

DIAGNOSTA

laboratoryjny

Rok XXII nr 3 (75) **Wrzesień 2024**

BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

ISSN 2084-1663



SŁOWO
SKARBNIKA



WYDARZENIA



ETYKA
ZAWODOWA



Szanowni Diagnostycy Laboratoryjni, ostatnie miesiące były dla naszego zawodu istotne m.in. z uwagi na wejście w życie rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, oraz kwalifikacji personelu. W rozporządzeniu dodano stanowiska pracy dla starszego technologa laboratoryjnego, technologa laboratoryjnego oraz młodszego technologa laboratoryjnego. Odnotowania wymaga także fakt, że od 1 lipca 2024 r. wynagrodzenie zasadnicze diagnosty laboratoryjnego z tytułem magistra i wymaganą specjalizacją wzrosło o 1044,04 zł i wynosi obecnie 9230,57 zł. W przypadku diagnostów z wykształceniem magisterskim bez specjalizacji podwyżka ta wyniosła 825,52 zł brutto, co oznacza, że wynagrodzenie zasadnicze wzrosło do 7298,59 zł.

W lipcu, wspólnie z Sekretarzem i Skarbnikiem KRDL, mieliśmy zaszczyt reprezentować nasz samorząd i brać aktywny udział w pracach sejmowych oraz senackich komisji i podkomisji zdrowia. Parlamentarzyści rozpatrywali m.in. informację Ministra Zdrowia w sprawie cyfryzacji w ochronie zdrowia, informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do leczenia onkologicznego i opieki paliatywnej w Polsce z uwzględnieniem osób starszych, a także obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. 12 września w Sejmie odbyło się wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia oraz Komisji Finansów Publicznych, podczas którego podjęto decyzję o ponownym skierowaniu projektu do podkomisji nadzwyczajnej. Krajowa



Rada Diagnostów Laboratoryjnych przedstawiła swoje stanowisko do przedmiotowego projektu ustawy 14 lutego 2024 r. Popieramy postulaty zawarte w projekcie, zwłaszcza te, które dążą do powiązania wynagrodzeń z faktycznymi kwalifikacjami pracowników, a nie tylko z wymaganiami na danym stanowisku. Proponowane zmiany mogłyby zostać dodatkowo ujednocnione w kontekście specjalizacji, co pozwoliłoby na większą przejrzystość i sprawiedliwość w naliczaniu wynagrodzeń. Krajowa Rada wyraziła jednak swoje zastrzeżenia co do tego, że proponowane zmiany nie obejmują podwyższenia współczynnika pracy dla diagnostów laboratoryjnych posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty. Uważamy, że takie pominięcie doprowadzi do spłaszczenia wynagrodzeń (czyli mniejsze różnice w zarobkach zatrudnionych na różnych stanowiskach) pomiędzy specjalistami a diagnostami bez specjalizacji, co nie jest korzystne dla rozwoju zawodowego w naszym

środowisku. Dlatego postulujemy, aby zmiana współczynnika pracy w przypadku grupy 5 i 6 była uzupełniona o analogiczne zmiany w grupie 2, co pozwoliłoby na utrzymanie odpowiednich różnic w wynagrodzeniach, adekwatnych do poziomu kwalifikacji.

Od 3 do 5 września wspólnie z Wiceprezes KRDL Anną Lipnicką, Wiceprezes KRDL dr Karoliną Bukowską-Strakową, a także Skarbnikiem KRDL dr n. med. Konradem Grzeszczakiem uczestniczyliśmy w Forum Ekonomicznym w Karpaczu. Jak co roku, wydarzenie stanowiło platformę wymiany myśli na najważniejsze tematy społeczne i gospodarcze – w tym także te dotyczące polityki zdrowotnej. Podczas Forum uczestniczyłam w debacie poświęconej kwestiom przyszłości nauki i szkolnictwa wyższego, kompetencjom absolwentów kierunków medycznych w kontekście wyzwań dla opieki zdrowotnej.

Jest mi niezmiernie miło, że mogę Państwa również poinformować, że 31 sierpnia br. zostałam powołana na członka Rady do spraw Zdrowia Publicznego, pełniącej funkcję opiniodawczo-doradczą dla Ministra Zdrowia. Rada wspiera międzysektorową politykę zdrowia publicznego, będąc forum współpracy i wymiany doświadczeń. To właśnie Rada opiniuje kluczowe działania w zdrowiu publicznym, w tym Narodowy Program Zdrowia, dzięki czemu działania te są zgodne z aktualnym stanem wiedzy naukowej. Działania Rady realizowane są m. in. przez zespoły robocze, które skupiają autorytety i specjalistów z różnych dziedzin, gotowych do analizy i rozwiązywania złożonych problemów zdrowia publicznego.

Z okazji jubileuszu 60-lecia działalności Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, przedstawiciele Samorządu Zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych uczestniczyli w konferencji pt. „Wyzwania medycyny laboratoryjnej – współczesność, spojrzenie w przyszłość”. Miałam zaszczyt w imieniu naszego samorządu złożyć gratulacje oraz wyrazy uznania dla wszystkich członków Towarzystwa, w szczególności jego władz, podkreślając, że jubileusz ten to wyjątkowa okazja do refleksji i wyrażenia szacunku, bowiem bogata historia działalności Towarzystwa miała znaczący wpływ na rozwój zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz powstanie naszego samorządu zawodowego.

W swoim przemówieniu podkreśliłam również, że jedynie współpraca i wspólne działania na rzecz diagnostów laboratoryjnych oraz rozwoju medycyny laboratoryjnej wzmacniają rolę naszego zawodu, zawodu zaufania publicznego, który odpowiada na potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Życząc dalszych sukcesów w realizacji planów, wyraziłam nadzieję na kontynuację współdziałania, szczególnie w zakresie wprowadzania niezbędnych zmian, w tym wdrożenia porady diagnostycznej, co jest kluczowe dla rozwoju naszego środowiska zawodowego.

Od 26 września do 13 października wspólnie ze Skarbnikiem KRDL dr n. med. Konradem Grzeszczakiem będziemy szkolić i edukować

personel Centrum Zdrowia w Bagandou w zakresie wykorzystania podstawowych metod laboratoryjnych oraz wspierać szpital w walce z malarią i chorobami pasożytniczymi. Projekt realizowany jest przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych we współpracy z Diecezją Tarnowską. Dzięki staraniom KIDL patronat medialny nad misją objęły Serwis Zdrowie Polskiej Agencji Prasowej oraz Gazeta Diagnosta Laboratoryjny.

Pragnę Państwa poinformować, że od sierpnia prowadzony jest także ogólnopolski projekt badawczy realizowany przez Fundację Nie Widać Po Mnie i III Klinikę Psychiatryczną Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wśród pracowników ochrony zdrowia niestety coraz częstszym problemem jest wypalenie zawodowe. Inicjatorzy badania chcą pochylić się nad tym zjawiskiem, zdiagnozować czynniki, które mogą na nie wpływać i znaleźć narzędzia zapobiegania jego rozwojowi. Na stronie internetowej www.medycyna.niewidacpomnie.org mogą Państwo zapoznać się ze szczegółami projektu i wziąć udział w badaniu.

W związku z tragicznymi wydarzeniami ostatnich dni, chciałabym w ostatniej chwili przekazać dodatkowe informacje o działaniach samorządu, podjętych w odpowiedzi na powódź. W województwach dolnośląskim, opolskim i śląskim, tak dotkliwie dotkniętych powodzią, zarejestrowanych jest 3520 diagnostów laboratoryjnych. W obliczu tej sytuacji, 16 września br., we współpracy z Przewodniczącym Dariuszem Dumą, zwołałam nadzwyczajne spotkanie Komisji Socjalnej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Członków Prezydium KRDL oraz Członków KRDL. Celem spotkania było omówienie sytuacji związanej z wprowadzeniem stanu klęski żywiołowej na terenach objętych powodzią, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów. Podjęliśmy decyzję o pilnej potrzebie zmiany Regulaminu przyznawania świadczeń socjalnych z Funduszu Komisji Socjalnej KRDL, aby uprościć proces składania i rozpatrywania wniosków przez diagnostów laboratoryjnych w tych szczególnie trudnych okolicznościach. Omówiliśmy także możliwe formy wsparcia, podkreślając znaczenie stałego monitorowania sytuacji oraz regularnego zbierania informacji od przedstawicieli wojewódzkich. Zgłoszenia oraz informacje dotyczące pomocy można przysyłać na adres e-mail: biuro@kidl.org.pl, z dopiskiem „Powódź”. Ważne telefony i dodatkowe informacje dla osób poszkodowanych są dostępne również na stronie rządowej: <https://www.gov.pl/web/powodz2024>.

Zachęcam Państwa do lektury kolejnego numeru gazety „Diagnosta Laboratoryjny”, w którym znajdą Państwo wartościowe artykuły popularnonaukowe z zakresu medycyny laboratoryjnej oraz informacje o podjętych w ostatnim kwartale aktywnościach legislacyjnych, konferencyjnych i medialnych naszego samorządu.

Monika Pintał-Ślimak
Prezes KRDL VI kadencji

Drodzy Czytelnicy,

od naszego ostatniego wydania gazety wiele się wydarzyło. 4 września Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak została powołana na członka Rady do spraw Zdrowia Publicznego. Serdecznie gratuluję! 26 września 2024 roku Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak wraz ze Skarbnikiem dr Konradem Grzeszczakiem wyruszyli na misję medyczno-szkoleniową do Republiki Środkowoafrykańskiej, gdzie będą prowadzić szkolenia dla personelu Centrum Zdrowia w Bagandou. Pragnę poinformować, że m.in. nasza gazeta „Diagnosta laboratoryjny” objęła patronat medialny nad tym wydarzeniem. Relacja z misji zostanie zamieszczona w kolejnym wydaniu naszej gazety.

W aktualnym numerze znajdziecie Państwo ciekawe artykuły popularno-naukowe. W tym miejscu pragnę złożyć podziękowania dla Członkiń Zespołu Redakcyjnego: Kingdze Lis, Agnieszce Gierszon i Grażynie Misiak za ich trud i czas poświęcony na rzecz gazety. Dziewczyny, bardzo serdecznie Wam dziękuję!

Drogim Czytelnikom życzę miłej lektury.



Anna Grudniewska
Redaktor naczelny „Diagnosty Laboratoryjnego”



Szanowni Państwo, drodzy Diagnosto,
Koleżanki i Koledzy,

dnia 12 sierpnia 2024 roku został złożony wniosek do Komisji Etyki KIDL w sprawie podjęcie stosownych działań w związku z nieprzestrzeganiem przez część diagnostów laboratoryjnych obowiązku opłacania składki członkowskiej na rzecz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Wspólnie z Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych zwróciliśmy się z prośbą o ocenę problemu nieopłacania składek członkowskich przez diagnostów laboratoryjnych, w szczególności tych, którzy regularnie zaniedbują wskazany obowiązek. Poniżej przekazuję odpowiedź. Pozostaję do Państwa dyspozycji.

dr n. med. Konrad Grzeszczak
Skarbnik KRDL



KOMISJA DO SPRAW ETYKI

L.dz. 04020/09-2024/KE/EB

Warszawa, dnia 6 września 2024 r.

Pan
dr n. med. Konrad Grzeszczak
Skarbnik Krajowej Rady Diagnostów
Laboratoryjnych

Szanowny Panie,

w odpowiedzi na zadane pytanie, Komisja ds. Etyki podziela sentencje zawartą w uzasadnieniu wniosku Pana Skarbnika KRDL, wskazując iż, Ustawa o medycynie laboratoryjnej jest aktem prawnym najwyższej rangi, stąd nie przestrzeganie przez diagnostę laboratoryjnego zapisów tego dokumentu jest czynem karalnym i bez wątpienia nieetycznym. Zapisy Art. 88 ust. 12 Ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2125) wskazuje, że do zakresu działania Krajowej Rady należy zawieszanie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, do czasu uiszczenia należności z tytułu składek członkowskich, diagnosty laboratoryjnego, który zalega – mimo wczowania – z zapłatą składki członkowskiej dłużej niż 6 miesięcy natomiast art. 99 wskazuje, iż diagnosta laboratoryjny jest obowiązany do przestrzegania uchwał samorządu oraz regularnego uiszczania składek członkowskich.

Z tego względu KRDL może sprawę uchylania się od płacenia składek od razu kierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej KIDL o czym stanowi poniższy zapis art. 100 Ustawy o medycynie laboratoryjnej tj. „Diagnosty laboratoryjni podlegają odpowiedzialności zawodowej za zaszklone, mianowicie wykonywanie czynności medycyny laboratoryjnej oraz za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej”.

W ocenie członków Komisji ds. Etyki prosimy o rozważenie i podjęcie wraz z członkami KRDL możliwości zastosowania powyżej przytoczonych podstaw prawnych zawartych w Ustawie o medycynie laboratoryjnej.

J. Jonek
w imieniu Komisji ds. Etyki.

Ewa Brzezińska
Przewodnicząca Komisji do Spraw Etyki

DIAGNOSTA

laboratoryjny

W NUMERZE:



2 SŁOWO PREZESA

Monika Pintal-Ślimak

6 AKTUALNOŚCI

14 WYDARZENIA

DIAGNOSTYKA

16 Trudności diagnostyczne w pracowni hematologii

– doświadczenia własne

mgr Gabriela Żurek

Cel artykułu: zwrócenie uwagi na analizowane czynniki zakłócające, podobieństwo otrzymanych wyników do zaburzeń będących skutkiem wpływu innych interferencji, jak również podkreślenie istotnej roli prawidłowej współpracy pomiędzy personelem laboratorium i lekarzami prowadzącymi pacjentów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

22 Syncytialny wirus oddechowy. Czy ograniczenie zakażeń jest możliwe?

mgr Sylwia Kubat

RSV to patogen o istotnym znaczeniu klinicznym i epidemiologicznym w skali światowej. Stanowi on jedną z dominujących przyczyn ostrych zakażeń zarówno górnych, jak i dolnych dróg oddechowych. Często prowadzi do hospitalizacji, co wiąże się z szeregiem konsekwencji społeczno-ekonomicznych. Szczepionki przeciwko RSV są skuteczne oraz bezpieczne, a korzyści wynikające z ich aplikacji znacznie przewyższają ryzyko związane z występowaniem działań niepożądanych.

27 Biobankowanie komórek macierzystych krwi pępowinowej

mgr Anna Drażkiewicz, mgr Katarzyna Tomas

Głównym celem przechowywania donacji w bankach jest zwiększenie puli preparatów komórek macierzystych ogólnodostępnych, z których mogą skorzystać pacjenci niespokrewnieni z chorobami m.in. onkologicznymi i hematologicznymi. Komórki macierzyste, pozyskiwane z krwi pępowinowej mają większy potencjał proliferacyjny, są mniej dojrzałe i mniej ukierunkowane w porównaniu z komórkami szpiku czy krwi obwodowej.

KOMUNIKATY

30 Etyka zawodowa

mgr Ewa Brzezińska

HONOROWY PREZES KRDL DR HENRYK OWCZAREK ZAKŁADKA HISTORYCZNA

32 Retrospektywne spojrzenie (2)

INFORMATOR DIAGNOSTY

36 Informator o uchwałach organów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Wydawca:

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
03-428 Warszawa, ul. Konopacka 4
tel. 22 741 21 55, 22 741 21 57, 22 741 11 60; fax 22 741 21 56
Numer rachunku: 72 1020 1042 0000 8802 0010 5692
Bank PKO BP IV Oddział Warszawa

Redakcja:

Anna Grudniewska – Redaktor naczelny, e-mail: a.grudniewska@kidl.org.pl
mgr Mateusz Józef Chmielarz – Sekretarz KRDL (Uchwały organów KIDL)
Joanna Bierła, Marta Budzińska, Agnieszka Gierszon, Maciej Janiak, Kinga Lis,
Grażyna Misiak



AKTUALNOŚCI

CZERWIEC 2024

7–8 czerwca odbyła się Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa InterMediLab – Interdyscyplinarna Medycyna Laboratoryjna, organizowana przez Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Wydarzenie zostało objęte patronatem przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej. Podczas dwóch dni konferencji aż 9 Ekspertów wygłosiło wykłady dotyczące najnowszych odkryć, technik badawczych oraz kierunków rozwoju w poszczególnych dziedzinach medycyny laboratoryjnej. Odbyły się również warsztaty praktyczne m.in. z toksykologii, mikrobiologii i genetyki. Co więcej, podczas pierwszego dnia wydarzenia, pierwszy Opiekun STDL UMLub – dr n. farm. Dariusz Duma (Członek KRDL VI Kadencji), prof. UM został mianowany Członkiem Honorowym Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych UMLub. 7 czerwca obecne były również stoiska przedstawicieli firm, na których zainteresowani mogli porozmawiać o swojej przyszłej pracy. 8 czerwca był natomiast dniem sesji naukowych. Wielu uczestników czynnych zarówno w sposób stacjonarny jak i online zaprezentowało najnowsze doniesienia naukowe oraz swoje własne prace oryginalne. W wydarzeniu wzięli udział: Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka, Dariusz Duma Członek KRDL oraz Agnieszka Chojęta – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej KIDL. Cieszymy się z ogromnego zainteresowania, jakie wzbudziła Konferencja InterMediLab.



14 czerwca w programie „Dobry Dzień” na antenie TVP3 Warszawa Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak odpowiadała na pytania dotyczące krwi, w jakich sytuacjach potrzebujemy ją uzupełnić oraz jak regenerujemy się po donacji krwi. Razem z nią w studiu gościła pani Anna Dąbrowska z Polskiego Czerwonego Krzyża.

18 czerwca odbyła się 12. edycja Szczytu Zdrowie 2024, organizowana przez Instytut Ochrony Zdrowia. W centrum dyskusji znalazły się: przyszłość systemu ochrony zdrowia w Polsce – plan na kolejne lata, priorytety i wyzwania w onkologii i hematologii, profilaktyka w chorobach cywilizacyjnych (kardiologia, diabetologia, choroba otyłościowa, szczepienia). Prezes KRDL dr n. med. Monika

Pintał-Ślimak wzięła udział w panelu dyskusyjnym: „Czy Polskę stać na leczenie na europejskim poziomie? Nowe horyzonty, technologie i innowacje”. W panelu wzięli udział także prof. Beata Jagielska, prof. Mateusz Jankowski, dr Piotr Przygodzki, prof. Henryk Skarżyński oraz dr Sylwia Miernik-Podlesko. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych objęła patronat honorowy nad tym wydarzeniem.



19 czerwca odbyło się pierwsze posiedzenie Rady Akredytacyjnej, w skład której Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak została powołana przez Minister Zdrowia Izabelę Leszczynę. Rada liczy 12 członków i wybierana jest na 6-letnią kadencję.

W jej skład powołano także: Marka Durlika – przedstawiciela Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji; Jarosława Fiksa – przedstawiciela Rzecznika Praw Pacjenta; Dominikę Janiszewską-Kajkę – przedstawiciela Ministra Zdrowia; Mateusza Kapronia – przedstawiciela Ministra Zdrowia; Konrada Korbińskiego – przedstawiciela Ministra Zdrowia; Arkadiusza Kosowskiego – przedstawiciela Ministra Obrony Narodowej; Piotra Pawliśzaka – przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej; Tomasza Stefaniaka – przedstawiciela Ministra Zdrowia; Renatę Sówkę – przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; Irenę Walecką-Herniczek – przedstawiciela organizacji społecznej, której działalność statutowa polega na działaniu na rzecz praw pacjentów; Piotra Warczyńskiego – przedstawiciela Ministra Zdrowia.

