

Raport

Wartość szczepień ochronnych u pacjentów hematologicznych





Wprowadzenie

Szczepienia ochronne to najskuteczniejsza forma profilaktyki chorób zakaźnych – pozwalają na ochronę przed zachorowaniem, powikłaniami lub ciężkim przebiegiem choroby zakaźnej. W przypadku szczepień stosowanych szeroko w populacji umożliwiają kontrolę sytuacji epidemiologicznej i/lub eradykację wybranych patogenów zakaźnych.

Ochrona przed patogenami zakaźnymi jest szczególnie ważna dla osób z grup ryzyka – seniorów, osób z deficytami w funkcjonowaniu układu odpornościowego (np. po przeszczepieniu szpiku lub narządów), osób przewlekle chorych (np. na cukrzycę, nowotwory, choroby układu krążenia) oraz małych dzieci i kobiet w ciąży. Te grupy w sposób szczególny powinny zadbać o profilaktykę chorób zakaźnych, a w przypadku braku możliwości przeprowadzenia szczepienia – ochrona powinna wynikać z wysokiego poziomu wyszczepienia otaczającej je populacji.

Nawet 99,3 proc. pacjentów z rozpoznaniem choroby hematologicznej ma świadomość zwiększonego ryzyka infekcji. Jednocześnie 69,3 proc. deklaruje gotowość do

zaszczepienia się przeciwko chorobie wirusowej¹. Niestety obserwowana w ostatnich latach nasilona aktywność ruchów antyszczepionkowych, które podważają bezpieczeństwo i zasadność prowadzenia immunizacji, sprawia, że część osób rezygnuje z możliwości zaszczepienia się – co istotnie zwiększa ryzyko infekcji i rozpowszechnienia chorób zakaźnych w całej populacji.

W trakcie spotkania warsztatowego zorganizowanego przez Fundację Rzecznicy Zdrowia eksperci – hematolodzy, specjaliści chorób zakaźnych, medycyny rodzinnej, eksperci systemu ochrony zdrowia oraz przedstawiciele środowisk pacjentów – omówili korzyści płynące z profilaktyki szczepiennej oraz bariery związane z jej rozpowszechnieniem w grupie ryzyka, jaką są pacjenci zmagający się z chorobami hematologicznymi. Spotkanie zaowocowało wypracowaniem rozwiązań, których wdrożenie może pozytywnie wpłynąć na edukację pacjentów, a co za tym idzie, wzrost odsetka pacjentów hematologicznych i osób z ich otoczenia, które poddają się szczepieniom ochronnym.

Kluczowe wnioski i rekomendacje

I Rola szczepień w profilaktyce chorób zakaźnych wśród pacjentów hematologicznych

- Dzięki postępowi medycyny wzrasta przeżywalność pacjentów hematologicznych. Wyzwaniem jest dziś nie tylko szybka diagnoza i skuteczne leczenie, ale również zapobieganie zakażeniom wśród pacjentów, którzy znajdują się w grupie ryzyka.
- Szczepienia są kluczowym elementem profilaktyki w grupie pacjentów hematologicznych, a zachorowanie na chorobę zakaźną, np. COVID-19 czy grypę, może wyłączyć ich z leczenia hematologicznego ratującego ich życie i zdrowie.
- Pacjenci z chorobami przewlekłymi mogą i powinni być szczepieni zgodnie z indywidualnie przygotowanym planem uwzględniającym specyfikę leczenia.

II Bezpieczeństwo i organizacja procesu szczepień

- Szczepionki inaktywowane można bezpiecznie stosować u chorych na nowotwory.
- Odpowiedź immunologiczna uzyskana na drodze szczepienia jest bezpieczniejsza niż odporność naturalna uzyskiwana na drodze przebycia infekcji (szczególnie w grupach ryzyka).
- Należy pamiętać o wyszczepieniu osób z otoczenia chorego – w tym również personelu medycznego. Jest to ważne szczególnie dla pacjentów hematologicznych, którzy nie mogli zostać poddani szczepieniom ochronnym przed rozpoczęciem leczenia.
- Rekomendowane jest wdrożenie elektronicznej karty szczepień i wykorzystanie danych do prowadzenia analiz porównujących skuteczność terapii u pacjentów szczepionych i nieszczepionych.
- Rejestry danych i ich analiza mogą w perspektywie kolejnych lat wzmacniać głos ekspertów i dawać realne argumenty za szczepieniami.
- Istnieje potrzeba identyfikacji grup pacjentów z bezwzględnie wskazaniami do szczepień i skupienie

na nich działań związanych z przygotowaniem wytycznych klinicznych, edukacją lekarzy i budowaniem świadomości wśród pacjentów i ich bliskich.

III Rola lekarzy i personelu medycznego

- Rekomendacja lekarza prowadzącego pełni kluczową rolę w procesie podejmowania przez pacjenta decyzji o zaszczepieniu się.
- Konieczne jest wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla lekarzy POZ i lekarzy innych specjalności w zakresie wskazań i bezpieczeństwa szczepień.
- Przeprowadzenie analizy możliwości wprowadzenia elementów motywujących dla personelu medycznego celem podniesienia wskaźnika wyszczepienia przeciwko chorobom zakaźnym, np. 100 proc. płatne L4 dla zaszczepionej kadry.

IV Organizacja systemu ochrony zdrowia

- Dane na temat statusu szczepień powinny wchodzić w skład standardowej oceny chorego przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego.
- W placówkach prowadzących programy lekowe powinny funkcjonować poradnie przyszpitalne, których zadaniem powinno być przygotowywanie pacjentów z grup ryzyka do terapii poprzez ocenę ich statusu immunologicznego i realizację zalecanych szczepień przed rozpoczęciem terapii.
- Status immunologiczny pacjenta powinien być elementem kwalifikacji do programu lekowego.

V Edukacja i zwiększanie świadomości społecznej

- Edukacja i świadomość pacjentów – to kluczowy element zwiększania wyszczepialności wśród dorosłych, zwłaszcza w grupach ryzyka. Istotnym elementem jest zatem budowanie świadomości wokół znaczenia szczepień.
- Priorytyzacja mniejszych populacji – łatwiej i szybciej można osiągnąć wysoką wyszczepialność w grupach szczególnego ryzyka (np. wśród pacjentów hematologicznych), gdzie istnieją twarde dowody (EBM) na skuteczność szczepień.

Szczepienia to podstawowy element profilaktyki dla pacjentów hematologicznych



Prof. dr hab. n. med. Lidia Gil, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

włektą białaczką limfocytową – oraz osób po przeszczepieniach komórek krwiotwórczych.

