Nr 2/2026

EPINEWS MAŁOPOLSKI

Oddział Nadzoru Epidemiologii
Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie



CHRONIMY ZDROWIE
Z MYŚLĄ O PRZYSZŁOŚCI

SPIS TREŚCI

Ciekawostki epidemiologiczne 3

Bezpieczeństwo pacjenta w gabinecie stomatologicznym 3

Podstawowe zasady procesu sterylizacji w gabinecie stomatologicznym 5

Sytuacja epidemiologiczna w Małopolsce 7

Statystyka wybranych chorób zakaźnych 7

Analiza wybranych chorób zakaźnych – grypa, COVID-19, RSV 8

Szczepienia ochronne 12

Szczepienie przeciw grypie 12

Szczepienie przeciw COVID-19 13

Szczepienia przeciw RSV 14

Ciekawostka – nowa szczepionka skojarzona przeciw grypie i COVID-19 15

Inne wybrane zagadnienia 16

Od zgłoszenia do działania – wykorzystanie danych w nadzorze epidemiologicznym 16

Ciekawostki epidemiologiczne

Bezpieczeństwo pacjenta w gabinecie stomatologicznym

Gabinety stomatologiczne należą do miejsc, w których istnieje ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych i potencjalnie niebezpiecznych dla zdrowia pacjenta. Do takich zdarzeń można do nich zaliczyć infekcje bakteryjne, wirusowe i inne zdarzenia związane z naruszeniem ciągłości tkanek przy zabiegach wykonywanych przez personel stomatologiczny.

Bezpieczeństwo pacjenta w gabinecie stomatologicznym rozpoczyna się jeszcze przed jego wizytą, od przygotowania gabinetu i sprzętu. Zaniedbywanie procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym w gabinecie stwarza ryzyko zarówno dla pacjenta jak i personelu medycznego. Kluczowym aspektem jest dekontaminacja powierzchni roboczych oraz narzędzi stomatologicznych. Regularne mycie rąk, stosowanie środków ochrony indywidualnej, takich jak rękawiczki i maseczki oraz dekontaminacja narzędzi to podstawowe zasady, które muszą być przestrzegane. Dzięki temu można zminimalizować ryzyko zakażeń i zapewnić bezpieczeństwo pacjentom oraz personelowi.

Podstawą bezpieczeństwa pacjenta jest świadomość personelu w zakresie dróg transmisji zakażeń. Jednym z elementów stanowiących istotne źródło zakażenia jest sprzęt stomatologiczny.

Dekontaminacja narzędzi wielorazowych, inaczej reprocesowanie, zaczyna się od usunięcia pozostałości materiału biologicznego, poprzez mycie, suszenie, dezynfekcję, pakowanie w opakowanie sterylizacyjne i poddanie wyrobu wyjaławianiu w sterylizatorze (np. parowym).

O poziomie dekontaminacji sprzętu i narzędzi decyduje to z jakim miejscem ,,na" lub ,,w" ciele człowieka będą miały kontakt, co określa klasyfikacja Spauldinga:

Klasyfikacja sprzętu medycznego

Kategoria sprzętu	Miejsce kontaktu	Metoda dekontaminacji
Wysokiego ryzyka (krytyczny)	Uszkodzona skóra, błona śluzowa	Sterylizacja
Średniego ryzyka (półkrytyczny)	Nieuszkodzona błona śluzowa	Sterylizacja lub dezynfekcja wysokiego stopnia
Niskiego ryzyka (niekrytyczny)	Nieuszkodzona skóra	Dezynfekcja średniego lub niskiego poziomu

Narzędzia zabiegowe wykorzystywane w gabinecie stomatologicznym, mające kontakt z tkankami miękkimi, tkanką kostną czy błonami śluzowymi wymagają przeprowadzenia procesu mycia, dezynfekcji, a następnie sterylizacji.

Pamiętać należy, że największe zagrożenie powstaje, gdy proces sterylizacji narzędzi wielokrotnego użytku jest niewłaściwie przeprowadzany. To właśnie niesterylne narzędzia mogą przyczynić się do przenoszenia patogenów chorobotwórczych pomiędzy pacjentami.

Czynności wykonywane przed każdym pacjentem

1. Dezynfekcja unitu stomatologicznego.
2. Zapewnienie jednorazowego kubka z wodą.
3. Wymiana jednorazowego filtra do spluwaczki unitu stomatologicznego.
4. Zapewnienie nowej końcówki do ssaka i ślinociągu.
5. Zapewnienie jednorazowego pokrowca na zagłówek fotela oraz jednorazowego śliniaka lub serwety chroniącej ubranie pacjenta.
6. Mycie i dezynfekcja rąk.
7. Zastosowanie środków ochrony indywidualnej – ubrania ochronnego oraz maski i rękawiczek jednorazowych.

Podstawowe zasady procesu sterylizacji w gabinecie stomatologicznym

Jeden pacjent = jeden zabieg = jeden zestaw narzędzi

W gabinetach stomatologicznych procesy sterylizacji wysokotemperaturowej przeprowadzane są **w sterylizatorach parowych**.

Parametry procesu sterylizacji muszą być przestrzegane rygorystycznie, monitorowane i udokumentowane, a dokumentacja z ich przebiegu powinna być przechowywana przez 10 lat.