Do zadań Rady Akredytacyjnej należy: 1) opracowywanie projektów standardów akredytacyjnych dla określonego rodzaju działalności leczniczej lub zakresu świadczeń oraz ich aktualizacji we współpracy z ośrodkiem akredytacyjnym; 2) przygotowywanie, na podstawie raportu z przeglądu akredytacyjnego, Ministrowi Zdrowia rekomendacji w sprawie udzielenia albo odmowy udzielenia akredytacji podmiotowi wnioskującemu o udzielenie akredytacji; 3) współpraca z podmiotami krajowymi i zagranicznymi w podejmowaniu działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 4) propagowanie idei jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 5) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach zadań, o których mowa w pkt 1–4.

19 czerwca odbyło się XIX posiedzenie Rady ds. Zdrowia Publicznego. Samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentował Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz. Rada pełni funkcję opiniodawczo-doradczą dla Ministra Zdrowia i wspiera międzysektorową politykę zdrowia publicznego. Jest to ważne forum współpracy i wymiany wiedzy. Rada opiniuje m.in. projekt Narodowego Programu Zdrowia, zapewniając, że działania są prowadzone zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.



22 czerwca w Krakowie odbył się Piknik Zawodów Zaufania Publicznego. Dzięki diagnostom laboratoryjnym, przedstawicielkom KRDL (dr Karolina Bukowska-Strakova, dr Ewa Gomółka, mgr Bernadetta Jakubowicz) oraz studentom analityki medycznej z STDL UJCM, którzy zorganizowali dla dzieci niesamowite atrakcje, Park Strzelecki tętnił życiem. Dzieci miały okazję bawić się w małym laboratorium, oglądać preparaty pod mikroskopem oraz otrzymać upominki. Wśród zawodów zaufania publicznego obecni byli: lekarze, lekarze weterynarii, aptekarze, pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, radcowie prawni, inżynierowie budownictwa, doradcy podatkowi i biegli rewidenci. Nie sposób wymienić wszystkich zaangażowanych w organizację tego wydarzenia. Piknik uatrakcyjniła również występy na scenie, które dodały imprezie energii i radości. Pomimo wcześniejszych opadów deszczu, atmosfera była gorąca! Dziękujemy wszystkim za wspaniałą zabawę!



25 czerwca odbyły się: Sejmowa Komisji Polityki Senioralnej oraz Podkomisja stała ds. organizacji ochrony zdrowia. Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej rozpatrzyła informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do leczenia onkologicznego i opieki paliatywnej w Polsce z uwzględnieniem osób starszych. Wiceminister Zdrowia Wojciech Konieczny w przedstawionej informacji podkreślił, że program Profilaktyka 40 PLUS będzie kontynuowany do końca roku. Ministerstwo zapowiedziało także dokonanie ewaluacji programu. Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak w trakcie posiedzenia komisji poparła postulaty ministerstwa, wyrażając otwartość na współpracę w zakresie ewaluacji efektywności programu.

Transmisja: <https://www.sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/transmisje.xsp...#>
Podkomisja stała ds. organizacji ochrony zdrowia – parlamentarzyści rozpatrywali informację Ministra Zdrowia w sprawie cyfryzacji w ochronie zdrowia – stan aktualny, perspektywy rozwoju i możliwe zagrożenia. W posiedzeniu uczestniczyli: Prezes KRDL dr n.med. Monika Pintał-Ślimak oraz Skarbnik KRDL dr Konrad Grzeszczak. W trakcie posiedzenia dr Konrad Grzeszczak zwrócił uwagę na kontekst bezpieczeństwa danych pacjentów oraz unifikacji nazw badań laboratoryjnych. Prezes KRDL zadała pytanie dotyczące systemu o termin wdrożenia programu Ekrew i informatyzacji publicznej służby krwi. Prezes KRDL zwróciła także uwagę na to, że publiczne medyczne laboratoria diagnostyczne nie miały środków by wdrożyć podłączenie do systemu e-Zdrowie (P1) i przez to nie mogą realizować zadań związanych z Programem 40+
Transmisja: <https://www.sejm.gov.pl/Sejm10.nsf/transmisje.xsp...#>

26 czerwca w siedzibie Ministerstwa Zdrowia odbyło się posiedzenie Rady Organizacji Pacjentów. Rada jest pierwszym w historii Ministerstwa Zdrowia stałym gremium składającym się z reprezentantów organizacji pacjentów, mającym za zadanie prowadzenie dialogu w sprawach systemowych w ochronie zdrowia i wymianę poglądów w kwestiach najistotniejszych z punktu widzenia pacjenta. Podczas posiedzenia, na wniosek Pana Jarosława Kasprzaka Prezesa Zarządu Fundacji Lyme Generation, odbyła się dyskusja



dotycząca możliwości wprowadzenia zmian systemowych w diagnostyce i leczeniu boreliozy. Do udziału w posiedzeniu zaproszono m.in. prof. Miłosza Parczewskiego – Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych i dr hab. n. med. prof. SUM Katarzynę Winsz-Szczotkę – Prezes Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Na zaproszenie Ministra Zdrowia w posiedzeniu uczestniczyła także Prezes KRDL dr Monika Pintał-Ślimak.

27 czerwca odbyło się kolejne posiedzenie Podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Prezes KRDL zaapelowała o przyjęcie poprawki, zmierzającej do zmiany współczynnika dla grupy drugiej do 1,35. Zgodnie z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników podmiotów leczniczych – od lipca 2024 r. pensja minimalna w grupie drugiej [tj. farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim i specjalizacją, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia będzie wynosiła 9230,57 zł brutto – (współczynnik 1,29). Projektem ustawy zajmie się teraz Komisja Zdrowia.

28 czerwca w uroczystej ceremonii absolutoryjnej na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym, w imieniu Prezes KRDL dr Monika Pintał-Ślimak, wziął udział Skarbnik KRDL dr Konrad Grzeszczak. Z władzami Uniwersytetu, kadrami naukowo-dydaktyczną oraz studentami świętowali zakończenie ważnego etapu w życiu akademickim. Uroczystość była także okazją do wręczenia nagród KIDL dla laureatów wydziałowego konkursu na najlepszą pracę maderską na kierunku analityka medyczna. Samorząd diagnostów laboratoryjnych wyróżnił w ten sposób studentów analityki medycznej, którzy w szczególny sposób zasłużyli się swoją pracą i zaangażowaniem. „Dla nas zawód diagnosty laboratoryjnego to nie tylko praca, ale przede wszystkim misja, która wymaga od nas nieustannego dążenia do doskonałości, sumienności i wypełniania etyki zawodowej. Mam nadzieję, że wśród tegorocznych absolwentów jest liczne grono osób, które zasilą wkrótce nasz samorząd” – podkreślił w swoim przemówieniu dr Konrad Grzeszczak, Skarbnik KRDL.



29 czerwca zakończyła działalność Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Wojewoda Mazowiecki wręczył podziękowania komisji, która spośród wszystkich przedmiotowych komisji orzekała w największej liczbie spraw w kraju. Komisja składała się z czterech czteroosobowych składów, wśród których wyróżniono trzech diagnostów laboratoryjnych:

- 1) Lucyna Drażek, która najdłużej pracowała w komisji – aż 12 lat [2 kadencje]
- 2) dr Monika Jabłonowska, członek komisji od 2018 roku [1 kadencja]
- 3) dr hab. Agnieszka Woźniak-Kosek, która pełniła swoją funkcję przez ostatnie 6 miesięcy.

Dziękujemy wszystkim członkom komisji za ich ciężką pracę i zaangażowanie w orzekaniu zdarzeń medycznych. Państwa wkład w poprawę systemu ochrony zdrowia jest nieoceniony.



LIPIEC 2024

Od 1 lipca 2024 r. wynagrodzenie zasadnicze diagnosty laboratoryjnego z tytułem magistra i wymaganą specjalizacją wzrosło o 1044,04 zł i wynosi 9230,57 zł! W przypadku diagnostów z wykształceniem maderskim bez specjalizacji podwyżka ta wzrosła o 825,52 zł brutto i wynosi 7298,59 zł. Minimalne wynagrodzenie pracowników w ochronie zdrowia jest ustalane na podstawie szczegółowych przepisów zawartych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych [Dz.U. z 2022 r. poz. 2139].

Zgodnie z art. 3a tej ustawy, wynagrodzenia pracowników sektora medycznego podlegają corocznemu przeglądowi. Jeśli wynagrodzenia spadną poniżej ustalonego poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego, obliczanego jako iloczyn współczynnika pracy (określonego w załączniku do ustawy) i przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej z roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w „Monitorze Polskim”, następuje ich automatyczna korekta w górę.

1 lipca z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci dr n. med. Adama Grzegorza Bujnowskiego, diagnosty laboratoryjnego, zamieszkałego w Elku. Znany w naszym środowisku nie tylko jako kierownik MLD, ale również jako działacz samorządowy. Był członkiem KRDL I kadencji w latach 2002–2006, a obecnie

członkiem komisji historycznej. Uczestniczył także w komitecie organizacyjnym Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Jako jeden z pierwszych został wpisany na listę diagnostów laboratoryjnych – numer wpisu 23. Jak wspomina Czesław Główniak – Sekretarz KRDL I i II kadencji – Adam był znany z bardzo ciekawych i trafnych wypowiedzi. Umiał tworzyć relacje i współpracować dla wspólnego dobra. Wyraży głębokiego współczucia rodzinie i bliskim składa samorząd diagnostów laboratoryjnych.



11 lipca odbyło się wspólne posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia senator oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Partnerstwa Publiczno-Prywatnego pt. Innowacje w ochronie zdrowia w nadchodzącej prezydencji Polski w Radzie UE. Na zaproszenie Senator RP dr n. med. Agnieszki Gorgoń-Komor, w wydarzeniu uczestniczył Sekretarz KRDL Mateusz Józef Chmielarz.



11 lipca w Warszawie odbyło się kluczowe dla przyszłości polskiego systemu ochrony zdrowia spotkanie z kierownictwem Ministerstwa Zdrowia oraz członkami Zespołu ds. zmian systemowych w ochronie zdrowia. Na spotkaniu obecna była Minister Zdrowia, Izabela Leszczyna, wraz z pozostałym kierownictwem Ministerstwa Zdrowia oraz członkami Zespołu ds. zmian systemowych w ochronie zdrowia. Głównym tematem dyskusji była zapowiadana reforma w ochronie zdrowia, której celem jest dostosowanie systemu do nowych wyzwań i oczekiwań społeczeństwa. W spotkaniu wzięli udział także dyrektorzy i prezesi szpitali oraz starostowie powiatów i prezydenci miast na prawach powiatu. Samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentowała Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. Organizatorzy spotkania podkreślili, że udział przedstawicieli samorządów jest niezwykle ważny, a ich głos musi

być odpowiednio reprezentowany. System ma być tak poprawiony, by dla pacjentów było wykonywanych więcej świadczeń (skrótą się kolejki), szpitale będą mieć bardziej stabilną sytuację finansową i kadrową, a dla systemu ochrony zdrowia ma być budowa racjonalnej siatki realizatorów świadczeń zabezpieczających na odpowiednim poziomie każdy region Polski. Minister Zdrowia Izabela Leszczyna podkreśliła, że sytuacja szpitali to wspólna sprawa, a elementy systemu opieki zdrowotnej to naczynia powiązane. – Głównie cele koncentrujemy na dwa lata, ale wdrażanie zmiany potrwa około 10 lat – mówi Piotr Nowicki, członek ministerialnego zespołu.



11 lipca w posiedzeniu sejmowej podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia uczestniczyła Prezes KRDL dr Monika Pintał-Ślimak oraz Skarbnik KRDL dr Konrad Grzeszczak. Podkomisja zajmowała się omówieniem i przyjęciem planu pracy na okres od 1 września do 31 grudnia 2024 r. Parlamentarzyści rozpatrywali też informacje w zakresie pogłębionej analizy kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia w perspektywie wieloletniej z uwzględnieniem zmian demograficznych, technologicznych i edukacyjnych, dynamiki zjawisk epidemiologicznych oraz dystrybucji geograficznej kadr. Prezes KRDL zwróciła uwagę na kwestie finansowania specjalizacji, aktualizacji standardów kształcenia na kierunku Analityka medyczna oraz wysokości wynagrodzeń.

25 lipca w posiedzeniu sejmowej komisji zdrowia uczestniczyły: Prezes KRDL dr Monika Pintał-Ślimak oraz dr hab. Edyta Borkowska, konsultant krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. Posiedzenie poświęcone było kwestiom dostępności i poziomu wykorzystania szczepionek przeciw HPV. Prezes KRDL zwróciła się z apelem o możliwość organizacji punktów szczepień przy medycznych laboratoriach diagnostycznych, przypominając jednocześnie członkom komisji o rekomendacjach KRDL w tym zakresie. HPV (*Human Papilloma Virus*) to nazwa ludzkiego wirusa brodawczaka. HPV odpowiada za zachorowania na raka szyjki macicy, a także inne choroby nowotworowe. Przed zakażeniem HPV może uchronić szczepionka. Szczepienie jest najskuteczniejsze, jeśli nastąpi przed potencjalnym narażeniem na zakażenie HPV, do którego dochodzi głównie drogą kontaktów seksualnych. Dlatego powszechne programy szczepień przeciw HPV najczęściej wskazują na dziewczynki i chłopcy w wieku 12–13 lat.

26 lipca z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość, że w wieku 62 lat zmarła Pani Wioletta Regulska-Wycińska. Pani Wioletta była wybitną diagnostką laboratoryjną, konsultantem wojewódzkim, założycielką Lubuskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej oraz wieloletnim kierownikiem Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej w Szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim. Jej pasja i oddanie dla rozwoju medycyny laboratoryjnej na zawsze pozostaną w naszej pamięci.



31 lipca w Ministerstwie Zdrowia, odbyło się posiedzenie Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia. Na zaproszenie Przewodniczącego Rady, Ks. Arkadiusza Nowaka, środowisko diagnostów laboratoryjnych reprezentowały: Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka oraz PTDL Prezes Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej prof. Katarzyna Winsz-Szczotka. Podczas posiedzenia, Prezes KRDL przedstawiła zgromadzonym temat porady diagnostycznej dla pacjentów, omawiając koncepcję porady oraz korzyści, jakie płynęłyby z jej wdrożenia.



SIERPIEŃ 2024

6 sierpnia w siedzibie Agencji Badań Medycznych miało miejsce uroczyste przekazanie stworzonej na potrzeby projektu pilotażowego „Epi-ICHB – wzmocnienie istniejącego systemu nadzoru epidemiologicznego nad inwazyjnymi chorobami bakteryjnymi” platformy inwazyjna-bakteryjna.pl.

Samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentowała Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. Projekt pilotażowy „Wzmocnienie istniejącego systemu nadzoru nad inwazyjnymi chorobami bakteryjnymi – Epi-ICHB powstał w ramach współpracy publiczno-prywatnej dzięki inicjatywie Narodowego Instytutu Leków –

Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (NIL-KOROUN) oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB). Projekt wspierany jest przez Warsaw Health Innovation Hub (WHIH), przy współpracy z Agencją Badań Medycznych (ABM). Partnerem przedsięwzięcia jest Pfizer Polska. Projekt pilotażowy jest pierwszym i jedynym tego typu programem edukacyjnym w Polsce odpowiadającym zidentyfikowanej potrzebie zwiększenia wiedzy na temat drobnoustrojów wywołujących inwazyjne choroby bakteryjne i wciąż narastającej antybiotykoooporności. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych z ogromną przyjemnością i dumą wspierała projekt.



25 sierpnia dr hab. n. med. Robert Kubina, prodziekan ds. studenckich Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu oraz dyrektor Centrum Badawczo-Wdrożeniowego Silesia LabMed, został powołany do ministerialnego zespołu doradczego do spraw infrastruktury badawczej! Decyzja ta została podjęta zarządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego Dariusza Wieczorka w dniu 27 czerwca 2024 roku. Do głównych zadań zespołu należy m.in.:

- ocena wniosków dotyczących m.in. zmiany zakresu merytorycznego inwestycji związanych z działalnością naukową, przebiegu realizacji kolejnych etapów inwestycji budowlanych związanych z działalnością naukową i wykorzystania ich efektów rzeczowych, funkcjonowania istniejącej infrastruktury oraz stopnia przygotowania planowanej infrastruktury, w ramach przeglądu Polskiej Mapy Infrastruktury Badawczej;
- ocena raportów z wykorzystania przyznanych środków finansowych;
- ocena raportów końcowych, prezentujących osiągnięte wyniki przeprowadzonych badań naukowych i ich powiązania z procesem dydaktycznym, rozwojem kadry naukowej oraz otoczeniem społeczno-gospodarczym.

Dr hab. n. med. Robert Kubina to diagnosta laboratoryjny, absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, który w czerwcu tego roku uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Serdecznie gratulujemy tego wyróżnienia i życzymy dalszych sukcesów!

28 sierpnia w siedzibie Głównego Inspektoratu Sanitarnego odbyło się ważne dla samorządu diagnostów laboratoryjnych spotkanie z Głównym Inspektorem Sanitarnym, Pawłem Grzesiowskim. Pod-

czas spotkania diagnostów reprezentowały Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak oraz konsultant wojewódzka ds. Diagnostyki Laboratoryjnej dr n. farm. Monika Jabłonowska. To kolejny krok w kierunku zacieśnienia współpracy i wymiany doświadczeń na rzecz zdrowia publicznego.



WRZESIEŃ 2024

3 września Wojewoda Mazowiecki Mariusz Frankowski wręczył podziękowanie za pełnienie funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc dzieci oraz powołał 12 nowych Konsultantów Wojewódzkich. Uroczystość miała miejsce 28 sierpnia w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie. Akty powołania do pełnienia funkcji Konsultanta dla województwa mazowieckiego na pierwszą, pięcioletnią kadencję odebrał m.in. diagnosta laboratoryjny dr n. med. Andrzej Tysarowski, Kierownik Zakładu Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów oraz Naczelną Specjalistą Diagnostyki Molekularnej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. Gratulujemy wszystkim nowo powołanym Konsultantom i życzymy sukcesów w pełnieniu nowych obowiązków!



3–5 września odbyło się XXXIII Forum Ekonomiczne / Economic Forum w Karpaczu. Jak co roku, Forum Ekonomiczne stanowiło platformę wymiany myśli na najważniejsze tematy społeczne i gospodarcze, w tym także te dotyczące polityki zdrowotnej. W tym roku samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentowali: Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak, Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka oraz Skarbnik KRDL dr n. med. Konrad Grzeszczak, a także Wiceprezes KRDL dr Karolina Bukowska-Strakova. Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak uczestniczyła w debacie poświęconej kwestiom przyszłości nauki i szkolnictwa wyższego, kompetencjom absolwentów kierunków medycznych w kontekście wyzwań dla opieki zdrowotnej, w której to mówiła m.in. o kompeten-



cjach absolwentów kierunków medycznych w kontekście wyzwań dla opieki zdrowotnej, konieczności wprowadzenia nowych standardów nauczania oraz o współpracy w zespołach interdyscyplinarnych, której powinny uczyć studia.

Forum Ekonomiczne jest konferencją krajową z największą liczbą gości z zagranicy – w tym roku było ich ponad 1000, w tym wielu przedstawicieli rządów państw europejskich.

4 września Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak została powołana na członka Rady do spraw Zdrowia Publicznego, pełniąc funkcję opiniodawczo-doradczą dla Ministra Zdrowia. Rada wspiera międzysektorową politykę zdrowia publicznego, będąc forum współpracy i wymiany doświadczeń. To właśnie Rada opiniuje kluczowe działania w zdrowiu publicznym, w tym Narodowy Program Zdrowia, dzięki czemu działania te są zgodne z aktualnym stanem wiedzy naukowej. Działania Rady realizowane są m. in. przez zespoły robocze, które skupiają autorytety i specjalistów z różnych dziedzin, gotowych do analizy i rozwiązywania złożonych problemów zdrowia publicznego. Gratulujemy Pani Prezes i życzymy owocnej pracy na rzecz zdrowia publicznego.



