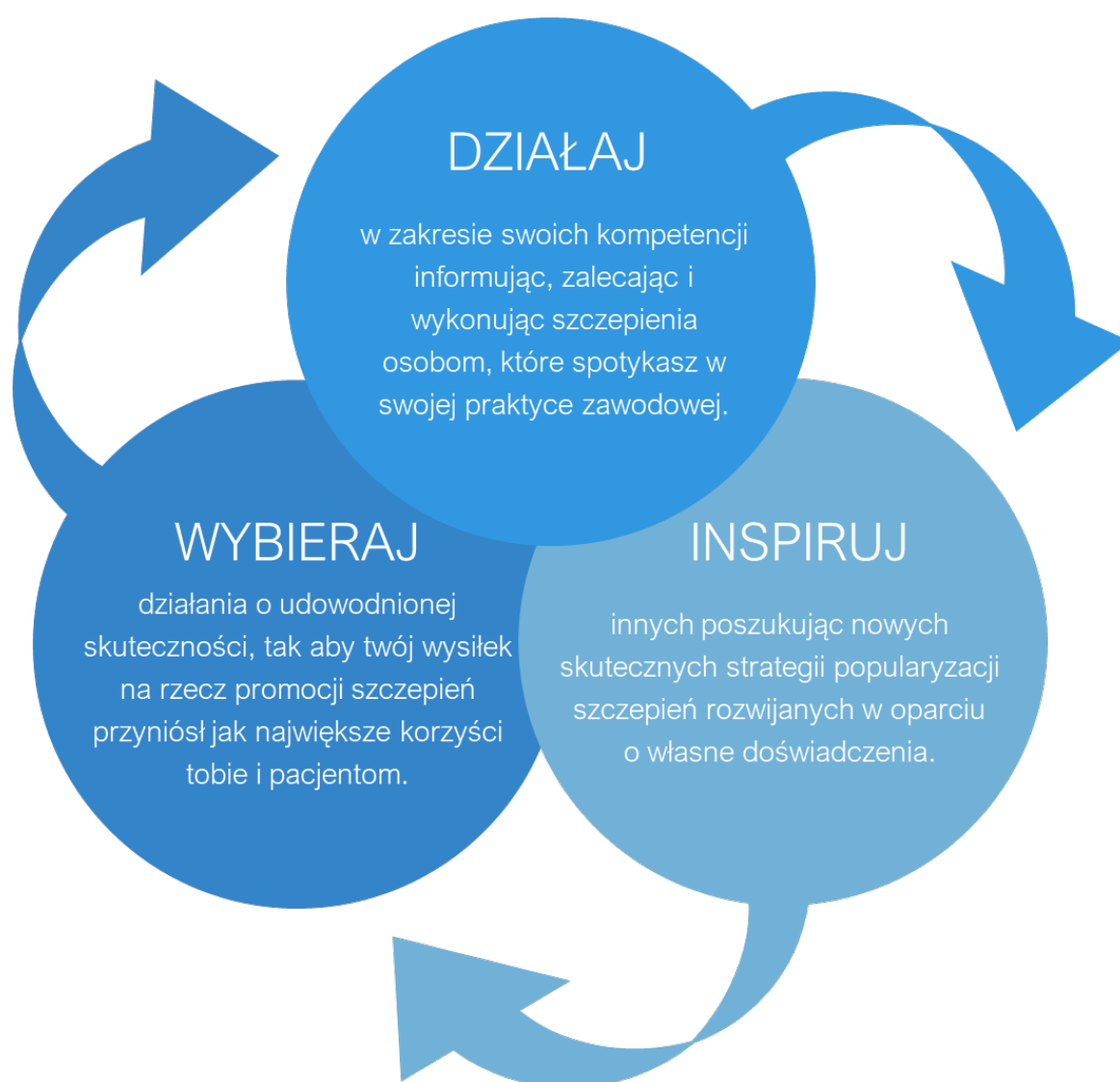
Model popularyzacji szczepień (Rycina 1) musi być oparty na silnych fundamentach. W promocji zdrowia działają te same mechanizmy co w medycynie, czyli skuteczność musi zostać udowodniona. W promocji zdrowia, podobnie jak w medycynie liczą się dowody, a odpowiednikiem medycyny opartej na dowodach (EBM, *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 (Rycina 1), poprzedzającym rozpoczęcie działań.

Wszystkie zawody ochrony zdrowia posiadają swoje zakresy zadań. Choć są one różne, to wspólnym elementem są działania związane z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia lub udział w postępowaniu profilaktycznym. **Odniesienia do tych czynności związanych z zapobieganiem chorobom i działaniom profilaktycznym 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 mimo, że obowiązek edukacji zdrowotnej i działań profilaktycznych spoczywa na barkach wszystkich zawodów, to z powodu obciążenia specyficznymi dla każdej z profesji zadaniami, nie jest on rutynowo realizowany. Aby popularyzować szczepienia w ramach swoich 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 stopień wyszczepialności. Jego wysoki poziom leży również w interesie zawodów medycznych, wszędzie tam, gdzie niezbędny jest bezpośredni kontakt z pacjentem lub materiałem pobranym od chorego.

Popularyzacja szczepień to proces. Przerwanie go prowadzi do stopniowego spadku stopnia wyszczepialności i ponownego zwiększenia ryzyka wystąpienia zachorowań. Efektywny model promocji szczepień (Rycina 1) musi zawierać elementy zapewniające ewolucję promocji szczepień w odpowiedzi na bieżące zmiany społeczno-środowiskowe powodujące zmiany zachowania jednostek. Dzięki temu podejmowane działania nie będą oderwane od kontekstu społecznego. Przebieg Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 pokazuje jak dynamicznie potrafią się zmieniać nastroje społeczne, które są łatwo dostrzegalne z perspektywy osoby wykonującej zawód medyczny. Zrozumienie przyczyn zachowań i motywacji jakie kierują zmianami postaw jednostek leży u podstaw każdej strategii promocji szczepień. Nie stoi to w sprzeczności z oparciem postępowania na twardych dowodach naukowych, które pozostają główną przesłanką dla wyboru skutecznych form promocji. Pominięcie aspektów społeczno-środowiskowych przez osoby promujące

zdrowie byłoby błędem, utrudniającym rozwój popularyzacji szczepień (13, 21). Ostatnim elementem modelu (Rycina 1) jest wprowadzanie przez osoby wykonujące zawody medyczne zmian w strategii promocji szczepień pod wpływem zmieniających się trendów społecznych, kulturowych, idei, wartości i stylu życia. Swoimi sukcesami, współpracą na froncie rozwoju promocji zdrowia medycy powinni **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. Odbывается to na poziomie indywidualnym, międzyludzkim, instytucjonalnym i społecznym (22). Każdy z nich jest dobry, aby przekazywać swoje doświadczenie i inspirować innych.



Rycina 1. Model popularyzacji szczepień przez pracowników ochrony zdrowia

Podstawowym celem stosowania modelu popularyzacji szczepień jest wzrost wskaźnika wyszczepialności i utrwalenie potrzeby szczepienia się w społeczeństwie. Ten rodzaj profilaktyki powinien być realizowany w sposób podobny do tego, w jaki zapinamy pasy wsiadając do samochodu, odruchowo. Wcześniejsze decyzje dotyczące szczepień są dobrym czynnikiem prognostycznym przyszłych zachowań. Szczepienia mogą być rutyną, niekwestionowanym zachowaniem, które po prostu się dzieje, tylko dlatego, że zdarzyło się wcześniej (23).