Narzędzia zabiegowe wielokrotnego użycia mogą być sterylizowane we własnym zakresie w gabinecie zabiegowym lub ich sterylizacja może zostać zlecona innej wyspecjalizowanej jednostce.

Skuteczność sterylizacji parowej bazuje na trzech podstawowych czynnikach:

1) odpowiednio wysokiej temperaturze zazwyczaj w zakresie od 121°C lub 134°C,
2) wymaganych parametrach ciśnienia nasyconej pary wodnej jako nośnika energii cieplnej, zapewniającej równomierne nagrzanie wsadu sterylizatora,
3) odpowiednim czasie ekspozycji na sterylizowany materiał.

Typowy cykl sterylizacji w autoklawie składa się z kilku ściśle określonych faz:

1) usuwanie powietrza/kondycjonowanie - etap krytyczny dla zapewnienia skutecznej penetracji pary, powietrze działa jak izolator i musi zostać usunięty z komory sterylizacyjnej oraz z wnętrza sterylizowanych przedmiotów;
2) nagrzewanie/wzrost ciśnienia - do komory wprowadzana jest para wodna, co powoduje wzrost temperatury i ciśnienia do zaprogramowanych parametrów sterylizacyjnych;
3) faza sterylizacji - wsad[1] utrzymywany jest w stałej, zadanej temperaturze i ciśnieniu przez określony czas (np. 15-20 minut w 121°C lub 3-5 minut w 134°C) co gwarantuje całkowitą eliminację drobnoustrojów[2];

[1] **Pakiet** to opakowanie zawierające narzędzia lub materiały, które zostały przygotowane i zabezpieczone do sterylizacji, pakiety stanowiące cała zawartość komory sterylizatora podczas jednego cyklu pracy urządzenia tworzą **wsad.**

[2] **Poziom zapewnienia sterylności** (SAL) to miara prawdopodobieństwa przeżycia pojedynczego drobnoustroju na lub wewnątrz produktu po poddaniu go procesowi sterylizacji.

4) odpowietrzanie/spadek ciśnienia - para jest usuwana z komory sterylizacyjnej;

5) suszenie - realizowane poprzez końcową fazę próżniową, która usuwa wilgoć z wsadu.

Konsekwencją zdrowotną nieskutecznej dekontaminacji narzędzi i sprzętu stomatologicznego mogą być zakażenia bakteryjne i wirusowe:

droga szerzenia	drobnoustrój	przeżywalność na powierzchniach suchych
krew	HIV (ludzki wirus niedoboru odporności)	7 dni
	HBV (wirus zapalenia wątroby typu B)	1 miesiąc
	HCV (wirus zapalenia wątroby typu C)	nieznana
błony śluzowe	HSV (wirus opryszczki pospolitej)	kilka godzin do 7 dni
	Bakteria *Legionella*	3-15 minut
powietrzno-kropelkowa	Wirus grypy	12-48 godzin
	Mycobacterium tuberculosis (prątek gruźlicy)	4 miesiące
ręce	MRSA (gronkowiec złocisty)	7 miesięcy

Czy wiesz, że…

1) proces sterylizacji podlega monitorowaniu za pomocą wskaźników chemicznych typu wieloparametrowego (4), zintegrowanego (5) i emulacyjnego (6);







2) pacjent może poprosić stomatologa lub asystentkę stomatologiczną o pokazanie pakietu z narzędziami oraz wskaźnika sterylizacji;

3) powierzchnie stanowią rezerwuar drobnoustrojów, również chorobotwórczych dla człowieka, które mogą zostać przeniesione na inne powierzchnie, sprzęty i osoby; przenoszenie drobnoustrojów z/lub na powierzchnie odbywa się głównie drogą kontaktową np. przez kontakt rąk z powierzchnią, ryzyko transmisji można ograniczyć poprzez mycie i dezynfekcję rąk, stosowanie rękawiczek ochronnych jednorazowego użytku oraz mycie i dezynfekcję powierzchni.

Sytuacja epidemiologiczna w Małopolsce

Statystyka wybranych chorób zakaźnych

Jednostka chorobowa		Liczba przypadków		
		I-III kw. 2024	I-III kw. 2025	I-III kw. 2026
Zakażenia i choroby przenoszone drogą pokarmową				
Salmonelloza - zatrucie pokarmowe		543	644	565
Giardioza (lamblioza)		140	231	130
Wirusowe zakażenia jelitowe	wywołane przez rotawirusy	1 229	1 014	1 165
	wywołane przez norowirusy	913	996	1 264
Wirusowe zapalenie wątroby typu A		25	37	165
Choroby przenoszone drogą kropelkową				
Krztusiec		2 107	886	217
Odra		10	6	4
Różyczka		19	8	6
Zakażenia SARS-CoV-2 (COVID-19)		19 166	12 379	3 266
Grypa	ogółem	285	543	511
	u dzieci w wieku 0-14 lat	99	247	165
Grypa potwierdzona szybkim testem antygenowym		15 607	48 185	45 548
Zakażenia wirusem RSV	ogółem	4 283	9 468	7 207
	w tym u dzieci do lat 2	2 045	3 778	2 824
Choroby wektorowe i gorączki krwotoczne				
Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM)		29	54	76
Borelioza z Lyme	ogółem	3 508	6 427	6 203
	neuroborelioza	21	34	44
Choroby przenoszone drogą płciową				
Nowo wykryte zakażenia HIV		244	172	130
AIDS - Zespół nabytego upośledzenia odporności		8	4	11
Rzeżączka		53	77	167
Choroby przenoszone drogą płciową wywołane przez Chlamydie		60	42	223
Kiła		138	164	208
Choroby środowiskowe – legioneloza				
Choroba legionistów		48	51	54
Inne choroby zakaźne istotne w nadzorze epidemiologicznym				
Styczność i narażenie na wściekliznę/potrzeba szczepień		1 015	1 087	1 489
Ospa małpia		2	16	2
Wirusowe zapalenie wątroby typu B		116	113	152
Wirusowe zapalenie wątroby typu C		155	188	240