12 września Sekretarz KRDL Mateusz Józef Chmielarz odwiedził Dzienny Dom „Senior+”. Podczas spotkania Sekretarz KRDL przybliżył uczestnikom pracę diagnosty laboratoryjnego oraz podzielił się cennymi informacjami na temat badań dedykowanych seniorom. Opowiedział, jakie badania warto regularnie wykonywać oraz jak odpowiednio się do nich przygotować, aby wyniki były miarodajne i oddawały faktyczny stan zdrowia naszego organizmu. Kierujemy serdeczne podziękowania do organizatorów spotkania za możliwość wymiany wiedzy i wsparcia seniorów w dbaniu o zdrowie!



14 września Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz wziął udział w Dyplomatorium Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. W uroczystości wzięty udział także: Prezes Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej prof. Katarzyna Winsz-Szczotka oraz członek zarządu wielkopolskiego PTDL dr Ewa Leporowska. Nowe pokolenia dołączają do zespołów medycznych, w tym diagnostów laboratoryjnych, którzy codziennie, z pełnym zaangażowaniem i dbałością o pacjentów, służą ochronie zdrowia pacjentów. Składając gratulacje za osiągnięcia, zaangażowanie oraz wyniki, życzymy absolwentom trafnych wy-



borów na ścieżce zawodowej. Niech maksyma zawarta w Waszym przyrzeczeniu – *salus aegroti suprema lex* – przyświeca Wam przez całe życie. Serdecznie gratulujemy!

16 września Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak: porada diagnostyczna miałaby duże znaczenie dla pacjentów. Bardzo chcielibyśmy wprowadzenia porady diagnostycznej. Teraz możemy służyć informacją w zakresie laboratoryjnej interpretacji wyniku. Tymczasem moglibyśmy radzić w zakresie genetyki, współpracując z klinicystą czy też mikrobiologią. Niewątpliwie byłaby to ogromna korzyść dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Diagnostyki laboratoryjni to osoby gruntownie wykształcone, mają niezbędną wiedzę i na pewno mogliby ułatwić pacjentom np. przygotowanie się do badania, gdyż nie chodzi tu tylko o to, aby być na czczo, ale także w zakresie wpływu zażywanych leków, aktywności fizycznej czy innych czynników na wyniki badań. Na tym nie koniec. Na pewno diagnostyki mogą wesprzeć pacjentów w zakresie interpretacji wyników, pokierować do specjalisty, zniwelować napięcie i stres. Natomiast w szpitalach chodzi przede wszystkim o pełne wykorzystanie kompetencji diagnostów w zespołach interdyscyplinarnych – wyjaśniła dr n. med. Monika Pintal-Ślimak w rozmowie z portalem Polityka Zdrowotna.





MARCEL S.A.

KODUJEMY PRZYSZŁOŚĆ DIAGNOSTYKI

Od ponad 30 lat kompleksowo wspieramy procesy IT w sektorze diagnostyki laboratoryjnej. Będąc liderem w branży oprogramowania diagnostycznego, opracowaliśmy intuicyjne, bezpieczne i elastyczne systemy, które sprawiają, że praca w laboratoriach jest prostsza i efektywniejsza. Z naszą asystą poszerzysz swoje możliwości, zwiększysz wydajność i znacząco poprawisz funkcjonowanie Twojej placówki.

USPRAWNIMY PRACĘ TWOJEGO LABORATORIUM DZIĘKI 4 DEDYKOWANYM PROGRAMOM



LIS Analytika CENTRUM
kompleksowe rozwiązanie
dla analityki



MikroBIS PLUS
kompleksowe rozwiązanie
dla mikrobiologii



eKREW PLUS
kompleksowe rozwiązanie
dla serologii transfuzjologicznej



PATeXpert
kompleksowe rozwiązanie
dla patomorfologii

ZWIĘKSZYMY TWOJE MOŻLIWOŚCI OFERUJĄC CI SZEROKĄ GAMĘ USŁUG DODATKOWYCH

- POLIS
- LIStrada
- EDM
- eLABORAT
- LISkan
- Moduł Zlecający
- Hurtowy Podpis
- Raporty Mikrobiologiczne
- Raporty Managerskie
- Kody Kreskowe
- Centralne Zarządzanie Autoryzacją
- iCentrum
- Replikacja
- Aplikacja Zdalnej Rejestracji

SZUKASZ ROZWIĄZANIA DLA SWOJEGO LABORATORIUM?
Zadzwoń lub napisz i umów się na prezentację naszych rozwiązań.



+48 22 490 95 30



oferty@marcel.pl



www.marcel.pl

ŻARY

Po niemal półwieczu pożegnała się ze swoim laboratorium. Pani mgr Jadwiga Wodzinowska-Zielke, kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej po 46 latach pracy zawodowej w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach odchodzi na zasłużony odpoczynek.

Pani mgr Jadwiga Wodzinowska-Zielke, kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej po 46 latach pracy zawodowej w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach odchodzi na zasłużony odpoczynek. Pożegnali ją przełożeni i współpracownicy.

Na przestrzeni wielu lat dała się poznać jako doskonały organizator, zawsze życzliwa i gotowa służyć pomocą. Wniosła ogromny wkład w rozwój i utrzymanie wysokiego poziomu badań klinicznych szpi-



tala. Przez 33 lata sprawowała funkcję kierownika naszej pracowni, a fakt, że od 18 lat jest również konsultantem wojewódzkim w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, jest docenieniem jej profesjonalizmu i zaangażowania w proces doskonalenia analityki medycznej.



Dziękujemy Pani Jadwidze za determinację we wprowadzaniu nowoczesnych rozwiązań diagnostycznych i za swoją otwartość, dzięki której wiele adeptek tej wymagającej dziedziny medycyny, miało okazję zdobywać wiedzę i doświadczenie pod okiem prawdziwego fachowca.

– Zawsze podkreślałam, że sukcesy nigdy nie są moją własną zasługą, to praca zespołowa, mojego personelu, na który zawsze mogłam liczyć. Większość kadry to osoby, które miałam przyjemność wprowadzać do zawodu i już ze mną zostały. Bardzo dziękuję dziś wszystkim za lata dobrej współpracy – mówiła Pani Kierownik, żegnając się po prawie półwieczu aktywności zawodowej w szpitalu wojskowym.

Dziękujemy Pani Jadwigo.

Obowiązki kierowania Pracownią Diagnostyki Laboratoryjnej w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach przejmie Pani mgr Joanna Gabriel, specjalista laboratoryjnej diagnostyki medycznej oraz transfuzjologii medycznej.

mgr Justyna Wróbel-Gądek

rzecznik prasowy

105 Kresowego Szpitala Wojskowego w Żarach

27.06.2024 r.

Fot. J. Wróbel-Gądek

KRAKÓW

PIKNIK ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO



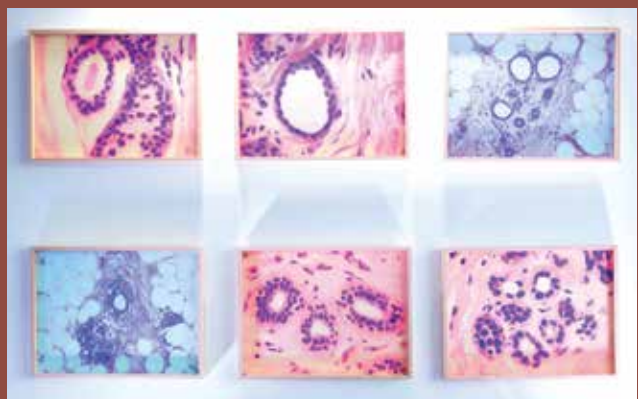
WARSZAWA

Pracownia cytologii ginekologicznej przy ul. Jutrzenki 100 w Warszawie będzie największym laboratorium tego typu w Polsce (400 m²), w którym wyodrębnione są: pracownie preanalityczne (rejestracja, punkt przyjęcia materiału), właściwa pracownia analityczna oraz magazyn i nowoczesne pomieszczenia do archiwizacji preparatów. Planowana ilość wykonywanych cytologii to 500.000 rocznie, z możliwością zwiększenia do 700.000. Pracownia będzie realizować badania z całego regionu: Warszawa, Lublin, Białystok.

Zastosowano w niej najnowsze rozwiązania technologiczne dające możliwość wykonywania badań profilaktycznych z zastosowaniem światowych standardów. Materiał biologiczny pobrany od pacjentek jest w trakcie całego procesu laboratoryjnego pod ścisłą kontrolą personelu i systemu, co zapewnia najwyższą jakość badań, wiarygodność ich wyników i pełne bezpieczeństwo pacjentek i personelu medycznego.

Stworzona pracownia wychodzi naprzeciw międzynarodowym standardom profilaktyki i diagnostyki oraz jest komplementarna w stosunku do założeń regulatora w zakresie realizacji badań HPV i cytologii na podłożu płynnym LBC. Osiągnięcie efektu synergii w zakresie badań molekularnych i cytologicznych umożliwi skrócenie procesu diagnostycznego oraz wczesne wykrycie zmian nowotworowych. Szybkość diagnozy oraz dobór właściwych narzędzi diagnostycznych na etapie wczesnego wykrywania nieprawidłowości jest punktem wyjścia do dalszej diagnostyki histopatologicznej. Całość prezentowanych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych została wsparta algorytmem sztucznej inteligencji oraz wiedzą i doświadczeniem wykwalifikowanego personelu medycznego. Unikatowe rozwiązania technologiczne czynią pracownię wyjątkową zarówno w skali krajowej, jak i międzynarodowej. Projekt i realizacja zostały wykonane przy wsparciu krajowych i zagranicznych konsultantów. Ich wspólnym celem było zwiększenie ergonomii pomieszczeń, stworzenie komfortowego miejsca pracy oraz zredukowanie błędów mogących wystąpić w fazie przedanalitycznej, wpływających na jakość wyniku końcowego.

dr Monika Jabłowska
Członek KRDL VI Kadencji
woj. mazowieckie





● mgr Gabriela Żurek
ALAB Laboratoria Sp. z o.o.
Laboratorium Analiz Lekarskich ALAB Płock

TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W PRACOWNI HEMATOLOGII – DOŚWIADCZENIA WŁASNE

Wstęp

Morfologia krwi obwodowej należy do najczęściej wykonywanych badań laboratoryjnych. Badanie to umożliwia kompleksową ocenę układu krwiotwórczego poprzez ilościową i jakościową ocenę elementów morfotycznych krwi, a ponadto wykazanie procesów chorobowych innych narządów. Działanie automatycznych analizatorów hematologicznych opiera się obecnie na zaawansowanych technikach pomiarowych, m.in. cytometrii przepływowej czy impedancji. Niektóre parametry oznaczane są bezpośrednio (liczba krwinek czerwonych RBC, liczba krwinek białych WBC, liczba płytek PLT, stężenie hemoglobiny HGB), a inne są wyliczane (średnia masa hemoglobiny w krwince czerwonej MCH, średnie stężenie hemoglobiny w krwince czerwonej MCHC, wskaźnik anizocytozy erytrocytów RDW). Średnia objętość krwinki czerwonej MCV i hematokryt HCT mogą być zarówno wyliczane, jak i oznaczane bezpośrednio [1].

Współczesne analizatory umożliwiają szybkie i dokładne różnicowanie oraz ilościową ocenę subpopulacji leukocytów (tzw. rozdział diff; ang. *Differential counting of peripheral blood cells*). Liczebność poszczególnych subpopulacji tych komórek jest wyrażana odsetkowo, w stosunku do całej populacji leukocytów oraz w wartościach bezwzględnych (tj. liczbie komórek na jednostkę objętości krwi). Analizatory hematologiczne 3 diff różnicują leukocyty na trzy podstawowe grupy, tj.: neutrofile, limfocyty

i komórki średniej wielkości (tzw. MID; ang. *middle cells*). W grupie MID lokuja się: monocyty, eozynofile, bazofile oraz komórki patologiczne i komórki młode linii granulocytarnej (tj. mieloblasty, promielocyty, mielocyty i metamielocyty). Analizatory 5 diff różnicują leukocyty do pięciu grup komórek (tj. granulocyty obojętnochłonne z jądrem pałeczkowatym i podzielonym, granulocyty kwasochłonne, zasadochłonne, limfocyty i monocyty). Urządzenia te mogą również klasyfikować inne populacje krwinek białych (np. granulocyty niedojrzałe [Ig; ang. *immature granulocytes*] oraz sygnalizować obecność komórek patologicznych, jak np. promielocyty, mielocyty, metamielocyty, promonocyty i duże blasty [LIC; ang. *large immature cells*, duże niedojrzałe komórki], atypowych limfocytów [ALY; ang. *atypical lymphocytes*] oraz erytoblastów [NRBC; ang. *nucleated red blood cells*, jądrzaste komórki układu czerwonekrwinkowego krwi].

Analizatory hematologiczne oprócz informacji ilościowych, dostarczają danych jakościowych w formie tzw. „flag”. Są to komunikaty ostrzegawcze sygnalizujące możliwość wystąpienia różnych interferencji lub możliwą obecność nieprawidłowych komórek. Flagi wskazują na możliwość otrzymania błędnych wyników i są wskazaniem do weryfikacji lub uzupełnienia analizy przeprowadzonej przez analizator, w tym wykonania i oceny rozmazu metodą manualną oraz dokładnej oceny stanu i poprawności pobrania materiału [2–5].

Cel pracy

Celem tego opracowania było zwrócenie uwagi na analizowane czynniki zakłócające, podobieństwo otrzymanych wyników do zaburzeń będących skutkiem wpływu innych interferencji, jak również podkreślenie istotnej roli prawidłowej współpracy pomiędzy personelem laboratorium i lekarzami prowadzącymi pacjentów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Realizację celu oparto na analizie czterech wyników morfologii krwi obwodowej z rozmazem 5-Diff wykonanej na analizatorze hematologicznym Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia). W każdym przykładzie scharakteryzowano główny problem, opisano tok postępowania oraz wyciągnięto wnioski.

Morfologia 5-diff z wykorzystaniem analizatora Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia)

Przyporządkowanie elementów morfotycznych krwi do poszczególnych grup i/lub ich subpopulacji przez analizator hematologiczny odbywa się na podstawie określonych cech tych komórek (np. wielkość, ziarnistość) i jest możliwe dzięki zastosowaniu specyficznych odczynników w kilku niezależnych kanałach pomiarowych. Badana próbka krwi pełnej (pobranej z dodatkiem antykoagulantu, zazwyczaj wersenianu trójpotasowego [K3EDTA] jest aspirowana przez analizator do układu pomiarowego i rozdzielana do poszczególnych kanałów i komór reakcyjno-pomiarowych przez odczynniki wymagane do danej analizy (tabela 1).

Krwinki białe (WBC; ang. *White Blood Cells*) są liczone w trzech różnych komorach: kanale TNC/HGB, kanale BASO/TNC2 i kanale LMNE. Wynik WBC jest określany przez kanały TNC/HGB i LMNE, natomiast kanał BASO/TNC2 wspomaga algorytm w przypadku problemów z obliczeniem liczby WBC. Analizator wykrywa erytroblasty NRBC (ang. *nucleated red blood cells*, pol. krwinki czerwone zawierające jądro komórkowe; inaczej niedojrzałe krwinki czerwone) w cytometrze przepływowym i nie uwzględnia ich w zliczeniu WBC. Liczba retikulocytów jest określana przy użyciu technologii cytometrii liniowej z wykorzystaniem odczynnika (ABX Fluocyte), który zawiera fluorescencyjny barwnik (pomańcz tiazolowy), wiążący się do kwasu rybonukleinowego (RNA) w retikulocytach [6, 7].

W oparciu o parametry zmierzone oprogramowanie analizatora hematologicznego Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia) wylicza hematokryt (HCT, ang. *Hematocrit*), wskaźniki czerwono-krwinkowe MCH (ang. *Mean Corpuscular Hemoglobin*, pol. średnia masa hemoglobiny w krwince), MCHC (ang. *Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration*, pol. średnie stężenie hemoglobiny w krwince), RDW (ang. *Red-cell Distribution Width*, pol. wskaźnik zmienności objętości krwinek czerwonych, RDW-CV i RDW-SD), określa procentowy udział MIC% (ang. *Microcytic cells %*, pol. mikrocyty %) i MAC% (ang. *Macrocytic cells %*, pol. makrocyty %) oraz wylicza parametry charakteryzujące płytki, tj. MPV (ang. *Mean Platelet Volume*, pol. średnia objętość płytki krwi) hematokryt płytkowy (PCT, ang. *Plateletcrit*, tzw. płytkokryt), wskaźnik zmienności objętości płytek krwi (PDW, ang. *Platelet Distribution Width*) [6, 7].

Tab. 1. Komory reakcyjne analizatora hematologicznego Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia) [6, 7].

KOMORA REAKCYJNA	PROCES REAKCYJNY
RBC/PLT (RBC – ang. <i>Red Blood Cells</i> , pol. krwinki czerwone; PLT – ang. <i>Platelets</i> , pol. płytki krwi)	próbka krwi jest rozcieńczona rozcieńczalnikiem elektrolitycznym ABX Diluent, co pozwala zmierzyć impedancyjnie ilość RBC i PLT, wartości MPV (MPV – ang. <i>Mean Platelet Volume</i> , średnia objętość płytki krwi) oraz MCV (MCV – ang. <i>Mean Corpuscular Volume</i> , średnia objętość krwinki), a także wyznaczyć histogramy (krzywe rozkładu objętości) RBC i PLT
TNC/HGB (TNC – ang. <i>total nucleated cells</i> , pol. wszystkie komórki jądrzaste; HGB – ang. <i>Hemoglobin</i> , pol. hemoglobina)	próbka krwi rozcieńczona elektrolitem izotonicznym ABX Diluent poddawana jest lizie odczynnikiem lizującym ABX Lysebio, co pozwala oznaczyć ilość HGB metodą spektrofotometryczną przy długości fali 555 nm
BASO/TNC2 (BASO – ang. <i>basophils</i> , pol. bazofile; TNC2 – ang. <i>total nucleated cells 2</i> , pol. wszystkie komórki jądrzaste – komora 2)	próbka krwi jest mieszana z odczynnikiem lizującym ABX Basolyse, który lizuje wszystkie leukocyty poza bazofilami, co pozwala określić liczbę granulocytów zasadochłonnych na zasadzie impedancji
LMNE (LMNE – ang. <i>lymphocytes, monocytes, neutrophils, eosinophils</i> , pol. limfocyty, monocyty, neutrofile, eozynofile)	próbka krwi jest mieszana z odczynnikiem lizującym erytrocyty i stabilizującym krwinki białe w formie niezmienionej (Nucediff), a po zatrzymaniu reakcji odczynnikiem ABX Diluent przenoszona do cytometru przepływowego, gdzie zachodzi różnicowanie leukocytów (na podstawie zasady podwójnej hydrodynamicznej sekwencyjnej cytometrii liniowej (DHSS, ang. <i>Double Hydrodynamic Sequential System</i>))

Przykładowy, pełny wynik morfologii krwi obwodowej z rozdziałem 5-diff, z analizatora hematologicznego Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia), przedstawiono na rycinie 1. Wynik w tym formacie jest wyświetlany na ekranie analizatora. Na wyniku znajdują się wartości liczbowe poszczególnych parametrów pełnej morfologii krwi obwodowej i różnicowania leukocytów, histogramy RBC/PLT oraz scattergram (wykres punktowy) subpopulacji leukocytów (gdzie oś X to objętość komórki, a oś Y to ziarnistość komórki) z kanału LMNE. Widoczne są cztery subpopulacje leukocytów, które oznaczono kolorami: niebieski – limfocyty (LYM), fioletowy – monocyty (MON), zielony – neutrofile (NEU), pomarańczowy – eozynofile (EOS). Na scattergramie z kanału LMNE bazofile (BASO) nie są widoczne.