3. Dobre praktyki popularyzacji szczepień

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

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

Inicjatywa	Opis
<i>Cochrane Public Health</i> (24)	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.
<i>The Community Guide</i> (25)	Przewodnik dla społeczeństwa to zbiór opartych na dowodach ustaleń grupy ds. usług profilaktycznych dla społeczeństwa (ang., <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 sprawdzają się lub nie w promocji zdrowia.
<i>International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)</i> (26)	Niezależna, globalna sieć profesjonalistów i instytucji zaangażowanych w poprawę zdrowia i dobrostanu ludzi przez edukację, działania społeczne i rozwój polityk zdrowotnych. Eksperti 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 stopnia wyszczepialności na oparte na:

- **rozmowie (*dialogue-based*),**
- **przypomnieniach (*reminder/recall aproaches*),**
- **zachętach (*incentive-based intervations*)**
- **oraz 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 przez opóźnienia lub odmowy ich wykonania. Oczywiście każdą interwencję można wykonać w nieprawidłowy sposób, a wg WHO najczęściej dotyczy to działań edukacyjnych i przypominających. Dodatkowo, żadne z działań nie jest w 100% skuteczne i porażka jest wpisana w promocję zdrowia. Z drugiej strony badania wykazały, że grupy o najniższym stopniu 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 to:	Najmniej skuteczne interwencje to:
<ul style="list-style-type: none"> • celowane na grupy osób niezaszczepionych, lub w których wskaźniki wyszczepialności są niskie • mające na celu zwiększenie świadomości wiedzy na temat szczepień • poprawiające wygodę i dostępność szczepień • wprowadzające obowiązek szczepień lub sankcje z powodu ich braku • polegające na przypominaniu i kontakcie następczym • angażujące liderów, np. religijnych lub świeckich 	<ul style="list-style-type: none"> • związane ze zwiększeniem jakości zarządzania programami szczepień (poprawa raportowania) • oddziałujące na odbiorców jedynie z dystansu (plakaty, strony internetowe, artykuły prasowe, reklamy radiowe) • zachęty finansowe

Aktualnie, amerykański zbiór przeglądów działań mających na celu zwiększenie liczby szczepień i zmniejszenie liczby zachorowań na choroby zakaźne liczy 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 mające zwiększające popytu na szczepienia w społeczeństwie oraz dostęp do szczepień.

Tabela 3. Które strategie promocji szczepień działają, a które nie? (25).

Rodzaj interwencji	Siła rekomendacji
Interwencje w placówce ochrony zdrowia wdrażane łącznie, czyli z ≥ 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 ≥ 2 skoordynowanych interwencji. Działania obejmują partnerstwa w celu wdrożenia i koordynowania następujących elementów: <ul style="list-style-type: none"> ≥ 1 interwencji zwiększającej zapotrzebowanie społeczne na szczepienia (przypomnienia, wizyty osobiste, edukacja bezpośrednia i społeczna, zachęty, dokumentacja przechowywana przez pacjentów) ≥ 1 interwencji zwiększającej dostęp do szczepień (rozszerzony dostęp do placówek ochrony zdrowia, wizyty domowe, obniżenie kosztów szczepień)	Rekomendowane (silna)
Edukacja świadczeniodawców, jako samodzielnie realizowana inicjatywa (materiały drukowane, wideo, wykłady, ciągłe szkolenie medyczne i inne)	Brak wystarczających dowodów

Edukacja społeczeństwa polegająca na podkreślaniu 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

Edukacja, co dla wielu jest zaskoczeniem, w przypadku izolowanych działań, choć wpływa pozytywnie na wiedzę to w niewielkim stopniu zwiększa liczbę wykonywanych szczepień (29), a dane są niespójne i niewystarczające, aby rekomendować takie działanie (25). Dotyczy to zarówno edukacji ogółu społeczeństwa, pacjentów w placówkach ochrony zdrowia, jak i samych świadczeniodawców (Tabela 3) (25). Oznacza to, że samymi ulotkami, filmami i artykułami prasowymi można niewiele zdziałać, jeśli nie dołączy się w sposób skoordynowany innych działań.

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

- wykorzystaniu pozytywnych lub neutralnych postaw wobec szczepień, które wydaje się, że dominują 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. Dziedziny te wspomagają projektowanie programów szczepień.

Silne i jednoznaczne zalecenie jest największym czynnikiem predykcyjnym wykonania szczepienia. Dotyczy to zarówno szczepień dzieci, jak i dorosłych (30-32). W przypadku wahania pacjenta, odpowiedzi na pytania i wątpliwości pacjenta pozwalają najczęściej przezwyciężyć obawy. W większości przypadków pacjenci ufają osobom wykonującym zawody medyczne i jeśli usłyszą, jakie szczepionki są im zalecane, zaszczepią się. Największy potencjał zwiększania wskaźników wyszczepialności 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 najlepiej pasują do twoich potrzeb,
- adaptuj i rozwijaj swoją strategię promocji i 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 przekonującej i skutecznej komunikacji

W codziennej praktyce medycznej najczęściej spotykane są strategie promocji szczepień oparte na dialogu. Komunikacja na temat szczepień jest wspólnym obowiązkiem wszystkich elementów ochrony zdrowia. Choć jakość komunikacji nie jest uważana za wyznacznik, to brak, słaba lub nieodpowiednia komunikacja może negatywnie wpłynąć na liczbę szczepień, a nawet zrodzić obawy co do szczepionek. Dlatego dialog osób wykonujących zawód medyczny z pacjentem powinien opierać się spójnej strategii (Rycina 2). Przyjęcie najbardziej odpowiedniej formy komunikacji wymaga stworzenia jej fundamentu. Zrozumienie postaw pacjenta wymaga od osób wykonujących zawody medyczne proaktywności i słuchania. Dwukierunkowa komunikacja buduje wzajemność, a rozmowa dotyczy potrzeb rozmówców. Wiedza medyczna jest potrzebnym elementem dyskusji, jednak często przecenianym. Jest ona potrzebna, ale nie wystarczy, aby zmienić czyjeś zachowanie. Liczne doświadczenia pokazały, że posiadanie prawidłowej wiedzy w niewielkim stopniu przekłada się na wykonywanie szczepienia. Dlatego dobór odpowiednich narzędzi komunikacji, powinien być integralną częścią każdego programu szczepień i opierać się na zrozumieniu perspektyw pacjentów. 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 i dostępne są 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 (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 i 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 odwrotne skutki, zmniejszając poziom wyszczepialności zamiast go 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
Informuj lub edukuj	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.
Przypominaj	Działania mające na celu przypomnienie pacjentom o szczepieniach i wezwanie do wykonania szczepień tych, u których minął termin wykonania szczepienia.
Przekładaj wiedzę na praktykę	Działania operacjonalizujące wiedzę, czyli pozwalające przetłumaczyć koncepcje naukowe na praktykę. Często wymagają umiejętności uczenia.
Oferuj dodatkowe wsparcie	Działania odbywające się poza tradycyjnymi konsultacjami medycznymi, np. w sferze on-line.
Ułatwiał podejmowanie decyzji	Działania wyjaśniające potencjalne korzyści i ryzyko szczepień w celu wsparcia pacjentów w aktywnym podejmowaniu decyzji.
Umożliwiał dialog	Interwencje umożliwiające komunikację między pacjentami i osobami wykonującymi zawód medyczny w sytuacjach, gdy jest ona utrudniona, np. bariera językowa lub niepełnosprawność.

Angażuj

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).

5. 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 paramedyków, 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/osobnym elementem, ale być zintegrowane z codzienną pracą i obejmować co najmniej ocenę potrzeb pacjenta oraz rekomendację (Tabela 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
Lekarze rodzinni, interniści, pediatrzy	45 000	■	■	■	■	■	■	■	■
Pielęgniarka	230 000	■	■	■	■	■	■	■	■
Położna	28 000	■	■	■	■	■	■	■	■
Lekarz specjalista	160 000	■	■	■	■	■	■	■	■
Farmaceuta	30 000	■	■	■	■	■	■	■	■
Stomatolog	20 000	■	■	■	■	■	■	■	■
Fizjoterapeuta	64 000	■	■	■	■	■	■	■	■
Ratownik	13 000	■	■	■	■	■	■	■	■

Obowiązek wykonywania szczepień nie powinien spoczywać jedynie na lekarzach i pielęgniarkach. Programy szczepień wymagają zaangażowania wszystkich zawodów medycznych i dostępności szczepionek u różnych świadczeniodawców (Tabela 5).