*Dane w powyższej tabeli pochodzą z MZ-56 „Sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach zgłoszonych w okresie (…)”

Analiza wybranych chorób zakaźnych

Zakażenie RSV (*respiratory syncytial virus)*

Czynnik etiologiczny: wirus oddechowy

Źródło zakażenia: chory człowiek

Drogi szerzenia: kropelkowa

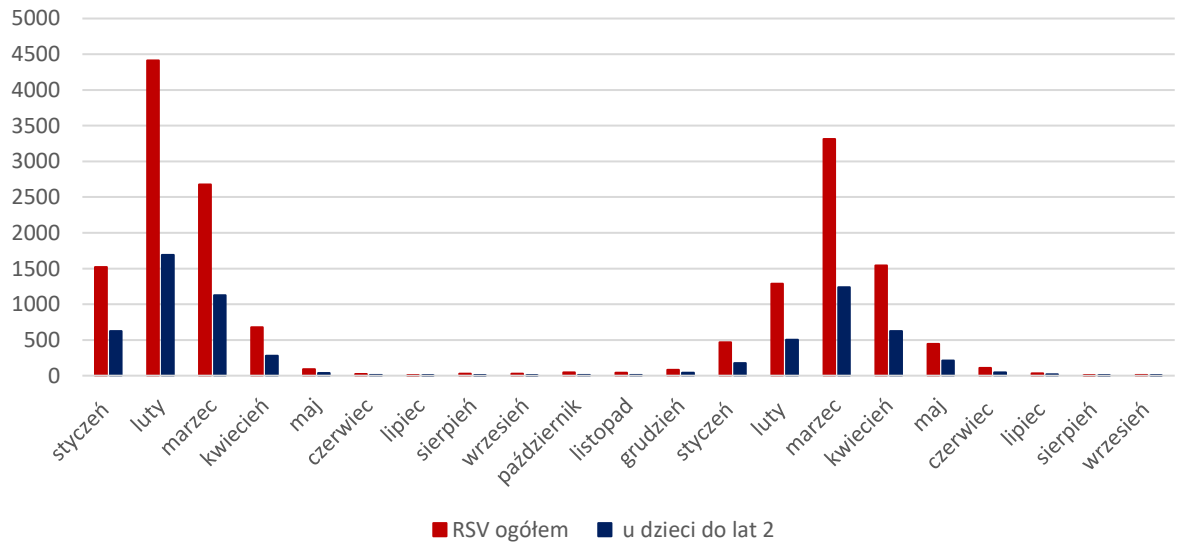
Okres wylęgania: od 2 do 8 dni, średnio 4-6 dni

Objawy: nieżyt nosa, kaszel, stan zapalny gardła, gorączka, gorszy apetyt

Zakaźność RSV jest duża, zakażony człowiek może zakazić średnio 3 osoby z otoczenia.

W Małopolsce w okresie od 1 stycznia do 30 września 2026 r. odnotowano ogółem 7 207 zakażeń RSV, co stanowiło spadek o 23,86% do analogicznego okresu w 2025 r., w którym zgłoszono 9 468 przypadków. Zakażenia RSV mają charakter sezonowy, a szczyt zachorowań występuje najczęściej w styczniu i w lutym. Najwięcej osób z rozpoznanym zakażeniem RSV zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w marcu 2026 r., w którym odnotowano 3 314 zakażeń i było to o 638 osób więcej niż w marcu 2025 r. (2 676 przypadków).

Zakażenia RSV występujące pod postacią zapalenia oskrzelików są szczególnie groźne dla niemowląt i dzieci do 2 roku życia. W woj. małopolskim w okresie od 1 stycznia do 30 września 2026 r. spośród ogólnej (7 207) liczby zakażeń RSV zgłoszonych do Inspekcji Sanitarnej, 2 824 (39,18%) zachorowania odnotowano wśród dzieci do lat 2. Stanowiło to spadek o 954 przypadki w tej grupie wiekowej w odniesieniu do analogicznego okresu w 2025 r., w którym zgłoszonych zostało 3 778 przypadków stanowiących 40,16% zachorowań.



Wykres 1. Liczba zakażeń RSV, w tym dzieci do 2 lat od 1 stycznia 2025 r. do 30 września 2026 r.