Ryc. 1. Przykładowy wynik morfologii krwi obwodowej z pełnym różnicowaniem leukocytów. *Źródło:* opracowanie własne na podstawie obrazów pochodzących z aparatu Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia).



Czynniki mające wpływ na wynik badania morfologii krwi obwodowej

Wynik badania morfologii krwi obwodowej zależy od wielu czynników związanych zarówno z przebiegiem badania (faza analityczna) jak i z pacjentem (płeć, wiek, przyjmowane leki, stan ogólny, przygotowanie) oraz sposobem pobrania i zabezpieczenia materiału (przechowywanie i transport) do wykonania badania (faza przedanalizacyjna) [8].

W instrukcji obsługi analizatora Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia) można znaleźć szczegółowy wykaz oraz opis czynników zakłócających pomiar określonych przez producenta urządzenia (tabela 2) [9].



Hiperleukocytoza
Hiperglikemia
Lipemia
Hiperbilirubinemia
Zimne aglutyny
Agregaty płytek

Tab. 2. Wykaz czynników zakłócających badanie morfologii krwi obwodowej 5-Diff wskazanych dla analizatora hematologicznego Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia), wg specyfikacji producenta urządzenia [9].

Należy zawsze mieć na uwadze, iż mogą wystąpić także inne przyczyny zakłóceń, które dotąd nie zostały opisane. Dlatego przed zatwierdzeniem i autoryzacją wyników zawsze należy ustalić i uwzględnić wszystkie informacje dotyczące pacjenta i próbki. Zaleca się szczególną ostrożność w przypadku wyników, których jakość budzi jakiegokolwiek wątpliwości [5].

Czynniki interferujące w wynik morfologii krwi obwodowej z rozmazem (5-Diff) w przykładach własnych

Poniżej przedstawiono cztery przykłady interferencji różnych czynników związanych z fazą przedanalizacyjną, które miały znaczący wpływ na jakość otrzymanych wyników morfologii krwi obwodowej z rozmazem 5-Diff.

PRZYKŁAD 1

Opis problemu: Na wykresie / wyniku analizowanej próbki powstała smuga w obszarze tła, analizator zasygnalizował szum w obszarze rozdziału leukocytów (rycina 2).

Ryc. 2. Wynik morfologii krwi obwodowej (przykład 1) oraz zdjęcie próbki krwi, z której wykonano badanie (ramka czerwona). Na wyniku widoczny szum w obszarze tła (zielona ramka, strzałka A) i zakłócenia w obszarze rozdziału leukocytów (niebieska ramka); na zdjęciu próbki zaznaczono kryształy antykoagulantu widoczne na ściankach (ramka czerwona, strzałka B). *Źródło:* opracowanie własne na podstawie obrazów pochodzących z aparatu Yumizen H250 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia) oraz zdjęć wykonanych przez autorkę.



Analiza problemu: Ze względu na podobieństwo otrzymanego wyniku do wyniku analizy próbki krwi zawierającej skrzepę (rycina 3) początkowo podejrzewano, że w badanej próbce obecny jest skrzep. Makroskopowa (wizualna) analiza badanego materiału nie wykazała obecności skrzepów. Po wnikliwej obserwacji próbki zauważono natomiast kryształki antykoagulantu obecne na ściankach próbówki.

Ryc. 3. Wynik morfologii krwi obwodowej z próbki krwi z widocznym makroskopowo skrzepem. Na wyniku widoczny szum w obszarze tła (zielona ramka, strzałka A) i zakłócenia w obszarze rozdziału leukocytów (niebieska ramka). Źródło: opracowanie własne na podstawie obrazów pochodzących z aparatu Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia).



Ryc. 4. Wynik morfologii krwi obwodowej (przykład 2), zdjęcie próbki krwi, z której wykonano badanie (ramka czerwona) oraz wynik stężenia bilirubiny u badanego pacjenta (ramka żółta, strzałka C). Na wyniku widoczny szum w obszarze tła (zielona ramka, strzałka A) i zakłócenia w obszarze rozdziału leukocytów (niebieska ramka); na zdjęciu próbki wyraźnie zaznaczono ikteryczne osocze krwi (ramka czerwona, strzałka B). Źródło: opracowanie własne na podstawie obrazów pochodzących z aparatu Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia) oraz zdjęć wykonanych przez autorkę.

Wniosek: Krew najprawdopodobniej nie została dokładnie wymieszana z antykoagulantem bezpośrednio po pobraniu w wyniku czego część nierozpuszczonego antykoagulantu pozostała na ściankach próbówki. Kryształki te mogły, w czasie mieszania próbki bezpośrednio przed analizą, uwolnić się do krwi skąd zostały zaaspirowane przez analizator.

PRZYKŁAD 2

Opis problemu: Na wykresie / wyniku analizowanej próbki widoczne jest przesunięcie rozdziału leukocytów w stronę komórek niedojrzałych oraz dodatkowa chmura w obszarze tła. Analizator zasygnalizował m.in. szum oraz interferencję w obszarze rozdziału krwinek białych (rycina 4).

Analiza problemu: Przeprowadzono analizę mikroskopową tradycyjnego rozmazu krwi obwodowej (rozmaz na szkiełku podstawowym barwiony metodą May-Grunwald-Giemza [MGG]), gdzie nie stwierdzono znaczących odchyżeń ilościowych i jakościowych krwinek białych oraz nie potwierdzono obecności niedojrzałych granulocytów. Przeanalizowano wyniki innych badań wykonanych u badanego pacjenta z materiału pobranego w tym samym czasie. Zauważono znacznie podwyższone stężenie bili-



rubiny [53,05 mg/dl; wartości referencyjne: 0,2–1,3 mg/dl], zaś w próbce, z której wykonano morfologię, hiperbilirubinemia była widoczna makroskopowo w osoczu, po swobodnym opadnięciu erytrocytów na dno próbówki.

Wniosek: Ustalono, że źródłem interferencji w analizowanym przypadku było bardzo wysokie stężenie bilirubiny związane ze stanem patologicznym pacjenta.

PRZYKŁAD 3

Opis problemu: Na wykresie / wyniku analizowanej próbki (ryc. 5) widoczna małopłytkowość z zaburzeniem wielkości płytek (ramka pomarańczowa), zaburzenia w zakresie parametrów krwinek czerwonych i hematokrytu (ramki zielone) oraz zaburzenia w zakresie rozrzutu wielkości erytrocytów i trombocytów (ramki czerwone). Dodatkowo analizator zasygnalizował możliwe interferencje w oznaczeniu parametrów płytkowych (ramka niebieska).

Ryc. 5. Wynik morfologii krwi obwodowej (przykład 3). Na wyniku widoczne: mikrocytozą RBC z niskim HCT (ramki zielone), małopłytkowość z makrocytozą PLT (ramka pomarańczowa), histogramy RBC i PLT (ramki czerwone), sygnalizacja o możliwości interferencji w zakresie analizy płytek krwi (ramka niebieska). *Źródło:* opracowanie własne na podstawie obrazów pochodzących z aparatu firmy Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia).



Analiza problemu: Wynik z analizatora hematologicznego zweryfikowano z obrazem mikroskopowym rozmazu krwi wykonanego metodą tradycyjną, gdzie stwierdzono prawidłową ilość płytek, makrocytozę płytek oraz mikrocytozę erytrocytów.

Wniosek: Makrocytoza płytek krwi z jednoczesną mikrocytozą krwinek czerwonych spowodowało brak wyraźnego rozdziału tych dwóch grup elementów morfotycznych i błędne ich zliczenie przez analizator hematologiczny. Obydwa parametry zliczane są metodą impedancji w tej samej komorze pomiarowej.

PRZYKŁAD 4.

Opis problemu: W morfologii krwi (ryc. 6) stwierdzono niedokrwistość regeneracyjną (ramka zielona, ramka czerwona). Analizator wskazuje na możliwość występowania czynników interferujących w zakresie krwinek płytkowych oraz obecność dwóch populacji krwinek czerwonych (ramka niebieska). Widoczna anizocytoza krwinek czerwonych (histogram RBC).

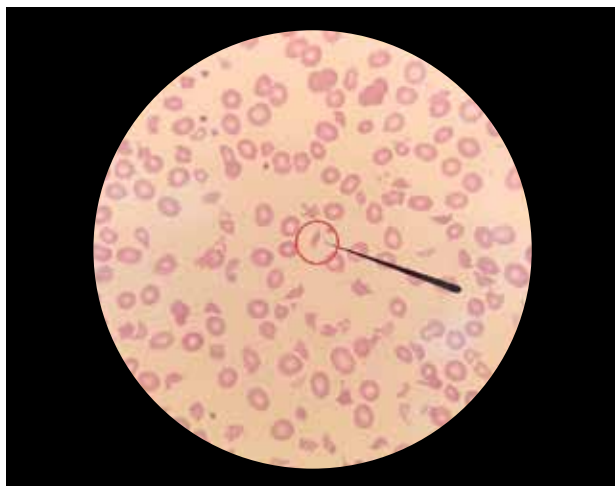
Ryc. 6. Wynik morfologii krwi obwodowej (przykład 4). Widoczne: niedokrwistość regeneracyjna (ramka zielona i ramka czerwona), anizocytoza krwinek czerwonych (histogram RBC), możliwe interferencje w zakresie płytek krwi oraz możliwa obecność dwóch populacji krwinek czerwonych (ramka niebieska). Na wynik nałożono skan wyników biochemicznych wykonanych u pacjenta w materiale pobranym w tym samym czasie (ramka pomarańczowa). *Źródło:* opracowanie własne na podstawie obrazów pochodzących z aparatu firmy Yumizen H2500 (Horiba ABX, Kyoto, Japonia) oraz innych materiałów własnych.



Analiza problemu: Ze względu na wysoki wskaźnik anizocytozy krwinek czerwonych oraz sygnalizowaną przez analizator obecność podwójnej populacji erytrocytów, zgodnie z rekomendacjami ICHS [ang. *International Council for Standardization in Haematology*; pol. Międzynarodowa Rada Standaryzacji w Hematologii] [10] zdecydowano o wykonaniu rozmazu mikroskopowego (barwienie metodą MGG). Ocena mikroskopowa preparatu wykazała znaczną ilość schistocytów (ryc. 7), o czym niezwłocznie poinformowano lekarza. Badania biochemiczne wykonane u pacjenta w materiale pobranym w tym samym czasie uwidoczniły zaburzenia parametrów z zakresu stężenia bilirubiny aminotransferazy alaninowej (ALT) oraz aminotransferazy asparaginianowej (AST) (ryc. 6). Otrzymane wyniki skonfrontowano z lekarzem prowadzącym, który określił, iż przyczyną obserwowanych nieprawidłowości było zapalenie wszczepionej zastawki serca, które skutkowało niszczeniem erytrocytów, prowadzącym do postępującej niedokrwistości i retikulocytozy (niedokrwistość regeneracyjna).



Ryc. 7. Obraz mikroskopowy badanej próbki krwi (barwienie metodą MGG). Na obrazie wskazano schistocyt. Źródło: zdjęcie wykonane przez autorkę.



Podsumowanie

Przedstawione przypadki ukazują, że pomimo postępu technologicznego i udoskonalania technik pomiarowych wpływ fazy przedanalizacyjnej na wyniki badań jest ogromny (przykład 1) i niezachowanie prawidłowych procedur podczas pobierania materiału (brak wymieszania z antykoagulantem) może skutkować różnymi zaburzeniami w otrzymywanych wynikach prowadzonej analizy. Analizatory hematologiczne, choć są urządzeniami wysoce wyspecjalizowanymi i mają coraz więcej możliwości wykrywania różnych zaburzeń i sygnalizowania nieprawidłowości, w tym problemów związanych z jakością materiału wciąż mogą zaskakiwać ograniczeniami metody, jak np. wrażliwość na wysokie stężenie bilirubiny (przykład 2), trudności w różnicowaniu płytek krwi i erytrocytów o zaburzonej wielkości tych elementów (przykład 3) lub brak sygnalizacji obecności nieprawidłowych form erytrocytów (przykład 4). Przykład czwarty pokazuje również jak niezwykle ważna, w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, jest prawidłowa komunikacja i współpraca pomiędzy diagnostami laboratoryjnymi a personelem sprawującym bezpośrednią opiekę nad pacjentem w tym lekarzami prowadzącymi, której celem jest zapewnienie pacjentowi bezpiecznego i wiarygodnego wyniku badania laboratoryjnego. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Korycka-Wołowiec A., Lewandowski K., Wołowiec D. (red.). *Hematologia dla diagnostów laboratoryjnych*. PZWL, Warszawa, 2023, wyd. 1, s. 17–31.
- [2] Wrzyszczyk A., Rychlik A. *Nieprawidłowości morfologiczne erytrocytów i płytek krwi – wybrane zagadnienia*. Diagnostyka Laboratoryjna, 2021, 57(4), s. 204–212.
- [3] https://www.sysmex.pl/fileadmin/media/f109/Articles/Znaczenie_rozsmazu_krwi_obwodowej_rev.2020.pdf (dostęp 08.07.2024)
- [4] Wołowiec D. *Interpretacja wyników hematologicznych badań laboratoryjnych w praktyce lekarza rodzinnego*. Lekarz POZ, 2018, 1, s. 8–14.
- [5] Zdziarska B. *Badanie cytomorfologiczne w hematologii*. [w:] Robak T., Walewski J., Romejko-Jarosińska J. (red.) *Hematologia. T. 1 Część ogólna i nowotwory mieloidalne*. Via Medica, Gdańsk, 2022, wyd. 1, s. 78–91.
- [6] Rozdz. 3. *Zasady pomiaru*. [w:] *Instrukcja obsługi analizatora Horiba Yumizen H2500*, 2002, wersja 1.4.3. s. 255–269.
- [7] Bholra R.K., Fudaly C., Rastogi S. *A Comparative Evaluation of Performance of Sysmex XN 3000 and Horiba Yumizen H2500 Automated Complete Blood Count Analysers*. Indian J Hematol Blood Transfus 40, 303–314 (2024).
- [8] https://www.sysmex.pl/fileadmin/media/f109/Articles/Faza_przedanalizacyjna_w_hematologii_cz.1_view_rev.2019-12.pdf (dostęp 05.08.2024).
- [9] Rozdz. 7. *Ograniczenia*. [w:] *Instrukcja obsługi analizatora Horiba Yumizen H2500*, 2002, wersja 1.4.3, s. 89–97.
- [10] Palmer L., Briggs C., McFadden S. i wsp. *ICSH recommendations for the standardization of nomenclature and grading of peripheral blood cell morphological features*. Int J Lab Hematol. 2015, 37(3):287–303.





● mgr Sylwia Kubat

Zakład Mikrobiologii Klinicznej,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

SYNCYTIALNY WIRUS ODDECHOWY. CZY OGRANICZENIE ZAKAŻEŃ JEST MOŻLIWE?

Wstęp

Syncytialny wirus oddechowy, powszechnie znany jako RSV [ang. *Respiratory Syncytial Virus*], to patogen o istotnym znaczeniu klinicznym i epidemiologicznym w skali światowej. Stanowi on jedną z dominujących przyczyn ostrych zakażeń zarówno górnych, jak i dolnych dróg oddechowych, szczególnie dotkliwych wśród pacjentów pediatrycznych do 5. roku życia. Często prowadzi do hospitalizacji, co wiąże się z szeregiem konsekwencji społeczno-ekonomicznych. Transmisja drobnoustroju może zostać sukcesywnie ograniczona poprzez stosowanie działań profilaktycznych i terapeutycznych w postaci szczepień ochronnych oraz immunizacji biernej [1–3].

Epidemiologia

RSV rozprzestrzenia się drogą kropelkową (poprzez kaszel i kichanie) bądź drogą kontaktową, ze względu na obecność patogenu w wydzielinie dróg oddechowych na przedmiotach codziennego użytku, nawet do kilku godzin, w zależności od rodzaju powierzchni. Do głównych wrót zakażenia należy śluzówka nosa i gardła. Współczynnik reprodukcji wirusa, czyli tzw. wskaźnik R_0 wynosi 3, co oznacza, że jedna chora jednostka może średnio zarażić 3 kolejne osoby z otoczenia [4–6] (Ryc. 1).

Ryc. 1. Wirus.



Obserwuje się sezonowość zachorowań, bowiem w klimacie umiarkowanym epidemie pojawiają się w miesiącach zimowych, od listopada do marca, a ich szczyt przypada najczęściej na styczeń oraz luty [7–8].

Szacuje się, że 90% dzieci przechodzi infekcję po raz pierwszy przed ukończeniem 2. roku życia, z czego 2% przypadków kończy się zejściem śmiertelnym [9]. Jednakże do zakażenia może dochodzić wielokrotnie przez całe życie, dlatego wciąż znacznie niedoszacowaną populacją chorych są osoby starsze, narażone na liczne powikłania zdrowotne, w związku z występowaniem

u nich chorób współistniejących. W obu grupach wiekowych wyróżnia się szereg czynników ryzyka rozwoju ciężkiej postaci RSV, które przedstawiono w Tabeli 1 [5, 10–15].

Tab. 1. Czynniki predysponujące do ciężkiego przebiegu zakażenia wirusem RSV [10–15].

Wiek dziecka <6 miesięcy
Wcześnieństwo
Niedożywienie
Ekspozycja na dym tytoniowy
Przewlekłe choroby płuc
Schorzenia sercowo-naczyniowe
Wrodzone wady serca
Niedobory odporności
Leczenie immunosupresyjne
Transplantacja narządów, szpiku kostnego

Co więcej, znaczną śmiertelność zaobserwowano u pacjentów po przeszczepieniu hematopoetycznych komórek macierzystych [7%] i narządu mięszonego [13%], a także u osób cierpiących na POChP [13%] [11].

Należy pamiętać, że przebieg infekcji o etiologii RSV determinuje powstawanie odległych powikłań, przede wszystkim astmy oskrzelowej [14].

W Polsce dane epidemiologiczne przedstawiające zapadalność na zakażenia są ograniczone. Ich raportowanie jest objęte obowiązkiem od 24.02.2023 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia [16]. Według analiz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (PZH) z 2023 roku wynika, że ogólna liczba infekcji wynosiła 11 995, z czego 5501 dotyczyła dzieci do lat 2, co stanowi 46% wszystkich zachorowań [17]. Natomiast w roku bieżącym dane do końca lutego prezentują się następująco: całościowa liczba zakażeń – 32105, u dzieci do lat 2 – 14873 (46,3%) [18].

Patogeneza

RSV jest wirusem otoczkowym, zaklasyfikowanym do rodziny *Paramyxoviridae* i rodzaju *Pneumoviridae*. Jego genom stanowi pojedyncza, ujemnie spolaryzowana nić RNA, kodująca szereg peptydów niezbędnych do replikacji patogenu w cytoplazmie zainfekowanej komórki. Są to m.in.: białka strukturalne (białko macierzy M oraz nukleoproteina N), regulatorowe białka M2, białka niestrukturalne (NS), ułatwiające ucieczkę przed wrodzoną odpowiedzią immunologiczną, a także glikoproteiny transbłonowe (białko G oraz białko fuzyjne F). Ostatnie dwa polipeptydy mają fundamentalne znaczenie w patogenezie zakażenia. Białko G [ang. *attachment protein*] odgrywa kluczową rolę w przyleganiu drobnoustroju do komórek gospodarza, natomiast białko F [ang. *fusion protein*] pośredniczy w fuzji z błoną cytoplazmatyczną i w tworzeniu charakterystycznych wielojądrazstych komórek olbrzymich (syncytiów). Na podstawie różnic antygenowych w białku G wyodrębniono 2 podtypy wirusa RSV – A oraz B [8, 10, 19].