Przypomnienie o szczepieniu jest podstawową metodą zwiększania poziomu wyszczepialności o potwierdzonej skuteczności (46) (Tabela 5). Przypomnienia działają ponieważ większość społeczeństwa ma pozytywny lub neutralny stosunek do szczepień. Opublikowany w 2020 r. standard jakości NICE (ang., *National Institute for Health and Care*

Excellence), dotyczący działań w zakresie zwiększania wyszczepialności przeciw grypie, (47) zaleca, aby:

- świadczeniodawcy wykorzystywali szeroki zakres metod do zapraszania na szczepienie osoby z grup ryzyka powikłań z powodu grypy. Listy, e-maile, SMS, rozmowy telefoniczne, a nawet wiadomości za pośrednictwem mediów społecznościowych są metodą dotarcia do pacjentów.
- 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 (Tabela 4). Rekomendacja powinna być silna i jednoznaczna. Optymalnie, szczepienie lub szczepienia powinny być wykonywane bezpośrednio po uzyskaniu zgody pacjenta.

Niekiedy osoby wykonujące zawody medyczne spotkają się z obawami dotyczącymi szczepień. To naturalne, że w dzisiejszym świecie pojawiają się takie wątpliwości. Dla przykładu, wiara, że szczepienie powoduje większe ryzyko, niż choroba, prowadzi do aktywnego unikania szczepienia. Wyjście naprzeciw obawom pacjenta daje szansę na zmianę zachowania. 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. Stąd rolą zawodów medycznych jest edukacja pacjentów i wpieranie ich w podejmowaniu decyzji (Tabela 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 i/lub naciskom ze strony ruchów antyszczepionkowych i niektórych mediów. Wiara osób asertywnych nie jest zakłócana. Do czego prowadzą spotkania różnych typów pracowników ochrony zdrowia z różnymi rodzajami pacjentów przedstawia Tabela 6 (49).

Tabela 6. Model interakcji między różnymi typami pacjentów i pracowników ochrony zdrowia (48)

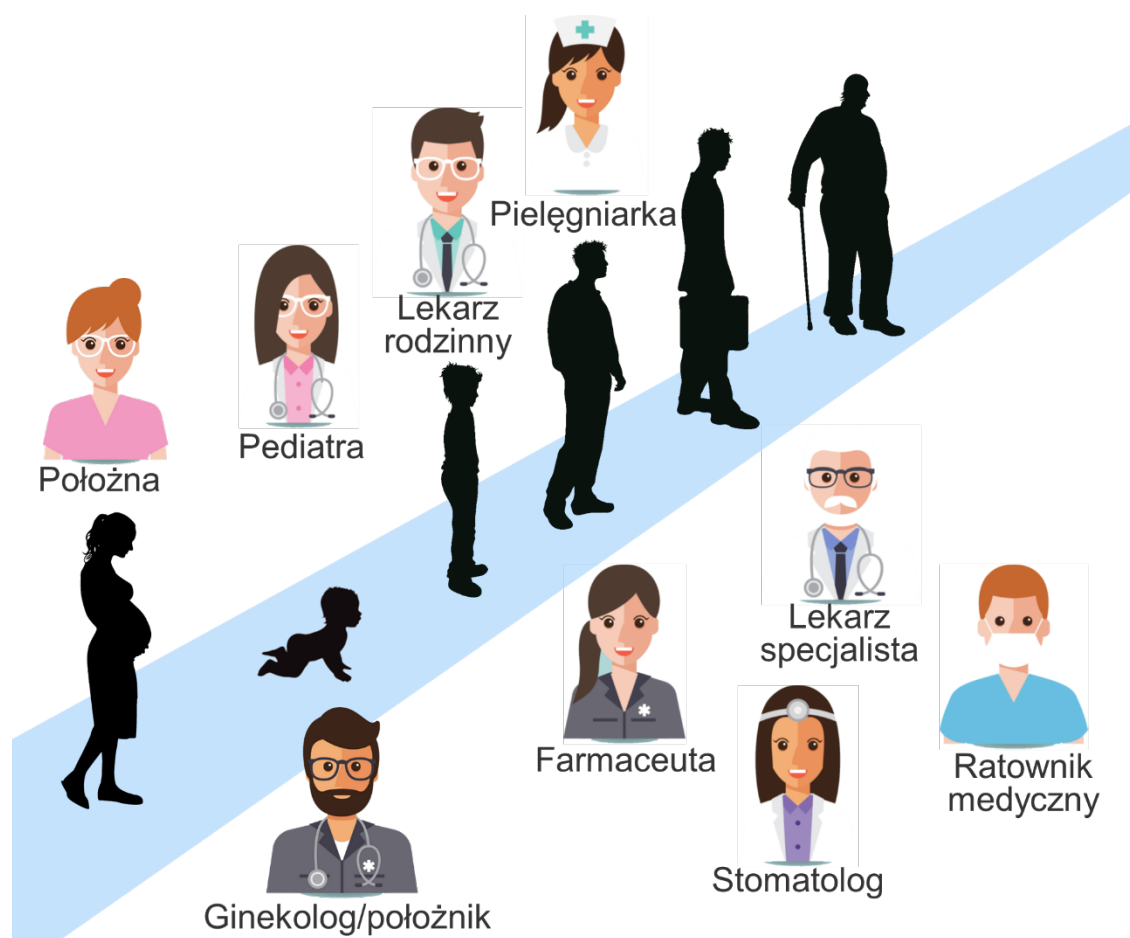
	Nie poinformowany pacjent <i>Osoby niemające świadomości wartości szczepień.</i>	Pacjent źle poinformowany <i>Osoby świadome o wiedzy obarczonej wątpliwościami, poszukujące odpowiedzi.</i>	Pacjent zdezinformowany <i>Osoby świadome, ale posiadające zupełnie nieprawdziwe, zwykle rozbudowane poglądy o szczepieniach. Często z brakiem zaufania do całego sektora opieki zdrowotnej.</i>
Asertywny pracownik ochrony zdrowia <i>Rozumie wartość szczepień dla społeczeństwa i swoją rolę w ich promocji.</i>	Sama wiara w wartość szczepień i zdecydowanie rekomendacji 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.
Nieasertywny pracownik ochrony zdrowia <i>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.</i>	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, takich 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 zobligowany 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 zajmowało to kiedyś. Niezależnie od modelu komunikacji i jego różnych etapów, wszystkie modele sprowadzają się do zaangażowania pacjenta/rodzica, opowiedzenia o własnych doświadczeniach, edukacji i porady (Tabela 7).

Tabela 7. Model komunikacji w przypadku obawy dotyczącej szczepienia (49)

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

Szczepienia są wykonywane 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 (Rycina 3). W rozdziale 5 przedstawimy, 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 (Rycina 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, przypomnień o nadchodzących terminach kolejnych dawek szczepień i innych działań w zależności od potrzeb pacjentów.

5.1. Lekarz rodzinny

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest dobrze przygotowana do poprawy wskaźników wyszczepialności przez bardzo częste interakcje z pacjentami. Lekarze rodzinni wraz z

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

- *przypomnienia,*
- *informacje o indywidualnym ryzyku dotyczącym pacjenta,*
- *edukacja o korzyściach ze szczepienia (zawsze w połączeniu z innym elementem),*
- *wyjaśnienie wątpliwości dotyczących szczepień.*

Jakie kluczowe obszary wiedzy na temat szczepionek wspierają komunikację?

- *jak działa szczepionka?*
 - *rodzaje szczepionek,*
 - *technologia wytwarzania szczepionek i jej rozwój, ulepszenia,*
 - *badania nad skutecznością i bezpieczeństwem szczepionek*
 - *skład szczepionek,*
 - *statystyka dotycząca stosunku korzyści do ryzyka,*
 - *aktualne informacje o zapadalności na choroby zakaźne w kraju,*
 - *bezpieczeństwo szczepionek i nadzór nad nim.*
-

pielęgniarkami stoją na pierwszej linii frontu walki o wyższe wskaźniki wyszczepialności przeciw chorobom zakaźnym. Zaangażowanie lekarza POZ ma podstawowe znaczenie dla zwiększenia liczby wykonywanych szczepień. Sama postawa lekarza w dużym stopniu wpływa na uzyskiwany przez nich stopień wyszczepialności; zaszczepieni lekarze mają więcej zaszczepionych pacjentów (50). Dla kształtowania tej postawy duże znaczenie ma otoczenie, zarówno najbliższe, takie jak kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, jaki i te dalsze, politycy, liderzy i instytucje, którymi kierują. Ważne jest aby otoczenie wspierało personel medyczny w osiągnięciu wysokich wskaźników wyczerpalności, zarówno przez motywujące postawy, zachęty do promowania szczepień oraz usuwanie barier w dostępie do nich. Bardzo dużą rolę w tym ma sposób zarządzania placówkami ochrony zdrowia i ranga jaką przypisuje w nich kwestii szczepień (Rozdział 6.3).