Grypa

Czynnik etiologiczny: wirus grypy typu A, B lub C (epidemiczne zachorowania u ludzi wywołują typy A i B)

Droga szerzenia: kropelkowa, kontakt ze skażoną powierzchnią

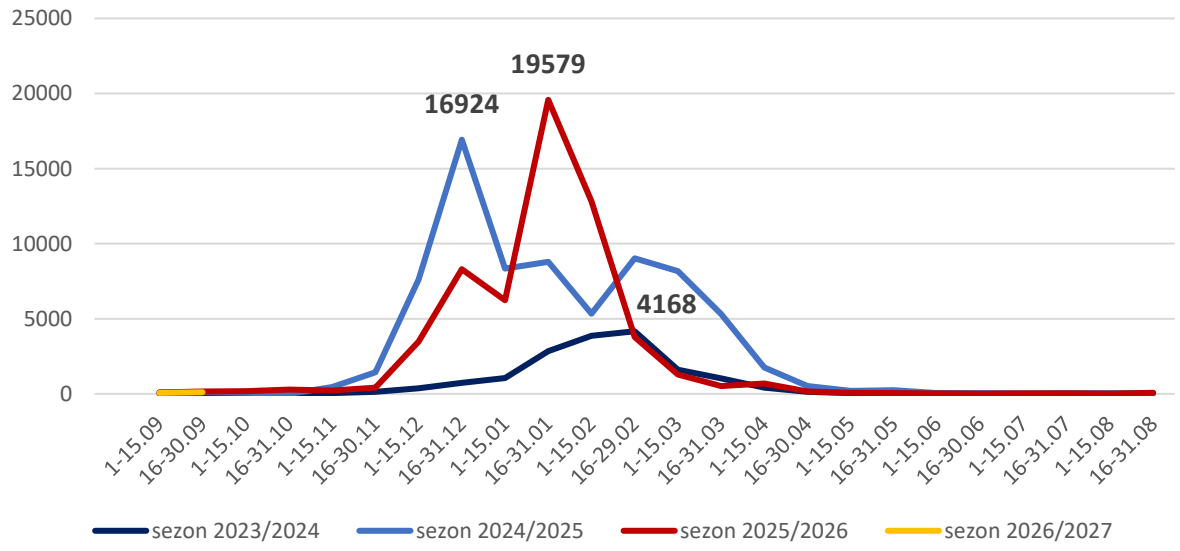
Okres wylęgania: 1 – 4 dni (średnio 2 dni)

Okres zakaźności: u dorosłych 1 dzień przed i do 5 dni po wystąpieniu objawów (nawet do 10 dni), u małych dzieci kilka dni przed i ≥10 dni po wystąpieniu objawów. Chorzy z ciężkim upośledzeniem odporności mogą wydalać wirusy grypy nawet przez kilka miesięcy.

Z uwagi na sezonowość występowania zachorowań na grypę i choroby grypopodobne, sezon grypowy w Polsce przyjęty został przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy jako okres od 1 września do 31 sierpnia następnego roku.

Jedną z najczęściej wykorzystywanych metod potwierdzania zachorowania na grypę, na poziomie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), są testy antygenowe tzw. testy combo „3 w 1" wykrywające zakażenie grypą (typu A bądź B), koronawirusem lub wirusem RSV. Testy te od dnia 5 stycznia 2023 r. stały się świadczeniami gwarantowanymi w POZ. Dodatnie wyniki powyższych testów raportowane są przez lekarzy do Państwowej Inspekcji Sanitarnej i podlegają analizie jako „grypa potwierdzona wynikiem szybkiego testu antygenowego".

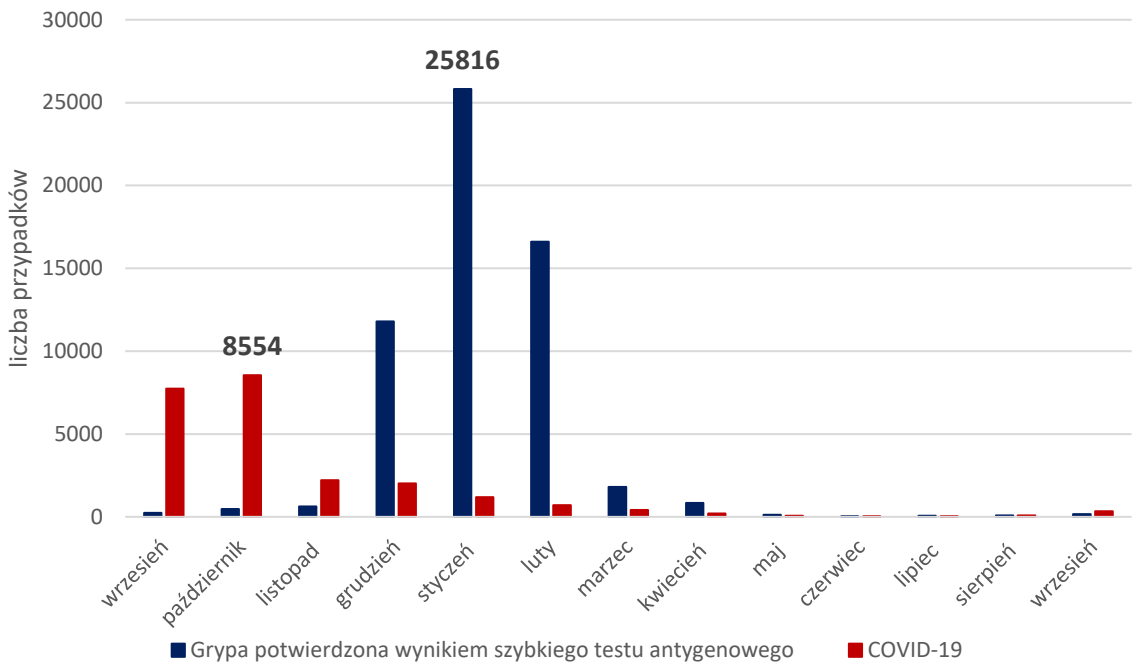
Zachorowania na grypę, podobnie jak zakażenia RSV mają charakter sezonowy, ze szczytem zachorowań od grudnia do lutego. W sezonie grypowym 2025/2026 szczyt zachorowań na grypę (potwierdzoną wynikiem szybkiego testu antygenowego) przypadł na okres od 16 do 31 stycznia 2026 r. – 19 579 zachorowań, w odróżnieniu od poprzedniego sezonu, w którym najwięcej zachorowań odnotowano w okresie 16 do 31 grudnia 2025 r. (16 924 zachorowania). W sezonie 2023/2024 szczyt zachorowań na grypę (potwierdzoną wynikiem szybkiego testu antygenowego) przypadł na okres 16 do 29 lutego 2024 r. (4 168 zachorowań).