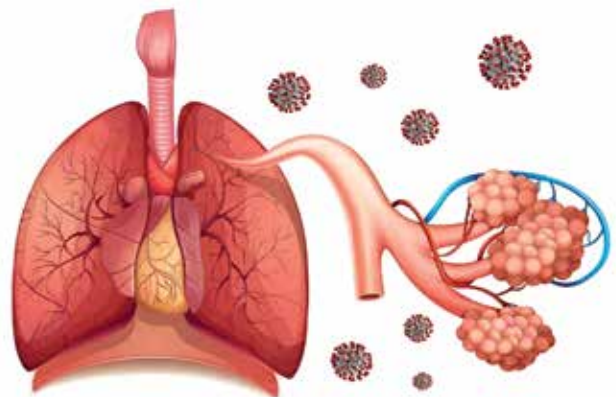
Objawy, obraz kliniczny

Symptomy zakażenia występują średnio w ciągu 4–6 dni od kontaktu z patogenem. W początkowej fazie proces chorobowy może przypominać klasyczne przeziębienie, któremu towarzyszą następujące objawy:

- katar,
- kaszel,
- kichanie,
- niewysoka gorączka,
- zmniejszony apetyt.

W przypadku pacjentów z czynnikami ryzyka szczególnie często dochodzi do rozwoju poważnych i potencjalnie zagrażających życiu następstw infekcji, w tym zapalenia oskrzelików oraz zapalenia płuc. Ma to związek z postępującą obturacją dróg oddechowych, która jest skutkiem obrzęku i uszkodzenia komórek nabłonkowych, a także nadmiernej produkcji gęstego śluzu. Pojawienie się objawów ogólnoustrojowych – hiperwentylacji, hipoksemii bądź sinicy – jest wskazaniem do niezwłocznej hospitalizacji [15, 20] (ryc. 2).

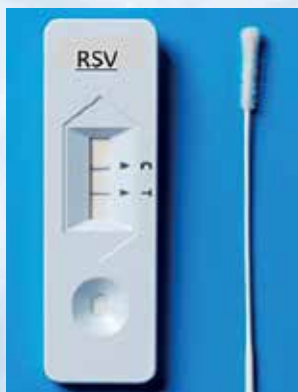
Ryc. 2. Drogi oddechowe a wirus.



Diagnostyka

Różnorodny przebieg zakażenia RSV utrudnia postawienie trafnej diagnozy wyłącznie w oparciu o manifestację objawów klinicznych. Z tego względu nastąpił dynamiczny rozwój metod diagnostycznych, które zostały wprowadzone do powszechnego użycia [4, 8]. Jednakże w procesie identyfikacji czynnika sprawczego infekcji nadrzędne znaczenie ma prawidłowe pobranie materiału klinicznego. W zakażeniach górnych dróg oddechowych są to wymazy, aspiraty bądź popłuczyny z nosogardzieli. W celu pobrania wymazów rekomenduje się korzystanie z jałowych wymazówek wiskozowych bądź nylonowych, nie zaleca się używania wymazówek alginianowych lub bawełnianych. W przypadku dolnych dróg oddechowych analizie poddawany jest płyn z płukania oskrzelowo-pęcherzykowego, pobrany aseptycznie, lub popłuczyny oskrzelowe [6]. Podstawę diagnostyki stanowią metody bezpośrednie, opierające się na wykrywaniu antygeny bądź materiału genetycznego wirusa. Rutynowo stosuje się testy immunochromatograficzne, czyli tzw. testy kasetkowe, identyfikujące

jące antygen wirusa, których zaletą jest krótki czas uzyskania wyniku. Osiągają one wysoką swoistość i zadowalającą czułość w grupie pacjentów pediatrycznych, natomiast u osób dorosłych, z uwagi na występowanie niższych mian wirusa w wydzielinie z nosogardzieli, czułość jest niedostateczna [4, 6, 8].



Fot. 1. Test antygenowy RSV.

Coraz większe znaczenie w codziennej diagnostyce wirusologicznej zyskują metody biologii molekularnej, wyróżniające się wyższą czułością w porównaniu z testami antygenowymi, lecz wymagające używania wysokospecjalistycznego sprzętu laboratoryjnego [6, 21]. Najczęściej do wykrywania materiału genetycznego stosuje się technikę PCR (ang. *polymerase chain reaction*) w czasie rzeczywistym (RT-PCR), do której należy również multiplex PCR, dająca możliwość detekcji kilku patogenów podczas jednej analizy, co znacznie skraca czas niezbędny do różnicowania zakażeń [22].

Inne metody takie jak sekwencjonowanie nowej generacji (NGS – ang. *Next Generation Sequencing*) lub sekwencjonowanie całego genomu (WGS – ang. *Whole Genom Sequencing*) nie znalazły zastosowania jako podstawowe narzędzie diagnostyczne. Najbliższa przyszłość niesie ze sobą nadzieję na wprowadzenie do użytku komercyjnego szybkich testów molekularnych, które umożliwią postawienie rozpoznania przy łóżku pacjenta [8].

W dalszym ciągu za tzw. „złoty standard” uważa się hodowlę wirusa, aczkolwiek nie jest ona powszechna, zważywszy na skomplikowaną procedurę i długi czas oczekiwania na wynik [6].

Leczenie

Ograniczenie transmisji RSV ma wielką wagę dla zdrowia publicznego ze względu na brak skutecznego leczenia przyczynowego. W placówkach medycznych korzysta się z wielu metod wspomagających terapię, do których zalicza się:

- nawadnianie,
- leki,
- wentylację mechaniczną,
- tlenoterapię.

W procesie terapeutycznym najczęściej aplikowane są preparaty przeciwgorączkowe, przeciwbólowe, mukolityczne oraz rozszerzające oskrzela. Rutynowo nie zaleca się stosowania antybiotyków, ich podaż jest zasadna, w przypadku gdy zostanie udowodniona koinfekcja bakteryjna, na przykład w postaci zapalenia ucha środkowego, zapalenia płuc bądź sepsy [8, 14–15, 20].

Szczepienia

Szczepienia to niezwykle efektywna forma ograniczania zakażeń RSV. Dotychczas w Unii Europejskiej zarejestrowano dwa preparaty przeznaczone do czynnego uodpornienia dorosłych. Są to wakcyny rekombinowane, zawierające jako antygen wirusowe białko F. Ochronne działanie jednej z nich zostało wzmocnione poprzez zastosowanie adiuwantu. Szczepionki podawane są jednorazowo, domięśniowo, obecnie nie ma wskazań do korzystania z dawek przypominających [23–24]. Udowodniono ich wysoką skuteczność, sięgającą 60–90% w zapobieganiu infekcjom tym patogenem oraz niwelowaniu objawów u osób powyżej 60. roku życia, również cierpiących na poważne schorzenia towarzyszące. Szczepionki charakteryzują się dobrym profilem bezpieczeństwa [25–26].

Istotnym aspektem są europejskie wskazania rejestracyjne jednego z preparatów do immunizacji kobiet między 24. a 36. tygodniem ciąży, co w konsekwencji umożliwi osiągnięcie biernej ochrony u niemowląt do 6. miesiąca życia, ze względu na przeżytkową transmisję przeciwciał w klasie IgG [24, 27].



W oparciu o Program Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2024, wakcyna przeciw RSV znajduje się na liście preparatów rekomendowanych dla osób powyżej 60. roku życia, zgodnie ze wskazaniami lekarza. Natomiast do chwili obecnej nie pojawiły się krajowe komunikaty dotyczące szczepień kobiet ciężarnych [28–29].

Immunizacja bierna

Wirus RSV stwarza wiele problemów dla opieki zdrowotnej, zatem współczesna medycyna poszukuje nowych rozwiązań, ograniczających transmisję wirusa, a tym samym powikłania. U dzieci z grup ryzyka szeroko stosowana jest immunoterapia, oparta na aplikacji humanizowanych przeciwciał monoklonalnych. W Polsce obowiązuje bezpłatny, w pełni finansowany z budżetu państwa, program profilaktyki, do którego mogą zostać włączeni

pacjenci, spełniający kryteria kwalifikacji przedstawione w tabeli 2. Zalecenia gwarantują podaż maksymalnie 5 dawek leku w sezonie infekcyjnym, domięśniowo, raz w miesiącu, w dawce 15 mg/kg. Całą serię immunizacji przeprowadza się jednokrotnie w ciągu życia. [30, 32]. Wykazano ich zadowalające działanie w zmniejszaniu częstości hospitalizacji u niemowląt urodzonych poniżej 35. tygodnia ciąży (55%) oraz u dzieci z chorobami serca (45%) [31].

W ostatnim czasie Europejska Agencja Leków wydała pozytywną opinię dotyczącą przeciwciała monoklonalnego o działaniu przedłużonym. Preparat wymaga podania pojedynczej dawki w okresie jesienno-zimowym i osiąga wysoką skuteczność w prewencji przed pobytem w szpitalu, oscyluje ona w granicach 74–90%. Niestety na razie lek nie jest dostępny w Polsce [32–33].

Tab. 2. Kryteria kwalifikacji do immunoterapii [30].

1. w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli 1 roku życia i urodzili się w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni,		
2. w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli 2 roku życia, pacjenci z dysplazją oskrzelowo-płucną,		
3. w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli 2 roku życia, pacjenci z hemodynamicznie istotną wadą serca oraz:		
– jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego	– umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym	– sinicznymi wadami serca, z przeskórnym utlenowaniem krwi tętnicznej utrzymującej się <90%
4. w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli 6 miesięcy życia i spełniają kryterium:		
– wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g		– wiek ciążowy 29–32 tygodni

Karmienie piersią

Najnowsze komunikaty wskazują na ponadprzeciętne znaczenie karmienia piersią w redukcji zakażeń dróg oddechowych u noworodków i niemowląt. Potwierdzono także spadek hospitalizacji do momentu ukończenia 1. roku życia, który sięga 70%, gdy mleko matki stanowi główne źródło pożywienia powyżej 4 miesięcy, a w przypadku konieczności zastosowania tlenoterapii, skraca czas jej trwania w stosunku do dzieci karmionych mlekiem modyfikowanym. Wynika to z obecności wielu cennych składników w kobiecym mleku m.in. przeciwwzapalnych, przeciwdrobnoustrojowych oraz immunomodulujących, w tym laktoferyny. Wymienione związki wpływają korzystnie na rozwój mikrobioty jelitowej, wykształcenie prawidłowej odporności organizmu oraz aktywację ochronnego działania nabłonka dróg oddechowych, a co więcej, zmniejszają produkcję chemokin prozapalnych [14].

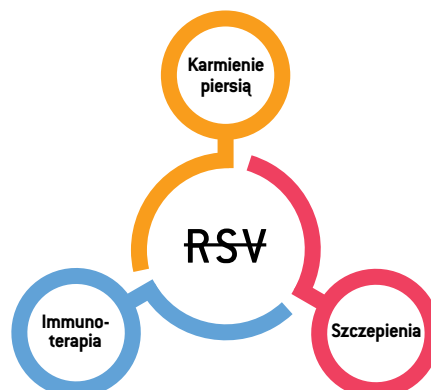
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca wyłączne karmienie piersią do 6. miesiąca życia oraz ordynuje kontynuację do 2. roku życia bądź dłużej przy jednoczesnym wprowadzaniu do diety pokarmów uzupełniających [34].

Podsumowanie

Wirus RSV jest patogenem wysoce zakaźnym, o dużym potencjale epidemicznym, który prowadzi do znacznej liczby hospitalizacji oraz nierzadko zgonu [35].

Co istotne, mimo rozszerzania kompleksowej strategii zapobiegania infekcjom, zmniejszenie zachorowań w skali globalnej nie jest proste [36] (Ryc. 3).

Ryc. 3. Kompleksowa strategia walki z RSV.



Ma to ścisły związek z deprecjacją szczepień przez prężnie działające ruchy antyszczepionkowe. Manipulacja oraz szerzenie dezinformacji sprzyjają utracie zaufania populacji do procedur medycznych, co ma znaczny wpływ na malejącą liczbę osób wyszczepionych. Powszechna akceptacja wakcyn jest kluczowa w zwalczaniu chorób zakaźnych, zatem niezwłocznie należy podjąć kroki, aby odwrócić ten niebezpieczny trend. Powinny one dotyczyć głównie edukacji społeczeństwa poprzez promowanie najnowszej wiedzy przez wykwalifikowany personel medyczny [37–38].

Z przeprowadzonych badań wynika, że szczepionki przeciwko RSV są skuteczne oraz bezpieczne, a korzyści wynikające z ich aplikacji znacznie przewyższają ryzyko związane z występowaniem działań niepożądanych [25].

Nie ulega wątpliwości, że integralną częścią metod profilaktycznych jest karmienie piersią, szczególnie istotne w początkowej fazie rozwoju dziecka. Mleko kobiece, ze względu na unikatowy skład, wykazuje szerokie działanie protekcyjne na pierwszych etapach życia, dlatego tak znamienne jest popularyzowanie tej formy żywienia [39]. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bergeron H.C., Tripp R.A., *Immunopathology of RSV: An Updated Review*, *Viruses*, 2021, 13(12), 2478., online: <https://doi.org/10.3390/v13122478> (dostęp: 12.03.2024).
- [2] Zuurbier R.P., Korsten K. i wsp., *Performance Assessment of a Rapid Molecular Respiratory Syncytial Virus Point-of-Care Test: a Prospective Community Study in Older Adults*. *J Infect Dis.*, 2022, 226 (1), 63–70.
- [3] Young M., Smitherman L., *Socioeconomic Impact of RSV Hospitalization*, *Infect Dis Ther.*, 2021, 10(1), 35–45.
- [4] Reis J., Shaman J., *Retrospective Parameter Estimation and Forecast of Respiratory Syncytial Virus in the United States*, *PLoS Comput Biol.*, 2016,12(10).
- [5] <https://www.cdc.gov/rsv/about/transmission.html> (dostęp: 12.03.2024).
- [6] Wróblewska M., Dzieciatkowski T., *Choroby wirusowe w praktyce klinicznej*, PZWL, 2021, 45–61.
- [7] Yu J., Liu C. i wsp., *Respiratory Syncytial Virus Seasonality, Beijing, China, 2007–2015*, *Emerging Infectious Diseases*, 2019, 25(6), 1127–1135.
- [8] Griffiths C., Drews SJ. i wsp., *Respiratory Syncytial Virus: Infection, Detection, and New Options for Prevention and Treatment*, *Clin Microbiol Rev* 30, 2017, online: <https://doi.org/10.1128/cmr.00010-16> (dostęp: 13.03.2024).
- [9] Stobbelaar K., Mangodt T.C. i wsp., *Risk Factors Associated with Severe RSV Infection in Infants: What Is the Role of Viral Co-Infections?*, 2023, *Microbiol Spectr*, 11, online: <https://doi.org/10.1128/spectrum.04368-22> (dostęp: 13.03.2024).
- [10] Vandini S., Biagi C. i wsp., *Respiratory Syncytial Virus: The Influence of Serotype and Genotype Variability on Clinical Course of Infection*, *Int. J. Mol. Sci.* 2017, 18, 1717.
- [11] Anderson N., Binnicker M. i wsp., *Morbidity and mortality among patients with respiratory syncytial virus infection: a 2-year retrospective review*, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 2016, 85(3), 367–371.
- [12] <https://www.termedia.pl/poz/RSV-niebezpieczny-nie-tylko-dla-dzieci,54914.html> (dostęp: 13.03.2024).
- [13] aOsei-Yeboah R, Spreeuwenberg P. i wsp., *Estimation of the Number of Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalizations in Adults in the European Union*, 2023, 228(11), 1539–1548.
- [14] Jang MJ., Kim YJ. i wsp., *Positive association of breastfeeding on respiratory syncytial virus infection in hospitalized infants: a multicenter retrospective study*, *Clin Exp Pediatr.*, 2020, 63(4),135–140.
- [15] Gatt D., Martin I. i wsp., *Prevention and Treatment Strategies for Respiratory Syncytial Virus (RSV)*, *Pathogens*, 2023, 12(2),154.
- [16] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2023 r. w sprawie zakażeń wirusem syncytialnym układu oddechowego (RSV), *Dz.U.*, 2023, poz. 354.
- [17] https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/INF_23_12B.pdf (dostęp:15.03.2024).
- [18] https://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2024/INF_24_02B.pdf (dostęp:15.03.2024).
- [19] <https://www.czytelniamedyczna.pl/2093,immunopatologia-zakazenia-wirusem-rs.html> (dostęp: 15.03.2024).
- [20] <https://www.cdc.gov/rsv/about/symptoms.html> (dostęp: 16.03.2024).
- [21] Allen K., Chommanard C. i wsp., *Respiratory syncytial virus testing capabilities and practices among National Respiratory and Enteric Virus Surveillance System Laboratories*, United States, 2016, *Journal of Clinical Virology*, 2018, v107, 48–51.
- [22] Ziyade N., Elgörmüş N. i wsp., *Investigation of viral respiratory tract infection agents by multiplex PCR method in autopsy cases: a five-year study*, *Mikrobiyol Bul.*, 2019, 53(2),179–191.
- [23] https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/arexvy-epar-medicine-overview_en.pdf (dostęp: 17.03.2024).
- [24] https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/abrysv-epar-medicine-overview_pl.pdf (dostęp:17.03.2024).
- [25] Walsh EE, Pérez Marc G., i wsp., *Efficacy and safety of a bivalent RSV prefusion F vaccine in older adults*, *N Engl J Med*, 2023, 388,1465–1477.
- [26] Papi A., Landley J. i wsp., *Respiratory Syncytial Virus prefusion F protein vaccine in older adults*, *N Engl J Med* 2023; 388: 595–608.
- [27] Mazur N., Horsley N. i wsp., *Breast Milk Prefusion F Immunoglobulin G as a Correlate of Protection Against Respiratory Syncytial Virus Acute Respiratory Illness*, *The Journal of Infectious Diseases*, 2019, v219(1), 59–67.
- [28] <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/07/35-polpasiec-RSV.pdf> (dostęp: 18.03.2024).
- [29] <https://www.gov.pl/web/pse-przasnysz/program-szczepien-ochronnych-na-rok-2024> (dostęp: 18.03.2024).
- [30] <https://www.koalicjadlawczesniaka.pl/kryteria-kwalifikacji-do-programu-profilaktyki-zakazen-rsv-i-lista-osrodkow-realizujacych-program/> (dostęp: 19.03.2024).
- [31] Zylbersztejn A., Almossawi O. i wsp., *Access to palivizumab among children at high risk of respiratory syncytial virus complications in English hospitals*, *British journal of clinical pharmacology*, 88(3), 1246–1257.
- [32] <https://www.termedia.pl/pulmonologia/Nirsevimab-z-pozytywna-opinia-EMA-w-zapobieganiu-RSV-u-niemowlat,48579.html> (dost. 21.03.2024).
- [33] Drysdale S.B., Cathie K. i wsp., *Nirsevimab for Prevention of Hospitalizations Due to RSV in Infants*, *The New England journal of medicine*, 389(26), 2425–2435.
- [34] https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1 (dostęp: 23.03.2024).
- [35] Zven S., Dorr,M. i wsp., *Predicting the RSV Surge: Pediatric RSV Patterns of the COVID Pandemic*, *The Pediatric infectious disease journal*, 42(9), 349–351.
- [36] Zheng Z., Weinberger D.M. i wsp., *Predicted effectiveness of vaccines and extended half-life monoclonal antibodies against RSV hospitalizations in children*, *NPI vaccines*, 7(1), 127.
- [37] <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaka-jest-liczba-uchylen-szczepien-obowiazkowych/> (dostęp: 25.03.2024).
- [38] Czajka H., *Dlaczego szczepienia ochronne są nadal potrzebne?*, *Dev PeriodMed.*, 2018, 22(2), 171–178.
- [39] Dixon D.L., *The Role of Human Milk Immunomodulators in Protecting Against Viral Bronchiolitis and Development of Chronic Wheezing Illness*, *Children (Basel)*, 2015, 2(3), 289–304.