5.2. Pielęgniarka

Jeśli wskazać tylko jeden zawód najbardziej związany ze szczepieniami, większość osób wskazałoby pielęgniarkę. Pielęgniarki odgrywają wiele ról w immunizacji społeczeństwa; m.in.:

- identyfikują pacjentów wymagających szczepień,
- edukują na temat szczepień,
- wykonują je,

- monitorują i dbają o bezpieczeństwo pacjentów.

W 2020 r., 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 (51, 52). Inicjatywa ta wychodzi naprzeciw potrzebom zwiększania stopnia wyszczepialności przeciw różnym chorobom zakaźnym w Polsce.

W praktyce zawodowej pielęgniarka jest osobą, która identyfikuje i weryfikuje wskazania do wykonania szczepienia, a w przypadku braku asystentki medycznej, pielęgniarki dbają również o dokumentację szczepień. Wspomniane standardy NICE (Rozdział 5), definiują zalecany sposób informowania osób dorosłych o potrzebie wykonania szczepienia (47). Do kompetencji pielęgniarki należy wybór sposobu przypomnienia i jego sformułowanie. Doświadczenia kontaktu bezpośredniego z pacjentem lub analiza informacji demograficznych mogą wspierać dopasowanie rodzaju i treści komunikatu do kompetencji zdrowotnych (53). W praktyce, to zadaniem pielęgniarek jest zarządzanie programami promocji szczepień realizowanymi przez podmioty lecznicze.

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 (54).

		Zróznicowane grupy pacjentów korzystające z podstawowej opieki zdrowotnej	
		Lekarze	Pielęgniarki
Cel		Zwiększenie stopnia wyszczepialności przeciw chorobom zakaźnym	
Role wiodące		<ul style="list-style-type: none"> • edukacja, • wsparcie w podejmowaniu decyzji, 	<ul style="list-style-type: none"> • ocena potrzeb pacjenta, • silna rekomendacja wykonania szczepienia, • angażowanie pacjentów, • wykonywanie szczepień, • nadzór nad bezpieczeństwem
Zakres		<ul style="list-style-type: none"> • screening, • silna rekomendacja wykonania szczepień, 	

	<ul style="list-style-type: none"> • wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji; rozmowa o obawach pacjenta/rodziców; • wystawienie recepty, • zlecenie szczepienia, • kwalifikacja do szczepienia. 	<ul style="list-style-type: none"> • przypomnienia o szczepieniach, • wykonywanie szczepień, • dokumentowanie szczepień, • zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa pacjenta.
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> • aktualizacja wiedzy o szczepieniach, • rozwój zdolności komunikacyjnych, 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwalifikacja pacjentów do szczepienia.

5.3. Pediatria

Liczne badania potwierdzają, że działania skierowane do rodziców pozwalają na zwiększanie stopnia wyszczepialności. Strategie oparte na przypomnieniach o szczepieniu kierowane do rodziców są najczęściej rekomendowane dzięki ich udowodnionej skuteczności (25, 46, 55). Automatyzacja procesu przypomnień i modułowość systemów go wspierających powodują, że staje się on również najbardziej efektywną kosztowo interwencją (56). Kalendarze przygotowywane dla każdego dziecka i przekazywane rodzicom są również skuteczną formą przypominania o terminach kolejnych szczepień (57).

Istotnym oparciem dla pediatri jest Program Szczepień Ochronnych wskazujący, które szczepienia są obowiązkowe dla dzieci i młodzieży według wieku (58). Tworzy on formalne umocowanie działań lekarza i dodatkowo wzmacnia rekomendację. Jednoznaczne stwierdzenie potrzeby wykonania szczepienia jest zalecane (59) ze względu na fakt, że duża część rodziców oczekuje zaszczepienia swoich dzieci. Jednak, zaraz po silnej rekomendacji lekarz powinien uważnie słuchać rodziców lub opiekunów dziecka. Badania wykazały, że rodzice często nie czują się właściwie poinformowani o ważnych dla nich aspektach szczepień (60, 61). Ważne, aby zająć się obawami i potrzebami informacyjnymi tych rodziców, którzy podchodzą z rezerwą do szczepień. Choćby pojawił się cień wątpliwości, dotyczący np. liczby iniekcji, warto go zaadresować w trakcie spotkania. Nie należy pozwalać na narastanie obaw i uzupełnianie wiedzy w niewłaściwych źródłach. Zagadnienie to dotyczy nawet ponad połowy rodziców i opiekunów (62). Chwila, w której dziecko ma otrzymać szczepionkę to dobry czas na ocenę potrzeb informacyjnych rodziców i odegranie przez pediatrę roli ważnej dla dalszego zdrowia dziecka. Tabela 8 podsumowuje strategie komunikacyjne, które można wykorzystać w takich rozmowach (41).

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

Postawa	Opis
Poświęć czas i posłuchaj	Chęć wysłuchania odgrywa najważniejszą rolę przy podejmowaniu decyzji o zaszczepieniu.
Zachęć do zadawania pytań	Zadawaj otwarte pytania, pokaż, że twoją rolą, tak samo jak rodziców, jest zapewnienie bezpieczeństwa dziecka.
Prowadź rozmowę	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.
Nauka czy anegdota?	Nauka nie jest dla wszystkich zrozumiała, a dla innych jest niezmiernie ważna. Wybór argumentów zależy od twojej znajomości pacjentów. Może warto pomieszać naukę z prostymi historiami?
Potwierdź zarówno korzyści, jak i ryzyko	Zawsze bądź uczciwy wobec rodziców, gdy mowa o bezpieczeństwie szczepionek. Przypomnij, że korzyść z zapobiegania chorobom jest niewspółmierna do ryzyka szczepień.
Szanuj autorytet rodziców	Okazując szacunek dla autorytetu rodzica budujesz partnerstwo, zdobywasz zaufanie i wspierasz rodziców w podjęciu decyzji o wykonaniu szczepienia.

Postawa (Tabela 6) i dobre umiejętności komunikacyjne pediatry (Tabela 8) to niezbędne elementy strategii zmierzającej do osiągnięcia lub utrzymania wysokiego poziomu wyszczepialności wśród dzieci i młodzieży.

Grupa docelowa pacjentów	Dzieci i młodzież
Cel	Nadzór nad realizacją planu szczepień obowiązkowych i zalecanych
Role wiodące	rekomendacja, edukacja, wsparcie w podejmowaniu decyzji
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> • silne rekomendowanie wykonania szczepień, zarówno obowiązkowych, jak i zalecanych; • wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji; • rozmowa o obawach pacjenta/rodziców; • wystawienie recepty/ zlecenie szczepienia; • kwalifikacja do szczepienia
Potencjał rozwoju	aktualizacja wiedzy i rozwój zdolności komunikacyjnych

5.5. Lekarze ginekolodzy, lekarze położnicy i położne

Lekarze ginekolodzy, położnicy i położne są zaufanym źródłem informacji o szczepieniach dla kobiet i rodziców. Edukacja na temat profilaktyki chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, obejmująca szczepienia ochronne jest elementem Standardu Opieki Okołoporodowej (63). Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników zaleca wykonywanie szczepień przeciw grypie u kobiet ciężarnych (64). Położne odpowiadają za wykonanie obowiązkowych szczepień ochronnych u noworodków, po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej.

Szczepienie kobiet w ciąży jest skuteczną metodą zapobiegania zachorowaniem zarówno u samych ciężarnych, jak i ich potomstwa we wczesnym okresie życia.