Wykres 2. Liczba zachorowań na grypę w Małopolsce, potwierdzonych wynikiem szybkiego testu antygenowego, w sezonach 2023/2024 – 2026/2027 z uwzględnieniem III kwartału 2026 r.

Liczba zgłaszanych przez lekarzy do Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Małopolsce zachorowań na grypę potwierdzoną wynikiem szybkiego testu antygenowego w sezonie 2025/2026 była największa w I kwartale 2026 r. (44 216 zachorowań), analogicznie jak w poprzednim sezonie 2024/2025 (w I kwartale 2025 r. - 44 981).

Analizując okres od 1 września 2025 r. do 30 września 2026 r. najwięcej zachorowań na grypę potwierdzonych wynikiem szybkiego testu antygenowego odnotowano w styczniu (25 816 przypadków), a w przypadku zachorowań na COVID-19 – w październiku (8 554 przypadki).



Wykres 3. Liczba zachorowań na grypę potwierdzonych wynikiem szybkiego testu antygenowego vs zachorowania na COVID-19 w Małopolsce, w okresie od 1 września 2025 r. do 30 września 2026 r.

Choroba koronawirusowa (COVID-19)

Czynnik etiologiczny: wirus SARS-CoV-2 z rodziny koronawirusów (*Coronaviridae*)

Źródło zakażenia: chory człowiek

Drogi szerzenia: droga kropelkowa, kontakt ze skażonymi przedmiotami lub powierzchniami (niskie ryzyko)

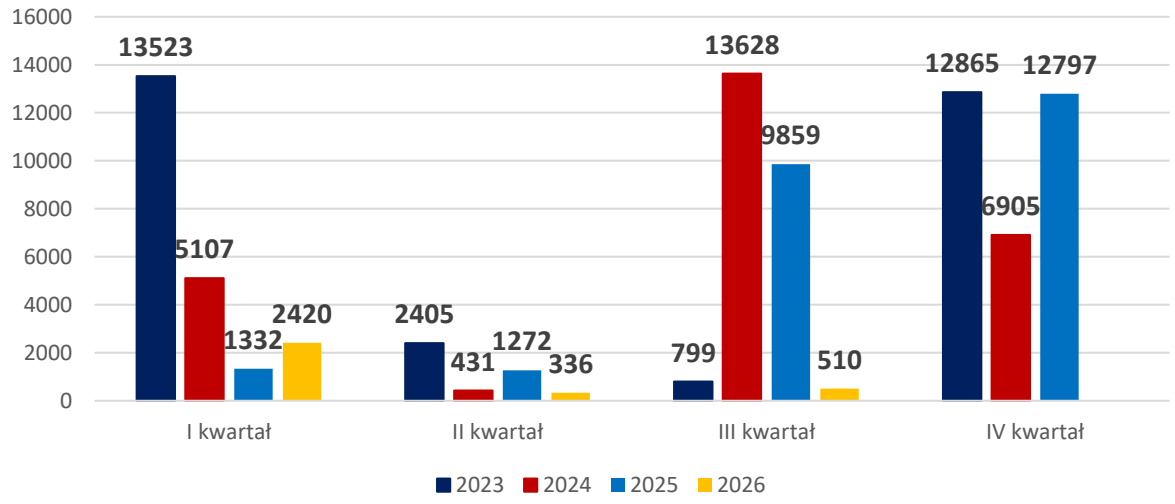
Okres wylęgania: od 2 do 14 dni, średnio 6 dni

Objawy:

a) przebieg bezobjawowy,
b) najczęstsze – gorączka, kaszel, zmęczenie, utrata smaku lub węchu,
c) mniej powszechne – ból gardła, ból głowy, ból mięśni, biegunka,
d) poważne – niewydolność oddechowa powodująca trudności w oddychaniu, duszność, ból w klatce piersiowej

Okres zaraźliwości: jest największy tuż przed wystąpieniem objawów i w pierwszych dniach objawów – możliwe jest zakażenie do 3 dni przed wystąpieniem objawów, zakaźność jest największa tuż przed ujawnieniem się objawów i maleje po 7 dniach od ich wystąpienia. Czas trwania zakaźności nie został jednoznacznie określony. Możliwe jest także zakażenie od człowieka z bezobjawowym przebiegiem zakażenia.

Począwszy od 2023 r. w woj. małopolskim zaobserwowano znaczący spadek zachorowań na COVID-19. W 2024 r. odnotowano na terenie województwa małopolskiego łącznie 26 071 przypadków zachorowań na COVID-19, co świadczyło o niewielkim spadku zachorowań w stosunku do 2023 r. (29 592 przypadków) i istotnym, 7-krotnym spadku w stosunku do 2022 r., kiedy zaraportowano 188 106 przypadków. Do końca 2025 r., łącznie zaraportowano 25260 przypadków zachorowań na COVID-19., natomiast do końca miesiąca września 2026 r. zanotowano łącznie 3266 przypadków zachorowań.



Wykres 4. Liczba zachorowań na COVID-19 w Małopolsce, w podziale na kwartały, w latach 2023-2026 r.

Szczepienia ochronne

Jesień i zima wiążą się ze **wzrostem liczby zakażeń układu oddechowego**, w tym grypy, COVID-19 i zakażeń RSV, a także infekcji bakteryjnych, takich jak krztusiec i zakażenia pneumokokowe. Sprzyjają temu częstsze kontakty w zamkniętych, słabo wentylowanych pomieszczeniach oraz sezonowe zmiany wilgotności powietrza, które wpływają na fizjologie błon śluzowych dróg oddechowych.

Istotnym elementem profilaktyki przeciw ciężkim zachorowaniem pozostają **szczepienia ochronne**. Chronią one osoby zaszczepione, a także ograniczają ryzyko zakażenia osób szczególnie narażonych na ciężki przebieg choroby. Ze względu na sezonową zmienność wirusów, w szczególności wirusa grypy i SARS-CoV-2, szczepienia należy powtarzać w każdym sezonie jesienno-zimowym (zawierającym najczęściej występujący wariant wirusa w danym okresie).

W sezonie 2026/2027 szczepienia przeciw grypie oraz COVID-19 rozpoczęły się we wrześniu 2026 r. Według informacji Głównego Inspektora Sanitarnego z 2 października 2026 r., do dystrybucji przekazano około 120 tys. dawek szczepionek przeciw COVID-19 (stan na dzień 2 października 2026). Od początku września br. zarejestrowano ponad 700 000 szczepień przeciwko grypie, natomiast przeciwko RSV zaszczepiło się ok. 80 000 osób.

Szczepienia przeciw grypie

Obecnie **bezpłatna szczepionka przeciw grypie przysługuje** m.in. dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, osobom w wieku od 65 lat oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu. Dla pozostałych grup dorosłych szczepionki są objęte 50 -procentową refundacją.

W sezonie 2026/2027 w Polsce dostępne są inaktywowane szczepionki przeciw grypie (Varirix, Influvac, Efluenda) podawane w formie iniekcji domięśniowej. Szczepionki nie zawierają żywego, zdolnego do namnażania wirusa i nie mogą wywołać choroby. Optymalnym czasem na szczepienie jest okres poprzedzający szczyt zachorowań, jednak szczepienie może być wykonywane w trakcie całego sezonu infekcyjnego.

Szczepienie przeciw grypie pozostaje najskuteczniejszą metodą zapobiegania zachorowaniom oraz ciężkim powikłaniom. Ze względu na zmienność antygenową wirusa oraz coroczne aktualizowanie składu

szczepionek konieczne jest powtarzanie szczepienia w każdym sezonie infekcyjnym. Zgodnie z danymi Centrum e-Zdrowie w poprzednim sezonie tj. 2025/2026 przeciwko grypie zostało zaszczepionych 2 300 000 osób. Najczęściej szczepioną grupą byli seniorzy (65+), jednak nawet wśród niej zaszczepiono tylko 16% osób. Wg zaleceń WHO co roku przeciwko grypie powinno być zaszczepionych co najmniej 75% seniorów. W Polsce nadzór nad sytuacją epidemiologiczną grypy prowadzi m.in. Krajowy Ośrodek ds. Grypy działający w strukturach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego. Dane epidemiologiczne są wykorzystywane w procesie monitorowania krążących szczepów oraz aktualizacji składu szczepionek zgodnie z rekomendacjami WHO.

W sezonie 2026/2027 szczepienia przeciw grypie dla dzieci i dorosłych są realizowane w POZ, a szczepienia osób dorosłych również w wybranych aptekach posiadających umowę z NFZ. Kwalifikacja i wykonanie szczepienia są finansowane ze środków publicznych w zakresie określonym obowiązującymi zasadami refundacji. Osoby poniżej 18 roku życia mogą być zaszczepione wyłącznie w POZ, po wcześniejszej kwalifikacji lekarskiej.

Szczepienia przeciw COVID-19

W sezonie 2026/2027 **szczepienia przeciw COVID-19 są dostępne bezpłatnie** dla osób posiadających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczepienia są zalecane szczególnie osobom znajdującym się w grupach zwiększonego ryzyka ciężkiego przebiegu choroby.

Do grup ryzyka należą:

a) osoby w wieku 60 lat i więcej, szczególnie w wieku 75 lat i więcej;

b) osoby z chorobami przewlekłymi zwiększającymi ryzyko ciężkiego COVID-19, m.in. chorobami układu sercowo-naczyniowego, przewlekłymi chorobami płuc, nerek i wątroby, cukrzycą oraz otyłością;

c) osoby z aktywną chorobą nowotworową lub immunosupresją;

d) osoby przebywające w placówkach opieki długoterminowej oraz ich opiekunowie;

e) kobiety w ciąży;

f) pracownicy ochrony zdrowia mający bezpośredni kontakt z pacjentami.

W obecnym sezonie infekcyjnym stosowana jest szczepionka mRNA ukierunkowana na podwariant XFG SARS-CoV-2 (Spikevax XFG). Aktualizacja

składu szczepionek jest związana z ciągłą ewolucją wirusa i koniecznością dostosowania składu preparatu szczepionkowego do aktualnie krążących wariantów.

Szczepienie po przebyciu choroby COVID-19 można rozważyć po upływie co najmniej 3 miesięcy od zakażenia. Przebycie zakażenia SARS-CoV-2 nie stanowi przeciwwskazania do szczepienia. W przypadku trwającego ostrego zakażenia szczepienie należy odroczyć do czasu ustąpienia objawów i zakończenia izolacji.

W sezonie 2026/2027 szczepienia przeciw COVID-19 są realizowane bez konieczności posiadania e-skierowania, na podstawie bezpośredniej rejestracji w punkcie szczepień (apteka, POZ).

Kwalifikacja i wykonanie szczepienia są finansowane ze środków publicznych w zakresie określonym obowiązującymi zasadami refundacji. Osoby poniżej 18 roku życia mogą być zaszczepione wyłącznie w POZ, po wcześniejszej kwalifikacji lekarskiej.

Szczepienie przeciw RSV – syncytialnym wirusie oddechowym

Bezpłatna szczepionka przeciw RSV (w sezonie infekcyjnym 2026/2027 przysługuje osobom w wieku 65+ oraz kobietom w ciąży (zazwyczaj podawana między 24 a 36 tygodniem ciąży). Szczepienia przeciw RSV są szczególnie zalecane dla seniorów, ponieważ choroba ta może prowadzić do zapalenia płuc, zaostrzenia chorób przewlekłych oraz hospitalizacji, dlatego istotna jest profilaktyka. Szczepienia kobiet w ciąży prowadzi do wytworzenia swoistych przeciwciał, w okresie, gdy dziecko jest narażone szczególnie narażone na ciężki przebieg RSV.

W sezonie 2026/2027 szczepienia przeciw RSV dla dorosłych są realizowane w POZ oraz w wybranych aptekach posiadających umowę z NFZ. Kwalifikacja i wykonanie szczepienia są finansowane ze środków publicznych w zakresie określonym obowiązującymi zasadami refundacji.

Ciekawostka – nowa szczepionka skojarzona przeciw grypie i COVID-19

Rozwój szczepionek skojarzonych przeciw grypie i COVID-19 stanowi jeden z nowych kierunków profilaktyki chorób zakaźnych. Preparaty tego typu mają umożliwić ochronę przed obiema chorobami podczas jednej wizyty i jednym podaniem. Europejska Agencja Leków (EMA) w 2026 r., wydała pozytywną opinię dla dopuszczenia do stosowania nowej szczepionki przeciw grypie i COVID-19. Została ona opracowana z wykorzystaniem technologii mRNA jako preparat skojarzony „2w1". Może być stosowana u osób w wieku 50+. W lipcu 2026 r. rozpoczęto badania porejestracyjne (IV faza badań klinicznych), które są obecnie prowadzone wśród pacjentów w Danii oraz Hiszpanii.

Szczepionki skojarzone mogą w przyszłości ułatwiać realizację szczepień sezonowych oraz ograniczać liczbę iniekcji. Ich znaczenie epidemiologiczne będzie zależało m.in. od skuteczności, bezpieczeństwa, dostępności i poziomu wykorzystania w populacji.

Inne wybrane zagadnienia

Od zgłoszenia do działania – wykorzystanie danych w nadzorze epidemiologicznym

Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną lub zakażenie ma prawy obowiązek poinformować o tym Państwową Inspekcje Sanitarną (druk ZLK). Podobnie diagnosta laboratoryjny ma obowiązek zgłaszania dodatnich wyników badań w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych (druk ZLB). Taka komunikacja między lekarzami, diagnostami laboratoryjnymi a inspekcją sanitarną stanowi jeden z podstawowych elementów **systemu nadzoru epidemiologicznego.** Pozyskanie przez inspekcje sanitarną informacji rozpoczyna proces weryfikacji, analizy i oceny sytuacji epidemiologicznej na danym obszarze, a także pozwala na podjęcie odpowiednich działań przeciwepidemicznych. Dane pochodzące z ww. zgłoszeń pozwalają monitorować częstość występowania poszczególnych chorób, określać miejsca występowania zachorowań, analizować, jakich grup osób one dotyczą (np. między innymi dzieci, osób dorosłych, seniorów) oraz obserwować zmiany liczby przypadków, w tym te związane z sezonowością zachorowań.

Co dzieje się ze zgłoszoną informacją?

Otrzymane dane są weryfikowane przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej i rejestrowane zgodnie z obowiązującymi zasadami w systemach służących do nadzoru epidemiologicznego. W zależności od rodzaju choroby oraz okoliczności zachorowania, zgłoszenia od lekarzy lub diagnostów laboratoryjnych mogą być uzupełniane przez pracowników inspekcji sanitarnej o dodatkowe dane istotne z punktu widzenia epidemiologicznego, np.:

1) czas i miejsce wystąpienia zachorowania,
2) wiek osób chorych,
3) informacje dotyczące przebiegu choroby,
4) możliwe źródło zakażenia,
5) narażenie na kontakt z osobą chorą,
6) informacje o podróżach lub pobycie w miejscach, w których mogło dojść do zakażenia,
7) występowanie innych zachorowań w otoczeniu chorego.

Zakres zbieranych informacji zależy od rodzaju choroby i celu prowadzonego nadzoru. Nie każde zgłoszenie wymaga takiego samego postępowania, jednak

każda informacja może mieć znaczenie dla właściwej oceny sytuacji epidemiologicznej.

Kiedy dane wymagają szczególnej uwagi?

Nie każda zmiana liczby zachorowań oznacza zagrożenie epidemiczne. Wzrost liczby przypadków konkretnej choroby może wynikać między innymi z jej sezonowości, poprawy diagnostyki czy zmian w sposobie zgłaszania. Dlatego każda taka sytuacja wymaga analizy. Szczególnej uwagi mogą wymagać między innymi: nagły i nieoczekiwany wzrost liczby zachorowań, występowanie przypadków w miejscu lub grupie, w której wcześniej ich nie obserwowano, pojawienie się kilku powiązanych ze sobą przypadków, zachorowania o nietypowym przebiegu, wystąpienie choroby wymagającej szczególnego postępowania, informacje wskazujące na możliwość wspólnego źródła zakażenia. W takich sytuacjach zgromadzone dane mogą stać się podstawą do przeprowadzenia pogłębionej analizy epidemiologicznej i podjęcia odpowiednich działań przeciwepidemicznych.

Nadzór epidemiologiczny - od danych do działania

Nadzór epidemiologiczny nie polega wyłącznie na gromadzeniu informacji, ale przede wszystkich na wykorzystaniu ich do podejmowania działań służących zapobieganiu szerzeniu się chorób zakaźnych lub zakażeń. W zależności od sytuacji może to oznaczać konieczność przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego, ustalenia osób z kontaktu, identyfikacji potencjalnego źródła zakażenia, objęcia osób nadzorem lub wdrożenia innych działań przeciwepidemicznych. W przypadku wystąpienia większej liczby powiązanych ze sobą zachorowań analiza zgromadzonych zgłoszeń pomaga w rozpoznaniu ogniska choroby zakaźnej. Umożliwia to jego monitorowanie oraz podejmowanie działań mających na celu ograniczenia dalszego szerzenia się zakażenia.

Sprawny i skuteczny nadzór epidemiologiczny opiera się na współpracy pacjentów, lekarzy, diagnostów laboratoryjnych oraz pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Każda z tych grup odgrywa istotną rolę w gromadzeniu i weryfikacji informacji niezbędnych do oceny sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania odpowiednich działań przeciwepidemicznych.

Proces ten zaczyna się od pacjenta, który w przypadku wystąpienia objawów chorobowych lub podejrzenia zakażenia powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza i wykonać zalecone badania. Kolejnym istotnym elementem jest terminowe przekazywanie zgłoszeń przez lekarzy i diagnostów laboratoryjnych do Państwowej Inspekcji Sanitarnej, z zapewnieniem kompletności i rzetelności zawartych w nich danych. Równie ważna jest prawidłowa weryfikacja

przypadków zgodnie z definicjami stosowanymi na potrzeby nadzoru epidemiologicznego.

Od informacji do bezpieczeństwa

Skuteczny nadzór epidemiologiczny zaczyna się zatem od rzetelnej informacji. Każde zgłoszenie przekazane do Państwowej Inspekcji Sanitarnej stanowi część szerszego obrazu sytuacji epidemiologicznej. Zgromadzone dane pozwalają nie tylko rejestrować zachorowania, lecz także odpowiednio wcześnie identyfikować wzrost liczby przypadków chorób zakaźnych, wykrywać powiązane ze sobą zachorowania oraz podejmować niezbędne działania, zanim dojdzie do dalszego szerzenia się zakażenia. Dlatego każde prawidłowo sporządzone i terminowo przekazane zgłoszenie ma znaczenie – zarówno dla zdrowia konkretnego pacjenta, jak i dla bezpieczeństwa zdrowotnego całej społeczności.



Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie

ul. Prądnicka 76
31-202 Kraków