Samo leczenie przeciwnowotworowe, takie jak chemioterapia, immunoterapia, terapie celowane czy przeszczepienia, głęboko ingeruje w układ odpornościowy. To prowadzi do ciężkich niedoborów odporności i zwiększa podatność na infekcje.

Różne terapie powodują odmienne profile zakażeń: po intensywnej chemioterapii dominują infekcje bakteryjne, natomiast po allotransplantacjach często dochodzi do zakażeń o charakterze wirusowym, na drugim miejscu znajdują się zakażenia bakteryjne i grzybicze. W przypadku szpiczaka plazmocytozowego czy przewlekłych białaczek (CLL/CML) już same choroby osłabiają odporność, jeszcze zanim rozpoczniemy leczenie. W tym kontekście szczepienia odgrywają kluczową rolę, a ich dobór i schemat podania wymaga personalizacji.

Najlepszym momentem na podanie preparatu i immunizację jest okres przed leczeniem, kiedy odporność jest jeszcze względnie zachowana. Zalecamy wyłącznie szczepionki inaktywowane – co najmniej dwa tygodnie przed rozpoczęciem terapii, a po jej zakończeniu najczęściej po 3–6 miesiącach. Szczepionki żywe są przeciwwskazane zarówno w trakcie leczenia, jak i u pacjentów z głębokimi niedoborami odporności. W praktyce oznacza to, że nie zawsze możemy zaszczepić pacjenta w optymalnym momencie, a skuteczność realizowanych wówczas szczepień może być obniżona.

Zaszczepiony personel medyczny a bezpieczeństwo pacjenta

Nie mniej ważne są szczepienia osób z otoczenia chorego i personelu medycznego. Chronią one pacjenta pośrednio, zmniejszając ryzyko transmisji wirusów czy bakterii. Szczepienia przeciwko grypie powinny być standardem w szpitalach i poradniach, które zajmują się pacjentami hematologicznymi.

Podkreślam również, że opracowywanie rekomendacji w tym obszarze jest wyzwaniem. Wynika to z faktu, że badania kliniczne nad szczepieniami obejmują najczęściej osoby zdrowe, a nie pacjentów hematologicznych, których grupy są niewielkie i bardzo zróżnicowane. Dlatego wiele zaleceń opiera się na danych pośrednich i doświadczeniach klinicznych. W Polsce i Europie funkcjonują kalendarze szczepień dla osób po transplantacjach komórek krwiotwórczych, a obecnie pracujemy nad aktualizacją polskich rekomendacji.

Nie można też pominąć kontekstu społecznego. Dyskusja o szczepieniach, szczególnie w ostatnich latach, stała się bardzo emocjonalna. W przestrzeni publicznej dominuje przekaz o powikłaniach, podczas gdy istotnie mniej informacji i komunikatów płynie w kontekście korzyści wynikających z immunizacji. Tymczasem

szczepienia ratują życie – również i przede wszystkim w tak trudnych grupach pacjentów, jak chorzy hematologiczni. Naszą rolą jest nie tylko prowadzenie badań i leczenie, ale także rzetelna komunikacja z pacjentami i społeczeństwem, bez straszenia, ale z podkreśleniem korzyści i znaczenia szczepień.

Warto zwrócić uwagę na postęp w leczeniu chorych hematologicznych, który wydłuża życie naszych pacjentów, ale z uwagi na to, że pacjenci żyją dłużej – są bardziej narażeni na ryzyko ciężkich infekcji.

Szczepienia są podstawowym narzędziem profilaktyki w tej grupie, choć wymagają indywidualizacji i odpowiedniego planowania w zależności od terapii. To wyzwanie, które wymusza na nas nowe podejście do profilaktyki zakażeń i ścisłą współpracę całego środowiska medycznego.

Zalecany schemat profilaktyki chorób zakaźnych wśród pacjentów z chorobami hematologicznymi²

Rodzaj szczepienia	Grupa wiekowa	Rodzaj szczepionki	Schemat szczepienia
Grypa	Wszystkie grupy wiekowe	Szczepionki inaktywowane przeciw grypie, zawierające powierzchniowe („subunit”) lub rozszczepione („split”) antygeny wirusa (NH i S) Szczepionka wysokodawkowa (dla osób > 60 r.ż.)	Iniekcja domięśniowa lub podskórna (s.c.) w mięsień naramienny Powtarzać corocznie przed sezonem grypowym (najlepiej we wrześniu lub październiku) U chorych z wtórnymi zaburzeniami odporności można rozważyć powtórne szczepienie po upływie 1 miesiąca (oprócz szczepionki wysokodawkowej)
RSV	Od 60 r.ż.	Szczepionki rekombinowane	Jednorazowo
COVID-19	Wszystkie grupy wiekowe	Szczepionki mRNA	Zgodnie z aktualnymi zaleceniami dla osób z niedoborem odporności
WZW B	Wszystkie grupy wiekowe	Szczepionki rekombinowane przeciwko WZW B zawierające powierzchniowy antygen wirusa	Iniekcja domięśniowa w mięsień naramienny dawka 20 µg Schemat 0-1-6 miesięcy (S) Schemat 0-1-2-6 miesięcy (NH) Wyjątkowo s.c. (małopłytkowość lub zaburzenia krzepnięcia) Przy wtórnych zaburzeniach odporności rozważyć dawki podwójne (40 µg) Gdy stężenie anti-HBs <10 IU/l, zalecane podanie kolejnych 1-3 dawek
Pneumokoki	Od 18 r.ż.	Skoniugowane szczepionki poliwalentne Polisacharydowa szczepionka przeciwko pneumokokom	W przypadku szczepionek poliwalentnych 1 dawka po co najmniej 8 tygodniach Jednorazowa iniekcja domięśniowa (i.m.) w mięsień naramienny
Pótpasiec	Od 18 r.ż.	Szczepionka rekombinowana adjuwantowa	2 dawki w odstępie co najmniej 4 tygodni
Tężec, błonica, krztusiec	Od 18 r.ż.	Szczepionka DTaP, DTP	1 dawka Tdap, następnie Td lub Tdap co 10 lat (dawka przypominająca)

Hus, Piekarska i wsp. AHP 2025

Status immunologiczny pacjenta — nieodzowny element standardowej oceny chorego



Prof. dr hab. n. med. Iwona Hus, kierownik Kliniki Hematologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA

czenia — co często może okazać się trudne do realizacji. Jeśli jednak czekamy na wyniki badań genetycznych lub obrazowych przed rozpoczęciem leczenia — warto wykorzystać ten czas na realizację szczepień, w szczególności tych, które pacjent może przyjąć w jednej lub dwóch dawkach.