Stwierdzono, że przekazywanie informacji o szczepieniach podczas

wizyt przedporodowych zwiększa wyszczepialność przed porodem, a potem u 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 zalecania, przypominania i promocji wykonywania odpowiednich szczepień w pacjentom (65). Mimo, to wyszczepialność ciężarnych przeciw takim chorobom jak grypa i krztusiec pozostaje na bardzo niskim poziomie (66, 67). 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 (68). Niewielka rola położnej w immunizacji ciężarnych to nie tylko problem Polski.

Niestety, nawet najlepsze rekomendacje i zalecenia mogą nie wpływać na zmianę praktyki. Zapewnienie odpowiedniego wykształcenia, szkolenie komunikacyjne umożliwiające pełne poinformowanie kobiet ciężarnych oraz rodziców o szczepieniach może mieć pozytywny wpływ na zmianę stanu rzeczy (69-71). Ważnym elementem byłoby zwiększenie kompetencji lekarzy położników 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. Badania wskazują, że może to

Rola położnej w promocji szczepień:

- *Kształtowanie postaw rodziców wobec immunizacji*
 - *Zalecenia wykonania szczepień w trakcie ciąży w celu ochrony kobiety i dziecka w pierwszych miesiącach życia*
 - *Wykonanie szczepień u noworodka*
 - *Dokumentacja szczepień*
-

mieć związek z zaniedbaniem rozmów o szczepieniach w trakcie ciąży, zwłaszcza w przypadku osób, które po raz pierwszy zostają rodzicami (72, 73). Mimo, że wiele czynników wpływa na obawy przyszłych rodziców, to brak komunikacji lub jej niska jakość powodują u nich utratę zaufania, które jest kluczowe dla postaw rodziców wobec szczepień (74).

		Kobiety w ciąży, dzieci i młodzież	
		Lekarze pediatrzy 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"> ocena potrzeb pacjenta, silna rekomendacja wykonania szczepienia, angażowanie pacjentów, edukacja, wsparcie w podejmowaniu decyzji, 	<ul style="list-style-type: none"> wykonywanie szczepień, nadzór nad bezpieczeństwem 	
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> silna rekomendacja wykonania szczepień obowiązkowych ocena potrzeb i odpowiednie zalecenia wykonania szczepień dodatkowych edukacja na temat szczepień w ramach opieki okołoporodowej i po porodzie wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji; rozmowa o obawach pacjenta/rodziców; wystawienie recept na szczepionki zlecenia wykonania szczepień, kwalifikacja do szczepienia (dotyczy pediatrów) 	<ul style="list-style-type: none"> przypomnienia o szczepieniach, wykonywanie szczepień kobiet w ciąży, dzieci i młodzieży dokumentowanie szczepień, zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa pacjenta. 	
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> aktualizacja wiedzy o szczepieniach, rozwój zdolności komunikacyjnych, standaryzacja postępowania w ramach opieki okołoporodowej i poporodowej nabywanie uprawnień przez lekarzy położników i ginekologów do kwalifikacji 	<ul style="list-style-type: none"> nabywanie uprawnień kwalifikacja pacjentów do szczepienia. 	

5.4. Lekarze specjaliści

Osoby przewlekle chore i z nowotworami mają wyższe ryzyko wystąpienia infekcji i ich powikłań. Zaburzenia odporności wynikające z przebiegu choroby, chorób współistniejących i terapii (np. lekami immunosupresyjnymi) powodują, że infekcje stają się dla tych pacjentów poważnym zagrożeniem, niekiedy śmiertelnym. Badania i wytyczne towarzystw naukowych skupiających lekarzy specjalistów wskazują i rekomendują szczepienia, jako podstawową formę zapobiegania infekcjom (75-79). Korzyści ze szczepień w grupach ryzyka wykraczają poza wymiar zdrowotny, mają również uzasadnienie ekonomiczne, m.in. zmniejszają liczbę hospitalizacji i/lub długość pobytu w szpitalu.

Niestety, lekarz rozpoznający chorobę przewlekłą lub nowotwór często nie ma wiedzy na

Osoby przewlekle chore	
Lekarze specjaliści	
Cel	Profilaktyka przeciw infekcyjna u pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"> • ocena potrzeb pacjenta, • silna rekomendacja wykonania szczepienia, • angażowanie pacjentów, kształtowanie postaw rodziców • edukacja, • wsparcie w podejmowaniu decyzji,
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> • silna rekomendacja wykonania szczepień obowiązkowych • ocena potrzeb i odpowiednie zalecenia wykonania szczepień dodatkowych • edukacja na temat szczepień w ramach opieki okołoporodowej i po porodzie • wyjaśnienie przesłanek każdej rekomendacji; • przypomnienia o terminach kolejnych szczepień • rozmowa o obawach pacjenta/rodziców; • wystawienie recept na szczepionki • wystawianie zleceń wykonania szczepień/ skierowań.
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> • aktualizacja wiedzy o szczepieniach, • rozwój zdolności komunikacyjnych, • standaryzacja postępowania w ramach opieki okołoporodowej i poporodowej • poszerzenie kompetencji o kwalifikowanie do szczepienia.

temat bieżącego statusu immunizacji pacjenta. Ogólnie, zaleca się uzupełnienie zalecanych szczepień u osób dorosłych, u których status immunizacji jest niekompletny lub nieznan (80-82). Jest to szczególnie ważne u osób ze wspomnianych z grup ryzyka.

Zatem, jaka jest najlepsza strategia zaszczepienia osób z grup ryzyka wystąpienia powikłań chorób zakaźnych? Szczepić tych, którzy przekraczają z rozpoznaniem drzwi poradni lub szpitala. W ten sposób szczepi się przeciw m.in. pneumokokom i grypie (83). **Rolą licznych lekarzy, m.in. kardiologów, pulmonologów, diabetologów, ginekologów, reumatologów i onkologów jest rekomendowanie wykonania ich pacjentom odpowiednich szczepień, najlepiej jak najwcześniej na 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 (83, 84). Na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy, każdy profesjonalista ochronnych ochrony zdrowia, w którego zakresie kompetencji jest wykonywanie szczepień, może wykonać zlecone szczepienie. Wyniki te są zbieżne ze wcześniejszymi obserwacjami i wskazują na potencjał łączenia interwencji; skuteczność zleceń i skierowań jest większa, gdy stosowane są w połączeniu z innymi działaniami. Procedury działające w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej są efektywne. Praktyka pokazuje, że choć niemal wszyscy pacjenci otrzymują skierowania na szczepienia, to tylko część je wykonuje (83). Idealnym rozwiązaniem byłoby wsparcie ich 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 usuwają barierę dostępu do szczepień oferując dogodnie lokalizacje i godziny otwarcia, często brak konieczności umawiania wizyt. Dzięki przygotowaniu farmaceutów, szczepienia w aptece będą mogły odbywać się bez kompromisów dla bezpieczeństwa pacjentów. Możliwość wykonywania szczepień w aptekach jest ofertą kierowaną do osób dorosłych (85). Potencjał farmaceutów jest olbrzymi; wg Naczelnej Izby Aptekarskiej ponad 5 tys. farmaceutów zadeklarowało chęć wykonywania szczepień przeciw COVID-19 po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji (86, 87). 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 stopnia wyszczepialności przeciw takim chorobom jak grypa (85).

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 (Tabela 9) (88).