● mgr Anna Drązkiewicz
Regionalne Centrum
Naukowo-Technologiczne
w Podzamczu



● mgr Katarzyna Tomas
Regionalne Centrum
Naukowo-Technologiczne
w Podzamczu



BIOBANKOWANIE KOMÓREK MACIERZYSTYCH KRWI PĘPOWINOWEJ

Na świecie istnieje kilkadziesiąt publicznych banków komórek macierzystych, z czego w województwie świętokrzyskim przy Regionalnym Centrum Naukowo-Technologicznym w Podzamczu funkcjonuje Publiczny Bank Komórek Macierzystych [1]. Głównym celem przechowywania donacji w bankach jest zwiększenie puli preparatów komórek macierzystych ogólnodostępnych, z których mogą skorzystać pacjenci niespokrewnieni z chorobami m.in. onkologicznymi i hematologicznymi. Część preparatów jest również przeznaczona na badania naukowe w celu poszukiwania skutecznych terapii na kolejne schorzenia. Krew pępowinowa (UCB) uważana jest za cenne potencjalne źródło krwiotwórczych komórek macierzystych i progenitorowych. Komórki macierzyste, pozyskiwane z krwi pępowinowej mają większy potencjał proliferacyjny, są mniej dojrzałe i mniej ukierunkowane w porównaniu z komórkami szpiku czy krwi obwodowej [2].

Wstęp

Międzynarodowe rejestry liczą ponad 37 mln potencjalnych dawców szpiku, z czego w Polsce 1,9 mln dawców, jednakże głównym problemem jest to, że często nie udaje się znaleźć odpowiedniego dawcy i odpowiedniego materiału przeszczepowego dla około 40% ludzi chorych. Krew pępowinowa jest to alternatywne źródło krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM), które mogą zostać wykorzystane w czasie przeszczepów allogenicznych oraz autologicznych [3, 4]. Na całym świecie istnieje kilkadziesiąt publicznych banków krwi pępowinowej (Ryc. 1) [1]. Ponieważ finansowanie publicznych banków jest w większości niewystarczające, banki nie są w stanie przyjmować nieograniczonych ilości materiału biologicznego. Z drugiej strony obserwujemy niską świadomość wśród przyszłych rodziców jeśli chodzi o możliwość publicznego biobankowania krwi pępowinowej [2].



Ryc. 1. Kryteria kwalifikacji do immunoterapii [30].

Krew pępowinowa- źródło komórek macierzystych

Krew pępowinowa pozyskiwana jest po porodzie z łożyska płodowego poprzez nakłucie tętnicy pępowinowej, stanowi materiał odpadowy. Krew pępowinowa jest bogatym źródłem hematopoetycznych komórek macierzystych (HSC) oraz hematopoetycznych komórek progenitorowych. Komórki te stanowią 0,02–1,42% całkowitej liczby komórek. Poza wymienionymi komórkami występują również komórki niekrwiotwórcze, wśród nich najliczniejszą grupę stanowią mezenchymalne komórki macierzyste (MSCs), które po przeszczepie w organizmie biorców mogą różnicować się w różne typy komórek: osteocyty, chondrocyty, komórki mięśniowe oraz adipocyty [5].

Komórki macierzyste, które pozyskane są z krwi pępowinowej w porównaniu z komórkami szpiku czy krwi obwodowej charakteryzują się tym, że mają większy potencjał proliferacyjny a co za tym idzie, są mniej dojrzałe i mniej ukierunkowane, mają dłuższe telomery, możliwe jest prowadzenie dłuższej hodowli komórkowej w celu namnożenia i różnicowania pozaustrojowego. Krew pępowinowa potencjalnie stanowi nieograniczone źródło komórek macierzystych dzięki czemu mają przewagę nad komórkami macierzystymi pozyskiwanymi z innych źródeł, dodatkowo mogą być pozyskiwane teoretycznie podczas każdego porodu, przy wszystkich typach porodu (cesarskie cięcie, naturalny, pojedynczy, mnogi) pod warunkiem, że nie istnieją inne przeciwwskazania. Ostateczną decyzję o kwalifikacji pacjentki do oddania krwi pępowinowej podejmuje lekarz obecny przy porodzie, a pozyskanie materiału przeprowadza wykwalifikowany i przeszkolony personel medyczny. Proces preparatyki i przechowywania preparatów komórek macierzystych z KP jest względnie prosty, pozyskiwanie krwi pępowinowej jest zabiegiem bezpiecznym i nieinwazyjnym zarówno dla matki jak i dziecka, po przeszczepieniu UCB występuje mniejsze ryzyko wystąpienia infekcji oraz rzadziej dochodzi do reakcji „przeszczep przeciw gospodarzowi” (GvHD) [6, 7]. Pobrana krew pępowinowa jest następnie odpowiednio zabezpieczana i przygotowywana do transportu, który powinien odbyć się w ciągu kilku godzin od pobrania. Dopuszczalny maksymalny czas od momentu pozyskania do zamrożenia preparatu wynosi 72h. Czas jest kluczowy do zachowania wysokiej liczby żywotności komórek macierzystych, a co za tym idzie ich wartości terapeutycznej [6, 7].



W 1996 roku Wagner i wsp. przedstawili dowody na to, że zamrożona porcja krwi pępowinowej zawiera liczbę komórek macierzystych wystarczającą do repopulacji szpiku biorcy. Kriokonserwowana krew pępowinowa od dawców dopasowanych pod względem HLA i niedopasowanych niespokrewnionych dawców jest wystarczającym źródłem przeszczepialnych hematopoetycznych komórek macierzystych z wysokim prawdopodobieństwem wszczepienia od dawcy i niskim ryzykiem opornej na leczenie ostrej choroby przeszczepiennej przeciwko gospodarzowi [4]. W 1988 roku w Paryżu dokonano pierwszego przeszczepu krwi pępowinowej u chłopca chorego na anemię typu Fanconiego. Po kilku dniach od transplantacji we krwi chorego pojawiły się krwinki pochodzące z wszczepionych komórek dawcy – siostry chłopca. Pierwszą allogeniczną transplantację zamrożonej i przechowywanej krwi pępowinowej przeprowadzono w 1993 roku [8].

Komórki macierzyste wykorzystywane są do leczenia wielu chorób, m.in. onkologicznych, hematologicznych, niehematologicznych, należą do nich m.in.: w leczeniu zespołów mielodysplastycznych, chorób nowotworowych układu krwiotwórczego: białaczek i chłoniaków; anemii aplastycznej; β -talasemii, pierwotnego niedoboru odporności, cukrzycy, autyzmu, utraty słuchu; dziedzicznych chorób metabolicznych; chorób układu krążenia; toczenia rumieniowatego, chorób neurodegeneracyjnych, urazów ortopedycznych [5].

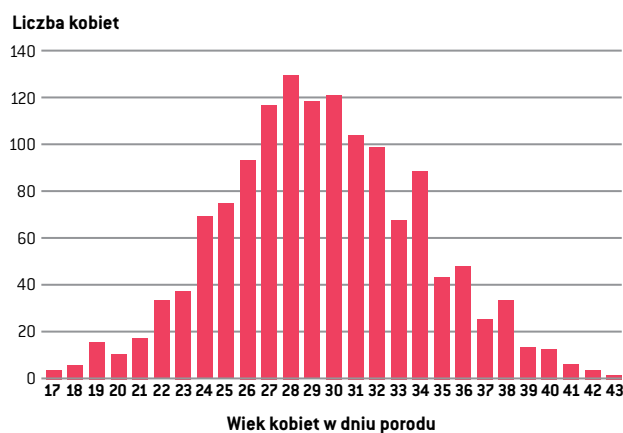
Proces preparatyki krwi pępowinowej

Proces preparatyki krwi pępowinowej zaczyna się w momencie przyjęcia zestawu do banku. W zależności od instytucji poszczególne etapy bądź wykorzystywane materiały oraz odczynniki mogą się różnić. Po rejestracji, weryfikacji temperatury transportu, odpowiednim oznakowaniu materiału zgodnym ze standardem ISBT 128 oraz ocenie dokumentów jest możliwe zakwalifikowanie krwi do dalszych etapów. W dalszej kolejności materiał jest poddawany procesom mającym na celu redukcję jego objętości i przygotowanie do zamrożenia w parach ciekłego azotu. Przed poddaniem krioprezerwacji każda jednostka krwi musi zostać przebadana – badania morfologiczne, cytometryczne, badania wirusologiczne, mikrobiologiczne, ostatnim etapem po określeniu antygenów zgodności tkankowej HLA i grupy krwi jest zgłoszenie danych próbki do rejestru bazy prowadzonej przez POLTRANSPLANT. Przekazanie krwi do banku publicznego na cele społeczne oznacza zrzeczenie się do niej praw, jej dysponentem zostaje POLTRANSPLANT. Część z preparatów jest w pełni zakwalifikowana, posiadają komplet badań łącznie z badaniem zgodności tkankowej HLA-takie preparaty zgłaszane są do POLTRANSPLANTU, niektóre z preparatów oczekują na wyniki wszystkich badań. Materiał przechowywany jest w zbiornikach kriogenicznych, w parach ciekłego azotu (-196°C) do momentu pojawienia się informacji o zapotrzebowaniu na komórki macierzyste o odpowiadającej zgodności tkankowej. Preparaty komórek macierzystych teoretycznie można przechowywać bezterminowo w temperaturze -196°C . Praktycznie potwierdzono dobrą jakość krwi pępowinowej po rozmrożeniu po 29 latach przechowywania [9].

Publiczny Bank Komórek Macierzystych w Podzamczu

W 2014 roku w województwie świętokrzyskim w Podzamczu w Regionalnym Centrum Naukowo-Technologicznym otwarto pierwszy w Polsce Publiczny Bank Komórek Macierzystych. Projekt ten powstał w odpowiedzi na Rezolucję Parlamentu Europejskiego w/s krwi pępowinowej. Publiczny Bank Komórek Macierzystych w Podzamczu współpracuje ze szpitalami oraz szkołami rodzenia w województwie świętokrzyskim. W ramach działalności Publicznego Banku Komórek Macierzystych w Podzamczu od 2014 roku pozyskano 1394 porcji krwi pępowinowej. W Publicznym Banku Komórek Macierzystych w Podzamczu zamrożonych w ciekłym azocie jest 1107 preparatów komórek macierzystych. Większość porodów, podczas których pozyskano krew pępowinową do Publicznego Banku Komórek Macierzystych w Podzamczu, odbyła się drogami natury: 852, znaczną ilość stanowiły również porody przez cesarskie cięcie, tj. 415, najmniej odnotowano porodów zabiegowych – 11, w przypadku 116 porodów nie uzyskano informacji na temat rodzaju. Najwięcej kobiet, które zdecydowały się na przekazanie krwi do Publicznego Banku Komórek Macierzystych w Podzamczu rodziła dziecko w wieku 26–28 lat, dokładne dane przedstawiono na wykresie (Ryc. 2). Jak wynika z zebranych danych, biorąc pod uwagę płeć narodzonych dzieci, większość stanowiła płeć męska, tj. 705 noworodków, natomiast noworodków płci żeńskiej było 658, w przypadku 30 nie uzyskano informacji odnośnie płci. Jak wskazują dane, najwięcej dzieci urodziło się w 39. tygodniu ciąży, w tabeli [Tab. 1] przedstawiono liczbę porodów – w odniesieniu do tygodnia ciąży.

Ryc. 2. Wykres przedstawiający liczbę kobiet w odniesieniu do wieku w jakim rodziły dziecko.



Tab. 1. Liczba porodów w odniesieniu do tygodnia ciąży.

Tydzień ciąży	35	35,5	36	36,5	37	37,5	38	38,5	39	39,5	40	40,5	41	41,5	42	brak danych
Liczba porodów	1	1	9	1	62	10	211	29	483	38	418	39	73	5	4	10

Publiczny Bank Komórek Macierzystych w RCNT prowadzi również działania edukacyjne, aby zwiększyć świadomość społeczną na temat znaczenia komórek macierzystych, procesów ich pobierania, przechowywania i potencjalnych zastosowań terapeutycznych.

Podsumowanie

Publiczne banki komórek macierzystych stanowią doskonałą alternatywę dla banków prywatnych ponieważ znacząco wpływają na powiększenie zasobów krwi pępowinowej w Polsce i na świecie, a co za tym idzie, wzrost liczby przeszczepień komórek macierzystych. Wśród społeczeństwa obserwuje się niską świadomość na temat biobankowania krwi pępowinowej, w związku z czym wskazane jest, aby wiedza na ten temat była przekazywana przez personel medyczny w gabinetach lekarskich oraz szkołach rodzenia w celu zwiększenia świadomości rodziców na temat oddania krwi pępowinowej podczas porodu oraz możliwości wykorzystania komórek macierzystych krwi pępowinowej [2]. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] <https://parentsguidecordblood.org/en/public-banking>.
- [2] Waller-Wise R., *Umbilical Cord Blood Banking: An Update For Childbirth Educators*.
- [3] <https://www.szpik.info/>.
- [4] Stolarek M., Myśliwski A., *Komórki macierzyste krwi pępowinowej*, Akademia Medyczna w Gdańsku, *Postępy Biologii Komórki*, t. 32, 2005, nr 2, s. 375–390.
- [5] Bielec B., Stojko R., *Komórki macierzyste krwi pępowinowej – zastosowanie terapeutyczne*, *Postępy Hig Med Dosw* (online), 2015; 69: 853–863.
- [6] Lachert E., Płodzich A., *Bankowanie krwi pępowinowej w Europie i na świecie w świetle doniesień prezentowanych na 23. Zjeździe Międzynarodowego Towarzystwa Przetaczania Krwi w Amsterdamie*, *Journal of Transfusion Medicine* 2013, tom 6, nr 3, 96–100, 2013, Via Medica.
- [7] Cohen Y., Nagler A., *Cord blood biology and transplantation*. *Isr Med Assoc J* 2004; 6: 3946.
- [8] Gluckman E., Rocha V.: *Cord blood transplantation: state of the art*. *Haematologica*, 2009; 94 (4): 451–54.
- [9] Liedtke S., Többen S., Gressmann H., Meyer A., E Verde P., Gluckman E., Gesine K.: *Long-term stability of cord blood units after 29 years of cryopreservation: follow-up data from the José Carreras Cord Blood Bank*.



● Ewa
Brzezińska

ETYKA ZAWODOWA

Diaagnosta laboratoryjny ma obowiązek wykonywać zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej.

My, diagności laboratoryjni należymy do społeczności wykonującej zawód zaufania publicznego, a to zobowiązuje do przestrzegania etyki zawodowej, czyli norm wyznaczających określone obowiązki moralne związane z wykonywanym zawodem i społecznymi stosunkami zawodowymi.

Jesteśmy zobowiązani do właściwego kształtowania w odbiorze społecznym wizerunku i autorytetu osób wykonujących nasz zawód oraz samorządu. Spoczywa na nas duża odpowiedzialność; zostaliśmy obdarzeni zaufaniem społecznym.

Zachęcamy do kontaktu z Komisją ds. Etyki: etyka@kidl.org.pl

Prosimy o zadawanie pytań dotyczących wątpliwości z dziedziny etyki w codziennym wykonywaniu zawodu diaagnosty laboratoryjnego.

Ewa Brzezińska

Członek Prezydium KRDL, Przewodnicząca Komisji ds. Etyki

E-mail: e.brzezinska@kidl.org.pl

Komisja ds. Etyki przy Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych przekazuje do wiadomości w oparciu o § 30 Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego dalej „Kodeks Etyki” oraz w związku z zadawanymi przez diagnostów laboratoryjnych pytaniami dotyczącymi praktyki zawodowej i obowiązków samorządowych diagnosty laboratoryjnego przygotowała i przyjęła stanowiska, które ze względu na swój uniwersalny charakter winny być upowszechnione. Stanowiska Komisji do spraw Etyki mają odniesienie do przepisów ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280) oraz obowiązujących uchwałach Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

I. Stanowisko Komisji do spraw Etyki odnośnie do obowiązku opłacania składek samorządowych

Komisja do spraw Etyki przy Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych przypomina, że regularne opłacanie składki członkowskiej przez diagnostów laboratoryjnych jest ustawowym obowiązkiem wszystkich członków samorządu zawodowego. Zgodnie z art. 99 w zw. z art. 88 pkt 11 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej w związku z Uchwałą nr 81/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 maja 2023 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, która weszła w życie 1 lipca 2023 r., diaagnosta laboratoryjny jest obowiązany do przestrzegania uchwał samorządu oraz regularnego uiszczania składek członkowskich.

Komisja do spraw Etyki wskazuje, że składki członkowskie diagnostów laboratoryjnych stanowią kluczowe źródło finansowania działalności samorządu zawodowego, gwarantujące jego niezależność ustawową i organizacyjną od innych instytucji. Jako diagności musimy pamiętać, że składki członkowskie umożliwiają nam samodzielne rozstrzygnięcie, w określonych przepisami granicach, o naszych sprawach. Ustawa o medycynie laboratoryjnej przekazała nam wiele zadań publicznych, których realizacja musi być finansowana przez nas – diagnostów laboratoryjnych. Prawidłowe funkcjonowanie samorządu diagnostów ma znaczenie dla sprawowania pieczy nad wysokimi standardami merytorycznymi i etycznymi naszego zawodu, co z kolei wiąże się z gwarancjami należytego wykonywania zawodu zaufania publicznego.

Nieterminowe opłacanie składek podlega nie tylko egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, ale stanowić może także przewinienie dyscyplinarne.

II. Stanowisko Komisji do spraw Etyki odnośnie do przestrzegania Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego

Diagnosta laboratoryjny ma obowiązek wykonywać swoje zadania z sumiennością i rzetelnością, zgodnie z najlepszą wiedzą, z prawem i prawami pacjenta oraz zasadami etyki zawodowej, w tym przede wszystkim z normami zawartymi w ustawie o medycynie laboratoryjnej oraz Kodeksie Etyki Diagnosty Laboratoryjnego oraz zasadami utrwalonymi w tradycji zawodów medycznych. Zgodnie z postanowieniami Kodeksu Etyki, zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem zaufania publicznego, a jego przedstawiciele winni stawiać sobie wysokie wymagania moralne i zawodowe.

Komisja do spraw Etyki przypomina, że diagnosta laboratoryjny winien wykonywać swoje obowiązki zawodowe zgodnie z przyjętymi uniwersalnymi normami etycznymi. Zgodnie bowiem z § 29 Kodeksu Etyki jest on zbiorem podstawowych norm etycznych, którymi powinien kierować się diagnosta. Kodeks stanowi podstawę kształtowania naszych postaw i aktywności zawodowej.

Na podstawie § 30 Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego władze samorządu zawodowego sprawują pieczę nad przestrzeganiem zasad Kodeksu Etyki przez wszystkich diagnostów laboratoryjnych.