Wskazane jest przestrzeganie następujących zasad: szczepionki inaktywowane powinny być stosowane co najmniej 2 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia przeciwnowotworowego, nie wcześniej niż 3 miesiące po zakończeniu chemioterapii i/lub radioterapii oraz nie wcześniej niż 6 miesięcy po zakończeniu terapii powodującej deplecję limfocytów B (np. terapia z wykorzystaniem przeciwciała monoklonalnego anty-CD20, przeciwciał bispecyficznych, czy CAR-T). W przypadku terapii powodujących deplecję limfocytów B dane z literatury wskazują, że zdarza się, iż okres 6 miesięcy jest zbyt krótki i czasami nawet po 12 miesiącach trudno jest uzyskać odpowiedź immunologiczną — dlatego też ważne jest poddanie się szczepieniu w remisji lub przed rozpoczęciem terapii.

Wyjątkiem od wskazanych wyżej reguł są szczepionki przeciwko RSV — można ją podać 1 miesiąc po ostatniej dawce terapii, a także przeciwko wirusowi grypy — preparat można podać 3 miesiące po ostatniej dawce terapii (szczepienia sezonowe, np. grypa, są zalecane w trakcie leczenia ciągłego).

Szczepienia to najważniejsza metoda profilaktyki chorób zakaźnych, a dane na temat statusu szczepień — czy chory je realizował i w jakim schemacie przed postawieniem diagnozy choroby hematologicznej — powinny wchodzić w skład standardowej oceny chorego, zanim rozpoczniemy leczenie przeciwnowotworowe.

Szczepionki inaktywowane mogą być bezpiecznie stosowane u pacjentów z zaburzeniami odporności i u chorych w wieku starszym, kiedy to naturalnie dochodzi do osłabienia aktywności układu odporności.

Jednym z wyzwania, z którym musi zmierzyć się system ochrony zdrowia i środowisko medyków, jest problem związany ze szczepieniem się personelu me-

dycznego. Rozwiązaniem tej sytuacji jest stworzenie wewnętrznych metod motywacyjnych dla personelu medycznego — z jednej strony pozytywną zachętą mogłoby być wprowadzenie bezpłatnych szczepień lub 100 proc. płatnych L4 dla osób zaszczepionych, z drugiej strony można działać za pośrednictwem rozwiązań edukacyjnych i np. zlecać lekarzom niechętnym w tym obszarze przygotowywanie prezentacji o szczepieniach.



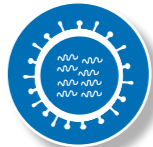

Dodatkowo obserwujemy opór części lekarzy POZ przed przejściem odpowiedzialności za szczepienia pacjentów z chorobami przewlekłymi, mimo że to wła-

Jednoczesne podawanie różnych szczepionek podczas jednej wizyty:

- ułatwia proces szczepienia
- zwiększa akceptację
- wpływa na wzrost wyszczepialności — szczególnie jeśli ponowne zgłoszenie się pacjenta jest niepewne lub pacjent jest narażony na bezpośrednie ryzyko chorób
- szczepionki powinny być podawane w różne kończyny

śnie w podstawowej opiece zdrowotnej dostępne są refundowane szczepionki.

Roczna liczba przypadków i zgonów na całym świecie wśród wszystkich grup wiekowych, 2021 r.

	 Streptococcus pneumoniae ^{3*}	 RSV — syncytialny wirus oddechowy ^{3*}	 Wirus grypy ^{3*}	 SARS-COV-2 ⁴
Liczba przypadków	98 mln	5 mln	14 mln	291 mln
Liczba zgonów	505 tys.	32 tys.	98 tys.	5 mln

*Obciążenie chorobami może być niedoszacowane ze względu na zmniejszenie liczby zachorowań dzięki nefarmaceutycznym strategiom interwencyjnym w związku z COVID-19¹

Ważne

- Pneumokoki to najczęstsza bakteria odpowiedzialna za pozaszpitalne zapalenie płuc. Odpowiadają za 36 proc. zapaleń płuc u pacjentów leczonych ambulatoryjnie, 44 proc. zapaleń płuc u chorych hospitalizowanych (poza OIOM) oraz 45 proc. zapaleń płuc u chorych hospitalizowanych na oddziale OIOM. W 2024 roku liczba przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej w Polsce była ponad 20 proc. wyższa niż w roku 2023. Do końca kwietnia 2025 liczba przypadków była wyższa niż w analogicznym okresie w roku 2024⁵.
- Prawdopodobieństwo zgonu w przebiegu choroby pneumokokowej, której można zapobiegać drogą szczepień, jest u osoby dorosłej 100-krotnie większe niż u dzieci.
- Osoby dorosłe są bardziej podatne na zachorowania i związane z nimi powikłania, co jest związane ze starzeniem się układu odpornościowego wraz z upływem lat, np. osoby po 65 roku życia mają czterokrotnie wyższe ryzyko pneumokokowego zapalenia płuc i ośmiokrotnie wyższe ryzyko inwazyjnej choroby pneumokokowej. Dane wskazują, że nawet co drugi pacjent 65+ zapadający na inwazyjną chorobę pneumokokową umiera⁶.
- W Polsce w 2024 roku wirus RSV był częstszą przyczyną hospitalizacji w porównaniu do grypy.
- Czynnikiem ryzyka w przypadku zakażeń RSV jest dojrzały wiek, pogorszenie funkcjonowania układu oddechowego oraz obecność chorób współistniejących (w tym tych osłabiających funkcjonowanie układu odpornościowego).
- Ryzyko zachorowania na półpasiec drastycznie wzrasta po 50 roku życia^{7,8}, a 2/3 przypadków zachorowań⁹ dotyczy tej grupy wiekowej. Częstość występowania półpasca w zależności od wieku była podobna w różnych krajach (6–8 przypadków na 1000 osobolat u osób w wieku 60 lat).