Tabela 9. Szczepienie w aptece. Kluczowe elementy procesu opieki farmaceutycznej nad pacjentem (88)

Kroki procesu		Elementy procesu
1.	Zbierz informacje	<ul style="list-style-type: none"> • Informacje niezbędne do screeningu epidemiologicznego uwzględniającego zdarzenia medyczne, rozpoznania, ekspozycję i występujące indywidualne czynniki ryzyka. • Informacje dotyczące przeciwwskazań do szczepień • Informacje z dokumentacji wykonywanych szczepień
2.	Oceń potrzeby	<ul style="list-style-type: none"> • Oceń potrzebę immunizacji, historię szczepień oraz ewentualne przeciwwskazania w celu zaproponowania odpowiedniej dla pacjenta szczepionki/szczepionek
3.	Planuj	<ul style="list-style-type: none"> • Zaleć szczepienie lub szczepienia w aptece, silna

		<p>rekomendacja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaproponuj wykonanie szczepienia (jeśli możliwe) lub skieruj pacjenta do świadczeniodawcy, który może wykonać szczepienia
4.	Zaszczep	<ul style="list-style-type: none"> • Przekaż podstawowe informacje na temat zaleconego szczepienia oraz preparatu • Przeprowadź badanie kwalifikacyjne do szczepienia • Zaszczep pacjenta • Przekaż pacjentowi potwierdzenie immunizacji, zarejestruj szczepienie w dokumentacji pacjenta/ rejestrze szczepień
5.	Obserwuj i kieruj	<ul style="list-style-type: none"> • Obserwuj pacjenta przez 15 min w razie wystąpienia działań niepożądanych • Umów pacjenta na podanie kolejnych dawek szczepionki (jeśli dotyczy) • Zaleć pacjentowi konsultację z lekarzem, jeśli w trakcie wywiadu zidentyfikowałeś problemy wykraczające poza obszar kompetencji opieki farmaceutycznej

Osoby dorosłe odwiedzające apteki	
Farmaceuci	
Cel	Profilaktyka przeciw infekcyjna u pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe
Role wiodące	<ul style="list-style-type: none"> • ocena potrzeb pacjenta, • rekomendacja wykonania szczepienia, • edukacja, • wsparcie w podejmowaniu decyzji, • zaopatrywanie w szczepionki
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> • ocena potrzeb • silna rekomendacja wykonania • edukacja

	<ul style="list-style-type: none"> • wyjaśnienie przesłanek rekomendacji; • kwalifikacja do szczepienia • konsultowanie z lekarzem lub kierowanie na konsultację do lekarza np., w sytuacjach, gdy pojawiają się wątpliwości co do kwalifikacji pacjenta do szczepienia.
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> • aktualizacja wiedzy o szczepieniach, • rozwój zdolności komunikacyjnych, • kwalifikowanie pacjentów dorosłych do szczepień, wykonywanie niektórych szczepień w aptekach.

5.8. 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 poprzez szczepienia (89). Bezpieczne wykonywanie zawodu wymaga wykonania szczepień profilaktycznych. Stomatolodzy nie są zaangażowani w promocję lub wykonywanie szczepień w Polsce. Możliwość tego od lat budziła kontrowersje w Stanach Zjednoczonych (90, 91). Wśród zagadnień dotyczących edukacji zdrowotnej podnoszono rolę stomatologów w zapobieganiu nowotworom jamy ustnej i gardła związanych z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, ang. *Human Papilloma Virus*) (92). 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 (93).

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 (90).

Pacjenci korzystający z usług stomatologicznych	
Dentyści	
Cel	Profilaktyka niektórych chorób (np. infekcji HPV)
Ro	<ul style="list-style-type: none"> • ocena potrzeb pacjenta,

	<ul style="list-style-type: none"> • rekomendacja wykonania szczepienia, • edukacja,
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> • silna rekomendacja wykonania szczepienia • kierowanie do miejsc, gdzie wykonywane są szczepienia
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> • aktualizacja wiedzy o szczepieniach, • rozwój zdolności komunikacyjnych, • kwalifikowanie pacjentów do szczepień, wykonywanie niektórych szczepień w gabinetach stomatologicznych

5.9. 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 dołączają do zawodów medycznych wykonujących szczepienia przeciw COVID-19 (87, 94). 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 (95), a inne dla osób cierpiących z powodu chorób reumatycznych (78), lub niepełnosprawności. Powodzenie terapii i rehabilitacji wymaga ciągłości, któremu zagrażają choroby zakaźne.

Podobnie jak inne zawody medyczne, zawód fizjoterapeuty podlega aktualnie intensywnej ewolucji. Starzenie się społeczeństw powoduje duże obciążenie 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 (96). Tak jak w przypadku farmaceutów, fizjoterapeuci wykonujący szczepienia i inne zaawansowane świadczenia wymagają akceptacji ich nowej roli przez pacjentów (97). W wielu krajach toczą się dyskusje dotyczące ewolucji zawodu fizjoterapeuty, uwzględniające rozwój ich kompetencji w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej (98).

	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"> • ocena potrzeb pacjenta, • rekomendacja wykonania szczepienia, • edukacja,
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> • silna rekomendacja wykonania szczepienia • kierowanie do miejsc, gdzie wykonywane są szczepienia
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> • aktualizacja wiedzy o szczepieniach, • rozwój zdolności komunikacyjnych, • kwalifikowanie pacjentów do szczepień, wykonywanie niektórych szczepień

5.10. Ratownik medyczny

W niektórych krajach od 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 (87).

Ratownicy medyczni to grupa zawodowa narażona szczególnie na ekspozycję na patogeny krwiopochodne (99). Wysoki odsetek pacjentów wymagających pomocy ratowników medycznych i oddziałów ratunkowych nie ma wykonanych szczepień np. przeciw grypie lub pneumokokom (100). 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 skutecznie mogą zwiększać stopień wyszczepialności w populacji pacjentów korzystających ze świadczeń

medycyny ratunkowej (101-103). 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 (100, 104). 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"> • ocena potrzeb pacjenta, • rekomendacja wykonania szczepienia,
Zakres działań	<ul style="list-style-type: none"> • silna rekomendacja wykonania szczepienia • kierowanie do miejsc, gdzie wykonywane są szczepienia • zlecenie wykonania szczepienia/ skierowania
Potencjał rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> • aktualizacja wiedzy o szczepieniach, • rozwój zdolności komunikacyjnych.

6. 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 wskaźnika wyszczepialności, 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 (Tabela 10). Składają się na niego m.in. podstawy prawne i sposoby realizacji szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych (105, 106), kalendarz szczepień (58), zasady dokumentowania wykonywanych szczepień (107), system nadzoru nad niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (108) i innych kompetencji niezbędnych do osiągnięcia określonych wskaźników 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-Krata Szczepień po raz pierwszy są stosowane na szeroką skalę w czasie Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 (109, 110). W przyszłości mają one szansę stać się one 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 (ang., *standing orders*). Aktualnie, Internetowe Konto Pacjenta (IKP) posiada 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 (87). 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 optymalnych wskaźników wyszczepialności

Kompetencja	Rola
Zarządzanie programem	Wyznaczanie celów dotyczących wyszczepialności i monitorowanie ich realizacji. Ustalenie odpowiedzialności za uzyskanie określonych stopni wyszczepialności, określenie uczestników programu i ich ról oraz mechanizmów kontroli ich zaangażowania i realizacji wyznaczonych celów
Określenie populacji docelowej	Stworzenie i utrzymanie rejestru osób kwalifikujących się do wykonania szczepień. Określenie potrzeb dotyczących ilości szczepionek.
Ramy prawne	Przepisy określające zakres obowiązkowych i dobrowolnych szczepień wraz z odstępstwami od nich i sankcjami
Działanie oparte o dowody	Podejmowanie decyzji na temat rodzajów szczepień, ich schematów oraz grup docelowych nimi objętych, metod promocji i wykonywania szczepień w oparciu o dowody naukowe
Monitorowanie nastrojów	Ustalenie odpowiedzialnych za ocenę nastrojów społecznych i postaw wobec szczepień oraz sposobów odpowiedzi w razie ich pogorszenia
Monitorowanie wyników	Nadzór nad działaniami niepożądanymi szczepionek
Logistyka	Planowanie zamówień oraz dystrybucji szczepionek. Zapewnienie dostępu do szczepień obowiązkowych.
Finasowanie	Finasowanie zakupu szczepionek i kosztów wynagrodzeń osób wykonujących szczepienia
Zawody medyczne	Ustalenie zakresu kompetencji zawodów medycznych w zakresie czynności związanych z popularyzacją i wykonywaniem szczepień
Bezpieczeństwo	System rejestracji i dopuszczania szczepionek do obrotu
Ocena wydajności programu	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 wskaźników wyszczepialności,
- 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, więc nie tylko 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 w młodszych pokoleniach. Zaufanie wśród nich jest niższe niż wśród seniorów (111).