Dodatkowo Komisja do spraw Etyki przypomina, że zgodnie z § 8 Kodeksu Etyki, osoby pełniące funkcje z wyboru w organach samorządu zawodowego powinny stanowić wzór postawy etycznej. Powinny one przedkładać interes środowiska diagnostów laboratoryjnych ponad szeroko rozumiany interes osobisty. Postulat ten koresponduje z § 24 Kodeksu Etyki, zgodnie z którym diagności laboratoryjni solidarnie i rzetelnie wspierają działalność swojego samorządu, zaś krytykę działań samorządu diagnosta laboratoryjny przeprowadza najpierw w środowisku diagnostów laboratoryjnych.

Etyka zawodu diagnosty laboratoryjnego objawiać się powinna w postawach poszczególnych członków i członkiń naszego samorządu. Postawy diagnostów laboratoryjnych, w tym zaangażowanych w działalność samorządu zawodowego oddziałują w istotny sposób na społeczne postrzeganie naszej profesji.

III. Stanowisko Komisji do spraw Etyki odnośnie do tajemnicy zawodowej

Jedną z kluczowych zasad zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód diagnosty laboratoryjnego, jest obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. Przypominamy, że każdy z nas ma obowiązek

zachować w tajemnicy wszystkie informacje uzyskane w związku z przeprowadzonymi badaniami laboratoryjnymi. Z zachowaniem tajemnicy wiąże się również obowiązek zabezpieczenia dokumentacji medycznej przed jakimkolwiek dostępem osób nieuprawnionych. Przypominamy również, że wyniki badań laboratoryjnych pozostają w dyspozycji osoby, której dotyczą lub jej przedstawiciela ustawowego.

Naruszenie tajemnicy zawodowej przez diagnostę laboratoryjnego może być podstawą do wszczęcia odpowiedzialności dyscyplinarnej, ale może się również wiązać z odpowiedzialnością cywilną i karną. ●



Wyjaśnienie

Szanowni Państwo,

W wydaniu nr 2 (74) z czerwca 2024 kwartalnika „Diagnosta Laboratoryjny” Rok XXII, jako firma Marcel S.A. opublikowaliśmy reklamę zatytułowaną „Kodujemy Przyszłość Diagnostyki” w której przedstawiliśmy pełen zakres naszych produktów i usług.

Jedną z naszych usług dodatkowych, którą prezentowaliśmy, a mianowicie „Centralna Zdalna Autoryzacja dla Diagnostów”, zmieniła obecnie nazwę na „Centralne Zarządzanie Autoryzacją”, która lepiej odzwierciedla pełną funkcjonalność tej usługi.

Rozwiązanie to umożliwia zdalny podgląd realizacji zleceń w innych placówkach tej samej organizacji oraz zarządzania nimi, np. w razie potrzeby przekierowania badań do placówek, które są mniej obciążone realizacją badań lub wzmocnienia kadry diagnostów w laboratorium obciążonym. Dzięki temu rozwiązaniu administrator modułu ma możliwość usprawnienia pracy w sieci laboratoriów.

Z poważaniem,

Ewa Klejnowska-Rasala
Prezes Zarządu Marcel S.A.

MARCEL S.A.
ul. Prymasa Śl. Wyszyńskiego 11,
05-220 Zielonka

KRS: 0000589107
NP: 113-00-10-546
REGON: 011570536

Tel.: +48 22 490 95 30
Fax: +48 22 771 01 91
E-mail: biuro@marcel.pl
www.marcel.pl



Drodzy Diagnostyce Laboratoryjni
Drodzy Studenci
Szanowni Państwo

Byłem u Ciebie w te dni przedostatnie
Nie docieczonego wątku
– Pełne jak Mit,
Blade, jak świt...
– Gdy życia koniec szepce do początku:
„Nie stargam Cię ja – nie! – Ja,
u y d a t n i e !...”

Cyprian Kamil Norwid, „Fortepian Chopina”

Retrospektywne spojrzenie (2)

Tak zaczęła się moja przygoda, a może mój romans z diagnostyką laboratoryjną. W moim życiu było wiele zdarzeń losowych, pragnąłem studiować psychologię na Uniwersytecie Jagiellońskim, w końcu w wyniku wielu zawirowań wyłądownałem na wydziale farmacji we Wrocławiu w 1968 roku. Swoje zdolności organizacyjne i zdobytą wiedzę humanistyczną wykorzystałem w odmiennej rzeczywistości, którą z trudem zaakceptowałem i przyswoiłem za swoją. Moja otwartość i strategia, że nie warto być nieobecnym, skoro życie daje czas i przestrzeń by powiedzieć swoje i pociągnąć podobnie czujących, myślących i pragnących przeżywać swój czas we wspólnocie studenckiej (obozu studenckie, naukowe, turystyczne a nawet obozy kabaretowe z własnym zespołem „Antabus” w Łagowie i w Myczkowcach pod Soliną, a także ogólnopolskie obozy rehabilitacyjne dla studentów pod patronatem ministra szkolnictwa wyższego z inspiracji Wrocławskiego Zrzeszenia Studentów Polskich, gdzie pełniłem funkcję przewodniczącego Komisji Ekonomicznej Rady Okręgowej we Wrocławiu). Największy obóz rehabilitacyjny dla studentów o profilu narządów ruchu i kardiologicznym dla 400 studentów i 50 osób kadry medycznej prowadziłem w Krynicy Morskiej. Po uzyskaniu dyplomu magistra farmacji prof. Wanda Dobroszycka zaproponowała mi pracę w swojej katedrze biochemii farmaceutycznej a potem studia doktoranckie na Wydziale Politechniki Wrocławskiej. Promotorem mojej pracy doktorskiej była Pani prof. Wanda Dobroszycka, człowiek o wysokiej kulturze, humanista, poeta o której prof. Aleksander Koj ówczesny Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego z okazji benefisu „Mistrz i Uczniowie” zatytułował w przesłanym liście

gratulacyjnym „Pierwsza Dama biochemii polskiej”, który osobiście zorganizowałem na jej cześć, jako przewodniczący Wrocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Wspomnę jeszcze jeden ważny szczegół gdy w 1968 roku przyjechałem do Wrocławia i zamieszkałem w ogrodzie roślin leczniczych u prof. Józefa Mądalskiego, było to środowisko naukowe profesorów wywodzących się z Uniwersytetu Jana Kazimierza ze Lwowa, którzy pracowali w tym czasie na uczelniach Wrocławskich. Poznałem niesamowity klimat intelektualny, kulturalny i patriotyczny (może to kiedyś opiszę). Po dysertacji doktorskiej zostałem zatrudniony w Zakładzie Analityki Medycznej Wydziału Farmacji kierowanym przez prof. Michała Masiaka.

Tak więc zetknąłem się bezpośrednio ze studentami kierunku analityki medycznej. Niezwykle owocnie wspominam ten czas. Przede wszystkim, że wówczas studenci posiadali głębokie zrozumienie wyboru kierunku studiów i doceniali własny wybór tego kierunku. Było to pełne zrozumienie sensu pochtaniania wiedzy medycyny laboratoryjnej pogłębiającą diagnostycznie medycynę kliniczną. Sprzyjał temu jeszcze jeden fakt, byłem wówczas mianowany przez Radę Wydziału Farmacji opiekunem IV bądź V roku analityki medycznej. Miałem stąd możliwość ekskatedra do studentów gdzie oprócz tematów bieżących poruszaliśmy tematy zawodowe. Wykorzystałem swoją pozycję jako członek rady wydziału ale też jako przewodniczący wrocławskiego oddziału PTDL gdzie mogłem na bieżąco informować studentów o różnych działaniach odnośnie uregulowania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Również zwróciłem się do moich przyjaciół prawników z okresu mojej działalności w ZSP o dokonanie analizy formalno-prawnej absolwentów tego kierunku. Wówczas magistrom analityki medycznej przysługiwał tytuł zawodowy „laborant” umieszczony w taryfikatorze systemu ochrony zdrowia. Wtedy na spotkaniach starostów lat podjęliśmy działania wymuszające by Rada wydziału farmacji spowodowała formalizację rozwiązań prawnych dla zawodu i samorządu o które walczył już OKOIDL. Był jednak opór materii biznesowej bo niektórzy członkowie rady wydziału (szczególnie farmaceuci) mieli dodatkową działalność zawodową (w tym czasie następowała prywatyzacja aptek), byli niechętni wsparcia uchwały. Poniżej zamieszczam skrót pisma studentów do Rady Wydziału Akademii Medycznej we Wrocławiu 8 XII 1994 roku.

Podjęliśmy studia na tutejszym Oddziale Analityki Medycznej we Wrocławiu, myśląc i marząc o celach, zadaniach zawodowych spełnianych dla człowieka w cierpieniu i w trosce o zachowanie zdrowia.

Uczelnia przygotowuje zawodowo absolwentów i my w tym zaangażowaniu uczestniczymy i ku temu dążymy. Pomimo, że studia nasze kończymy pracami dyplomowymi, magisterskimi co wskazywałoby na charakter przygotowania do pracy badawczej, to jednak studia te, podobnie jak na kierunkach innych naszej uczelni, mają charakter zawodowy.

Nasze studia, które kontynuujemy, nie tylko że nie gwarantują nam zawodu wykonywanego w obrębie Służby Zdrowia ale także

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

czynią nas w dążeniu do zatrudnienia konkurentami innych grup absolwentów przygotowywanych dla innych zawodów. Taka sytuacja w naszym odczuciu wynika z braku dopełnienia przez Uczelnię zapisu formalnego, iż uprawnienia do analityka medycznego lub diagnosty laboratoryjnego uzyskuje się po odbytych rocznym stażu w Jednostkach Służby Zdrowia w okresie 5 lat od ukończenia studiów na tym kierunku. Uniemożliwiłby taki zapis, równorzędne traktowanie a często uprzywilejowanie innych absolwentów szukających zatrudnienia a nie przygotowanych w tym zakresie, jak czyni to Nasz Kierunek. W naszym odczuciu Rada Wydziału przez starania o regulacje formalnego zapisu w taryfikatorze zawodów RP, może określić także warunki uzyskiwania uprawnień do wykonywania naszego zawodu, a taki zapis uczyniłby nas równorzędnymi w zakresie uprawnień do wykonywania zawodu, jak to ma miejsce w przypadku: lekarzy stomatologów, lekarzy ogólnych, magistrów farmacji [...].

Pod apelem podpisało się 117 studentów na ogólną liczbę 136 aktualnie studiujących na oddziale AM.

Dopiero po dwóch latach pod wpływem wielokrotnego nacisku studentów kierunku analityki medycznej we Wrocławiu Rada Wydziału podjęła uchwałę:

**UCHWAŁA RADY WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO
AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU PODJĘTA
NA POSIEDZENIU W DNIU 10 PAŹDZIERNIKA 1996 ROKU**

Od lat kilku studenci i absolwenci Oddziału Analityki Medycznej kierują do Rady Wydziału pytania i wątpliwości. Dotyczą one braku regulacji prawnej odnoszącej się do ich przyszłego zatrudnienia i wykonywania zawodu. Dlatego uważamy za stosowne zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i sejmowej Komisji Zdrowia przy sejmie RP z apelem o rozwiązanie problemów wcześniej sygnalizowanych i zawartych w projektach ustaw o zawodzie i samorządzie diagnosty laboratoryjnego. Uważamy, że regulacje proponowane w projektach staną się dopełnieniem brakujących członów określających miejsce i rolę diagnostów laboratoryjnych naszych studentów i absolwentów w strukturze Służby Zdrowia.

*Dziekan Wydziału Farmaceutycznego
prof. dr hab. Jerzy Josiak*

Uchwała Rady Wydziału Farmacji we Wrocławiu była inicjująca by inne Rady Wydziałów Farmacji w Polsce również pod wpływem studentów tych uczelni dokonały uchwał wspierających rozwiązania zawarte już w projektach ustaw a będących w sejmie by Ministerstwo Zdrowia akceptowało i wspierało inicjatywy OKOIDL. Pod wpływem ogólnopolskich działań studentów analityki medycznej VII konferencja prodziekanów ds. analityki medycznej, która odbyła się w Bydgoszczy 15 listopada 1997 roku wyraziła poparcie dla projektu ustawy o zawodzie i samorządzie diagnostów laboratoryjnych opracowanych przez OKOIDL i będących w sejmie Rzeczypospolitej Polskiej. Poniżej tekst uchwały:

Uchwała (Załącznik nr 2)

Uczestnicy VII Konferencji Prodziekanów ds. Analityki Medycznej wyrażają poparcie dla projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych.

Regulacja ustawowa wyżej wymienionej ustawy pozwoli absolwentom Oddziału Analityki Medycznej wejść w struktury zawowo-społeczne posiadające uprawnienia publiczno-prawne.

Uważamy za stosowne zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i Sejmowej komisji zdrowia przy Sejmie R.P. z apelem o rozwiązanie problemów zawartych w ustawie o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych.

Więcej informacji na ten temat znajdują Państwo w publikacji zawartej w Polityce Zdrowotnej autorów Patrycja Trzeciak, Henryk Owczarek: „Retrospektywne spojrzenie na rozwój kształcenia pracowników medycznych laboratoriów diagnostycznych. Udział środowisk akademickich w tworzeniu zawodu i samorządu diagnostów laboratoryjnych w latach 1989–2001”.

Kolejnym torem jaki podjęli studenci analityki medycznej we Wrocławiu było wydawanie periodyku „Gazeta Analityka” za zgodą rektora do spraw studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu, który był przesyłany do studentów kierunku analityki medycznej Akademii Medycznej w Polsce. Studenci przyjęli jako motto „Gazety Analityka” – „nie ma medyka bez analityka”. Uzasadnienie swoje zawarli w poniższym tekście.

**Uzasadnienie dla postulatów treści „Gazety Analityka”
redagowanej przez społeczność studencką
Oddziału Analityki we Wrocławiu**

Brak wśród nas studiujących, równorzędnej tożsamości z zawodem na wzór studentów innych kierunków nie wynika z faktu tylko, że studiujemy na kierunku o krótkiej historii w stosunku do innych w naszej Uczelni. Płynnie także z niejednoznacznych zapisów formalnych i różnej praktyki wobec naszego kierunku studiów.

Stąd postulat dla „Gazety Analityka”: – budować poczucie zasadności, sensu, celowości i studiowania na tym kierunku wśród naszych studentów innych kierunków naszej Uczelni, by taka świadomość się utrwałała. Będzie to gwarantem właściwej współpracy i relacji zawodowej po zakończeniu studiów.

Zabezpieczenie zdrowia i jego utrzymanie jest powszechnym celem działania świadomego i podświadomego ludzi. Dlatego też naszym zdaniem celowa profilaktyka zaczynać się winna od zrozumienia sentencji, „lepiej zapobiegać niż leczyć” – stąd postulat dla treści podejmowanej w „Gazecie Analityka” – istotnym w procesie studiowania jest rozpoznanie warunków fizycznych, biologicznych, chemicznych, które stać się mogą podstawowymi tezami w profilaktyce. Profilaktyka i propagowanie zdrowia winne wybijać się na pierwsze miejsce w „Gazecie Analityka”.

Współczesne nauki przyrodnicze dopracowały się poziomu wiedzy trzeciej generacji oraz danych analitycznych i syntetycznych. One mogą być w pełnym wymiarze ogarnięte poprzez edukację na naszym kierunku. Stąd postulat aby uświadomić naszym studentom i innym, jakie informacje o zdrowiu i jego zagrożeniach zawarte są w naukach wyłonionych z podstawowych dyscyplin (np. genetyka molekularna, fizyka molekularna, biologia molekularna, etc.).

Skutki cywilizacyjne rodzą nowe warunki życia ale i nowe zagrożenia. Stąd postulat, by „Gazeta Analityka” podejmowała i zbliżała te wyniki badań w płaszczyźnie nauki, które odnoszą się mogą do rzetelnego przygotowania w zawodzie.

Niejasność struktur w obrębie Służby Zdrowia i poszczególnych zawodów wyniesiona jest z braku komunikacji, jaką dostrzegamy i przeżywamy w trakcie studiowania pomiędzy studentami kierunków naszej Uczelni. Wszyscy bowiem staniemy przed problemem choroby u człowieka.

Brak komunikacji dzisiejszej wobec tych problemów staje się groźny dla interesu pacjenta. Stąd postulat: – budowanie poprzez „Gazetę” poczucia koniecznej i nieodzownej współpracy dla dobra pacjenta i budowanie także odczucia niezbędności roli każdego z poszczególnych reprezentantów zawodów.

Studia analityczne, wychodząc od nauk szczegółowych, nie mogą po drodze gubić aspektów ludzkich choroby, tak jak studia medyczne dostrzegając w części ludzki wymiar choroby, nie mogą pominąć wymiaru fizycznego, chemicznego, biologicznego tejże choroby. Zrozumienie tych dwóch aspektów możliwe będzie poprzez uobecnienie tych treści jednym przez drugich. Stąd postulat: – by „Gazeta Analityka” w swych zamiarach redakcyjnego komitetu będzie reagować na zagrożenie dla naszego środowiska studentów, jak również szukać rozwiązań optymalnych, tak dla usprawnienia toku naszych studiów teraz a w przyszłości spełniać może rolę agendy informacyjnej o możliwościach zatrudnienia, warunkach pracy, jak również może charakteryzować bytowe standardy poszczególnych grup byłych absolwentów Akademii Medycznej. Ambitniejszym zamiarem dla „Gazety Analityka” jest publicystyka popularno-naukowa, anonując interesujące prace magisterskie absolwentów tego kierunku (Wrocław, czerwiec 1995 r.).

Komitet redakcyjny
„Gazety Analityka”

Studenci wrocławscy wydali cztery numery „Gazety Analityka” w latach 1995–1998 roku, gdzie zawarli i opisali swoją działalność wspierając działania OKOIDL. Myślę, że głoszone treści przez studentów prawie 30 lat temu są dalej aktualne i powinny być prezentowane w gazecie KIDLU „Diagnosta Laboratoryjny” by również uwydatnić społeczny wymiar diagnostyki laboratoryjnej w przestrzeni publicznej. Poniżej zamieszczam wystąpienie studentki V roku oddziału analityki medycznej we Wrocławiu Mirosławy Okapieć „Radości i niepokoje studentów Analityki Medycznej” na ogólnopolskiej konferencji w 1996 roku we Wrocławiu.

Radości i niepokoje studentów Analityki Medycznej

Każdy z nas kiedyś w przeszłości obmyślał i marzył o dniach, w których będzie dorosły, dojrzały i prawie tak dostrzegany jak każdy z dorosłych w wyobraźni marzącego. Wśród tych młodzieńczych natchnień i uniesień obecna była myśl o zawodzie, w którym przyjdzie każdemu pracować. Wiele powodów – motywów i racjonalizacji podać może każdy, gdyby był zapytany, dlaczego studiuje i dlaczego jest studentem analityki medycznej.

Wielu z nas wkroczało w progi Alma Mater z piękną ideą służenia choremu w drodze do jego zdrowia, i zdrowemu, pozwalając mu je podtrzymywać. Inspiracją ostateczną dla wielu z nas przy wyborze kierunku studiów była myśl i możliwość bycia obok przy człowieku cierpiącym. Cierpiącym, którym każdy w tej sytuacji poszukiwać będzie pomocy i nadziei ulżenia w tym cierpieniu, a my podejmując ten kierunek studiów będziemy mogli się przyczynić do uchwycenia tego co jest źródłem bólesci i zagrożeń życia. Odpowiedź dawana na takie oczekiwania pacjentów możliwa będzie gdy uzyskamy właściwe kierunki i oczekiwaniom przygotowanie. Wykształcenie nasze da nam możliwość, może w części tylko, zdiagnozowania choroby jeszcze przed pojawieniem się klinicznych objawów, które stwierdzić może lekarz.

Studia nasze w swym zakresie problematyki naukowej z różnych dyscyplin, wielu z nas zaskakują, ale ci wszyscy, którzy z powodzeniem finalizują te studia mają świadomość, że cel ich wychodzić ma naprzód, przyszłym zadaniom spotykanym w pracy. Tak różnorodne przedmioty, będące tematami zajęć, ukazują nam po raz kolejny ten sam świat, ale postrzegany osiągnięciami nauk szczegółowych. Ta różnorodność świata organicznego, ta odsłaniająca się tajemnica zdrowej komórki i jej patologii, tkanki w jej funkcji i w dysfunkcji, to szczególne fascynacje dla umysłów, które czerpią radość zgłębiając tajemnice biologii, fizjologii, chemii, biofizyki itd. Przedstawiona lista przedmiotów w naszych indeksach wskazuje na model nauki z końca wieku XX (np. z biologią molekularną, genetyką molekularną itd.).

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

Trud studiów i pokładane aspiracje przez nas samych i ambicje naszych rodziców nieco błędą w kontekście powyższych zdań i odkrycia, które powoli dokonujemy także sami. Błędą nasze spojrzenia gdy wczytujemy się w rozporządzenia Ministrów Służby Zdrowia i ich reprezentantów. Podjęte przed środowisko nasze starania i jednoznaczny zapis określający zawód diagnosty laboratoryjnego:

- po 1. jako kwalifikowanego poprzez studia do wykonywania pracy nie tylko na zlecenie, ale i samodzielnej (w zakresie profilaktyki, chorób, epidemii, warunków utrzymania zdrowia, badań środowiska itp.),
- po 2. także jako zawód określający uprawnienia równorzędne wobec innych grup zawodowych (lekarzy, aptekarzy, pielęgniarek) do pełnienia funkcji kierowniczych,
- po 3. określający prawo prowadzenia stacji diagnostycznych pod własnym szyldem.

Dotychczasowe ograniczenia wprowadzane systematycznie przez ministerstwo i skutkiem tych wyłączenie nas z grupy fachowych pracowników służby zdrowia bądź według terminologii najnowszej (w wydaniu ministra Żochowskiego) wyłączenie spośród zawodów medycznych czynią wśród nas rozterki, które pragniemy ukończyć w ramionach naszej Alma Mater. Stąd też poprzez agendę naszej „Gazety Analityka”, wydawanej z przyzwolenia i pomocy Rektora, czynimy wyraz tym niepokojom, ukazując korespondencję naszą z Ministerstwem Zdrowia w tych kwestiach, oraz słowa petycji do Władz Uczelni i Rad Wydziału o pełne poparcie regulacji prawnej naszego kierunku, naszego przyszłego zawodu.

Tak uczelnie, jak i kierunki nasze, erygowane były w dobrze pojętym interesie pacjenta, by stworzyć kadre kwalifikowanych pracowników uczestniczących w diagnostyce i terapii. Kadre, która kształcona także w Akademii Medycznych w swej zasadności, będzie wypełniać tę przestrzeń badań nad źródłem cierpienia ludzkiego i jego zapobieganiu, która nie może być objęta i wypełniana przez studia dla kandydatów dla lekarzy, farmaceutów czy pielęgniarzy. Zróżnicowanie poziomów nauk i ich rozwój sprawił, że niepodobną rzeczą jest, aby adept przyszłej sztuki lekarskiej posiadał wystarczającą wiedzę właściwą dla diagnostyki laboratoryjnej. Jako uzasadnienie tej przesłanki jest dokonana analiza zakresu przedmiotowego studiów analitycznych i lekarskich. Porównanie tych programów jest pouczające, szczególnie gdy zakres przedmiotów obowiązkowych dla przyszłego lekarza, w ich podstawowym przedziale nauk przyrodniczo-fizyko-chemicznych, sprawowany jest przez pracowników, którzy swój rodowód wykształcenia wyprowadzają z tychże nauk. Stąd też wydaje się być właściwą myśl, iż coraz powszechniejsze stają się w środowisku przekonania o niezbędnej współpracy między dia-

gnostyką a terapią, między analitykami a lekarzami. Hasło, które jest na winiecie naszej Gazety, upowszechnia się coraz częściej w codziennym języku środowiska akademickiego, budując przyszłą platformę współpracy i nieodzownej współobecności lekarza i analityka w procesie diagnostyki i terapii pacjenta. Jednak taka perspektywa innych nowych relacji środowiska akademickiego zmąconą jest postawą milczenia, jaką w kwestii prawnych uzasadnień studiów analitycznych i zawodu tego podtrzymuje ministerstwo i jego agendy. Treść korespondencji między studentami naszej uczelni a Ministerstwem Zdrowia dowodzi szczególnie wydatnie w odpowiedzi dyr. Departamentu (zainteresowanych odsyłamy do nr 1 Gazety „Analityka”) braku przygotowania do merytorycznego zajęcia stanowiska [...].

Wkładając się w uzasadnienie sprzecznych rozporządzeń wydanych w czasie minionym Minister chroni grupy reprezentowane przez Izby pozbawiając nas tytułu do studiów na kierunku, który przygotowaliśmy do zawodu. Wydaje się w tym momencie w naszym przekonaniu, na tym etapie, przeprowadzenie analizy i podanie definicji, określeń używanych przez ministerstwo a odnoszących się do środowiska medycznego. Tymi określeniami są: fachowy pracownik służby zdrowia, pracownik medyczny, zawody medyczne, uprawnienia do wykonywania zawodu, prawo wykonywania zawodu. Takimi określeniami ministerstwo usiłuje wyjaśnić to, co jest niejasne.

Niepokój nasz pogłębia się, gdy środowisko czynne zawodowo w diagnostyce laboratoryjnej świadome jest trudności, z jakimi spotyka się na drodze dochodzenia do równorzędnych praw pracowniczych właściwych grupom zawodów medycznych działających w dotychczasowym obszarze Służby Zdrowia.

*Mirosława Okapiec
V rok Analityki Medycznej – Wrocław*

Ps. W trzecim odcinku „Retrospektywne spojrzenie” opiszę szczegółowo działania ogólnopolskie studentów analityki medycznej wspierające starania OKOIDL w sprawie formalizacji prawnej zawodu i samorządu diagnosty laboratoryjnego w sejmie Rzeczypospolitej Polskiej.

Wszystkie cytowane dokumenty znajdują się w zbiorze „Księgozbiór dr Henryka Owczarka” złożony w bibliotece Wydziału Farmacji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Henryk Owczarek
25 sierpnia 2024

INFORMATOR O UCHWAŁACH ORGANÓW KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

Komunikat dla diagnostów laboratoryjnych dotyczący uchwał Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Szanowni Diagnosto,ci,

W imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych chciałbym przedstawić uchwały podjęte w ostatnim czasie przez KRDL i PKRDL. Uchwały te dotyczą różnych aspektów związanych z działalnością samorządu diagnostów laboratoryjnych, a ich celem jest usprawnienie naszej pracy oraz podnoszenie standardów funkcjonowania Samorządu. Wszystkie te decyzje mają na celu usprawnienie działalności Krajowej Izby oraz wsparcie w realizacji codziennych obowiązków. Zachęcamy do szczegółowego zapoznania się z treścią uchwał, które dostępne są na stronie internetowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Część z nich również pokrótce opisałem dla Państwa poniżej. Jeśli społeczność diagnostów chciałaby zwrócić uwagę na jakieś aspekty które moglibyśmy podjąć to zapraszamy do kontaktu z przedstawicielami wojewódzkimi KRDL bądź przez Biuro KIDL lub bezpośrednio do mnie jako Sekretarza KRDL.

Z wyrazami szacunku,
Mateusz Józef Chmielarz
Sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

- 1. Powołanie przedstawiciela do Krajowej Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa**

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych podjęła uchwałę dotyczącą wyboru kandydata – Pani Renaty Krygier, która będzie reprezentować środowisko diagnostów laboratoryjnych w Krajowej Radzie ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Wybór odpowiedniego przedstawiciela ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia, że głos diagnostów będzie słyszalny w procesach decyzyjnych związanych z działaniem Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.
- 2. Powołanie zastępców przewodniczącego Zespołu Wizytatorów**

Uchwała dotycząca powołania zastępców przewodniczącego Zespołu Wizytatorów KRDL (Pań Joanny Robak i Izabeli Nehyby-Humbli) stanowi istotny krok w kierunku usprawnienia działalności Zespołu Wizytatorów. Zespół ten odpowiada za kontrolę wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej przez diagnostów co stanowić ma kluczowy element konstytucyjnego obowiązku samorządu zawodowego pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodu, a powołanie nowych zastępców ma na celu wsparcie w realizacji tych zadań.
- 3. Zmiana zasad gospodarki finansowej KIDL**

Kolejna uchwała wprowadza zmiany do wcześniejszej uchwały dotyczącej szczegółowych zasad gospodarki finansowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Wprowadzone korekty mają na celu dostosowanie działań finansowych KIDL do bieżących potrzeb i planów rozwojowych, co zapewni lepsze zarządzanie środkami oraz realizację priorytetowych celów i ich transparentność.
- 4. Zatwierdzenie sprawozdania finansowego za 2023 rok**

Rada zatwierdziła sprawozdanie finansowe Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych za rok obrotowy 2023. Jest to ważny krok w przejrzystym zarządzaniu finansami i dowód na odpowiedzialne gospodarowanie środkami diagnostów, co ma wpływ na dalsze funkcjonowanie samorządu.
- 5. Zmiany w Regulaminie działania Komisji ds. Etyki**

Krajowa Rada wprowadziła zmiany do regulaminu Komisji ds. Etyki, które miały charakter porządkujący. Jednocześnie warto zaznaczyć, iż głównym zadaniem Komisji jest nadzorowanie zgodności działań diagnostów laboratoryjnych z zasadami etycznymi zawodu i przestrzegania Kodeksu Etyki. Regulacje w regulaminie mają na celu dostosowanie pracy Komisji do obecnych wyzwań i potrzeb środowiska, co pozwoli na skuteczniejsze rozwiązywanie problemów etycznych i zawodowych.
- 6. Upoważnienie Prezydium KRDL do podejmowania decyzji administracyjnych**

Krajowa Rada podjęła decyzję o upoważnieniu Prezydium KRDL do podejmowania uchwał w sprawach, które dotyczą diagnostów laboratoryjnych, a w szczególności tych związanych z Kodeksem postępowania administracyjnego. Dzięki temu możliwe będzie szybsze rozstrzygnięcie spraw administracyjnych bez konieczności zwoływania pełnych posiedzeń Rady. A w razie odwołań od decyzji Prezydium te będzie rozpatrywać Rada mając na celu możliwie jak najbardziej obiektywne rozpatrywanie spraw.
- 7. Powołanie Przewodniczącego Komisji ds. opracowania standardów diagnostyki laboratoryjnej**

Uchwała dotyczy powołania Przewodniczącego Komisji – Pani Elżbiety Rabsztyń, która będzie przewodniczyć obradom Komisji, która odpowiedzialna jest za opracowanie standardów dotyczących powierzenia czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej oraz kategoryzacji laboratoriów diagnostycznych w zależności od ich profilu i liczby wykonywanych badań. Jest to krok w kierunku ujednoczenia i poprawy jakości usług świadczonych przez laboratoria diagnostyczne.

Informujemy, że Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji podjęła następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 177/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie przedstawienia kandydata na członka Krajowej Rady ds. Krwiodastwa i Krwiolecznictwa;
2. Uchwała Nr 178/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie procedowania uchwał Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XII posiedzenia w dniu 20 czerwca 2024 r.;
3. Uchwała Nr 179/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie powołania zastępców przewodniczącego Zespołu Wizytatorów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
4. Uchwała Nr 180/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie zmiany uchwały nr 138/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 7 grudnia 2023 roku w sprawie szczegółowych zasad gospodarki finansowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych;
5. Uchwała Nr 181/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2023;
6. Uchwała Nr 182/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. zmieniająca uchwałę Nr 124/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2023 r. w sprawie Regulaminu działania Komisji ds. Etyki;
7. Uchwała Nr 183/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do podejmowania uchwał w sprawach diagnostów laboratoryjnych, do których stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych;
8. Uchwała Nr 184/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie powołania przewodniczącego Komisji ds. opracowania standardów dotyczących powierzenia czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej oraz kategoryzacji medycznych laboratoriów diagnostycznych w zależności od profilu i ilości wykonywanych badań;
9. Uchwała Nr 185/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 20 czerwca 2024 r. w sprawie sprostowania omyłki pisarskiej zawartej w uzasadnieniu Uchwały Nr 148/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 7 grudnia 2023 r. w sprawie odmowy uznania kwalifikacji diagnosty laboratoryjnego. ●

Informujemy, że Prezydium KRDL VI Kadencji podjęło następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 1059-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 czerwca 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXIV posiedzenia w dniu 18 czerwca 2024 roku;
2. Uchwała od Nr 1060-P/VI/2024 do Nr 1068-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 czerwca 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
3. Uchwała od Nr 1069-P/VI/2024 do Nr 1093-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 czerwca 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
4. Uchwała Nr 1094-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 czerwca 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
5. Uchwała Nr 1095-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 czerwca 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzoną przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
6. Uchwała Nr 1096-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 czerwca 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzoną przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
7. Uchwała Nr 1097-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 1 lipca 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów w trybie obiegowym w dniu 2 lipca 2024 roku;
8. Uchwała od Nr 1098-P/VI/2024 do Nr 1132-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 2 lipca 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
9. Uchwała od Nr 1133-P/VI/2024 do Nr 1137-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 2 lipca 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
10. Uchwała Nr 1138-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie proce-

- dowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXV posiedzenia w dniu 16 lipca 2024 roku;
11. Uchwała od Nr 1139-P/VI/2024 do Nr 1157-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
 12. Uchwała od Nr 1158-P/VI/2024 do Nr 1176-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
 13. Uchwała od Nr 1177-P/VI/2024 do Nr 1207-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
 14. Uchwała od Nr 1208-P/VI/2024 do Nr 1223-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
 15. Uchwała Nr 1224-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 16. Uchwała Nr 1225-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 17. Uchwała od Nr 1226-P/VI/2024 do Nr 1230-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 lipca 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzoną przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 18. Uchwała Nr 1231-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 29 lipca 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów w trybie obiegowym w dniu 30 lipca 2024 roku;
 19. Uchwała Nr 1232-P/VI/2024 do Nr 1330-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 30 lipca 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
 20. Uchwała Nr 1331-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 30 lipca 2024 roku w sprawie odmowy udostępnienia informacji publicznej;
 21. Uchwała Nr 1332-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXVI posiedzenia w dniu 13 sierpnia 2024 roku;
 22. Uchwała od Nr 1333-P/VI/2024 do Nr 1385-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
 23. Uchwała od Nr 1386-P/VI/2024 do Nr 1419-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
 24. Uchwała Nr 1420-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 25. Uchwała Nr 1421-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 26. Uchwała Nr 1422-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzoną przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 27. Uchwała Nr 1423-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzoną przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 28. Uchwała od Nr 1424-P/VI/2024 do Nr 1430-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie;
 29. Uchwała od Nr 1431-P/VI/2024 do Nr 1460-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 sierpnia 2024 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie;
 30. Uchwała Nr 1461-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 sierpnia 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów w trybie obiegowym w dniu 27 sierpnia 2024 roku;
 31. Uchwała Nr 1462-P/VI/2024 do Nr 1488-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 27 sierpnia 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
 32. Uchwała od Nr 1489-P/VI/2024 do Nr 1495-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 27 sierpnia 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych. ●

Stanowiska KRDL do projektów ustaw, projektów rozporządzeń i uchwał Rady Ministrów oraz projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w okresie od 13.08-6.09.2024:

1. Stanowisko KRDL z dnia 13 czerwca 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (MZ 1678);
2. Uzupełniające Stanowisko KRDL z dnia 17 czerwca 2024 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (UC 18);
3. Stanowisko KRDL z dnia 27 czerwca 2024 r. do projektu rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie wysokości maksymalnego wynagrodzenia konsultantów krajowych i wojewódzkich (RD 74);
4. Stanowisko KRDL z dnia 27 czerwca 2024 r. do projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (MZ 1676);
5. Stanowisko KRDL z dnia 25 czerwca 2024 r. do wstępnego projektu struktury PKD 2025;
6. Stanowisko KRDL z dnia 25 czerwca 2024 r. do projektu uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024– 2025;
7. Stanowisko KRDL z dnia 10 lipca 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu organizowania oraz przeprowadzania okresowego testu wiedzy niezbędnej do przeprowadzania przeglądów akredytacyjnych (MZ 1597);
8. Stanowisko KRDL z dnia 10 lipca 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (MZ 1682);
9. Stanowisko KRDL z dnia 17 lipca 2024 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (UD43);
10. Stanowisko KRDL z dnia 10 lipca 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (MZ 1663);
11. Stanowisko KRDL z dnia 17 lipca 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2025 r. (MZ 1689);
12. Stanowisko KRDL z dnia 10 lipca 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1693);
13. Stanowisko KRDL z dnia 17 lipca 2024 r. do projektu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapia;
14. Stanowisko KRDL z dnia 24 lipca 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ 1658);
15. Stanowisko KRDL z dnia 8 sierpnia 2024 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (UD 85);
16. Stanowisko KRDL z dnia 24 lipca 2024 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (UD 86);
17. Stanowisko KRDL z dnia 27 lipca 2024 r. do projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (MZ1683);
18. Stanowisko KRDL z dnia 20 sierpnia 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (MZ 1673);
19. Stanowisko KRDL z dnia 14 sierpnia 2024 r. do projektu ustawy o zmianie ustawy o produktach biobójczych (UC 52);
20. Stanowisko KRDL z dnia 20 sierpnia 2024 r. do projektu rozporządzenia MZ zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (MZ 1694);
21. Stanowisko KRDL z dnia 6 sierpnia 2024 r. do projektu rozporządzenia MZ zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1697);
22. Stanowisko KRDL z dnia 21 sierpnia 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (MZ 1695);
23. Stanowisko KRDL z dnia 29 sierpnia 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wniosku o autoryzację (MZ 1596);
24. Stanowisko KRDL z dnia 30 sierpnia 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ilości oddanych składników krwi odpowiadającej litrowi oddanej krwi (MZ1700);
25. Stanowisko KRDL z dnia 30 sierpnia 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (MZ 1704);
26. Stanowisko KRDL z dnia 5 września 2024 r. do projektu projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD71);
27. Stanowisko KRDL z dnia 5 września 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (MZ 1703);
28. Stanowisko KRDL z dnia 6 września 2024 r. do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 1696). ●



Obowiązek wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)



Diagnosta laboratoryjny prowadzący działalność gospodarczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny laboratoryjnej ma obowiązek dostosowania tej działalności gospodarczej do wymogów jej prowadzenia tj. uzyskania wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL).

Obowiązek rejestracji obowiązuje od dnia 10 listopada 2023 roku w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 15 września 2022 roku o medycynie laboratoryjnej oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Ustawodawca nie przewidział *vacatio legis* na wprowadzenie zmian, dlatego Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych wskazuje na niezwłoczną potrzebę rejestracji działalności w odpowiednich rejestrach.

Rejestr ten w odniesieniu do diagnostów laboratoryjnych prowadzi w systemie informatycznym Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych.

Wykonywanie działalności gospodarczej regulowanej bez wpisu do odpowiedniego rejestru (w przypadku działalności leczniczej do RPWDL) jest wykroczeniem zagrożonym karą ograniczenia wolności albo grzywny.

Wszystkie szczegóły oraz warunki uzyskania wpisu znajdują się na stronie internetowej www.kidl.org.pl.