Znaczenie lekarza rodzinnego w budowaniu świadomości wokół szczepień jest nie do przecenienia



Prof. dr hab. n. med. Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy

Stan zaszczepienia przeciw chorobom zakaźnym, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, w ostatnich latach utrzymuje się na poziomie około 90 proc. Jeżeli przyjrzymy się danym bardziej szczegółowo, to zwraca uwagę fakt, że stan zaszczepienia w ostatnich latach stopniowo obniżał się, osiągając najniższy odsetek w okresie pandemii COVID-19. Natomiast od 2022 roku tendencja ta uległa zahamowaniu, a ostatnie dane, tzn. z roku 2024, są bardziej optymistyczne, gdyż zaznaczyła się lekko wzrostowa tendencja. Jeżeli porównamy rok 2022 z 2024, to odsetek zaszczepionych dzieci w 3 roku życia w odniesieniu do realizacji szczepień wg Kalendarza Szczepień wzrósł o 0,1 p.p. (z 98,5 proc. do 98,6 proc.) dzieci całkowicie i częściowo zaszczepionych, a zmalał o 0,1 p.p. dzieci całkowicie niezaszczepionych. Mimo iż wydaje się to bardzo niewiele, to jest to zadowalająca sytuacja – zahamowanie trendu spadkowego i miejmy nadzieję początek zwiększania stanu zaszczepienia w kolejnych latach.

Podkreślę, że obserwowana w naszym kraju sytuacja dotycząca obniżania się stanu zaszczepienia nie była odosobniona i można powiedzieć, że jest to globalny problem. Należy jednak zwrócić uwagę, że w zależności od obszaru geograficznego przyczyny tego

stanu rzeczy różnią się. Obecnie w większości krajów (a na pewno obszary cywilizacji zachodniej) wspólnym mianownikiem jest np. wzrost aktywności ruchów przeciwnych szczepieniom, szerzących dezinformację, spadek zaufania do nauki i naukowców, ale również osłabienie zaufania do autorytetów w zakresie zdrowia.

Szczepienie otoczenia to polisa zdrowotna dla pacjentów z grup ryzyka

Obecnie lekarze nie mają żadnych wątpliwości, że pacjenci obciążeni chorobami przewlekłymi, ale również inne osoby z grup ryzyka, np. osoby starsze, małe dzieci czy kobiety w ciąży, są bardziej narażeni na cięższy przebieg choroby zakaźnej oraz powikłania, włączając te najcięższe, jak zgon. Dlatego właśnie działania profilaktyczne w postaci szczepień zarówno osób chorych przewlekłe, jak i osób z najbliższego otoczenia, np. rodzina, dzieci, wnuczeta, są „polisą zdrowotną”, bo dają gwarancję, by nie zachorować, albo by przebieg choroby był tagodniejszy i nie wymagał hospitalizacji. Dla osób z problemami onkologicznymi, deficytami odporności, chorobami przewlekłymi to wielka sprawa.

Profilaktyka chorób zakaźnych dla całej rodziny

W społeczeństwie nadal funkcjonuje mit, że szczepienia są formą profilaktyki przeznaczonej głównie dla populacji pediatrycznej. Pozytywnym trendem jest obserwowana od kilku lat rosnąca świadomość w zakresie profilaktyki przez szczepienia wśród osób dorosłych – w tym seniorów i osób przewlekłe chorych. Coraz więcej o tym rozmawiamy, dziennikarze częściej się tą tematyką zajmują. I to jest właściwa droga – przekazywanie informacji rzetelnej, opartej na faktach, a także korzystanie z dostępnych materiałów w postaci wytycznych czy opracowanego w eksperckim gronie Kalendarza Szczepień Dorosłych. Jednak główne zadanie spoczywa na lekarzach, którzy powinni zalecać szczepienia swoim pacjentom. A w przypadku osób

starszych, osób z chorobami przewlekłymi – to zalecenie powinno obejmować również rodzinę, osoby bliskie. Tylko dzięki „strategii kokonu”, czyli zaszczepieniu osób z najbliższego otoczenia osoby chorej, jesteśmy w stanie zadbać o siebie i o naszą chorującą przewlekłe bliską osobę.

Budujmy dobry klimat wokół szczepień

Istotnym elementem jest budowanie świadomości wokół znaczenia szczepień. W ostatnim czasie podjęto wiele inicjatyw zarówno w zakresie szerzenia wiedzy na temat korzyści dla zdrowia wynikających ze szczepień osób dorosłych, jak również rozwiązań systemowych. Do tych ostatnich należą m.in. kwestie informowania o finansowaniu coraz większej liczby szczepień przez państwo, czyli *de facto* szerszego dostępu do szczepień bezpłatnych dla dorosłych, ale również kwestia skrócenia ścieżki pacjenta do szczepienia (co nierzadko bywa dużym problemem), czy włączenia farmaceutów w proces szczepienia. To wszystko są bardzo dobre kierunki, które wspierają poziom wyszczepienia całej populacji.

Musimy pamiętać, że każdy lekarz ma obowiązek informowania pacjenta o szczepieniach, które dla danego pacjenta są wskazane. Praktyka wskazuje, że znaczenie lekarza rodzinnego jest nie do przecenienia, to właśnie nasz lekarz rodzinny powinien rekomendować swojemu pacjentowi, jego rodzinie te szczepienia, które są najwłaściwsze ze względu na stan zdrowia czy wiek. I tak najczęściej się dzieje. Nie można jednak pomijać innych specjalistów, którzy również są wyposażeni w wiedzę z zakresu szczepień. Ponadto są dostępne różne materiały dotyczące szczepień, które opierają się na aktualnej wiedzy medycznej. Warto z nich korzystać, można je pobrać, wydrukować i mieć pod ręką.

Immunizacja pacjentów z grup ryzyka wymaga systemowego podejścia

Działania systemowe związane z promocją szczepień powinny obejmować kilka obszarów. Będą to zarówno działania w zakresie optymalnego finansowania procedury (zakup szczepionek przez państwo oraz ustuga podania szczepionki), czy działania organizacyjne, mające na celu skrócenie ścieżki dostępu pacjenta do szczepień w taki sposób, by podczas jednej wizyty u lekarza pacjent mógł być zakwalifikowany i zaszczepiony. Warto również zadbać o zwiększenie liczby aptek, w których można wykonać szczepienia czy umożliwienie personelowi uprawnionemu do kwalifikacji i wykonywania szczepień dojazdu do placówek opieki długoterminowej, czy do domu pacjenta.



WARTO WIEDZIEĆ

O czym powinni pamiętać bliscy pacjentów z nowotworami krwi i układu chłonnego, a także personel medyczny wspierający chorych?

- W przypadku osób z najbliższego otoczenia chorych na nowotwory hematologiczne, w tym także personelu medycznego, zaleca się przede wszystkim regularne szczepienia przeciw grypie i COVID-19 (powtarzane co roku), a także szczepienie przeciw krztuścowi co 10 lat.
- W przypadku zastosowania żywych szczepionek (np. przeciw wirusowi ospy *Varicella zoster virus* – VZV i rotawirusowi) zaleca się ograniczenie kontaktu zaszczepionej osoby z chorym przez około 2–4 tygodni.