Liderzy polityki, kultury, mediów, religijni mogą kształtować społeczne postawy wobec szczepień. Dochodzi do tego na płaszczyznach interpersonalnej, organizacyjnej i społecznej, a efekty działania mogą być zarówno pozytywne, jak i negatywne. Technologia powoduje, że informacja trafia szybko do dużej liczby odbiorców. Pod tym względem działania edukacyjne zwykle przegrywają z atrakcyjnymi sensacjami i dezinformacją, które powodują np. obawy przed szkodliwością szczepień. W efekcie, unika się szczepień w celu zapobiegania wystąpienia powikłań przy jednoczesnym ignorowaniu ryzyka związanego z chorobami zakaźnymi (112). Zachowanie to wydaje się logiczne; unika się czegoś, co można uniknąć – czyli szczepienia, myśląc jednocześnie, 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 (111). 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 (113). W wielu samorządach w Polsce szczepienia zajmują istotne miejsce w zadaniach realizowanych przez gminy i powiaty. Działania te obejmują m.in.;

Należałoby wskazać na ich ważną rolę w zakresie:

- pozyskanie lub zabudżetowanie środków na realizację zdrowotne programy profilaktyczne dla obywateli (zakup szczepionek, koszty szczepień)
- przeprowadzenie formalnej procedury umożliwiającej realizację programu szczepień
- promocję szczepień w lokalnym środowisku, zachęcanie obywateli wzięcia udziału w programie szczepień regularnym dbaniu o zdrowie.

Programy samorządowe mogą być źródłem inspiracji dla programów realizowanych centralnie. Istotne jest, że wiele z nich jest realizowane cyklicznie, a głównym czynnikiem kontynuacji są wyniki uzyskane w latach poprzednich, dotyczy to m.in. programów szczepień przeciw pneumokokom, grypie. To dorowodzi ich skuteczności programów, których ocena oparta jest nie tylko o wzrost wskaźników wyszczepialności 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.

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. Bez ich udziału 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 motywacje 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 stopnia wyszczepialności (30, 114). 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 procedury 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 nie wykonujący szczepień
<ul style="list-style-type: none"> • uwzględnienie oceny potrzeb w zakresie szczepień podczas codziennych spotkań z pacjentami • rozwój kompetencji oceny potrzeb pacjentów i strategii screeningu • silne rekomendowanie wykonania odpowiednich szczepień • informowanie pacjentów o zaleceniach dotyczących szczepień • włączenie oceny statusu immunizacji pacjentów do rutynowych czynności opieki zdrowotnej • posiadanie dostępu do systemów informatycznych/rejestrów zawierających informacje o wykonanych szczepieniach • zdobywanie i aktualizowanie kompetencji zawodowych w zakresie wykonywania szczepień • weryfikacja rekomendacji dotyczących wykonania szczepień pochodzących z innych placówek • identyfikacja i likwidacja organizacyjnych barier w dostępie do szczepień • prowadzenie racjonalnej gospodarki szczepionkami • wykonywanie rekomendowanych szczepień • dokumentowanie szczepień w historii medycznej pacjenta i w odpowiednim rejestrze (np., e-Karta Szczepień) • monitorowanie i ocena zmiany liczby wykonywanych szczepień po rozpoczęciu działań 	<ul style="list-style-type: none"> • kierowanie pacjentów wymagających zaszczepienia do świadczeniodawców je wykonujących, • wystawianie skierowań na wykonanie szczepienia (jeśli dotyczy) • budowanie partnerstwa z lokalnymi świadczeniodawcami wykonującymi szczepienia, • monitorowanie statusu wykonania zarekomendowanych szczepień.

7. Jak komunikować wartość i potrzebę szczepień?

Wybuch pandemii, 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, pokazało, jak ważnym elementem dla społeczeństwa stała się profilaktyka. Niestety, w porównaniu z innymi krajami Europy i ich średnim 44% poziomem wyszczepialności, pozostajemy z naszymi 6%, mocno w tyle.

Rok 2021 jest kluczowy dla pozycji Polski w kwestii szczepień ochronnych: zostaniemy w ogonie Europy czy dołączymy do innych krajów europejskich o wysokim wskaźniku wyszczepialności? 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, byśmy 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 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 dopasowana do poszczególnych grup komunikacja. Odpowiednio dobrany przekaz, pozwoli na zakorzenienie w Polakach chęci do szczepień. To 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 szczepień. Otwarta rozmowa pozwoli na zaplanowanie zakupów centralnych, opracowanie modeli refundacyjnych z odpowiednio długim wyprzedzeniem dla kolejnego sezonu grypowego. Komunikacja skierowana do przedstawicieli zawodów medycznych, którzy są najbardziej narażeni na wirus grypy: lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, to kolejny etap, który należy zaplanować. Służby mundurowe oraz samorządy powinni być kolejnymi adresatami, spersonalizowanej komunikacji, ponieważ nie tylko muszą być w stałej gotowości, ale również w przypadku samorządów działają edukacyjne i profilaktycznie, przygotowując programy skierowane do najbardziej potrzebujących grup np. pacjentów z grup ryzyka, osób dotkniętych kryzysem bezdomności etc.

Trzecim krokiem jest szeroka komunikacja do pacjentów, zwłaszcza z grup ryzyka. Zakłady opieki zdrowotnej nie powinny być jedynymi miejscami tej komunikacji, 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 jest by wszystkie zawody medyczne, jednym głosem podkreślały, że szczepienia nie są alternatywne i oba są równie istotne dla zdrowia pacjenta.

7.2. Wyzwanie dla wszystkich specjalistów

Strach przez pandemią spowodował, że Polacy dostrzegli wartość szczepień. Warto to wykorzystać i 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, oznaczać to może rezygnację z tych drugich, 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 zacząć korzystać z IKP informacji dotyczących wykonanych szczepień u 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, że dla wielu młodych Polaków szczepienia przeciw grypie, będzie jedynym na jakie będą mieli szansę w tym roku.

W tworzeniu komunikacji skierowanej do wszystkich zainteresowanych grup, warto przyjrzeć się działaniom ECDC, WHO i innych, które od wielu lat tworzą poradnik nt. komunikacji szczepień. W raporcie *Seasonal Influenza Communication Toolkit Guidelines* ECDC wskazuje, że przede wszystkim ważna jest dobra identyfikacja publiczności (115). Według ekspertów ECDC, do zwiększania świadomości nt. grypy i sezonu szczepień pomocne mogą być informacje kierowane do Polaków przez kluczowe instytucje, alerty na elektronicznych platformach komunikacji z placówkami POZ i szpitalnymi, jak i również 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.

8. 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 pozwala 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 wszczepialność (116). 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 istotnym czynnikiem, często decydującym o wzięciu udziału w programie. Skuteczność kompleksowych interwencji musi podlegać ocenie, a synergia powinna być udowadniana. 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 pomysły rządzących łączą 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 (117). 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 i 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 jakie planuje się osiągnąć, zamiast narzucania celów odgórnych, które często są nierealistyczne (118). Z punktu widzenia polityki zdrowotnej państwa najważniejsze jest umiejętne łączenie działań centralnych z lokalnymi inicjatywami i potencjałem poszczególnych zawodów medycznych.

9. 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 sprzyja budowaniu asertywnych postaw medyków wobec pacjentów, natomiast edukacja, zachęty i wsparcie w zakresie zdobywania kompetencji (np. komunikacyjnych) zwiększa efektywność działań realizowanych przez świadczeniodawców.

Ocena potrzeb immunizacji i silna rekomendacja wykonania szczepienia to podstawowe działania jakie może wykonać już dziś wykonać każda osoba wykonująca zawód medyczny. Ważne jest, 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. Tak, 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, szczepienia powinny być kompetencją wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Wymaga to zarówno zmian systemowych, jak i pracy na rzecz budowy zaufania społecznego i akceptacji szczepień wykonywanych poza tradycyjnymi miejscami.