Analiza danych z rejestrów szczepionych pacjentów da nam realne argumenty w walce z mitami



Maciej Miłkowski, koordynator ds. analityki finansowej Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego

Z punktu widzenia organizatora systemu ochrony zdrowia istotnym elementem zwiększania wyszczepialności przeciwko chorobom zakaźnym w populacji osób dorosłych – a szczególnie w grupach ryzyka – jest podnoszenie poziomu wiedzy i świadomości zarówno pacjentów, jak i ich bliskich. W ostatnich latach dostęp do szczepionek znacząco się poprawił, między innymi dzięki refundacji nowych produktów, co sprawiło, że bariera ekonomiczna została w praktyce zniesiona.

Jakie są oczekiwania pacjentów? Przede wszystkim chcą być leczeni zgodnie z aktualnymi standardami oraz najnowszą wiedzą medyczną. Oznacza to, że podstawą podejmowanych decyzji staje się medycyna oparta na dowodach (EBM – evidence based medicine). W przypadku niektórych terapii stosowanych w ramach programów lekowych – na przykład w leczeniu chorób autoimmunologicznych – w charakterystyce produktu leczniczego znajduje się wyraźne wskazanie dotyczące konieczności zaszczepienia pacjenta przed rozpoczęciem terapii. W chorobach onkologicznych dysponujemy jasno określonymi wytycznymi przygotowanymi dla poszczególnych jednostek chorobowych bądź grup schorzeń, dzięki czemu proces diagnostyczno-terapeutyczny jest precyzyjnie opisany.

Warto więc, mając tak szczegółowo zdefiniowany sposób przygotowania pacjenta do leczenia, rozważyć rozszerzenie zakresu działalności poradni przyszpitalnych przy szpitalach prowadzących programy lekowe o możliwość przeprowadzenia szczepienia. W takich placówkach pacjenci przed rozpoczęciem terapii mogliby być poddawani immunizacji zgodnie z wytycznymi dotyczącymi ich jednostki chorobowej. Przypomnę, że wiele lat temu – kiedy wprowadzono obowiązek szczepień przeciwko WZW typu B – każdy pacjent zgłaszający się do szpitala w celu przeprowadzenia interwencji chirurgicznej był poddawany szczepieniu.

Równolegle należy wzmacniać komunikat kierowany do pacjentów: „jeśli będziesz zaszczepiony, masz szansę uniknąć powikłań w postaci infekcji zakaźnych, które mogą pojawić się w związku z prowadzoną terapią”.

Warto również korzystać z doświadczeń krajów skandynawskich, gdzie funkcjonują szczegółowe rejestry pacjentów leczonych m.in. na nowotwory hematologiczne. Dzięki gromadzonym tam bardzo precyzyjnym danym możliwe jest porównanie skuteczności leczenia u pacjentów zaszczepionych i niezaszczepionych. W Polsce podobną bazę danych stopniowo budujemy za pośrednictwem uruchomionej w 2022 roku w aplikacji Gabinet.gov e-Karty Szczepień. Umożliwia ona odnotowanie w elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta każdego szczepienia ochronnego – zarówno obowiązkowego, jak i zalecanego.

Mam pełną świadomość, że osiągnięcie wysokich wskaźników wyszczepialności w populacji ogólnej osób dorosłych jest procesem trudnym i długofalowym. Jednak z punktu widzenia organizatora systemu ochrony zdrowia – priorytetem powinno być uzyskanie wysokiego wskaźnika wyszczepialności w mniejszych, wyraźnie zdefiniowanych populacjach, dla których istnieją jednoznaczne dowody naukowe na skuteczność takiej interwencji. Dobrym przykładem są pacjenci leczeni hematologicznie. Tu liczy się również wzmocnienie od lekarzy prowadzących, którzy oferują im najlepszą z możliwych terapii – w tym także szczepienia.



Dr hab. n. med., prof. UMK Sylwia Kottan, konsultant krajowa w dziedzinie immunologii klinicznej

zagranicznych, w ramach tzw. medycyny podróży. Pandemia COVID-19 zmieniła jednak to podejście, wpływając na sposób myślenia o szczepieniach w całej populacji dorosłych Polaków.

Dla mnie sytuacją optymalną byłoby, gdyby wszyscy dorośli Polacy szczepili się zgodnie z rekomendacjami, nie czekając na moment, w którym skuteczność szczepień może być już obniżona. Musimy bowiem pamiętać, że zarówno choroby wpływające na funkcjonowanie układu immunologicznego, jak i podeszły wiek sprawiają, iż szczepienia mogą być mniej efektywne.



Lek. Artur Prusaczyk, Centrum Medyczno-Diagnostyczne Siedlce

Dorośli Polacy powoli zmieniają podejście do szczepień

Świadomość znaczenia szczepień ochronnych w populacji dorosłych buduje się niezwykle powoli. Jeszcze do niedawna w społeczeństwie dominowało przekonanie, że szczepienia u osób dorosłych wykonuje się wyłącznie w przypadku podróży

W kontekście szczepień pacjentów z chorobami przewlekłymi – w tym chorobami hematologicznymi prowadzącymi do dysfunkcji układu immunologicznego – niezwykle istotne jest podkreślenie, że każdy pacjent zaszczepiony zgodnie z wytycznymi ma szansę wytworzyć odpowiedź immunologiczną. Co równie ważne, odpowiedź ta, wywołana szczepieniem, jest zdecydowanie bezpieczniejsza niż odporność uzyskana po naturalnym przechorowaniu, ponieważ zakażenie może stanowić realne zagrożenie dla życia pacjenta. To niezwykle ważny argument, który powinien zmieniać nasze myślenie o szczepieniach w populacjach szczególnego ryzyka.

Niestety wciąż spotykam się z sytuacjami, w których – przygotowując dla moich pacjentów indywidualne kalendarze szczepień dostosowane do ich problemów zdrowotnych – dowiaduję się, że chorzy, przedstawiając taki plan innym lekarzom, styszą, iż są „zbyt chorzy”, aby poddać się immunizacji. To pokazuje, jak ogromna praca edukacyjna jest jeszcze przed nami, i to nie tylko wśród pacjentów, ale także w środowisku medycznym. Lekarze powinni mówić jednym głosem i konsekwentnie wdrażać w praktyce klinicznej aktualne wytyczne oraz rekomendacje towarzystw naukowych.

Znaczenie zespołu POZ w poprawie poziomu wyszczepienia

Jednym z kluczowych wyzwań w polskim systemie ochrony zdrowia powinno być wdrożenie pełnej transparentności działania i mierzenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dlatego z punktu widzenia pacjentów konieczne jest ujawnianie wskaźników jakości pracy placówek medycznych i poszczególnych lekarzy. Wskazana jawność może stać się elementem dopingującym zarówno poprzez presję środowiskową, jak również poczucie wstydu. W CMD w Siedlcach kluczową okazuje się praca zespołowa lekarza, pielęgniarki i położnej oraz motywatory finansowe ukierunkowane na osiąganie celów profilaktycznych.

Stosując strategię kokona, wzmacniamy ochronę pacjenta hematologicznego



Lek. Janusz Krupa, specjalista medycyny rodzinnej, Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

W przypadku pacjentów zmagających się z chorobami hematologicznymi środowisko lekarzy rodzinnych dysponuje podobnymi narzędziami, jak w pracy z innymi grupami chorych. Sprowadzają się one do posiadania aktualnej wiedzy medycznej, dobrej woli lekarza oraz przekonania, które powinno towarzyszyć rozmowie z pacjentem.

Wiemy, że szczepienia — z niewiadomych dla mnie powodów — nie cieszą się w Polsce powszechną popularnością. Niestety, w ostatnich latach ruchy antyszczepionkowe zaszczepiły w społeczeństwie wiele wątpliwości. Mam jednak wrażenie, że trend ten — szczególnie wśród osób starszych — zaczyna się odwracać. Z moich doświadczeń wynika, że im starszy pacjent trafia do gabinetu, tym chętniej decyduje się na szczepienia, mając świadomość wartości życia. Seniorzy, którzy zmagają się z chorobą przewlekłą, rozumieją realne zagrożenia wynikające z sezonowych infekcji i coraz częściej wybierają profilaktykę, która pozwala im wydłużyć życie. Często mówią wprost, że nie chcą stracić życia z powodu tak banalnego jak infekcja sezonowa.

W społeczeństwie rośnie świadomość zagrożeń związanych z chorobami infekcyjnymi. O ile dla osób zdrowych przeziębienie czy infekcja wirusowa nie stanowią dużego obciążenia, o tyle dla seniorów ze współ-

istniejącymi chorobami przewlekłymi mogą prowadzić do poważnych powikłań, a nawet śmierci. Dlatego zawsze cieszę się, gdy pacjenci przyjmują w gabinecie propozycję szczepienia.

W przypadku pacjentów hematologicznych wyzwania pojawiają się zarówno po stronie pacjenta, jak i lekarza. Z jednej strony osoby chorujące na nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego bywają zaliczane do grupy pacjentów immunoniekompetentnych (lub możemy zamienić na „grupy wysokiego ryzyka”), co rodzi obawy dotyczące bezpieczeństwa szczepień. Z drugiej strony lekarz rodzinny nie zawsze dysponuje wiedzą, na jakim etapie leczenia znajduje się pacjent i czy w danym momencie szczepienie jest dla niego bezpieczne. Podanie szczepionek przed rozpoczęciem leczenia lub w trakcie przerwy w leczeniu jest jak najbardziej wskazane!

O ile pierwsza kwestia wymaga od lekarza rodzinnego pogłębienia wiedzy i przygotowania się do merytorycznej rozmowy, o tyle w drugim przypadku kluczowa byłaby informacja od lekarza hematologa — najlepiej w karcie wypisowej. Wielu pacjentów hematologicznych, zwłaszcza poddawanych przeszczepieniom komórek krwiotwórczych, wymaga indywidualnego podejścia i spersonalizowanego kalendarza szczepień. W takiej sytuacji ogromną pomocą byłaby jasna adnotacja w dokumentacji, np. „proszę szczepić bez ograniczeń” albo „proszę odroczyć szczepienie X, pozostałe można realizować”. Taki przekaz byłby czytelny zarówno dla lekarza rodzinnego, jak i samego pacjenta.

W rozmowach o szczepieniach niezwykle pomocne są zalecenia Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w formie Kalendarza Szczepień. To świetne narzędzie, które — dzięki zaangażowaniu prof. Agnieszki Mastalerz-Migas i ekspertów z różnych dziedzin — jest regularnie aktualizowane. Lekarze rodzeni zyskują tym samym oficjalny, wiarygodny dokument, którym mogą się posługiwać w rozmowie z pacjentami.

W przypadku pacjentów hematologicznych istotne znaczenie ma również wdrażanie strategii

„kokona” w prewencji chorób zakaźnych. Wiemy, że samo zaszczepienie chorego bywa niewystarczające — zwłaszcza gdy nie może on przyjąć wszystkich preparatów immunomodulujących. Wtedy konieczne jest zaszczepienie osób z jego najbliższego otoczenia, które mogą stanowić potencjalne źródło zakażenia. To podejście jest znane od wielu lat i dobrze rozumiane w środowisku lekarzy rodzinnych.

Często przywołuję przykład kobiet w ciąży: „Jeśli wasza córka spodziewa się dziecka, zaszczepcie się. W pierwszych miesiącach życia noworodka trzeba go chronić przed zakażeniami wirusowymi i bakteryjnymi. Krztusiec czy RSV mogą być chorobami śmiertelnymi”.