Należy wzmacniać oddolne inicjatywy promocji szczepień angażujące osoby wykonujące wszystkie zawody medyczne, które 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 (64, 119-121) oraz obowiązki i zalecenia zawarte

w Programie Szczepień Ochronnych (58). Mimo, to rośnie częstość uchylania się od obowiązku wykonywania szczepień, a liczba wykonywanych szczepień zalecanych jest niewystarczająca do osiągnięcia docelowych wskaźników wyszczepialności. Wzmocnienie siły rekomendacji szczepienia przy każdym kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia, oraz inicjatyw polegających na dialogu, przypomnieniach i zachętach do szczepień pozwoli na rzeczywista realizację istniejących wytycznych i zaleceń.

Należy tworzyć możliwości zdobywania 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. 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 sprzyja 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 prowadzą do zwiększenia stopnia wyszczepialności. Edukacji kierowanej do społeczeństwa i/lub osób wykonujące zawody medyczne powinny towarzyszyć inne działania zmieniające zachowanie, 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 pokazują, potrzebę inwestowania w rozwój postaw prozdrowotnych najmłodszych pokoleń. Należy również uświadamiać potrzeby immunizacyjne osobom z chorobami przewlekłymi i o wysokim ryzyku infekcji. Osoby w podeszłym wieku należą do najbardziej zmotywowanych do szczepień grup społecznych.

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]. *Przegl 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, Pub. L. No. Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152.
16. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Pub. L. No. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039.

17. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Pub. L. No. Dz.U. 2021 r. poz. 97.
18. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej., Pub. L. No. Dz.U. 2001 nr 100 poz. 1083.
19. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Pub. L. No. Dz.U. 2006 nr 191 poz. 1410.
20. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Pub. L. No. 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. OolGI. 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 Gundacja 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. Jacobson Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD003941.
47. NICE. Flu vaccination: increasing uptake. Londyn: National Institute for Health and Care Excellence; 2020.
48. Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med* 2014; 112: 1-11.

49. Singer A. Vaccines—Communicating with Unsure Parents, Part 2 [Nagranie]. Stany Zjednoczone, Atlanta 2010.
50. 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.
51. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w sprawie szczepień ochronnych Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 2020.
52. 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.
53. Nickalls K. Improving uptake of influenza vaccination in primary care. *Practice Nursing* 2020; 31: 87-87.
54. 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.
55. AAP Immunization Resources Immunization Reminder & Recall Systems. American Academy of Pediatrics; Stany Zjednoczone, 2014.
56. Cataldi JR, Kerns ME, O'Leary ST. Evidence-based strategies to increase vaccination uptake: a review. *Curr Opin Pediatr* 2020; 32: 151-159.
57. 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.
58. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 22 grudnia 2020 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2021. Warszawa: Minister Zdrowia; 2020.
59. Talking with Parents about Vaccines for Infants. Centers for Disease Control and Prevention; Stany Zjednoczone, 2018.
60. Harmsen IA, Doorman GG, Mollema L, Ruitter RAC, Kok G, de Melker HE. Parental information-seeking behaviour in childhood vaccinations. *BMC Public Health* 2013; 13: 1219.
61. 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.
62. 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.
63. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Pub. L. No. Dz.U. 2018 poz. 1756(2018).

64. 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.
65. ACOG Committee Opinion No. 772: Immunization Implementation Strategies for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019; 133: e254-e259.
66. 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.
67. Healy CM. Pertussis vaccination in pregnancy. *Hum Vaccin Immunother* 2016; 12: 1972-1981.
68. Szelaż J, Mastalerz-Migas A. Lekarze rodzinni w Polsce wobec szczepienia kobiet w ciąży – postawy i praktyka Kraków: Medycyna Praktyczna; 2019.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. Corben P, Leask J. Vaccination hesitancy in the antenatal period: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2018; 18: 566.
73. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33: 4161-4164.
74. Dońska K, Suwała M, Zarzycka D, Sobolewska-Samorek A, Violetta. P. Postawy i edukacja wakcynologiczna rodziców. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2018; 17: 58-64.
75. Tsigrelis C, Ljungman P. Vaccinations in patients with hematological malignancies. *Blood Rev* 2016; 30: 139-147.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. Vaccination Practices for Adults with Diabetes American Association of Diabetes Educators; Stany Zjednoczone, Chicago, 2019.
80. Recommended Adult Immunization Schedule for ages 19 years or older, United States, 2020 [Internet]. Stany Zjednoczone: Centers for Disease Control and Prevention; 2020.
81. UK immunisation schedule: the green book, chapter 11. *The Green Book*. Londyn: Public Health England; 2020.
82. Catch-up vaccination in the general population. Haute Autorite de Sante; Paryż, 2019.
83. 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.
84. 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.
85. Antczak A, Balcerzak M, Byliniak M, Czech M, Drozd M, Merks P. Szczepienia przeciw grypie w aptekach. Fundacja Nadzieja dla Zdrowia; Warszawa, 2020.
86. Wysokie zainteresowanie farmaceutów udziałem w akcji szczepień przeciw COVID-19 Warszawa: Naczelna Izba Aptekarska; 2021.
87. 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, Pub. L. No. Dz.U. 2021 poz. 159(2021).
88. Applying the pharmacists' patient care process to immunization services. American Pharmacist Association; Stany Zjednoczone, 2017.
89. 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.
90. Villa A, Chmieliauskaite M, Patton LL. Including vaccinations in the scope of dental practice: The time has come. *J Am Dent Assoc* 2021.
91. Speer WB. Dentists and vaccinations. *JADA* 2014; 145: 17.
92. 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.

93. 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.
94. Mahase E. Midwives, paramedics, and physiotherapists could deliver covid and flu vaccines under government plan. *BMJ* 2020; 370: m3375.
95. Boston CD, Bryan JJ. Immunizations in Athletes. *Sports Health* 2018; 10: 427-433.
96. Rashid A. Yonder: Advanced practice physiotherapists, vaccination, dehydration, and school lunches. *Br J Gen Pract* 2020; 70: 75.
97. 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.
98. Future shape of the physiotherapy workforce: Information paper. Chartered Society of Physiotherapy; Londyn, 2018.
99. 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.
100. Wrenn K, Zeldin M, Miller O. Influenza and pneumococcal vaccination in the emergency department. *Journal of General Internal Medicine* 1994; 9: 425-429.
101. 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.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Pub. L. No. Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570(2008).
106. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, Pub. L. No. Dz. U. 2020 r. poz. 1964(2020).

107. 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, Pub. L. No. Dz.U. 2010 nr 180 poz. 1215(2010).
108. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 zmieniające rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, Pub. L. No. Dz.U. z 2020 r. poz.13(2020).
109. Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19. Ministerstwo Zdrowia; Warszawa, 2020.
110. Wykorzystanie systemów IT przy obsłudze szczepień covid-19. Centrum e-Zdrowia; Warszawa, 2020.
111. de Figueiredo A, Karafillakis E, Larson HJ. State of Vaccine Confidence in the EU+UK. Komisja Europejska; Luksemburg, 2020.
112. Rechel B, Richardson E, McKee M. The organization and delivery of vaccination services in the European Union. Światowa Organizacja Zdrowia; Wielka Brytania, 2018.
113. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Pub. L. No. Dz. U. z 2016 r. poz. 446, 1579, 1948, z 2017 r. poz. 730, 935. (1990).
114. Recommendations from the National Vaccine Advisory committee: standards for adult immunization practice. Public Health Rep 2014; 129: 115-123.
115. Seasonal Influenza. Communication toolkit guidelines. European Centre for Disease Prevention and Control; Sztokholm, 2013.
116. 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.
117. European Vaccine Action Plan 2015-2020. Światowa Organizacja Zdrowia; Kopenhaga, 2014.
118. 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.
119. Polskie Towarzystwo Wakcynologii - wytyczne i stanowiska Internet: Polskie Towarzystwo Wakcynologii; 2021.
120. Brydak LB, Masny A. Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny; Warszawa, 2018.

121. Portal Szczepienia Info [Internet]. Internet: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego; 2021.