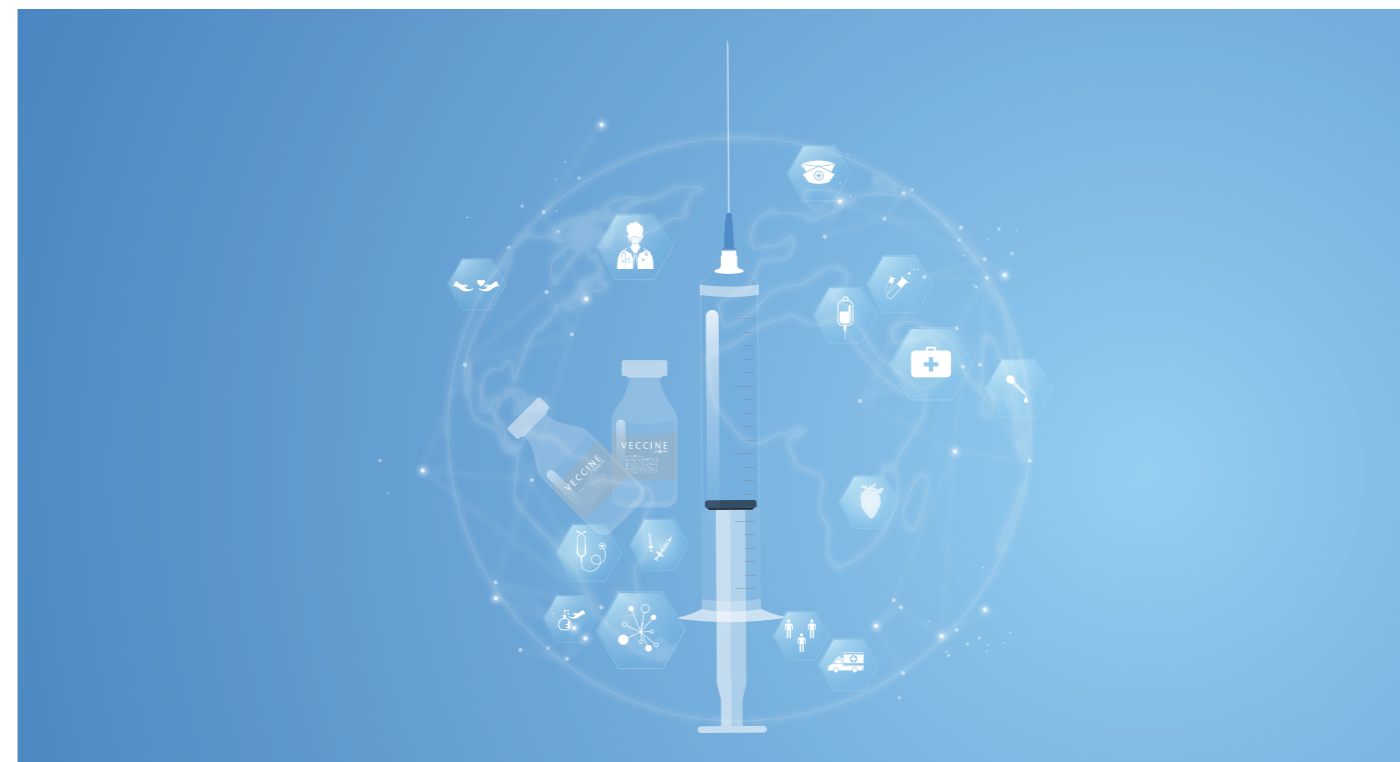
Świadomość społeczna w tym zakresie rzeczywiście się zmienia. Niedawno szczepiłem znajomych lekarzy. Ich syn, również lekarz, powiedział im: „Nie zobaczycie wnuka, dopóki się nie zaszczepicie”. I to zadziało — już następnego dnia przyszli na szczepienie. To pokazuje, że młodsze pokolenie coraz bardziej rozumie wagę profilaktyki.

Warto pamiętać, że pacjenci hematologiczni często przychodzą na wizyty z rodziną. To stwarza dodatkową okazję do rozmowy o szczepieniach. Najlepszym

narzędziem, jakim dysponujemy, jest wiedza i osobiste przekonanie lekarza. Zdecydowanie skuteczniej działa szczerza rekomendacja i rozwianie ewentualnych wątpliwości niż zdawkowe: „Proszę się jeszcze zaszczepić”.

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, a także konsultant krajowa prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsekwentnie podkreślają znaczenie szczepień. Temat ten pojawia się podczas webinarów dotyczących wielu obszarów medycyny — od otyłości, przez choroby układu oddechowego i kardiologiczne, aż po onkologię i hematologię. To ważny, konsekwentny, ale zarazem spokojny nacisk ze strony autorytetów, byśmy nie zapominali o szczepieniach i propagowali je w codziennej praktyce.

Tym bardziej że obecnie część szczepionek — jak chociażby przeciw wirusowi RSV — jest dostępna dla pacjentów powyżej 65 roku życia bezpłatnie. Dość podobnie wygląda sytuacja ze szczepionką przeciw półpaścowi, ale w jej przypadku kryteria refundacyjne są ostrzejsze. Do tej pory te szczepionki były bardzo kosztowne, ale refundacja preparatu usuwa kolejną barierę. To dodatkowy, bardzo mocny argument przemawiający za szczepieniem.



Szczepienie pacjentów z grup ryzyka oczami liderów organizacji oraz pacjentów



Katarzyna Lisowska, przedstawicielka Stowarzyszenia Hematoonkologicznych

Nasi pacjenci hematoonkologiczni, i powiem to na przykładzie mojego męża — bo to zawsze najlepszy przykład — praktycznie nie mają kontaktu z lekarzem POZ. My korzystamy tylko z poradni szpitalnej, a mój mąż trafia do szpitala na krótkie pobyty raz na jakiś czas. Lekarza rodzinnego nie widzieliśmy od 15 lat.

Ostatnio, będąc u lekarza POZ w swojej sprawie, zapytałam przy okazji, czy mogłabym dostać skierowanie dla męża na szczepienia. Ustyszałam: „O nie, proszę pani, proszę się w ogóle nie zajmować tym u nas, niech pani mąż zostanie pod opieką instytutu, proszę go do nas nie przyprowadzać”. Tak więc realia wyglądają tak, że pacjenci są odsyłani, a lekarze rodzinni nie chcą się tym zajmować.



Monika Sieńska-Pieczyńska, pacjentka z mielofibrozą

Praktyka pokazuje, że pacjent z chorobą hematologiczną, który chce się zaszczepić, musi być mocno zdeterminowany. Niestety moje doświadczenie w tym obszarze m.in.

Być może w naszej placówce po prostu nie dostaliśmy takich informacji, ale widzę, jak ważna jest współpraca i edukacja. Staramy się więc działać, organizując spotkania, webinary. Dystrybuujemy również zweryfikowane przez autorytety medyczne materiały edukacyjne dla pacjentów.

Drugą bardzo ważną sprawą to mity, które trzeba systematycznie obalać. Na przykład, że szczepienia są tylko dla dzieci, że dzieci nie zarażają, albo że półpasiec to drobnostka. Mój mąż miał półpaśca już pięć razy — i to nie jest odosobniony przypadek. Dlatego potrzebne są kampanie edukacyjne, które zmieniają sposób myślenia i pokazują prawdę.

Musimy też pamiętać o silnym ruchu antyszczepionkowym, który stoi za dezinformacją. Często, kiedy mówimy o szczepieniach, np. przeciw półpaścowi, pojawia się zarzut, że lobbujemy na rzecz jakiejś firmy. Dlatego dobrze jest pokazywać, że mówimy o szczepieniach szeroko — zarówno przeciw półpaścowi, jak i przeciw grypie czy innym chorobom.

Warto więc konsekwentnie przetrącać stereotypy i zmieniać narrację w edukacji — tak, aby zarówno pacjenci, ich rodziny, jak i lekarze rozumieli wagę szczepień.

dotyczy odmowy podania szczepionki z powodu kryterium wieku (pomimo wskazań medycznych w postaci leczenia immunosupresyjnego i chęci poniesienia kosztów). Myślę, że większości pacjentów nie trzeba szczególnie przekonywać, a jedynie zapewnić im dostęp do szczepień i rzetelną informację, gdzie i kiedy mogą je wykonać.

W moim przypadku tym, co się sprawdziło w doprowadzeniu do zaszczepienia, jest bezpośrednio i jednoznaczne zalecenie od lekarza prowadzącego. Dla wielu pacjentów i ich bliskich taka informacja poparta dodatkowymi argumentami o konsekwencjach braku realizacji szczepienia może okazać się kluczową w podjęciu decyzji o immunizacji.



Barbara Leonardi, prezes Myeloma Patients Europe, przedstawicielka Fundacji Carita im. Wiesławy Adamiec

Świadomość pacjentów w kwestii profilaktyki i szczepień ochronnych rośnie, natomiast tym, co identyfikujemy jako przeszkody, są przede wszystkim bariery finansowe (w szczególności w młodszej grupie pacjentów, dla których nie ma refundacji lub jest ona niepełna) i organizacyjne. We Wrocławiu tylko niektóre przychodnie POZ są w stanie zaszczepić pacjenta na jednej wizycie — jeśli w przychodni jest apteka. W innych przypadkach ta prosta procedura staje się skomplikowanym procesem wymagającym kilkuetapowego działania: najpierw wizyta w POZ i uzyskanie recepty, potem kupno szczepionki i jej właściwe przechowywanie, a następnie szczepienie, często realizowane w zupełnie innym punkcie.



Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej

Nie mamy w Polsce strategii dotyczącej profilaktyki. Szczepienia są jednym z jej kluczowych elementów, a mimo to realizujemy działania wyłącznie punktowo, zajmując się pojedynczymi aspektami, co w efekcie tworzy ogromny chaos.

Kalendarz Szczepień dla Dorosłych nie jest powszechnie znany i — o ile o szczepieniach dzieci mówi się dużo — to w przypadku dorosłych temat ten praktycznie nie istnieje. Z jednej strony mamy przygotowany kalendarz szczepień dorosłych, ale w praktyce lekarze POZ często nie

są nim zainteresowani, a zdarza się, że wręcz podchodzą do szczepień negatywnie. To fatalna sytuacja, bo jeśli nawet personel medyczny, w tym kadra szpitalna na oddziałach onkologicznych czy hematologicznych, nie jest w wystarczającym stopniu zaszczepiony, to jak możemy oczekiwać, że pacjenci będą stosować się do zaleceń dotyczących profilaktyki? To po prostu niemożliwe.

Kolejnym problemem jest aplikacja Moje IKP, która jest absolutnie niewydolna w obszarze szczepień. Żeby znaleźć tam informacje o nich, trzeba się naklikać, a i tak dotyczą one głównie leczenia, a nie profilaktyki. Brakuje również informacji o przyjętych szczepieniach. Osobiście przyjęłam potrójną szczepionkę (tężec, krztusiec i błonica) i dodatkowo szczepienie przeciw grypie, ale nie ma żadnego śladu w systemie. Gdybym nie zachowała papierowego zaświadczenia, nie mogłabym nikomu udowodnić, że jestem zaszczepiona. NFZ obiecuje, że funkcjonalności aplikacji i portalu IKP mają ulec poprawie. Natomiast obecny stan pokazuje całkowity brak koordynacji, współpracy i komunikacji w systemie.

Kolejnym problemem jest aplikacja Moje IKP, która jest absolutnie niewydolna w obszarze szczepień. Żeby znaleźć tam informacje o nich, trzeba się naklikać, a i tak dotyczą one głównie leczenia, a nie profilaktyki. Brakuje również informacji o przyjętych szczepieniach. Osobiście przyjęłam potrójną szczepionkę (tężec, krztusiec i błonica) i dodatkowo szczepienie przeciw grypie, ale nie ma żadnego śladu w systemie. Gdybym nie zachowała papierowego zaświadczenia, nie mogłabym nikomu udowodnić, że jestem zaszczepiona. NFZ obiecuje, że funkcjonalności aplikacji i portalu IKP mają ulec poprawie. Natomiast obecny stan pokazuje całkowity brak koordynacji, współpracy i komunikacji w systemie.

Przypisy:

- ¹ Raport „Obniżona odporność immunologiczna — zwiększenie świadomości pacjentów z chorobami nowotworowymi”, Fundacja Carita im. Wiesławy Adamiec, Hematoonkologia.pl, 2024
- ² Hus, Piekarska i wsp. Acta Haematol Pol 2025;56(3):187-207.
- ³ GBD 2021 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators. Lancet Infect Dis. 2024;24(9):974-1002.
- ⁴ Our World in Data. Cumulative confirmed COVID-19 cases and deaths <https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-deaths-and-cases-covid-19?time=2021-01-08>
- ⁵ Państwowy Zakład Higieny Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Meldunki epidemiologiczne Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce - 2025 r. (dostęp: 05.2025)
- ⁶ Skoczyńska A, Ronkiewicz P, Wróbel-Pawelczyk I, Gołębiowska A, Kiedrowska M, Błaszczak K, Kuch A, Hryniewicz W. Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2024 roku (dane KOROUN), 2025
- ⁷ Kawai K et al. BMJ Open 2014;4:e004833.
- ⁸ John A, Canaday DH. Infect Dis Clin North Am 2017;31:811-826
- ⁹ Government of Canada Herpes zoster (shingles) vaccine: Canadian Immunization Guide 2022. [www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-8-herpes-zoster-\(shingles\)-vaccine.html](http://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-4-active-vaccines/page-8-herpes-zoster-(shingles)-vaccine.html) (accessed September 2022);



FUNDACJA RZECZNICZY ZDROWIA to pozarządowa organizacja, której nadrzędnym celem jest wspieranie działań na rzecz zapewnienia właściwej dostępności i jakości usług w obszarze ochrony zdrowia.

Za cel działalności stawiamy sobie budowanie świadomości społecznej, która pozwoli nam na rozwój kompetencji zdrowotnych społeczeństwa.

Naszym priorytetem jest inicjowanie i prowadzenie debaty publicznej w oparciu o rzetelne informacje i uwzględniającej możliwie szerokie grono osób.

Liczymy, że podnoszone przez nas tematy będą angażować szerokie grono interesariuszy, dla których priorytetem jest efektywnie działający system ochrony zdrowia - służący pacjentom oraz jego pracownikom.

Publikacja powstała dzięki wsparciu firm:

