

DIAGNOSTA

laboratoryjny

Rok XXIV nr 2 (82) Lipiec 2026

BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

ISSN 2084-1663



**PRAWA I OBOWIĄZKI
ZESPOŁU WIZYTATORÓW
KRDŁ ORAZ DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH
OBJĘTYCH WIZYTACJĄ**



**ZNACZENIE DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO DIAGNOSTY
LABORATORYJNEGO.
OBOWIĄZEK USTAWOWY
I ETYCZNY**



**BEZPIECZEŃSTWO
BADAŃ
GENETYCZNYCH**



Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy,

ten numer chciałabym rozpocząć od informacji, która ma dla naszego środowiska znaczenie szczególne. W ostatnich tygodniach ostatecznie potwierdzono, że nie będą prowadzone studia podyplomowe, które miały stanowić alternatywną ścieżkę uzyskania prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. To dobra wiadomość dla wszystkich, którym zależy na zachowaniu wysokich standardów wykonywania naszego zawodu. Od początku konsekwentnie podkreślaliśmy, że bezpieczeństwo pacjentów zaczyna się od jakości kształcenia osób wykonujących zawody medyczne. Ustawa o medycynie laboratoryjnej wprowadziła jasne zasady dostępu do zawodu diagnosty laboratoryjnego, opierając je na ukończeniu pięcioletnich studiów na kierunku analityka medyczna. Była to fundamentalna zmiana, która uporządkowała kwestie kwalifikacji zawodowych i wzmocniła rangę naszego zawodu. Cieszę się, że dzięki naszym staraniom, ta droga pozostaje nienaruszona. To ważny sygnał, że jakość kształcenia, bezpieczeństwo pacjentów i odpowiedzialny dostęp do zawodu pozostają wartościami, których nie należy osłabiać.

Ochrona zawodu jest jednak tylko jednym z elementów naszej działalności. Równie ważne jest jego wzmocnienie i tworzenie warunków, w których kompetencje diagnostów laboratoryjnych będą mogły być w pełni wykorzystywane na rzecz pacjentów. Temu właśnie poświęcone były w ostatnich miesiącach spotkania z Minister Zdrowia oraz kierownictwem Ministerstwa Zdrowia. Rozmawialiśmy o przyszłości medycyny laboratoryjnej, ale przede wszystkim o przyszłości całego systemu ochrony zdrowia, który stoi dziś przed wyzwaniami związanymi ze starzeniem się społeczeństwa, rosnącą liczbą chorób przewlekłych, niedoborami kadrowymi oraz koniecznością lepszego wykorzystania potencjału wszystkich zawodów medycznych. Jestem przekonana, że bez silnej medycyny laboratoryjnej nie będzie możliwe skuteczne odpowiadanie na te wyzwania.

Dlatego przekazaliśmy Minister Zdrowia propozycje konkretnych zmian legislacyjnych, które w naszej ocenie powinny stać się elementem dalszych reform systemu. Zaproponowaliśmy między innymi wprowadzenie laboratoryjnej porady diagnostycznej, umożliwienie diagnostom kierowania na badania uzupełniające, zwiększenie udziału diagnostów laboratoryjnych w programach profilaktycznych oraz zespołach diagnostyczno-terapeutycznych, zapewnienie jednolitych standardów jakości badań laboratoryjnych, a także rozszerzenie ochrony prawnej diagnostów laboratoryjnych. Wskazaliśmy również na potrzebę utworzenia w Ministerstwie Zdrowia jednostki odpowiedzialnej za medycynę laboratoryjną oraz prowadzenia stałego dialogu z samorządami zawodów medycznych. Wszystkie te propozycje mają jeden wspólny cel – lepiej wykorzystać wiedzę i kompetencje diagnostów laboratoryjnych, usprawnić proces diagnostyczny i zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów.



W ostatnich miesiącach konsekwentnie wzmocnialiśmy również obecność naszego samorządu w najważniejszych dyskusjach dotyczących ochrony zdrowia. Uczestniczymy w pracach nad rozwojem e-zdrowia, medycyny personalizowanej oraz rozwiązań służących poprawie jakości i bezpieczeństwa diagnostyki. Zabieramy głos wszędzie tam, gdzie podejmowane są decyzje mające wpływ na przyszłość naszego zawodu. To właśnie w taki sposób buduje się silny samorząd – poprzez odpowiedzialność, merytoryczny dialog i aktywny udział w tworzeniu rozwiązań systemowych.

Za nami także tegoroczne obchody Dnia Diagnosty Laboratoryjnej, które świętowaliśmy wspólnie podczas konferencji w Arłamowie. Były to dni wypełnione nauką, wymianą doświadczeń i rozmowami o kierunkach rozwoju medycyny laboratoryjnej. Cieszę się, że mogliśmy spotkać się w tak liczny gronie, uhonorować osoby szczególnie zasłużone dla naszego środowiska i po raz kolejny pokazać, że diagnosta laboratoryjny jest dziś nieodzownym uczestnikiem procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz ważnym partnerem całego zespołu medycznego.

Przed nami kolejne wyzwania, ale także kolejne szanse. Nadal będziemy konsekwentnie zabiegać o rozwiązania wzmocniające pozycję diagnostów laboratoryjnych, rozwój medycyny laboratoryjnej oraz rolę naszego samorządu. Wierzę, że tylko wspólnym, konsekwentnym działaniem możemy budować zawód, który będzie miał należne mu miejsce w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia.

Życzę Państwu spokojnej lektury tego numeru i dziękuję za zaufanie, którym każdego dnia obdarzają Państwo swój samorząd. Jestem przekonana, że przed nami czas ważnych zmian, a Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych pozostanie ich aktywnym współtwórcą.

dr n. med. Monika Pintał-Ślimak
Prezes KRDL VI kadencji

Drodzy Czytelnicy,

jesteśmy na półmetku wyborów kandydatów na delegatów na VII Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych. Z tego miejsca pragnę zachęcić tych z Państwa, przed którymi są jeszcze zebrania wyborcze, o aktywny udział w wyborach.

W aktualnym numerze znajdziecie trzy ciekawe artykuły, jeden z dziedziny genetyki a dwa z mikrobiologii. W sekcji Wydarzenia zamieściliśmy sześć wydarzeń z ciągu ostatniego kwartału. Zapraszam Państwa również do sekcji Samorząd, w której Prezes KRDL, Wiceprezesi KRDL oraz Przewodnicząca Zespołu Wizytatorów zamieścili ważne dla nas zagadnienia.

Tradycyjnie Honorowy Prezes KRDL dr Henryk Owczarek w swojej Zakładce Historycznej opisuje jak dochodziło do utworzenia naszego samorządu. Zachęcam do lektury!

Anna Grudniewska
Redaktor naczelny „Diagnosty Laboratoryjnego”



Szanowni Państwo, drodzy Diagnosto, Koleżanki i Koledzy,

dbałość o stabilność budżetu naszego samorządu wymaga przypominania o obowiązku przestrzegania uchwał samorządu oraz regularnego uiszczania składek, co ściśle związane jest z potrzebą bieżącego monitorowania wpływów ze składek członkowskich. Niestety, czasami jestem zobowiązany kierować do P.T. Koleżanek, Kolegów pisma, których w treści zawiera powoływanie się na obowiązujące przepisy, że „[...] art. 99 ust. 2, nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji [...]”.

Podstawowym źródłem finansowania działalności naszego samorządu są składki członkowskie, dzięki którym możemy realizować ustawowe zadania. Stąd stały apel o terminowe ich uiszczanie. Warto zauważyć, że jako wspólnota osób wykonujących ten sam zawód – z naszych składek – możemy skutecznie realizować ustawowe zadania, w tym reprezentowanie diagnostów laboratoryjnych oraz sprawowanie pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Co więcej pomagamy tym diagnostom laboratoryjnym, którzy tej pomocy najbardziej potrzebują. To stawia nasz obowiązek, uiszczania składek członkowskich, nie tylko w wymiarze odpowiedzialności zawodowej ale także czyni go odpowiedzialnością środowiskową.

W przypadku pytań, jak zawsze służymy pomocą: Dział Spraw Wierzycielskich w Biurze KIDL, kontakt: ms@kidl.org.pl

Z wyrazami szacunku

dr n. med. Konrad Grzeszczak,
Skarbnik KRDL wraz z całym zespołem Działu Spraw Wierzycielskich KIDL



Aktualny stan (31 maja) wyegzekwowanych składek w rok 2026:

	zaległe składki	odsetki
styczeń	102 644,63 zł	16 704,95 zł
luty	149 125,76 zł	22 921,40 zł
marzec	304 390,51 zł	40 732,30 zł
kwiecień	352 483,45 zł	50 413,03 zł
maj	217 782,81 zł	26 043,91 zł
Razem	1 126 427,16 zł	156 815,59 zł

DIAGNOSTA

laboratoryjny

W NUMERZE:

3 SŁOWO PREZESA

Monika Pintał-Ślimak

AKTUALNOŚCI

6 Aktualności od 25 kwietnia do 9 lipca

WYDARZENIA

- 12 Piknik Rodzinny Zawodów Zaufania Publicznego w woj. podkarpackim
- 12 Konferencja „Interdyscyplinarne aspekty medycyny laboratoryjnej” w Arłamowie
- 14 Konferencja Carpatia Diagnostica w Rzeszowie
- 14 Diagnostyki laboratoryjni na Święcie Wolności i Praw Obywatelskich w Gdańsku
- 15 Rodzinny Piknik Zawodów Zaufania Publicznego w woj. małopolskim
- 16 Staż zagraniczny diagnosty laboratoryjnego – Agnieszki Ochocińskiej

DIAGNOSTYKA

- 18 DNA płodowe przyszłości diagnostyki?
mgr Aneta Babula, mgr Katarzyna Mizera, mgr Klaudia Rzewuska
Diagnostyka prenatalna z wykorzystaniem cfDNA jest ciągle rozwijającą się techniką pozwalającą uzyskać coraz więcej informacji o stanie zdrowia płodu na wczesnych etapach życia. Z uwagi na nieinwazyjny charakter, krótki czas oczekiwania na wynik, wysoką czułość i swoistość diagnostyczną, stanowi dopełnienie dotychczas stosowanych nieinwazyjnych badań prenatalnych.
- 22 Cefazydym – awibaktam w połączeniu z aztreonamem – spektrum aktywności i metody oznaczania synergizmu
mgr Kornelia Szponar, dr n. farm. Edyta Ciebień, mgr Julia Maklakiewicz, mgr Jakub Maklakiewicz, dr n. farm. Kinga Skrzypek
Lata 40. i 50. XX wieku obfitowały w odkrycia nowych antybiotyków, co mogło dać nadzieję na opanowanie chorób wywołanych przez drobnoustroje. Bakterie nabywają jednak oporność na dostępne obecnie antybiotyki w zatrważającym tempie, stając się poważnym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjentów. W obliczu narastania lekooporności niezbędne jest więc poszukiwanie nowych opcji terapeutycznych, dających szansę na skuteczną terapię.

- 28 Możliwości terapeutyczne leczenia zakażeń spowodowanych przez pałeczki Enterobacterales wytwarzające karbapenemazy
mgr Sara Gajda, dr n. farm. Marcelina M. Jaworska
Szybko rozpowszechniająca się antybiotykooporność skłania klinicystów, jak i naukowców do poszukiwania coraz skuteczniejszych opcji terapeutycznych, w tym stosowania nowych antybiotyków aktywnych wobec szczepów wielolekoopornych (ang. multidrug resistant, MDR), terapii skojarzonej oraz optymalizacji leczenia w oparciu o wyniki badań mikrobiologicznych i oznaczenia lekowrażliwości.

SAMORZĄD

- 32 Mediacja – promowanie rozwiązań polubownych
dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, Prezes KRDL VI Kadencji
- 33 Prawa i obowiązki Zespołu Wizytatorów KRDL oraz diagnostów laboratoryjnych objętych wizytacją
mgr Liliana Guzik, Przewodnicząca Zespołu Wizytatorów KRDL
- 34 Znaczenie doskonalenia zawodowego diagnosty laboratoryjnego. Obowiązek ustawowy i etyczny
mgr Anna Lipnicka, Wiceprezes KRDL VI Kadencji
- 36 Bezpieczeństwo badań genetycznych
dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Ziółkowska, Wiceprezes KRDL VI Kadencji

- 44 Kodeks etyki diagnosty laboratoryjnego
dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, Prezes KRDL VI Kadencji

HONOROWY PREZES KRDL DR HENRYK OWCZAREK ZAKŁADKA HISTORYCZNA

- 45 Retrospekcyjne spojrzenie prawne – społeczne – moralne w czasie ustanawiania (wyodrębniania) zawodu i samorządu diagnostów laboratoryjnych definiowanego mocą ustawy (odc. II)

INFORMATOR DIAGNOSTY

- 60 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)
Agnieszka Gierszon, Kinga Lis, Grażyna Misiak

AKTUALNOŚCI

KWIECIEŃ 2026

25 kwietnia w Hotelu Aviator w Radomiu odbyło się spotkanie diagnostów laboratoryjnych powiatu radomskiego i powiatów ościennych z konsultantem wojewódzkim dr Moniką Jabłonowską. Program obejmował aktualny stan legislacji w medycynie laboratoryjnej, wytyczne akredytacyjne oraz kwestie wyborów do KRDL 2026 i projektu unijnego. Dziękujemy pani Jolancie Smykiewicz za inicjatywę i sprawną organizację spotkania, a wszystkim przybyłym diagnostom – za aktywny udział.



26 kwietnia w siedzibie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych odbyło się nowe szkolenie pt. „Zarządzanie w mikrobiologicznym laboratorium diagnostycznym poprzez jakość – wyzwania w praktyce”. To pierwsza edycja tego programu, która już od samego początku cieszy się ogromnym zainteresowaniem środowiska diagnostów laboratoryjnych. Zajęcia prowadziła dr hab. n. med. Agnieszka Woźniak-Kosek – wybitna specjalistka w dziedzinie mikrobiologii, epidemiologii oraz zdrowia publicznego, której wiedza i doświadczenie stanowią niezwykle cenne wsparcie dla diagnostów laboratoryjnych. Uczestników powitała Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka. Szkolenie koncentrowało się na praktycznych aspektach zarządzania jakością w laboratoriach mikrobiologicznych, odpowiadając na aktualne wyzwania i potrzeby codziennej pracy. Uczestnicy podkreślali wysoki poziom merytoryczny zajęć, ich użyteczność oraz inspirującą atmosferę sprzyjającą wymianie doświadczeń.



Już teraz możemy zapowiedzieć, że ze względu na duże zainteresowanie szkoleniem planowane są kolejne jego edycje, aby umożliwić udział jak największemu gronu diagnostów laboratoryjnych. Dziękujemy wszystkim uczestnikom za zaangażowanie i aktywny udział – to właśnie dzięki Wam takie wydarzenia mają szczególną wartość!



MAJ 2026

6 maja w Zakładzie Laboratoryjnej Diagnostyki Hematologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku odbyły się warsztaty pt. „Od błaśta do limfocyta – przegląd preparatów mikroskopowych”. Szkolenie poprowadziła dr hab. Małgorzata Rusak, która od lat zajmuje się popularyzacją wiedzy z zakresu hematologii. Zajęcia praktyczne obejmowały ocenę mikroskopową preparatów krwi i szpiku, ze szczególnym uwzględnieniem komórek jednojądrzastych. Warsztaty były cennym wydarzeniem dla lokalnego środowiska diagnostów laboratoryjnych. Opiekunem wydarzenia z ramienia KIDL była dr n. med. Małgorzata Wojtkowska – członek Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.



8–9 maja odbyła się 5. edycja warsztatów „Rozmaz krwi – od wykonania do sprawozdania z badań”, organizowanych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Szkolenie rozpoczęło się 6 maja 2026 roku częścią teoretyczną prowadzoną w formie online. Natomiast zajęcia praktyczne odbyły się w dniach 8–9 maja 2026 roku i umożliwiły uczestnikom rozwijanie umiejętności pod okiem ekspertki. Warsztaty poprowadziła dr n. farm. Aneta Wrzyszczyńska, która w przystępny i profesjonalny sposób dzieliła się swoją wiedzą oraz doświadczeniem, skutecznie łącząc teorię z praktyką diagnostyczną. Kolejna edycja warsztatów ponownie spotkała się z pozytywnym odbiorem. Uczestnicy podkreślali wysoki poziom merytoryczny szkolenia oraz praktyczny charakter zajęć, który można wykorzystać w codziennej pracy laboratoryjnej. Dziękujemy prowadzącej za zaangażowanie oraz wszystkim uczestnikom za aktywny udział w warsztatach.



21 maja w Jachrance odbył się XVII Krajowy Zjazd Lekarzy. Samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentowała Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka. Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak skierowała do Delegatów i Delegatek list, odczytany przez Wiceprezes Annę Lipnicką, w którym podziękowała za dotychczasową współpracę oraz życzyła owocnych obrad i dobrych wyborów. W swoim wystąpieniu Wiceprezes Anna Lipnicka podkreśliła to, co łączy samorządy zawodów medycznych, potrzebę dialogu, współpracy i wspólnej odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów, która wykracza poza granice poszczególnych środowisk.



22 maja odbył się III Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów. Podczas uroczystego otwarcia zjazdu samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentował Skarbnik KRDL dr n. med. Konrad Grzeszczak, który odczytał list od Prezes KRDL dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak skierowany do Delegatów i Delegatek. W liście Prezes KRDL dziękowała

za dotychczasową współpracę, podkreśliła znaczenie dalszego dialogu między samorządami zawodów medycznych, a także życzyła owocnych obrad oraz mądrych wyborów. Serdecznie gratulujemy dr hab. Agnieszce Stępień ponownego wyboru na Prezesa Krajowej Rady Fizjoterapeutów!



30 maja w warszawskim IPCZD odbyło się wyjątkowe wydarzenie rodzinno-edukacyjne z okazji Dnia Dziecka. Tego dnia teren Instytutu zamienił się w przestrzeń łączącą zabawę, naukę i profilaktykę zdrowotną. Uczestnicy mogli skorzystać z bezpłatnych badań profilaktycznych, wziąć udział w warsztatach naukowych i szkoleniach z pierwszej pomocy (RKO), a najmłodszy bawili się w strefie kreatywnych animacji. Program uzupełniły pokazy tańca, sztuk walki i amerykańskiej motoryzacji oraz strefa food trucków. Diagnostki



Laboratoryjni zadbali o jedno z najbardziej popularnych stanowisk – „Eksperyment małego chemika”. Za jego przygotowanie i realizację odpowiadały Agnieszka Czajkowska, Izabela Podstawka, Katarzyna Galas, Lena Staniszevska i Magdalena Wójtowicz. W wydarzeniu uczestniczył również Skarbnik KRDL dr n. med. Konrad Grzeszczak. Nad wszystkim czuwał i nadzorował Kierownik Zakładu Biochemii Klinicznej IPCZD – dr n. med. Agnieszka Ochocińska. Dziękujemy wszystkim zaangażowanym za reprezentowanie środowiska diagnostów laboratoryjnych i za pokazanie, że nauka może być świetną zabawą!

CZERWIEC 2026

2 czerwca w Warszawie odbyła się VII edycja ogólnokrajowej konferencji naukowej „Perspektywy e-zdrowia”. Tegoroczna edycja, zatytułowana Nowy etap cyfryzacji i bezpiecznej transformacji, zgromadziła decydentów, ekspertów ds. systemów IT w ochronie zdrowia, przedstawicieli administracji publicznej oraz kadrę medyczną i techniczną sektora. W konferencji wziął udział Skarbnik KRDL Konrad Grzeszczak. Konferencję otworzyło zdalne wystąpienie Minister Zdrowia dr Jolanty Sobierańskiej-Grendy, która wskazała, że cyfryzacja jest jedyną realną odpowiedzią na kryzys kadrowe i demograficzne nękające publiczny system ochrony zdrowia. Minister podkreśliła kluczową rolę finansowania z KP0, które umożliwia wdrożenia na dużą skalę, stawiając jednocześnie przed podmiotami leczniczymi wymóg dotrzymania ustawowych terminów. Część merytoryczną otworzył kompleksowy przegląd cyfrowej transformacji polskiego systemu ochrony zdrowia – od rozproszonych, silosowych baz danych poszczególnych placówek, przez uruchomienie Platformy P1, aż po obecną fazę integracji usług centralnych. Centralnym punktem tej architektury jest Internetowe Konto Pacjenta [IKP] i aplikacja mobilna mojeIKP – zdobywczyni pierwszego miejsca w konkursie Mobile Trends Awards w kategorii „Sport i zdrowie”. Aplikacja ewoluuje z narzędzia do odbierania e-recept i e-skierowań w aktywnego asystenta zdrowotnego, oferując m.in. krokomierz i ośmiotygodniowe programy treningowe. W kontekście międzynarodowym Polska intensywnie pracuje nad pełnym wdrożeniem transgranicznej karty pacjenta w ramach programu MyHealth@EU.



Podsekretarz Stanu dr n. med. Tomasz Maciejewski, wieloletni dyrektor Instytutu Matki i Dziecka, zwrócił uwagę na konieczność projektowania e-usług z myślą o użytkowniku końcowym. Technologia nie może stanowić dodatkowego obciążenia biurokratycznego dla lekarzy i pielęgniarek – sukces transformacji zależy od intuicyjności systemów i ich integracji w jednym oknie aplikacyjnym.



Dyrektor Departamentu e-Zdrowia Łukasz Sosnowski omówił alokację środków w ramach komponentu medycznego KP0, opiewającego na około 4 miliardy złotych. Środki są bezpośrednio powiązane z kamieniami milowymi do realizacji w ściśle określonym czasie. Strategicznym celem resortu pozostaje budowa trwałej odporności systemu, ujęta w dokumencie Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.

Druga część konferencji poświęcona była prezentacjom poszczególnych projektów wdrażanych w ramach KP0.

- Centralna e-Rejestracja [CeR] – po pilotażu prowadzonym od października 2024 do grudnia 2025 roku (obejmującym mammografię, cytologię i pierwszą wizytę u kardiologa), od 1 stycznia 2026 roku system działa obowiązkowo dla poradni kardiologicznych oraz placówek realizujących badania profilaktyczne. W planach jest wdrożenie głosowego Asystenta AI, który będzie odbierał połączenia telefoniczne, weryfikował tożsamość dzwoniącego, proponował badania profilaktyczne oraz samodzielnie zmieniał i odwoływał wizyty. Asystent obsługuje rozmowy w języku polskim, angielskim i ukraińskim, automatycznie rozpoznając język rozmówcy.
- e-Profil Pacjenta [e-PP] – narzędzie dla personelu medycznego prezentujące posegregowane dane z rejestrów centralnych platformy P1. Lekarz w kilka sekund zapoznaje się z historią leczenia pacjenta, przyjmowanymi lekami i zdiagnozowanymi chorobami, co skraca czas wywiadu i minimalizuje ryzyko błędów terapeutycznych. Wdrożeniu towarzyszy program szkoleń prowadzonych przez Akademię CeZ.
- System Domowej Opieki Medycznej (DOM) – platforma rozwijana intensywnie od czasów pandemii, stanowiąca standard zdalnego monitorowania pacjentów z chorobami przewlekłymi. Urządzenia diagnostyczne (ciśnieniomierze, pulsoksymetry, glukometry) przesyłają wyniki automatycznie do systemu lekarza POZ. W przypadku wykrycia anomalii system generuje alert, umożliwiając natychmiastową reakcję i ograniczając liczbę zbędnych hospitalizacji.
- Platforma Usług Inteligentnych [PUI] – narzędzie oparte na analizie danych, wspierające pacjentów w profilaktyce zdrowotnej. System analizuje profil pacjenta i przesyła mu spersonalizowane ankiety oceny stanu zdrowia przed planowaną wizytą oraz automatycznie informuje o dostępnych bezpłatnych programach profilaktycznych NFZ.

- Elektroniczna Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (eDILo) – projekt całkowitego zastąpienia papierowych kart DiLo rozwiązaniem cyfrowym. eDILo eliminuje bariery administracyjne i usprawnia przepływ informacji między lekarzem POZ, specjalistą a konsylium onkologicznym. Automatyzacja powiadomień i kontrola czasu na każdym etapie diagnostyki bezpośrednio przekładają się na skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na rozpoczęcie leczenia.

8 czerwca w siedzibie Ministerstwa Zdrowia odbyło się spotkanie Prezes KRDL dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak oraz Skarbnika KRDL dr n. med. Konrada Grzeszczaka z kierownictwem Departamentu e-Zdrowia, Dyrektorem Łukaszem Sosnowskim oraz jego zastępcą Karoliną Tądel. Spotkanie poświęcone było zagadnieniom związanym z dalszym rozwojem samorządu diagnostów laboratoryjnych oraz cyfryzacją procesów istotnych dla wykonywania zawodu. Dodatkową wartość dla dyskusji stanowiła również perspektywa zawodowa reprezentowana przez Dyrektora Tądel, która jest diagnostą laboratoryjnym. Dziękujemy za merytoryczną dyskusję i otwartość na dialog dotyczący wyzwań oraz kierunków rozwoju medycyny laboratoryjnej w Polsce.



11 czerwca w Ambasadzie Brytyjskiej w Warszawie odbyło się XI Międzynarodowe Forum Medycyny Personalizowanej organizowane przez INNOWO oraz Polską Koalicję Medycyny Personalizowanej. Wydarzenie zgromadziło decydentów, klinicystów i ekspertów ochrony zdrowia, którzy dyskutowali o najważniejszych wyzwaniach i kierunkach rozwoju współczesnej medycyny personalizowanej.



Międzynarodowe Forum Medycyny Personalizowanej PKMP to roczna konferencja, podczas której poruszane są istotne tematy z punktu widzenia poprawy funkcjonowania systemu, jak i zwiększenia skuteczności leczenia poprzez innowacyjne terapie personalizowane. W wydarzeniu uczestniczyły Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak oraz prof. Edyta Borkowska, konsultant krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. Forum zostało objęte patronatem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

12–13 czerwca odbyła się 10. edycja warsztatów hematologicznych KIDL zorganizowana przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych o tematyce „Rozmaz krwi – identyfikacja i klasyfikacja limfocytów”. Podczas zajęć uczestnicy rozwijali swoje kompetencje praktyczne pod kierunkiem dr n. farm. Anety Wrzyszczy, zdobywając cenną wiedzę i doświadczenie w zakresie diagnostyki hematologicznej. Warsztaty ponownie spotkały się z bardzo dużym zainteresowaniem. Wysoki poziom merytoryczny oraz nacisk na praktyczne aspekty pracy laboratoryjnej sprawiają, że wydarzenie jest wysoko oceniane przez diagnostów laboratoryjnych. Dziękujemy wszystkim uczestnikom za obecność, aktywność i zaangażowanie podczas zajęć



13–14 czerwca w Hali Pod Dębowncem im. Zbigniewa Pietrzykowskiego odbyły się Dni Zdrowia w Bieslsku-Białej. Była to doskonała okazja, aby skorzystać z szerokiej oferty bezpłatnych badań profilaktycznych, konsultacji specjalistycznych, porad zdrowotnych, warsztatów edukacyjnych oraz licznych aktywności promujących zdrowy styl życia. Wśród uczestników obecna była Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, która wzięła udział w wydarzeniu i wspierała działania na rzecz promocji profilaktyki zdrowotnej.



19 czerwca odbyła się III edycja warsztatów parazytologicznych organizowanych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Uczestnicy mieli okazję zgłębiać zagadnienia związane z „Diagnostyką parazytologiczną układu pokarmowego” pod okiem wybitnych ekspertów – prof. dr hab. n. farm. Anny Boguckiej-Kockiej oraz dr hab. n. med. i n. o zdr. Przemysław Kołodzieja, prof. ucz. Warsztaty po raz kolejny połączyły solidną dawkę wiedzy merytorycznej z intensywną praktyką, ciesząc się dużym zainteresowaniem wśród diagnostów laboratoryjnych. Już teraz planowane są kolejne edycje.



29 czerwca odbyła się 6 edycja warsztatów hematologicznych „Rozmaz krwi – od wykonania do sprawozdania z badań”, organizowanych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych pod kierownictwem dr n. farm. Anety Wrzyszczy. Cieszy nas tak duże zaangażowanie uczestników oraz liczne pozytywne opinie. Praktyczna formuła zajęć i możliwość doskonalenia codziennej pracy sprawiają, że warsztaty cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem wśród diagnostów laboratoryjnych. To było nasze ostatnie szkolenie przed wakacyjną przerwą. W lipcu i sierpniu robimy krótką przerwę, aby od września wrócić z nową energią, kolejnymi pomysłami i następnymi wartościowymi szkoleniami. Dziękujemy wszystkim uczestnikom za obecność i aktywny udział. Do zobaczenia po wakacjach!



LIPIEC 2026

6 lipca Członkowie Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego przyjęli jednogłośnie stanowisko dotyczące bezpieczeństwa osób wykonujących zawody zaufania publicznego oraz znaczenia społecznego zaufania do tych profesji. Wobec narastających napięć społecznych i coraz częstszych prób przypisywania odpowiedzialności całym grupom zawodowym za pojedyncze zdarzenia, wspólnie podkreślamy, że fundamentem demokratycznego państwa prawa są odpowiedzialność indywi-

dualna, poszanowanie faktów oraz rzetelna debata publiczna. Nie ma zgody na stygmatyzowanie całych środowisk zawodowych z powodu działań pojedynczych osób. Każda sprawa wymagająca wyjaśnienia powinna być rozpatrywana przez właściwe organy, z poszanowaniem obowiązujących przepisów i procedur. Przedstawiciele zawodów zaufania publicznego każdego dnia wykonują zadania o kluczowym znaczeniu dla ochrony zdrowia, bezpieczeństwa, praw obywatelskich oraz sprawnego funkcjonowania państwa. Podważanie zaufania do tych profesji osłabia nie tylko ich przedstawicieli, ale także poczucie bezpieczeństwa obywateli i stabilność instytucji publicznych.

Apelujemy do wszystkich uczestników życia publicznego, przedstawicieli mediów, osób pełniących funkcje publiczne, organizacji społecznych oraz uczestników debaty publicznej o odpowiedzialność za słowo i budowanie przekazu opartego na faktach, a nie na emocjach czy uogólnieniach. Odpowiedzialność za wykonywanie zawodu oraz odpowiedzialność za słowo powinny iść w parze, wzmacniając zaufanie społeczne, chroniąc dobro wspólne i umacniając fundamenty państwa prawa.



7 lipca w Warszawie odbyło się posiedzenie Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, poświęcone bezpieczeństwu pacjenta rozumianemu nie tylko jako zbiór procedur i przepisów, ale jako kultura zaufania, odpowiedzialności i współpracy między pacjentami, ich rodzinami a profesjonalistami medycznymi. Obrady otworzyły dr Maria Jessa-Jabłońska, Zastępczyni Rzecznika Praw Pacjenta, i dr Monika Panek z Biura RPP, zwracając uwagę na finalizowany projekt tzw. ustawy „lex szarlatan”.

W posiedzeniu wzięła udział Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, która przedstawiła laboratoryjną poradę diagnostyczną jako istotny element bezpieczeństwa procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Wiceprezes KRDL dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Ziółkowska omówiła bezpieczeństwo w badaniach genetycznych i wyzwania regulacyjne związane z ich wdrażaniem. W spotkaniu uczestniczyli też przedstawiciele innych samorządów zawodów medycznych, w tym Marian Witkowski, Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, oraz reprezentanci organizacji pacjenckich zrzeszonych w Radzie.

Udział KRDL w pracach Rady to kolejny krok w promowaniu zawodu diagnosty laboratoryjnego i jego roli w systemie ochrony zdrowia. Samorząd dziękuje za zaproszenie i deklaruje dalsze zaangażowanie w prace na rzecz bezpieczeństwa pacjentów w obszarze medycyny laboratoryjnej. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych dziękuje za zaproszenie do udziału w tym gremium i deklaruje dal-

sze zaangażowanie w prace na rzecz bezpieczeństwa pacjentów w obszarze medycyny laboratoryjnej.



9 lipca Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, przekazała Minister Zdrowia dr Jolancie Sobierańskiej-Grendzie 10 rekomendacji zmian systemowych w obszarze medycyny laboratoryjnej. Rekomendacje zostały przekazane podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia, w którym uczestniczyła również prof. Edyta Borkowska, Konsultant krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. List z rekomendacjami trafił do Ministerstwa Zdrowia 9 lipca 2026 r., dzień po konferencji prasowej, na której minister zapowiedziała otwartość na rozmowy o „nowym, jakościowym systemie” ochrony zdrowia. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, reprezentująca blisko 18 tysięcy diagnostów laboratoryjnych, deklaruje gotowość środowiska do pełniejszego włączenia w proces diagnostyczno-terapeutyczny. Wśród przedstawionych rekomendacji znalazły się:

1. utworzenie Departamentu Medycyny Laboratoryjnej w Ministerstwie Zdrowia (lub funkcji Krajowego Koordynatora Medycyny Laboratoryjnej),
2. wprowadzenie laboratoryjnej porady diagnostycznej – możliwości samodzielnej interpretacji wyników i wskazywania badań uzupełniających przez diagnostę, bez każdorazowego skierowania lekarskiego,
3. uprawnienie diagnostów do kierowania na dodatkowe badania diagnostyczne,
4. zapewnienie jednolitych standardów jakości badań laboratoryjnych, w tym badań wykonywanych w modelu POCT (Point of Care Testing),

5. zwiększenie udziału diagnostów laboratoryjnych w programach profilaktycznych,
6. włączenie diagnostów laboratoryjnych do wielospecjalistycznych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych,
7. finalizację prac nad ustawą o badaniach genetycznych i ochronie genomu ludzkiego,
8. rozszerzenie ochrony prawnej diagnostów laboratoryjnych do poziomu przysługującego funkcjonariuszom publicznym,
9. ustawiczny rozwój zawodowy diagnostów laboratoryjnych,
10. utworzenie stałej Komisji Wspólnej Dialogu Ministra Zdrowia i Medycznych Zawodów Zaufania Publicznego.

Jak podkreśla Prezes KRDL dr Monika Pintał-Ślimak, diagnosta laboratoryjny posiada kompetencje, by być pierwszym profesjonalnym ogniwem w diagnostyce pacjenta, a system ochrony zdrowia powinien te kompetencje w pełni wykorzystać. Wdrożenie proponowanych zmian ma skrócić ścieżkę diagnostyczną pacjenta i ograniczyć biurokrację, jednocześnie zwiększając bezpieczeństwo pacjentów i wzmacniając samodzielną rolę zawodu diagnosty. Kopię listu KRDL przekazała do wiadomości Prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska. ●



WYDARZENIA

10 maja

Podziękowania za współpracę przy I Pikniku Rodzinnym Zawodów Zaufania Publicznego

Szanowni Państwo, Drodzy Współorganizatorzy,

W imieniu własnym oraz środowiska diagnostów laboratoryjnych województwa podkarpackiego, chciałabym serdecznie podziękować za możliwość wspólnego stworzenia tak wyjątkowego wydarzenia, jakim był nasz sobotni Piknik.

Szczególne wyrazy uznania kieruję do przedstawicieli Izby Inżynierów Budownictwa – Państwa inicjatywa i energia były fundamentem, na którym udało się zbudować tę nową, niezwykle cenną tradycję integracji naszych środowisk.

Jako diagności na co dzień pracujemy głównie w zaciszu laboratoriów, dbając o bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Możliwość wyjścia „na światło dzienne” i spotkania się z Państwem – przedstawicielami zawodów, które łączy wspólny mianownik zaufania publicznego – była dla nas nie tylko ogromną przyjemnością, ale i powodem do dumy. Sobota pokazała, że mimo różnych dziedzin, w których się specjalizujemy, łączą nas te same wartości: odpowiedzialność, profesjonalizm i chęć działania na rzecz naszej lokalnej społeczności.

Dziękuję za doskonałą atmosferę, wymianę doświadczeń i wspólną pracę, która zaowocowała tak pozytywnym odbiorem mieszkańców Rzeszowa i okolic. Wierzę, że to dopiero początek naszej wspólnej drogi i że ten piknik na stałe wpisze się w kalendarz podkarpackich wydarzeń. Do zobaczenia przy kolejnych projektach!

Z wyrazami szacunku i sympatii,

Katarzyna Krawczyk

Członek KRDL VI Kadencji, woj. podkarpackie



18 – 19 maja

W Arłamowie pod hasłem „Interdyscyplinarne aspekty medycyny laboratoryjnej” odbyło się sześć sesji naukowych, kilkanaście wykładów oraz dyskusji i rozmów kulturalowych, które razem dały pełny obraz dzisiejszej polskiej medycyny laboratoryjnej. Wydarzenie zaszczylicili swoją obecnością Poseł na Sejm Norbert Pietrykowski oraz Wicemarszałek Województwa Podkarpackiego Piotr Pilch. W obchodach uczestniczyła także prof. dr hab. n. med. Urszula Demkow, Wiceprezes Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce. Wręczone zostały także odznaczenia. Tytuł Zasłużonego Diagnosty Laboratoryjnego z rąk Prezes KRDL dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak, odebrała Pani Anna Cencora. Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio w Przemyślu dr n. o zdr. Barbara Stawarz odznaczyła Panią Magdalenę Mac-Sus oraz Panią Joannę Pydzińską. Wszystkim Wyróżnionym z całego serca gratulujemy.

W trakcie uroczystego otwarcia uczciliśmy minutą ciszy pamięć Koleżanek i Kolegów Diagnostów Laboratoryjnych, którzy w czasie trwania VI kadencji Krajowej Rady odeszli na wieczną wartość diagnosty laboratoryjnego.

Wykład inauguracyjny wygłosił dr n. med. Łukasz Wiśniowski. Mówił o roli Lp[a] w świetle współczesnych wytycznych kardiologicznych i o tym, co dla codziennej pracy medycznych laboratoriów diagnostycznych oznaczają najnowsze rekomendacje.

Pierwsza sesja poświęcona była medycynie taktycznej – diagnostyce w warunkach kryzysowych. Prof. dr hab. n. med. Barbara Dołęgowska, Konsultant Krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, mówiła o priorytetyzacji badań przy ograniczonych zasobach. Dr hab. n. med. Agnieszka Woźniak-Kosek przedstawiła modele organizacji laboratoriów w sytuacjach kryzysowych, a pptk mgr Łukasz Krzowski – sposoby przeciwdziałania zagrożeniom CBRNE w praktyce diagnosty.

Sesja pediatryczna dotknęła trzech bardzo różnych obszarów. Prof. dr hab. n. med. Janusz Kocki mówił o diagnostyce zaburzeń ze spektrum autyzmu, mgr Agnieszka Chojeła przedstawiła hipofosfatazę jako wyzwanie laboratoryjne, a dr hab. Beata Żelazowska-Rutkowska podjęła trudny temat związków psychoaktywnych wśród młodzieży.

Wyzwania w diagnostyce chorób infekcyjnych i pasożytniczych to sesja, w której prof. dr hab. n. med. Joanna Matowicka-Karna mówiła o zagrożeniach pasożytniczych w podróżach po świecie, dr hab. n. med. Dorota Rożkiewicz przedstawiła niedocenione czynniki ryzyka zakażeń *Clostridioides difficile*, a dr Agnieszka Pawełczyk omówiła związek *Toxoplasma gondii* z zaburzeniami neurologicznymi.

WYDARZENIA



Diagnostyka hematologiczna otworzyła drugi dzień obrad. Dr hab. n. med. Małgorzata Rusak pokazała, jak zmieniła się ta dziedzina – od klasycznej morfologii po sekwencjonowanie nowej generacji. Dr hab. n. med. Anna Michno mówiła o funkcji i metabolizmie płytek krwi, a mgr Bożena Sękowska przedstawiła rolę diagnosty w badaniach hematologicznych z perspektywy codziennej praktyki.

Współczesna diagnostyka genetyczna to jedna z najbogatszych sesji programu. Dr hab. n. med. Edyta Borkowska, Konsultant Krajowy w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, odpowiadała na pytanie, dlaczego rozpoznanie chorób rzadkich potrafi trwać latami. Prof. dr hab. n. farm. Anna Bogucka-Kocka mówiła o markerach molekularnych tętniaków aorty brzusznej. Dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Ziółkowska, Wiceprezes KRDL, przedstawiła szerokie spektrum zastosowań aCGH w diagnostyce prenatalnej i postnatalnej, a dr n. med. Tadeusz Kałużewski i prof. dr hab. n. med. Bogdan Kałużewski – podstawy interpretacji klinicznej wariantów wykrywanych techniką NGS.

Program zamknęła sesja alergologiczna i immunologiczna – o dialogu kliniczno-laboratoryjnym, którego diagności doświadczają na co dzień. Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Jacek Tabarkiewicz mówił o metodzie ELISPOT, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Edyta Krzych-Fałta – o donosowej próbie pokarmowej, dr n. farm. Sławomir Białek – o tym, jak jakość testu alergologicznego wpływa na wynik, a dr hab. n. med. Marta Rachel, prof. UR, przedstawiła alergologię kliniczną w przypadkach.

Wszystkim Państwu Wykładowcom i Moderatorom z całego serca dziękujemy. W szczególności kierujemy podziękowania do dr hab. n. med. i n. o zdr. Przemysława Kołodzieja, prof. ucz., za pieczę nad programem wydarzenia.

Za przygotowanie programu naukowego dziękujemy sekcjom Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. W szczególności Prezes PTDL, dr hab. n. med. Katarzynie Winsz-Szczotce, prof. SUM. Dziękujemy Wojewódzkiemu Szpitalowi im. Św. Ojca Pio w Przemyśle i Pani Dyrektor dr n. o zdr. Barbarze Stawarz za przyjęcie naszego święta z otwartymi ramionami. Wzruszającym akcentem na zakończenie była niespodzianka od Pani Dyrektor i zespołu Szpitala – pamiątkowe fajki, rozpoznawany na całym świecie symbol regionu Podkarpacia. To gest, który zostanie z nami na długo.

Z całego serca dziękujemy Sponsorom tegorocznych obchodów (Diasorin, Bor-pol, Bio-ksel, EMMA, Sarstedt, Mentor, Prudentia, Diagnostyka S.A., Sysmex, Roche, Becton Dickinson, HVD Holding AG Sp. z o.o., Helpi Optics, Marcel S.A.)

Państwa wsparcie umożliwiło organizację wydarzenia w takiej skali, a obecność na miejscu w Arłamowie, w rozmowach kuliarynych, podczas sesji i przy wspólnym stole, pokazała, że łączy nas znacznie więcej niż tylko relacja biznesowa. Łączy nas wspólne dbanie o jakość polskiej diagnostyki laboratoryjnej.

WYDARZENIA

29 maja

Sukces konferencji Carpatia Diagnostica w Rzeszowie!

29 maja 2026 r. odbyło się wyjątkowe wydarzenie, współorganizowane przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych oraz Uniwersytet Rzeszowski. Przedstawicielki KRDL – Liliana Guzik i Katarzyna Krawczyk – wraz z pełnymi pasji studentami analityki medycznej URZ, zadbały o wysoki poziom merytoryczny spotkania, którego częścią było m.in. specjalistyczne szkolenie z toksykologii.

Podczas konferencji wręczono wyróżnienia dla zasłużonych diagnostów laboratoryjnych, nagrodzono najlepsze studenckie posterki naukowe.

Zarówno konferencja, jak i szkolenie okazały się doskonałą przestrzenią do wymiany wiedzy, nawiązywania ścisłej współpracy i poszerzania horyzontów dla wkraczających do zawodu studentów. Dziękujemy wszystkim prelegentom, nagrodzonym i uczestnikom za obecność!



30 – 31 maja

Diagności laboratoryjni na Święcie Wolności i Praw Obywatelskich w Gdańsku

W dniach 30–31 maja 2026 roku diagności laboratoryjni, wspólnie z pozostałymi przedstawicielami Zawodów Zaufania Publicznego (ZZP), wzięli aktywny udział w Święcie Wolności i Praw Obywatelskich. W tych wyjątkowych dniach gdańskie tereny postoczniowe zamieniły się w przestrzeń dialogu, otwartości i wymiany myśli społecznej, którą reprezentanci ZZP współtworzyli z ogromnym zaangażowaniem.

Atmosfera na naszym stoisku oraz wokół niego była niezwykła. Diagności laboratoryjni z pasją promowali swój zawód wśród mieszkańców Gdańska oraz odwiedzających miasto gości. Była to doskonała okazja, aby przypomnieć, że medycyna laboratoryjna to niezaprzeczalny fundament ochrony zdrowia. Odwiedzający mogli nie tylko skorzystać z profesjonalnych porad diagnostycznych i dowiedzieć się, jak prawidłowo interpretować wyniki, ale także zrozumieć, że nowoczesna profilaktyka i skuteczne leczenie nie mogą istnieć bez rzetelnej pracy laboratorium. Nasza obecność na tym wydarzeniu wyraźnie pokazała, że jesteśmy blisko pacjenta, służąc mu swoją specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem na każdym etapie dbania o zdrowie.

FZZP otrzymało od Pani Aleksandry Dulkiewicz prezydent Gdańska podziękowania za aktywny udział i zaangażowanie w tworzenie STREFY SPOŁECZNEJ 2026.

Alicja Utracka
Gdańsk
Członek KRDL VI Kadencji

WYDARZENIA

20 czerwca

20 czerwca 2026 r. w Krakowie odbył się Rodzinny Piknik Zawodów Zaufania Publicznego, który zgromadził przedstawicieli różnych profesji oraz mieszkańców miasta. Po raz kolejny Park Strzelecki gościł uczestników naszego pikniku. Dziękujemy Towarzystwu Strzeleckiemu Bractwa Kurkowego w Krakowie za gościnność.

W wydarzeniu aktywnie uczestniczyły przedstawicielki Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w województwie małopolskim: dr Ewa Gomółka, dr Karolina Bukowska-Strakova oraz mgr Bernadetta Jakubowicz.

Nieoceniony był również udział zespołu diagnostek laboratoryjnych z Medycznego Laboratorium Diagnostycznego ze Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie, pod kierownictwem dr Aleksandry Tokarz. Panie przygotowały dla najmłodszych uczestników liczne zagadki i konkursy z nagrodami, które cieszyły się dużym zainteresowaniem.

W organizację wydarzenia zaangażowali się także studenci kierunku analityka medyczna, zrzeszeni w Studenckim Towarzystwie Diagnostów Laboratoryjnych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Chętnie odpowiadali na pytania odwiedzających nasze stoisko, wprowadzali najmłodszych w tajniki mikroskopowania oraz prezentowali ciekawe doświadczenia laboratoryjne. Wszystkie działania podejmowane przez diagnostów laboratoryjnych miały na celu popularyzację wiedzy o medycynie laboratoryjnej oraz promocję profilaktyki zdrowotnej.

W pikniku uczestniczyli przedstawiciele 17 zawodów zaufania publicznego. Swoje stoiska przygotowali m.in. pielęgniarki i położne, lekarze, farmaceuci, fizjoterapeuci, przedstawiciele zawodów prawniczych oraz inżynierowie budownictwa. Każde stanowisko przyciągało odwiedzających ciekawymi atrakcjami i aktywnościami edukacyjnymi, a różnorodność przygotowanych pokazów i prezentacji sprawiała, że trudno byłoby wymienić je wszystkie.

Na uczestników czekało wiele atrakcji, m.in. dmuchańce, malowanie twarzy, kucyki, konkursy i gadżety. Dużym zainteresowaniem cieszyły się doświadczenia laboratoryjne oraz mobilne laboratorium, w którym można było poznać specyfikę pracy diagnosty laboratoryjnego. Na scenie odbywały się występy artystyczne, a ratownicy medyczni prowadzili szkolenia z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Swoje stanowiska przygotowały również służby mundurowe – straż pożarna i policja, prezentując sprzęt oraz charakter swojej pracy.

Piknik był doskonałą okazją do integracji, edukacji oraz promocji zawodów zaufania publicznego w przyjaznej, rodzinnej atmosferze".

Bernadetta Jakubowicz
Członek KRDL VI Kadencji woj. małopolskie



WYDARZENIA

Krótkoterminowa mobilność diagnostów laboratoryjnych jako narzędzie rozwoju zawodowego i jakości opieki zdrowotnej na przykładzie stażu zagranicznego diagnosty laboratoryjnego – Agnieszki Ochocińskiej

Wdobie dynamicznych przemian w medycynie laboratoryjnej, związanych z postępem technologicznym, cyfryzacją procesów oraz rosnącymi oczekiwaniami pacjentów i systemów ochrony zdrowia, szczególnego znaczenia nabiera ciągły rozwój kompetencji zawodowych diagnostów laboratoryjnych. Jednym z najbardziej efektywnych narzędzi wspierających ten rozwój jest krótkoterminowa mobilność międzynarodowa, realizowana m.in. w ramach programów Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej (NAWA).

Przykład stażu zagranicznego Agnieszki Ochocińskiej – diagnosty laboratoryjnego z 16-letnim doświadczeniem zawodowym – stanowi modelowe potwierdzenie, że nawet kilkumiesięczny wyjazd może mieć znaczący wpływ zarówno na rozwój indywidualny specjalisty, jak i funkcjonowanie jednostki macierzystej oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Staż realizowany był w renomowanym ośrodku – Department of Laboratory Medicine w Karolinska Institutet w Szwecji, w okresie od grudnia 2025 do lutego 2026 roku.

Rozwój kompetencji klinicznych i organizacyjnych

Jednym z najważniejszych efektów mobilności było zdobycie zaawansowanej wiedzy praktycznej w obszarze badań translacyjnych, które łączą naukę z praktyką kliniczną. Udział w tego typu działaniach pozwala nie tylko lepiej rozumieć proces diagnostyczny, ale także aktywnie uczestniczyć w jego doskonaleniu poprzez wdrażanie nowych metod i technologii. Równolegle istotnym elementem było poznanie nowoczesnych modeli organizacji pracy w laboratorium. Szczególną uwagę zwrócono na systemy monitorowania przepływu pracy, które pozwalają na optymalizację procesów diagnostycznych, redukcję błędów oraz zwiększenie efektywności zespołów. Dodatkowo analizowano sposób zarządzania odczynnikami, ich przechowywania oraz nadzoru nad substancjami niebezpiecznymi przy wykorzystaniu zaawansowanych narzędzi informatycznych.

Tak kompleksowe podejście do funkcjonowania laboratorium stanowi cenne źródło inspiracji dla jednostek w Polsce, szczególnie w kontekście rosnącej potrzeby standaryzacji i automatyzacji procesów.

Systemowe podejście do kształcenia kadr medycznych

Istotnym obszarem obserwacji była organizacja systemu szkolenia pracowników laboratorium. W ośrodku goszczącym funkcjonuje jasno określony model rozwoju kompetencji, obejmujący zarówno obowiązkowe szkolenia, jak i rekomendowane kursy doskonalące, realizowane cyklicznie.

Zdobyte doświadczenia umożliwiają przeniesienie sprawdzonych rozwiązań do polskich realiów, co może przyczynić się do budowania bardziej uporządkowanego i efektywnego systemu



kształcenia diagnostów laboratoryjnych. Dodatkowo dokonano analizy możliwości zatrudnienia w zawodzie osób wykształconych w Polsce w kontekście międzynarodowym, co ma znaczenie dla zwiększenia mobilności zawodowej i konkurencyjności polskich specjalistów.

Transfer innowacji i wdrożeń do praktyki klinicznej

Jednym z najbardziej wymiernych efektów mobilności jest możliwość implementacji innowacyjnych rozwiązań w jednostce macierzystej. W trakcie stażu nawiązano współpracę w wielu kluczowych obszarach, które bezpośrednio przekładają się na jakość diagnostyki i doświadczenie pacjenta.

Wśród nich znajdują się m.in. projekty wspierające pacjentów pediatrycznych w procesie diagnostycznym, takie jak narzędzia edukacyjne w formie interaktywnych gier czy materiały multimedialne przygotowujące dzieci do badań laboratoryjnych. Szczególnie innowacyjne są rozwiązania wykorzystujące technologie VR i AR w celu redukcji lęku przed procedurami medycznymi, co ma ogromne znaczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi oraz osobami z trudnościami poznawczymi.

Dodatkowo podjęto działania związane z wdrażaniem nowoczesnych technologii diagnostycznych oraz przygotowaniem testów ich zastosowania w polskich warunkach klinicznych. Współpraca objęła również rozwój materiałów edukacyjnych dla pacjentów, w tym dostosowanych do osób ze spektrum autyzmu czy zespołem Aspergera, co wpisuje się w ideę medycyny spersonalizowanej i inkluzywnej.

Budowanie trwałych relacji międzynarodowych

Mobilność zagraniczna to nie tylko zdobywanie wiedzy, ale przede wszystkim budowanie relacji. W trakcie realizacji projektu nawiązano współpracę z licznymi ekspertami oraz zespołami badawczymi, zarówno w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, jak i edukacji pacjentów czy wdrażania nowych technologii.

Efektom tych działań jest nie tylko wymiana doświadczeń, ale także konkretne inicjatywy, takie jak wspólne projekty badawcze, przygotowanie wniosków grantowych czy planowanie dalszej współpracy w ramach programów międzynarodowych (np. Erasmus+). Co istotne, relacje te mają charakter trwały i mogą stanowić fundament dla kolejnych inicjatyw naukowych i wdrożeniowych, wzmacniając pozycję polskich ośrodków na arenie międzynarodowej.

Wpływ na jakość opieki nad pacjentem

Najważniejszym beneficjentem mobilności pozostaje jednak pacjent. Wdrożenie nowych rozwiązań organizacyjnych, technologicznych i edukacyjnych przekłada się bezpośrednio na poprawę jakości diagnostyki, skrócenie czasu oczekiwania na wyniki oraz zwiększenie komfortu pacjenta. Szczególne znaczenie mają działania ukierunkowane na edukację pacjentów oraz redukcję stresu związanego z badaniami laboratoryjnymi. Tworzenie materiałów informacyjnych, filmów instruktażowych czy narzędzi interaktywnych pozwala lepiej przygotować pacjenta do procedury, co wpływa na jej przebieg i jakość uzyskanego materiału diagnostycznego. Dodatkowo współpraca w zakresie standardów pobierania materiału do badań przesiewowych noworodków oraz rozwój metod analitycznych (np. LC/MS) wskazują na możliwość podnoszenia jakości diagnostyki na poziomie systemowym.

Mobilność jako inwestycja w przyszłość diagnostyki

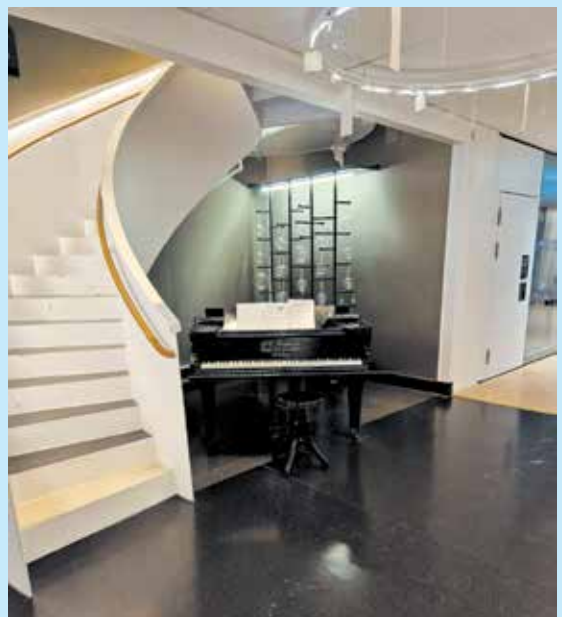
Analiza przypadku Agnieszki Ochocińskiej jednoznacznie pokazuje, że krótkoterminowa mobilność nie jest jedynie elementem indywidualnego rozwoju zawodowego, lecz stanowi realną inwestycję w rozwój całego systemu ochrony zdrowia.

Programy NAWA umożliwiają szybki i efektywny transfer wiedzy, wspierają wdrażanie innowacji oraz budują mosty między ośrodkami naukowymi i klinicznymi. W kontekście rosnących wyzwań, takich jak starzenie się społeczeństwa, rozwój chorób cywilizacyjnych czy potrzeba personalizacji terapii, znaczenie takich inicjatyw będzie systematycznie rosło.

Podsumowanie

Krótkoterminowa mobilność diagnostów laboratoryjnych to narzędzie o wysokiej efektywności, umożliwiające jednocześnie osiągnięcie wielu celów: rozwoju kompetencji, transferu wiedzy, wdrażania innowacji oraz poprawy jakości opieki nad pacjentem.

Przykład Agnieszki Ochocińskiej pokazuje, że nawet doświadczony specjalista może znacząco poszerzyć swoje kompetencje i stać się inicjatorem zmian o realnym wpływie na praktykę kliniczną. Tym samym mobilność międzynarodowa powinna być postrzegana jako kluczowy element strategii rozwoju diagnostyki laboratoryjnej – zarówno na poziomie indywidualnym, jak i systemowym. ●



DNA PŁODOWE PRZYSZŁOŚCIĄ DIAGNOSTYKI?



● **mgr Aneta Babula**
Zakład Immunologii
Klinicznej USD w Krakowie



● **mgr Katarzyna Mizera**
Zakład Diagnostyki
Laboratoryjnej,
Szpital Specjalistyczny im.
Ludwika Rydygiera
w Krakowie



● **mgr Klaudia Rzewuska**
Laboratorium Cytogenetyki
i Genetyki Molekularnej,
USD w Krakowie

Wstęp

Celem badań prenatalnych jest diagnostyka nieprawidłowości w rozwoju płodu, co następnie umożliwia określenie ryzyka dla dalszego przebiegu ciąży, wystąpienia zagrożenia dla zdrowia i życia ciężarnej, czy noworodka. Dzięki postawieniu prawidłowej diagnozy możliwe jest wprowadzenie specjalistycznego postępowania zarówno w trakcie trwania ciąży, jak i po porodzie [1]. Do najczęstszych aberracji chromosomowych diagnozowanych u płodów w drugim trymestrze ciąży zalicza się trisomie chromosomów pary 13, 18, 21, aberracje związane z chromosomami płci, czy triploidie [2]. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) oraz Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (PTGC) pierwszymi badaniami wykonywanymi w okresie prenatalnym powinny być nieinwazyjne badania przesiewowe, do których zalicza się diagnostykę ultrasonograficzną oraz laboratoryjną (ocena markerów biochemicznych i/lub analiza płodowego DNA we krwi matki). W przypadku uzyskania nieprawidłowych wyników badań przesiewowych i/lub dodatniego wywiadu w kierunku chorób genetycznych w rodzinie, należy skierować ciężarną na diagnostyczne badania genetyczne z wykorzystaniem materiału pochodzenia płodowego pobranego na drodze inwazyjnej (biopsja trofoblastu, amniopunkcja lub kordocenteza). Obecnie szacuje się, że ryzyko wystąpienia powikłań ciąży po zastosowaniu inwazyjnych metod pobierania materiału wynosi poniżej 1% [1].

Charakterystyka badań prenatalnych

W diagnostyce prenatalnej stosuje się zarówno metody cytogenetyki klasycznej, do których zaliczamy kariotyp klasyczny i różne odmiany metody FISH (ang. *Fluorescence In Situ Hybridization*), jak i metody biologii molekularnej takie jak aCGH (ang. *Array Comparative Genomic Hybridization*), QF-PCR (ang. *Quantitative Fluorescent Polymerase Chain Reaction*), MLPA (ang. *Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification*) i sekwencjonowanie NGS (ang. *Next Generation Sequencing*) [1].

Kariotyp klasyczny stosuje się w przypadku podejrzenia występowania u płodu liczbowych aberracji chromosomowych lub aberracji strukturalnych (nie mniejszych

niż 5–10 milionów par zasad, Mpz). W odróżnieniu od aCGH, metody cytogenetyki klasycznej pozwalają na identyfikację obecności translokacji zrównoważonych, inwersji oraz lokalizacji zmian o charakterze duplikacji [3]. Pozwalają również na ocenę stopnia mozaikowości stwierdzonej aberracji. Jednak ze względu na możliwość uzyskania większej rozdzielczości (do 150 tysięcy par zasad) oraz skrócenia czasu oczekiwania na wynik przy obecności wad rozwojowych u płodu, jako badanie podstawowe powinno wykonywać się badanie metodą aCGH [1, 3]. W przypadku obecności u płodu ultrasonograficznych markerów aneuploidii chromosomów 13, 18, 21, X i Y, dopuszcza się postawienie rozpoznania na podstawie metod szybkiej diagnostyki, takich jak FISH, QF-PCR czy MLPA [1]. Badania materiału genetycznego płodu przy użyciu standardowych metod pozwalają na znalezienie przyczyny wrodzonych wad u płodu w około 40 % przypadków, dlatego w sytuacji, w której etiopatogeneza zaburzeń rozwojowych płodu jest niejasna dopuszcza się przeprowadzenie badania metodą NGS, które umożliwia identyfikację chorób monogenowych [1, 4].

Wolne płodowe DNA w diagnostyce prenatalnej

Wolne płodowe DNA (cffDNA, ang. *cell-free fetal DNA*) to krótkie fragmenty DNA uwalniane do krwioobiegu matki przez komórki cytotrofoblastu łożyska w wyniku ich apoptozy. Stężenie cffDNA wzrasta wraz z wiekiem ciąży do poziomu około 10–20% całkowitego wolnego DNA znajdującego się w osoczu matki w pierwszym i drugim trymestrze ciąży. Frakcja płodowego DNA zwiększa się wolniej niż bezwzględna ilość cząsteczek DNA, co oznacza, iż ilość matczynego wolnego DNA również wzrasta wraz z wiekiem ciąży. Na ilość cffDNA wpływa również stan fizjologiczny ciąży. Zaobserwowano wzrost frakcji płodowej w przypadku ciąży ze stanem przedrzucawkowym, łożyskiem wrośniętym, małowodniem oraz krwotokiem, czy trisomią 21 u płodu. Jako przyczyny zmniejszenia frakcji płodowej wymienia się zarówno nowotwory złośliwe oraz zwiększoną wagę u matki, jak i zapłodnienie metodą *in vitro*, czy obecność trisomii chromosomu 18 u płodu. Wolne płodowe DNA ze względu na stosunkowo nieinwazyjną drogę uzyskania (pobranie krwi żyłnej matki) znalazło zastosowanie w badaniach przesiewowych płodu w postaci testów NIPT (ang. *Non Invasive Prenatal Testing*). Większość badań NIPT może być wykonywane od ukończenia 9. lub 10. tygodnia ciąży, co umożliwia ograniczenie występowania niepowodzeń związanych ze zbyt małą ilością wolnego płodowego DNA krążącego we krwi matki na początkowych etapach ciąży. Materiał do badań NIPT może być pobierany do końca trwania ciąży, jednak po 24. tygodniu nie można już pobrać materiału metodą inwazyjną w celu weryfikacji uzyskanego wyniku. cffDNA przestaje być wykrywalne we krwi matki po upływie doby od porodu [4, 5]. Krew do badania NIPT pobiera się m.in. do dedykowanych probówek Streck [6]. Izolacja wolnego krążącego DNA (ang. *circulating free DNA* – cfDNA) z osocza matki przeprowadzana jest najczęściej metodą kolumnienkową lub z zastosowaniem kulek magnetycznych z wykorzystaniem dostępnych na rynku gotowych zestawów [7].

Testy wykorzystujące analizę cfDNA

Obecnie dominują trzy techniki analizy aneuploidii wykorzystywane w badaniach NIPT. Pierwszą z nich jest masowe równoległe sekwencjonowanie typu „shotgun” (ang. *Massively Parallel Shotgun Sequencing*), które polega na sekwencjonowaniu krótkich fragmentów cfDNA pochodzących z osocza matki. Następnie uzyskane sekwencje są zliczane i porównywane do genomu referencyjnego. Jeżeli występuje „nadwyżka” lub „ubytek” fragmentów pochodzących z danego chromosomu równoznaczne jest to z wystąpieniem aneuploidii dotyczącej tego chromosomu [8]. W technice tej analizowane są wszystkie chromosomy, uzyskuje się więc kompleksową informację na temat występujących aneuploidii. Podobną techniką jest celowane masowe równoległe sekwencjonowanie (ang. *Targeted Massively Parallel Sequencing* – t-MPS), w którym jednak sekwencjonowaniu poddaje się konkretny chromosom [9]. Obie techniki skupiają się na ilości zliczonych fragmentów cfDNA bez rozróżnienia czy pochodzi ono od matki czy płodu. Alternatywnie stosuje się trzecie podejście – różnice w polimorfizmach pojedynczych nukleotydów (ang. *Single-Nucleotide Polymorphisms*, SNPs) pomiędzy DNA matki i płodu. Dzięki tej metodzie można określić ryzyko aneuploidii poprzez przeprowadzenie ukierunkowanej amplifikacji i analizy tysięcy SNPs w chromosomach 13, 18, 21, X oraz Y [10]. Badania NIPT cechują się wysoką czułością i swoistością pod kątem detekcji trisomii u płodów w drugim oraz trzecim trymestrze ciąży. Testy wykonywane u kobiet z ciążą pojedynczą osiągają czułość 80, >99.9 i 97,83% odpowiednio dla trisomii 13, 18 oraz 21, podczas gdy swoistość wynosi 100% w przypadku trisomii 13 oraz 99,98% dla trisomii 18 oraz trisomii 21. W ciążach bliźniaczych testy NIPT osiągają >99,9% czułość oraz 99,95–99,97% swoistość w wykrywaniu trisomii 13, 18 i 21 [19]. Ze względu na to, że cffDNA stanowi jedynie ok. 10–20% całości cfDNA we krwi matki badanie mutacji pojedynczych genów u płodu jest problematyczne. Dodatkowo w przypadku płodów płci męskiej trudno jest określić, czy wykryte warianty występujące w chorobach związanych z chromosomem X pochodzą od matki czy płodu.





Podobny problem dotyczy diagnostyki chorób autosomalnych recesywnych w sytuacji, gdy wykryty wariant jest pochodzenia odrodzicielskiego [11]. W takich przypadkach możliwe jest zastosowanie technik analizy: RMD [ang. *Relative Mutation Dosage*] lub RHD [ang. *Relative Haplotype Dosage*] [12]. Do techniki RMD wykorzystuje się najczęściej PCR emulsyjny [ang. *digital droplet PCR*, ddPCR]. Przy założeniu, że matka jest heterozygotyczna pod względem danej mutacji, sygnał pochodzący od zmutowanego allelu i od allelu prawidłowego będą w równowadze, jeżeli płód także będzie heterozygotyczny. Zwiększony sygnał od allelu zmutowanego sugeruje, że płód jest homozygotą z obydwoima allelami zmutowanymi. Natomiast jeżeli płód jest homozygotą z dwoma prawidłowymi allelami dojdzie do zmniejszenia sygnału pochodzącego od zmutowanego allelu. Technika RMD opiera się więc na określeniu stosunku sygnałów pochodzących od allelu zmutowanego oraz prawidłowego [13, 14, 15].

Technika RHD wymaga przeprowadzenia reakcji sekwencjonowania wybranych fragmentów genomu matki oraz ojca, które związane są z występowaniem danej choroby. Następnie przeprowadzana jest analiza, w której haplotypy związane z prawidłowymi allelami i allelami zmutowanymi są przypisywane do powiązanych z nimi SNPs. Informacja ta pozwala zidentyfikować od kogo pochodzi dany haplotyp. W dalszej kolejności poddawane sekwencjonowaniu z analizą SNPs jest cfDNA. Informacja o ilości i rodzaju wykrytych SNPs pomaga ustalić, czy płód odziedziczył zmutowany czy niezmutowany haplotyp matki oraz ojca [13, 14, 16]. Podsumowując u płodów będących w grupie ryzyka RMD i RHD mogą być wykorzystywane do wykluczenia, występowania wariantów patogennych, które mogły zostać odziedziczone po rodzicach lub wariantów *de novo*, które u rodzeństwa stanowią przyczynę choroby genetycznej [17, 18].

Ograniczenia testów NIPT

Nieinwazyjne genetyczne analizy cfDNA charakteryzują się wysoką czułością i swoistością, a ich zastosowanie dla określenia płci, czy obecności czynnika RhD mogłoby mieć zastosowanie diagnostyczne [20]. Niemniej jednak, dla najczęstszych aneuploidii są w dalszym ciągu badaniem przesiewowym. Do prawidłowej analizy konieczne jest posiadanie wiedzy odnośnie do wieku ciążowego i liczby płodów, stąd w pierwszej kolejności musi zostać wykonywane USG. Badania cfDNA można wykonywać dla pojedynczej ciąży, w przypadku ciąży bliźniaczych należy rozważyć wybór testu, który pozwoli na uzyskanie najdokładniejszych informacji o wadach genetycznych obu płodów. Nie zaleca się wykonywania tych testów dla ciąży wyższego rzędu niż bliźniacza [21]. Testy NIPT mogą być wykonywane w przypadku obumarcia jednego z płodów, przy czym materiał musi zostać pobrany co najmniej po 8 tygodniach od zdarzenia. Należy jednak wziąć pod uwagę

zwiększony odsetek wyników fałszywie dodatnich [22]. Do technicznych aspektów niemożności wykonania badania należy zbyt niska frakcja cfDNA najczęściej spowodowana niewłaściwym pobraniem materiału, transportem i przechowywaniem, ale zależna też od wieku ciążowego, wagi matki, obecności aneuploidii, mozaicyzmu płodu, matczynej zmienności liczby kopii DNA [ang. *Copy Number Variation*, CNV]. Wyżej wymienione czynniki mogą prowadzić także do uzyskania wyników fałszywie negatywnych [20, 21, 23, 24].

cfDNA pochodzi w większości z trofoblastu. W ok. 1% przypadków aberracje chromosomowe dotyczą wyłącznie trofoblastu (mozaikowość ograniczona do łożyska), co skutkować może uzyskaniem wyniku fałszywie pozytywnego [22]. Na możliwość uzyskania wyników fałszywie pozytywnych wpływają też m.in. nieprawidłowości kariotypu matki, a także nowotwory u matki [25]. Badania na cfDNA nie są refundowane, zatem koszty badania ponosi pacjentka. Koszt testów dostępnych w Polsce to ok. 2000 zł, przy czym firmy oferują pobranie materiału (w tym ponowne pobranie w przypadku uzyskania niskiej frakcji płodowej), interpretację ryzyka, czasem także konsultację genetyczną. Istnieje także problemem w interpretacji wyników, jak i brak spójności nomenklatury stosowanej do opisu uzyskanych rezultatów [25]. Większość firm oferujących badania NIPT w Polsce wysyła materiał do zagranicznych podwykonawców, co skutkuje brakiem kontroli nad jakością i rzetelnością wykonywanych badań, a także rodzi obawy o bezpieczeństwo wrażliwych danych genetycznych nie tylko płodów, ale i matek. Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka alarmuje, iż należy powierzać badania genetyczne certyfikowanym i kontrolowanym laboratoriom w celu uniknięcia uzyskania błędnego wyniku lub wyników niezgodnych z medycyną opartą na dowodach naukowych [26]. Konsekwencją opisanej negatywnej praktyki jest ujawniony w 2021 roku przypadek udostępniania na potrzeby chińskiego wojska przez firmę BGI danych pacjentek pochodzących z analizy ich DNA [27].

Podsumowanie

Diagnostyka prenatalna z wykorzystaniem cfDNA jest ciągle rozwijającą się techniką pozwalającą uzyskać coraz więcej informacji o stanie zdrowia płodu na wczesnych etapach życia. Z uwagi na nieinwazyjny charakter, krótki czas oczekiwania na wynik, wysoką czułość i swoistość diagnostyczną, stanowi dopełnienie dotychczas stosowanych nieinwazyjnych badań prenatalnych. Rozwój badań NIPT daje nadzieję na szybką i dokładną diagnostykę, która umożliwiłaby wprowadzenie terapii w przypadku wykrytych chorób genetycznych już nawet w trakcie trwania ciąży, oraz dałaby pewność przyszłym rodzicom co do zdrowia upragnionego dziecka. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Sieroszewski P, Haus O, Zimmer M. i wsp. *Recommendations for prenatal diagnostics of the Polish Society of Gynaecologists and Obstetricians and the Polish Society of Human Genetics*. Ginekol Pol. 2022;93(5):427-437. doi:10.5603/GPa.2021.0255.
- [2] Liehr T, Ziegler M. *Rapid prenatal diagnostics in the interphase nucleus: procedure and cut-off rates*. J Histochem Cytochem. 2005;53(3):289-291. doi:10.1369/jhc.4B6394.2005.
- [3] Sparks T.N., Dugoff L. *How to choose a test for prenatal genetic diagnosis: a practical overview*. Am J Obstet Gynecol. 2023;228(2):178-186. doi:10.1016/j.ajog.2022.08.039.
- [4] Nitibhon V., Dyr B., Soster E. *3906 Patient Weight, Not Height, Significantly Influences cfDNA Screening Performance*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, Volume 230, Issue 1, S479.
- [5] Abulí A., Antolín E., Borrell A. i wsp. *Guidelines for NGS procedures applied to prenatal diagnosis by the Spanish Society of Gynecology and Obstetrics and the Spanish Association of Prenatal Diagnosis*. J Med Genet. 2024;61(8):727-733. Published 2024 Jul 19. doi:10.1136/jmg-2024-109878.
- [6] Luo J., Wang S., Zhang S. et al. *Performance of ImproGene Cell-Free DNA Tubes for Stabilization and Analysis of cfDNA in Blood Samples*. Fetal Pediatr Pathol. 2022;41(5):771-780. doi:10.1080/15513815.2021.1979143.
- [7] Buysse K., Beulen L., Gomes I. i wsp. *Reliable noninvasive prenatal testing by massively parallel sequencing of circulating cell-free DNA from maternal plasma processed up to 24h after venipuncture*. Clin Biochem. 2013;46(18):1783-1786. doi:10.1016/j.clinbiochem.2013.07.020.
- [8] Lim J.H., Lee B.Y., Kim J.W. i wsp. *Evaluation of extraction methods for methylated cell-free fetal DNA from maternal plasma*. J Assist Reprod Genet. 2018;35(4):637-641. doi:10.1007/s10815-018-1114-8.
- [9] Fan H.C., Blumenfeld Y.J., Chitkara U., Hudgins L., Quake S.R. *Noninvasive diagnosis of fetal aneuploidy by shotgun sequencing DNA from maternal blood*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2008;105(42):16266-16271. doi:10.1073/pnas.0808319105.
- [10] Norton M.E., Brar H., Weiss J. i wsp. *Non-Invasive Chromosomal Evaluation (NICE) Study: results of a multicenter prospective cohort study for detection of fetal trisomy 21 and trisomy 18*. Am J Obstet Gynecol. 2012;207(2):137.e1-137.e1378. doi:10.1016/j.ajog.2012.05.021.
- [11] Mokhtar R., Hans P., Sinha A. *Comparing Non-invasive Prenatal Testing With Invasive Testing for the Detection of Trisomy 21*. Cureus. 2022;14(11):e31252. Published 2022 Nov 8. doi:10.7759/cureus.31252.
- [12] Zhu Y., Shan Q., Zheng J. i wsp. *Comparison of Efficiencies of Non-invasive Prenatal Testing, Karyotyping, and Chromosomal Micro-Array for Diagnosing Fetal Chromosomal Anomalies in the Second and Third Trimesters*. Front Genet. 2019;10:69. Published 2019 Mar 11. doi:10.3389/fgene.2019.00069.
- [13] Nicolaides K.H., Syngelaki A., Gil M., Atanasova V., Markova D. *Validation of targeted sequencing of single-nucleotide polymorphisms for non-invasive prenatal detection of aneuploidy of chromosomes 13, 18, 21, X, and Y*. Prenat Diagn. 2013;33(6):575-579. doi:10.1002/pd.4103.
- [14] Mahdi Mortazavipour M., Mahdian R., Shahbazi S. *The current applications of cell-free fetal DNA in prenatal diagnosis of single-gene diseases: A review*. Int J Reprod Biomed. 2022;20(8):613-626. Published 2022 Sep 6. doi:10.18502/ijrm.v20i8.11751.
- [15] Zhong L.P.W., Chiu R.W.K. *The Next Frontier in Noninvasive Prenatal Diagnostics: Cell-Free Fetal DNA Analysis for Monogenic Disease Assessment*. Annu Rev Genomics Hum Genet. 2022;23:413-425. doi:10.1146/annurev-genom-110821-113411.
- [16] Lun F.M., Tsui N.B., Chan K.C. i wsp. *Noninvasive prenatal diagnosis of monogenic diseases by digital size selection and relative mutation dosage on DNA in maternal plasma*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2008;105(50):19920-19925. doi:10.1073/pnas.0810373105.
- [17] Yu S.C., Chan K.C., Zheng Y.W. i wsp. *Size-based molecular diagnostics using plasma DNA for noninvasive prenatal testing*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(23):8583-8588. doi:10.1073/pnas.1406103111.
- [18] Pertile M.D., Flowers N., Vavrek D. i wsp. *Performance of a Paired-End Sequencing-Based Noninvasive Prenatal Screening Test in the Detection of Genome-Wide Fetal Chromosomal Anomalies*. Clin Chem. 2021;67(9):1210-1219. doi:10.1093/clinchem/hvab067.
- [19] Chen Y., Yang F., Shang X., Liu S., Li M., Zhong M. *A study on non-invasive prenatal screening for the detection of aneuploidy*. Ginekol Pol. 2022;93(9):716-720. doi:10.5603/GPa.2021.0254.
- [20] Mackie F.L., Hemming K., Allen S., Morris R.K., Kilby M.D. *The accuracy of cell-free fetal DNA-based non-invasive prenatal testing in singleton pregnancies: a systematic review and bivariate meta-analysis*. BJOG. 2017;124(1):32-46. doi:10.1111/1471-0528.14050.
- [21] Sieroszewski P., Wielgos M., Radowski S. i wsp. *Cell-free fetal DNA testing in prenatal diagnosis: Recommendations of the Polish Gynecological Society and the Polish Human Genetics Society*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;214:190-191. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.05.009.
- [22] van Eekhout J.C.A., Bekker M.N., Bax C.J., Galjaard R.H. *Non-invasive prenatal testing (NIPT) in twin pregnancies affected by early single fetal demise: A systematic review of NIPT and vanishing twins*. Prenat Diagn. 2023 Jun;43(7):829-837. doi: 10.1002/pd.6388. Epub 2023 May 31. PMID: 37226326.
- [23] Kong X., Zhang L., Yang R. i wsp. *Reasons for failure of noninvasive prenatal test for cell-free fetal DNA in maternal peripheral blood*. Mol Genet Genomic Med. 2024;12(1):e2351. doi:10.1002/mgg3.2351.
- [24] Deng C., Liu S. *Factors Affecting the Fetal Fraction in Noninvasive Prenatal Screening: A Review*. Front Pediatr. 2022;10:812781. Published 2022 Jan 27. doi:10.3389/fped.2022.812781.
- [25] Grace M.R., Hardisty E., Dotters-Katz S.K. i wsp. *Cell-Free DNA Screening: Complexities and Challenges of Clinical Implementation*. Obstet Gynecol Surv. 2016;71(8):477-487. doi:10.1097/OGX.0000000000000342.
- [26] Stanowisko Zarządu Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (PTGC) w sprawie testów genetycznych wykonywanych niezgodnie z obowiązującymi standardami oraz naruszeniem zasad etycznych. 2016.
- [27] Needham K., Baldwin C. *Baby Biocode*. Reuters Investigates. 2021.



● mgr Kornelia Szponar¹



● dr n. farm. Edyta Ciebien¹



● mgr Julia Maklakiewicz¹



● mgr Jakub Maklakiewicz



● dr n. farm. Kinga Skrzypek¹

¹ Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
Pracownia Bakteriologii,
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
w Lublinie



CEFTAZYDYM-AWIBAKTAM W POŁĄCZENIU Z AZTREONAMEM – SPEKTRUM AKTYWNOŚCI I METODY OZNACZANIA SYNERGIZMU

Wstęp

Lata 40. i 50. XX wieku obfitowały w odkrycia nowych antybiotyków, co mogło dać nadzieję na opanowanie chorób wywołanych przez drobnoustroje. Bakterie nabywają jednak oporność na dostępne obecnie antybiotyki w zatrważającym tempie, stając się poważnym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjentów. W obliczu narastania lekooporności niezbędne jest więc poszukiwanie nowych opcji terapeutycznych, dających szansę na skuteczną terapię. Wbrew pozorom niekoniecznie będą to zupełnie nowe grupy leków, ponieważ w latach 2017–2022 wśród wprowadzonych 12 nowych antybiotyków jedynie 2 z nich (waborbaktam i lefamulina) spełniały to kryterium [1, 2].

Duże nadzieje pokłada się w możliwości zastosowania w terapii leków (również tych, na które dany patogen wykazuje oporność) mających odmienne mechanizmy działania, a które w połączeniu wykazują synergizm co skutkuje aktywnością *in vivo* [1, 3]. Terapia skojarzona polega na podaniu zwykle dwóch lub trzech leków jednocześnie po to, by osiągnąć efekt współdziałania. Takie postępowanie potęguje działanie bójcze, maksymalizuje efekty leczenia jednocześnie minimalizując ryzyko powstania oporności na lek oraz pozwala na podaż niższych dawek leków [3, 4].

Problem wielolekooporności

Wśród drobnoustrojów wykazujących wielolekooporność na uwagę zasługuje przede wszystkim *Klebsiella pneumoniae*. Zdolność szybkiego nabywania oporności na antybiotyki wśród szczepów tego gatunku jest spowodowana głównie łatwością rozprzestrzeniania się jego plazmidów niosących geny oporności, zwłaszcza w środowisku szpitalnym. Największe obawy wzbudza obecność karbapenemazy MBL (ang. *metallo-β-lactamase* – *metalo-β-laktamaza*), której wykrycie u szczepów klinicznych w wielu rejonach świata nie jest już zjawiskiem rzadkim [5]. Niebezpieczeństwo tej sytuacji polega na tym, że szczepy wykazują oporność na niemal wszystkie antybiotyki β-laktamowe, w tym również na karbapenemy. Dodatkowo stwierdzono, że współistnieją mechanizmy oporności na inne grupy leków, takie jak fluorochinolony czy aminoglikozydy, zawężając w ten sposób możliwości terapii do leków wysoce toksycznych, jak np. kolistyna [6].

Innym typowym patogenem szpitalnym wysoce opornym na antybiotyki jest *Pseudomonas aeruginosa*. Wywołuje wiele rodzajów zakażeń, ale najważniejsze z nich to zakażenia u pacjentów wentylowanych mechanicznie, przewlekle osłabionych czy poparzonych. U tego gatunku oporność na karbapenemy jest spowodowana w większości przez mechanizmy inne niż wytwarzanie karbapenemazy, a mianowicie nadprodukcję cefalosporynazy AmpC, zmniejszenie przepuszczalności błony komórkowej czy aktywne wypompowywanie antybiotyku z komórki [efflux]. Występują jednak szczepy wytwarzające karbapenemazy, a wśród nich głównie MBL [7, 8].

Obydwa omówione drobnoustroje znajdują się na liście priorytetowych patogenów bakteryjnych [BPPL – ang. *Bacterial Priority Pathogens List*] opublikowanej w 2024 roku przez Światową Organizację Zdrowia [ang. *WHO – World Health Organization*] [9].

Metalo- β -laktamazy są najpowszechniej występującą grupą karbapenemaz, szczególnie w Europie Wschodniej, na subkontynencie indyjskim i w niektórych częściach Azji, a częstość ich izolacji stale rośnie [2]. Hydrolizują niemal wszystkie β -laktamy, oprócz aztreonamu, a ich aktywność nie jest hamowana przez nowe połączenia antybiotyków β -laktamowy – inhibitor β -laktamazy, takie jak: ceftazydym-awibaktam, meropenem-waborbaktam i imipenem-relebaktam [2, 10]. Wśród izolatów produkujących MBL często współwystępują inne mechanizmy oporności, jak np. ESBL [ang. *Extended Spectrum β -lactamases* – β -laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym], cefalosporinazy AmpC czy inne karbapenemazy jak np. KPC [ang. *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* – karbapenemaza *Klebsiella pneumoniae*], które hydrolizują aztreonam [2, 5, 11]. Działanie wymienionych enzymów jest jednak blokowane przez awibaktam, który z kolei nie wpływa na aktywność MBL [Tab. 1.] [11].

Tabela 1. Aktywność nowych połączeń β -laktam-inhibitor – β -laktamazy i aztreonamu wobec pałeczek z rzędu *Enterobacterales* oraz *P. aeruginosa* wytwarzających mechanizmy oporności na antybiotyki β -laktamowe [10, 12, 13].

	Ceftazydym-awibaktam	Meropenem-waborbaktam	Imipenem-relebaktam	Ceftolozan-tazobaktam	Aztreonam
MBL	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)
KPC	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
OXA-48	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)
ESBL	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)
AmpC	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)

Legenda:

(-) - brak aktywności substancji wobec danej β -laktamazy

(+) - aktywność substancji wobec danej β -laktamazy

Wielolekooporność szczepów produkujących MBL nie stanowi jedynej trudności terapeutycznej. Leczenie zakażeń wymaga również uwzględnienia innych aspektów jak np. źródło infekcji, działania niepożądane leków czy indywidualne cechy pacjenta (np. aktualny stan kliniczny, alergia na leki, choroby współistniejące). Leki takie jak np. kolistyna czy polimyksyna B, pomimo wrażliwości *in vitro*, mogą być niemożliwe do zastosowania ze względu na ryzyko nefrotoksyczności. Ponadto, należy unikać stosowania kolistyny w monoterapii [8, 11, 12]. Rozwiązaniem w takiej sytuacji może być zastosowanie skojarzenia ceftazydym-awibaktam z aztreonamem [8, 14]. Wykazano, że takie połączenie może obniżyć ryzyko śmiertelności nawet o 60% w porównaniu z innymi aktywnymi antybiotykami [8]. Prace naukowe pokazują, że w wyniku zestawienia omawianych substancji efekt synergistyczny otrzymywano dla znacznej ilości badanych izolatów szczepów produkujących MBL według różnych badań: 88% *Enterobacterales*

[6], 84% *Enterobacterales* i *P. aeruginosa* łącznie [15], 80% *Enterobacterales*, 6% *P. aeruginosa* i 85% *Stenotrophomonas maltophilia* [16] oraz 80% *P. aeruginosa* [17]. Wrażliwość *P. aeruginosa* na połączenie ceftazydym – awibaktam z aztreonamem wymaga dalszych badań, ponieważ jak zaznacza Lee i wsp. [17] badania zostały przeprowadzone na niewielkiej ilości izolatów, które dodatkowo były zbliżone do siebie fenotypowo. Nie zmienia to faktu, że zastosowana kombinacja może przynieść pozytywne skutki w terapii, gdy zostaną wyczerpane inne możliwości.

Zgodnie z rekomendacjami IDSA [ang. *Infectious Diseases Society of America* – Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych] połączenie ceftazydym-awibaktam z aztreonamem może być stosowane jako alternatywa w terapii zakażeń wywołanych przez wielolekooporne szczepy takie jak *Enterobacterales* produkujące MBL oraz *S. maltophilia*, gdy inne opcje terapeutyczne są ograniczone. W takiej sytuacji należy oznaczyć synergizm wspomnianych substancji *in vitro* [2, 5]. W praktyce sprawia to jednak problemy, ponieważ nie ma jednej, powszechnie rekomendowanej, wystandaryzowanej metody oznaczania kombinacji omawianych substancji [8, 15].



Metody oznaczania synergizmu

Metoda mikrorozcieńczeniowa (test szachownicy)

Istnieje kilka różnych metod wyznaczania synergizmu. Pierwszą z nich jest metoda mikrorozcieńczeniowa (tzw. test szachownicy), która stanowi modyfikację standardowej metody oznaczania MIC [ang. *minimal inhibitory concentration* – najmniejsze stężenie hamujące]. Na płytce [najczęściej 96-dołkowej] sprawdza się aktywność substancji poprzez stworzenie gradientowej „szachownicy” rozcieńczeń w takich sposób, aby udało się ocenić wszystkie możliwe kombinacje stężeń. W pierwszym etapie bada się wartość MIC leków osobno, a w drugim – wartość MIC dla kombinacji leków. Mogą to być dwa lub trzy leki, jednak przy zastosowaniu aż trzech substancji metoda może okazać się niepraktyczna, nawet przy użyciu wąskiego zakresu stężeń. Ograniczeniem metody mikrorozcieńczeniowej jest m. in. możliwość oszacowania działania antybiotyków tylko w jednym, konkretnym punkcie czasowym oraz brak możliwości oceny właściwości bójczych substancji. Wykonanie oznaczenia sprowadza się do wyznaczenia współczynnika

FIC index lub inaczej FICI (ang. *fractional inhibitory concentration index* – współczynnik frakcyjnego stężenia hamującego) [Tab. 2.] [1, 3].

Test „time-kill”

Bakteriobójczość można z kolei określić w teście „time-kill”. Opiera się on na analizie przeżywalności drobnoustrojów w określonych stężeniach pary antybiotyków w wybranych odstępach czasu. Oddziaływanie obydwu substancji względem siebie określa się porównując liczbę bakterii, które nie zostały zabite w danej kombinacji substancji z ich liczbą w najlepiej działającym pojedynczo leku. Do oceny poziomu stopnia spadku (redukcji) liczebności komórek bakteryjnych używa się stopni logarytmicznych ($\log_{10}$), a następnie uzyskane dane tworzą tzw. krzywą przeżywalności [zabicia] „time-kill”. Zaletami testu niewątpliwie są możliwość oceny działania bakteriostatycznego jak i bakteriobójczego oraz prześledzenie działania antybiotyków względem siebie w czasie. Test ten jest jednak droższy i wymaga większego nakładu pracy niż metoda mikrorozcieńczeń [Tab. 2.] [1, 3].

Współczynnik FIC określa zależność między wartością MIC każdej substancji użytej niezależnie a wartością MIC dla kombinacji tych substancji. Służy on do oceny skuteczności przeciwdrobnoustrojowej tych substancji zastosowanych w skojarzeniu [4]. Do obliczenia współczynnika FIC należy posługiwać się poniższym wzorem (Ryc. 1.):

Ryc. 1. Obliczanie współczynnika FIC, (źródło: [4] Guzek A.: *Metodologia oznaczania synergizmu między antybiotykami z zastosowaniem pasków z gradientem stężeń antybiotyków w warunkach in vitro*, Forum Zakażeń, 2023, 14(1):19–24.

$$FIC \text{ dla leku A} = \frac{\text{wartość MIC dla leku A w obecności leku B}}{\text{wartość MIC dla leku A}}$$

$$FIC \text{ dla leku B} = \frac{\text{wartość MIC dla leku B w obecności leku A}}{\text{wartość MIC dla leku B}}$$

$$\text{Suma FIC} = FIC \text{ dla leku A} + FIC \text{ dla leku B}$$

Tabela 2. Porównanie metody mikrorozcieńczeniowej (test szachownicy) oraz testu „time-kill” [1, 3].

Cecha	Metoda mikrorozcieńczeniowa	Test „time-kill”
Możliwość oceny działania bakteriostatycznego	TAK	TAK
Możliwość oceny działania bakteriobójczego	NIE	TAK
Możliwość oceny działania antybiotyków względem siebie w różnych punktach czasowych	NIE	TAK
Cena	Niższa	Wyższa
Nakłady pracy	Mniejsze	Większe
Metoda obliczania i sposób interpretacji wyników	Współczynnik FIC	Stopnie logarytmiczne $\log_{10}$, krzywa przeżywalności

Stopnie logarytmiczne ($\log_{10}$) służą do określania poziomu stopnia spadku liczebności komórek bakteryjnych. Poprzez ich prezentację w postaci krzywych przeżywalności można porównać aktywność leków niezależnie od siebie, a także w skojarzeniu [3].

Zarówno współczynnik FIC jak i krzywe przeżywalności muszą zostać odpowiednio zinterpretowane, a uzyskane wyniki zaliczone do odpowiednich kategorii interakcji – synergizm, addycja, obojętność lub antagonizm [Tab. 3.] [3, 4].

Tabela 3. Interpretacja wartości współczynnika FIC oraz krzywych przeżywalności dla dwóch leków użytych w skojarzeniu [3, 4].

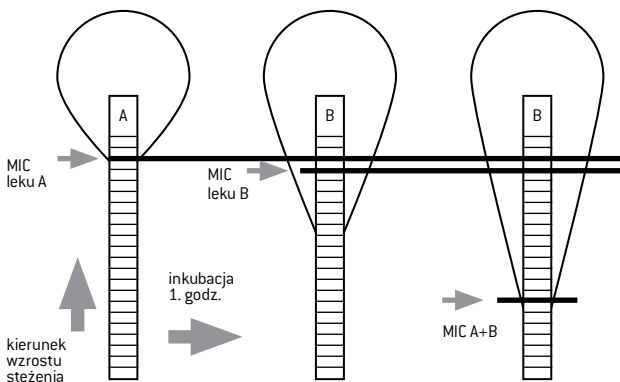
Kategoria interakcji	Współczynnik FIC	Stopnie logarytmiczne $\log_{10}$ krzywa przeżywalności
Synergizm (spotęgowanie skuteczności)	$FIC \leq 0,5$	1. Wzrost redukcji liczebności komórek o $\geq 2 \log_{10}$ [wyrażone w CFU/ml] w wyniku zastosowania kombinacji w porównaniu z bardziej aktywnym lekiem spośród użytych w kombinacji. 2. Wzrost redukcji liczebności komórek o min. $3 \log_{10}$ [wyrażone w CFU/ml] w wyniku zastosowania kombinacji leków porównując z monoterapią.
Addycja [zsumowanie efektów działania]	$0,5 < FIC \leq 1$	—
Obojętność (brak efektu)	$1 < FIC \leq 4$	1. Wzrost redukcji liczebności komórek o $\pm 1 \log_{10}$ przy zastosowaniu kombinacji leków porównując z redukcją tej liczebności w wyniku działania najbardziej skutecznego leku w tym połączeniu, użytego osobno, w czasie 24 godzin. 2. Zwiększenie lub zmniejszenie liczby komórek o $< 2 \log_{10}$ przy zastosowaniu kombinacji leków w porównaniu z lekiem bardziej aktywnym.
Antagonizm (mniejsza skuteczność niż w przypadku zastosowania badanych leków oddzielnie lub nawet całkowite zahamowanie działania)	$FIC > 4$	1. Zahamowanie redukcji liczebności komórek o $< 2 \log_{10}$ 100-krotnie – przy zastosowaniu kombinacji leków porównując z najbardziej skutecznym lekiem działającym osobno w czasie 24 godzin. 2. wzrost o min. $2 \log_{10}$ liczby komórek przy zastosowaniu kombinacji leków porównując z lekiem bardziej skutecznym.

Metody z użyciem pasków z gradientem stężeń antybiotyku – metody kombinowane

Przed wykonaniem oznaczenia którąkolwiek z poniższych metod, należy najpierw oznaczyć wartość MIC każdego z badanych antybiotyków oddzielnie. Oznaczenie lekowrażliwości wykonuje się przy użyciu standardowych odczynników i metod, tj. podłoży Mueller-Hinton Agar, zawiesiny o gęstości 0,5 w skali McFarlanda, inkubacji w warunkach $35 \pm 1^\circ\text{C}$ w czasie 16-20 godzin w atmosferze tlenowej oraz przestrzegając instrukcji producentów dołączonych do pasków E-test [1, 4].

1. Metoda stałych współczynników (ang. *E-test fixed ratio method*) polega na umieszczeniu paska z gradientem stężeń antybiotyku A na płytce zainokulowanej zawiesiną badanego szczepu i inkubacji w temperaturze pokojowej, pozwalając na dyfuzję antybiotyku do podłoża. Po upływie 1 godziny, pasek należy zdjąć, a na jego miejscu umieścić pasek z gradientem stężeń antybiotyku B. Następnie inkubować płytkę w standardowych warunkach opisanych powyżej dla oznaczania MIC każdego z antybiotyków oddzielnie. Pasek A, po oczyszczeniu alkoholem należy pozostawić jako wzór do odczytu MIC (w przypadku, gdy stosujemy paski różniące się zakresami stężeń antybiotyku) (Ryc. 2). Po czasie inkubacji odczytane wartości MIC podstawia się do wzoru służącego do obliczenia współczynnika FIC [Ryc.1] [1, 4].

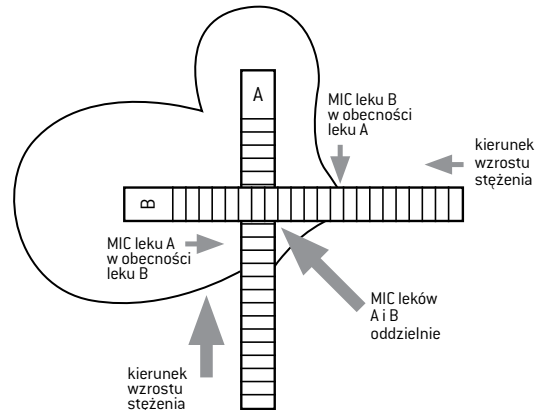
Ryc. 2. Schemat metody stałych współczynników (na podstawie [18] Laishram S., Pragasam A. K., Bakthavatchalam Y. D., Veeraraghavan B.: *An update on technical, interpretative and clinical relevance of antimicrobial synergy testing methodologies*, Indian Journal of Medical Microbiology, 2017 Oct-Dec;35(4):445–468).



2. Metoda krzyżowa (ang. *cross*), zwana również metodą kąta 90° , polega na umieszczeniu dwóch pasków jeden na drugim tak, by przecinały się pod kątem 90° w punktach odpowiadających wartościom MIC obydwu leków wyznaczonych wcześniej lub przy maksymalnym stężeniu występującym na pasku, jeżeli wartości MIC przekraczają tę wartość np. $>256 \text{ mg/l}$. Wartości MIC dla obydwu leków w obecności leku drugiego (leku A w obecności leku B i odwrotnie) należy odczytać w miejscu, gdzie strefa zahamowania wzrostu przecina skalę na pasku dla danego leku – MIC dla leku A w obecności leku B odczytujemy na pasku z lekiem A, natomiast

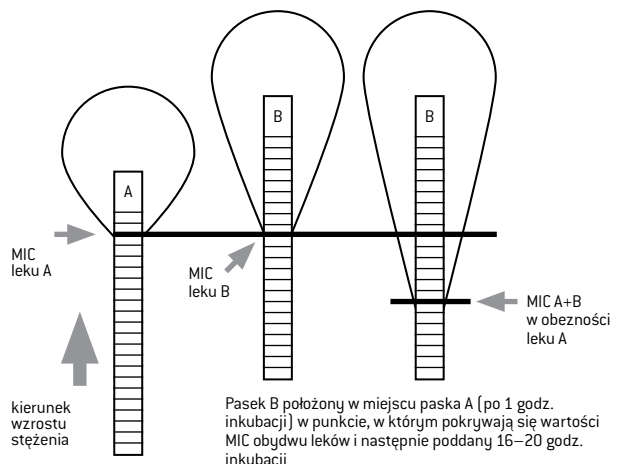
MIC dla leku B w obecności leku A na pasku z lekiem B (Ryc. 3.). Po czasie inkubacji odczytane wartości MIC podstawia się do wzoru służącego do obliczenia współczynnika FIC [Ryc. 1] [1, 4, 7].

Ryc. 3. Schemat metody krzyżowej (na podstawie [19] Langeveld W. T., Veldhuizen E. J., Burt S. A.: *Synergy between essential oil components and antibiotics: a review*, Critical Reviews in Microbiology, 2014 Feb;40(1):76–94).



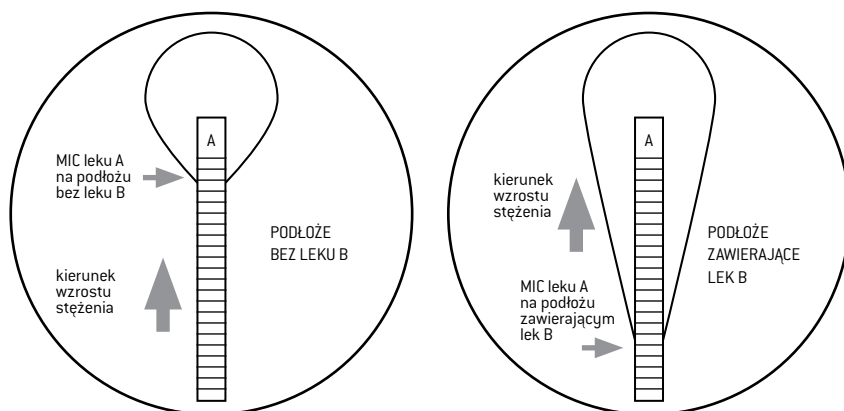
3. Metoda proporcji MIC:MIC – w pierwszym etapie oznaczania zarówno pasek A jak i pasek B inkubuje się przez 1 godzinę analogicznie jak w metodzie stałych współczynników. Konieczne jest dokładne zaznaczenie na spodzie płytki położenia obydwu pasków oraz uprzednio wyznaczonych wartości MIC. Po czasie inkubacji usuwa się obydwa paski, a na ich miejsce kładzie „nowe”: „nowy” pasek B należy umieścić na miejscu „starego” paska A w miejscu, w którym MIC paska B odpowiada MIC paska A (wartości MIC obydwu pasków mają się pokrywać). Analogicznie należy postąpić z paskiem A. Po czasie inkubacji odczytane wartości MIC podstawia się do wzoru służącego do obliczenia współczynnika FIC [Ryc. 1] [1, 4].

Ryc. 4. Schemat metody MIC:MIC (na podstawie [18] Laishram S., Pragasam A. K., Bakthavatchalam Y. D., Veeraraghavan B.: *An update on technical, interpretative and clinical relevance of antimicrobial synergy testing methodologies*, Indian Journal of Medical Microbiology, 2017 Oct-Dec;35(4):445–468).



4. Metoda z użyciem podłoża z antybiotykiem oraz pasków z gradientem stężeń polega na przygotowaniu podłoża zawierającego lek B w określonym stężeniu i ułożeniu na nim paska z lekiem A. Po czasie inkubacji odczytuje się wartość MIC leku A na podłożu z lekiem B i porównuje się ją z wartością MIC oznaczoną dla leku A na podłożu wolnym od leku B (Ryc. 5.). O wystąpieniu synergizmu świadczy ponad 3-krotne zmniejszenie wartości MIC odczytanej z paska umieszczonego na podłożu z lekiem B w stosunku do tej uzyskanej na podłożu bez leku B [1].

Ryc. 5. Schemat metody z użyciem podłoża z antybiotykiem oraz pasków z gradientem stężeń antybiotyki (na podstawie [18] Laishram S., Pragasam A. K., Bakthavatchalam Y. D., Veeraraghavan B.: „An update on technical, interpretative and clinical relevance of antimicrobial synergy testing methodologies”, *Indian Journal of Medical Microbiology*, 2017 Oct-Dec;35(4):445–468).



Warto wspomnieć, że istnieją również inne, mniej skomplikowane metody oznaczania synergizmu, które mogą być wykonywane za pomocą podstawowego wyposażenia jakim powinno dysponować większość laboratoriów [1]:

- Pierwszą z nich jest metoda dwóch krążków układanych w odpowiedniej odległości od siebie, polegająca na obserwacji zmian stref zahamowania wzrostu wyrażonych w milimetrach.
- W drugiej metodzie bibułę filtracyjną nasącza się antybiotykiem, a jej paski układa się pod kątem prostym w stosunku do siebie i obserwuje kształt strefy zahamowania wzrostu wokół kąta prostego.
- W trzeciej metodzie, nazywanej warstwową, na podłożu agarowe z antybiotykiem A o odpowiednim stężeniu oraz podłożu kontrolne bez antybiotyku nanosi się warstwę inokulum, a po zestaleniu nakłada się krążki antybiotyku B w różnych stężeniach. Wynik interpretuje się na podstawie zmiany wielkości strefy zahamowania wzrostu wyrażonej w procentach.

Nie jest jednoznacznie określone, która z powyższych metod jest najlepsza [4], jednak najczęściej stosuje się metodę MIC:MIC [5].



Podsumowanie

Ciągły rozwój lekooporności wśród drobnoustrojów i rozprzestrzenianie się ich w środowisku wymaga również stałej pracy nad nowymi opcjami terapeutycznymi. Podejście polegające na wykorzystaniu tego co już posiadamy, ale w innej kombinacji zamiast syntetyzowania nowych substancji może okazać się opłacalne biorąc pod uwagę szybkość nabywania oporności przez bakterie. Należy wspomnieć również o znajomości ewentualnych działań niepożądanych, których określenie w przypadku nowych substancji mimo wszystko, trwałoby dłużej niż przy zastosowaniu tego co jest już znane.

Analizując różne połączenia β -laktam – inhibitor β -laktamazy można stwierdzić, że kombinacja ceftazydym-awibaktam z aztreonamem pokrywa najszersze spektrum aktywności zakładając współwystępowanie różnych karbapenemaz. W związku z tym, połączenie to wydaje się być najbardziej racjonalnym w kontekście leczenia zakażeń wywołanych szczepami wielolekoopornymi, gdy brakuje innych opcji terapeutycznych. ●

PIŚMIENICTWO

- [1] Kmiecikowski P.Z., Gabriel A., Depka D., Bogiel T.: *Metodologia badania działania synergistycznego i addycyjnego in vitro leków przeciwbakteryjnych*, ADVANCEMENTS OF MICROBIOLOGY, 2024, 63, 4, 199–222.
- [2] Harris H., Tao L., Jacobs E.B., Bergman Y., Adebayo A., Tekle T., Lewis S., Dahlquist A., Abbey T.C., Wenzler E., Humphries R., Simner P.J.: *Multicenter Evaluation of an MIC-Based Aztreonam and Ceftazidime-Avibactam Broth Disk Elution Test*, Journal of Clinical Microbiology, 2023 May 23;61(5).
- [3] Garbusińska A., Szliszka E., *Aktywność leków przeciwdrobnoustrojowych zastosowanych w kombinacjach wobec pałeczek Gram-ujemnych w badaniach in vitro*, Postępy nauk medycznych, 2017, XXX(08): 427–433.
- [4] Guzek A.: *Metodologia oznaczania synergizmu między antybiotykami z zastosowaniem pasków z gradientem stężeń antybiotyków w warunkach in vitro*, Forum Zakażeń, 2023, 14(1):19–24.
- [5] Wilhelm C.M., Inamine E., Martins A.F., Barth A.L.: *Evaluation of Aztreonam and Ceftazidime/Avibactam Synergism against Klebsiella pneumoniae by MALDI-TOF MS*, Antibiotics (Basel), 2023 Jun 16;12(6):1063.
- [6] Rawson T.M., Brzeska-Trafny I., Maxfield R., Almeida M., Gilchrist M., Gonzalo X., Moore L.S., Donaldson H., Davies F.: *A practical laboratory method to determine ceftazidime-avibactam-aztreonam synergy in patients with New Delhi metallo-beta-lactamase (NDM)-producing Enterobacterales infection*, Journal of Global Antimicrobial Resistance, 2022 Jun;29:558–562.
- [7] Granata G., Venditti C., Rotondo C., Dimartino V., D'Arezzo S., Gallo A., Parisi G., Capone A., Fontana C., Cicalini S.: *Combating Metallo-β-Lactamase-Producing Pseudomonas aeruginosa: The Fractional Inhibitory Concentration Index as a Tool to Evaluate Antibiotic Synergy*. Antibiotics (Basel). 2025 Feb 19;14(2):210.
- [8] Khan A., Erickson S.G., Pettaway C., Arias C.A., Miller W.R., Bhatti M.M.: *Evaluation of Susceptibility Testing Methods for Aztreonam and Ceftazidime-Avibactam Combination Therapy on Extensively Drug-Resistant Gram-Negative Organisms*, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2021 Oct 18;65(11).
- [9] *WHO bacterial priority pathogens list, 2024: Bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance*, World Health Organization, 2024.
- [10] Stanowisko Zespołu Roboczego ds. oznaczania lekowrażliwości zgodnie z zaleceniami EUCAST w sprawie najczęściej zgłaszanych pytań dotyczących stosowania rekomendacji EUCAST, wersja 7.0, 31 marca 2024.
- [11] O'Donnell J. N., Xu A., Lodise T.P.: *Intravenous Compatibility of Ceftazidime-Avibactam and Aztreonam Using Simulated and Actual Y-site Administration*, Clinical therapeutics, 2020 Aug;42(8):1580–1586.
- [12] *Pałeczki Enterobacterales wytwarzające karbapenemazy (CPE) Epidemiologia, diagnostyka, leczenie i profilaktyka zakażeń*, pod redakcją: prof. dr hab. med. Walerii Hryniewicz, dr n. med. Alicji Kuch, dr n. med. Moniki Wanke-Rytt i dr n. med. Agnieszki Żukowskiej, Narodowy Instytut Leków, Warszawa, 2022, 15–40, 103–116.
- [13] Kazmierczak K.M., Bradford P. A., Stone G.G., de Jonge B.L. M., Sahm D.F.: *In Vitro Activity of Ceftazidime-Avibactam and Aztreonam-Avibactam against OXA-48-Carrying Enterobacteriaceae Isolated as Part of the International Network for Optimal Resistance Monitoring (INFORM) Global Surveillance Program from 2012 to 2015*, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2018 Nov 26;62(12):e00592-18.
- [14] Falcone M., Daikos G.L., Tiseo G., Bassoulis D., Giordano C., Galfo V., Leonildi A., Tagliaferri E., Barnini S., Sani S., Farcomeni A., Ghiadoni L., Menichetti F.: *Efficacy of Ceftazidime-avibactam Plus Aztreonam in Patients With Bloodstream Infections Caused by Metallo-β-lactamase-Producing Enterobacterales*, Clinical Infectious Diseases, 2021 Jun 1;72(11):1871–1878.
- [15] Sempere A., Viñado B., Los-Arcos I., Company D., Larrosa N., Fernández-Hidalgo N., Rodríguez-Pardo D., González-López J.J., Nuvials X., Almirante B., Escolà-Vergé L.: *Ceftazidime-Avibactam plus Aztreonam for the Treatment of Infections by VIM-Type-Producing Gram-Negative Bacteria*, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2022 Oct 18;66(10).
- [16] Mauri C., Maraolo A.E., Di Bella S., Luzzaro F., Principe L.: *The Revival of Aztreonam in Combination with Avibactam against Metallo-β-Lactamase-Producing Gram-Negatives: A Systematic Review of In Vitro Studies and Clinical Cases*, Antibiotics (Basel), 2021 Aug 20;10(8):1012.
- [17] Lee M., Abbey T., Biagi M., Wenzler E.: *Activity of aztreonam in combination with ceftazidime-avibactam against serine and metallo-β-lactamase-producing Pseudomonas aeruginosa*, Diagnostic Microbiology and Infectious Disease, 2021 Jan;99(1):115227.
- [18] Laishram S., Pragasam A.K., Bakthavatchalam Y.D., Veeraraghavan B.: *An update on technical, interpretative and clinical relevance of antimicrobial synergy testing methodologies*, Indian Journal of Medical Microbiology, 2017 Oct-Dec;35(4):445–468.
- [19] Langeveld W.T., Veldhuizen E. J., Burt S.A.: *Synergy between essential oil components and antibiotics: a review*, Critical Reviews in Microbiology, 2014 Feb;40(1):76–94.

● mgr Sara Gajda¹● dr n.farm. Marcelina M. Jaworska¹

¹ Laboratorium Analityczne
Pracownia Mikrobiologii
Szpital Pomnik Chrztu Polski

MOŻLIWOŚCI TERAPEUTYCZNE LECZENIA ZAKAŻEŃ SPOWODOWANYCH PRZEZ PAŁECZKI *ENTEROBACTERALES* WYTWARZAJĄCE KARBAPENEMAZY (ANG. *CARBAPENEMASE- PRODUCING ENTEROBACTERALES, CPE*).

Wstęp

Szybko rozpowszechniająca się antybiotykooporność skłania klinicystów, jak i naukowców do poszukiwania coraz skuteczniejszych opcji terapeutycznych, w tym stosowania nowych antybiotyków aktywnych wobec szczepów wielolekoopornych (ang. multidrug resistant, MDR), terapii skojarzonej oraz optymalizacji leczenia w oparciu o wyniki badań mikrobiologicznych i oznaczenia lekowrażliwości. Pałeczki *Enterobacterales* wytwarzające karbapenemazy (ang. *Carbapenemase Producing Enterobacterales, CPE*) wg Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization, WHO*) znajdują się w grupie krytycznej na liście priorytetowej oporności na antybiotyki [1]. Autorzy wielu prac

podkreślają, że jeśli sytuacja związana z antybiotykoopornością i racjonalną antybiotykoterapią nie ulegnie zmianie to przewiduje się, że do 2050 roku infekcje wywołane przez bakterie MDR spowodują wzrost liczby zgonów do 10 milionów rocznie na całym świecie [2].

Cechą wspólną enzymów – karbapenemaz wytwarzanych przez pałeczki *Enterobacterales* jest zdolność hydrolizy karbapenemów, czyli antybiotyków β -laktamowych uważanych dotąd za leki „ostatniej szansy” w leczeniu ciężkich zakażeń wywoływanych przez drobnoustroje Gram-ujemne. Natomiast podział na klasy opiera się na klasyfikacji Amblera, która uwzględnia różnice w budowie centrum aktywnego enzymu (Tabela 1) [3].

Tabela 1. Klasyfikacja karbapenemaz wg Amblera z uwzględnieniem oporności na antybiotyki [4, 5, 6].

Klasa karbapenemaz	Rodzaj karbapenemaz	Centrum aktywne enzymu	Oporność na antybiotyki
A	KPC	reszta serynowa	β -laktamy – penicyliny, cefalosporyny (wyjątek cefamycyny), karbapenemy, monobaktamy (aztreonam)
B	MaBL, w tym NDM	jony cynku	Penicyliny, cefalosporyny, karbapenemy
	IMP		
	VIM		
D	OXA-48	reszta serynowa	Penicyliny, karbapenemy, zróżnicowana oporność na cefalosporyny

KPC – karbapenemaza *Klebsiella pneumoniae* (ang. *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*), MBL – metalo- β -laktamazy (ang. *metallo- β -lactamase*), NDM – metalo- β -laktamaza typu New Delhi (ang. *New-Delhi Metallo- β -lactamase*), IMP – metalo- β -laktamazy imipenemazy (ang. *Imipenemase-Type Metallo- β -lactamase*), VIM – enzymy kodowane przez integrony Verona metalo- β -laktamazy (ang. *Verona Integron-encoded metallo- β -lactamase*), OXA-48 – oksacylinaza 48 (ang. *oxacillin-48*).

Z klinicznego punktu widzenia najgroźniejsze pozostają karbapenemazy MBL (metalo- β -laktamaza, ang. *metallo- β -lactamase*), w tym NDM (metalo- β -laktamaza typu New Delhi, ang. *New-Delhi metallo- β -lactamase*). Jest to spowodowane ich naturalną zdolnością hydrolityczną w stosunku do karbapenemów oraz zdolnością do przenoszenia oporności na inne bakterie [7]. Dodatkowo należy podkreślić, że niektóre szczepy *K. pneumoniae* KPC (karbapenemaza *Klebsiella pneumoniae*, ang. *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*), w tym te, które dominują w Polsce, mają podwyższony potencjał epidemiczny [8]. Z kolei trudności diagnostyczne sprawia karbapenemaza OXA-48 (oksacylinaza 48, ang. *oxacillin-48*), która w większym stopniu hydrolizuje imipenem niż meropenem czy ertapenem, a to one są używane w diagnostyce oporności na karbapenemy [6]. Ponadto, geny kodujące KPC, MBL i OXA-48 zlokalizowane są na tzw. ruchomych elementach genetycznych (plazmidy, transpozony), co daje im wysoką skuteczność rozprzestrzeniania się w populacjach bakterii chorobotwórczych [4, 5].

Wśród antybiotyków wykazujących aktywność *in vitro* wobec szczepów produkujących karbapenemazy KPC, MBL i OXA-48 wymienia się m.in. kolistynę, tygecyklinę, fosfomycynę oraz aminoglikozydy, jednak ich skuteczność kliniczna w leczeniu ciężkich zakażeń, zwłaszcza zakażeń krwi jest ograniczona. Pomimo wprowadzenia nowych terapii, takich jak ceftazydym – awibaktam czy meropenem – waborbaktam, możliwości terapeutyczne w zakażeniach wywołanych przez szczepy produkujące metallo- β -laktamazy pozostają nadal ograniczone [8, 9]. Tymczasem śmiertelność w przypadku zakażeń łóżyska krwi szczepami CPE przekracza 50%. Poniżej przedstawiono aktualne możliwości terapeutyczne możliwe do zastosowania w leczeniu zakażeń o etiologii CPE [8].

Ceftazydym – awibaktam

Awibaktam to nie- β -laktamowy inhibitor β -laktamazy, który wykazuje aktywność w stosunku do karbapenemaz klasy A oraz niektórych klasy D, pozostając nieaktywny wobec karbapenemaz klasy B. Dołączenie awibaktamu ma na celu zwiększenie wrażliwości szczepów opornych na ceftazydym. Ponadto, połączenie tych leków działa również na szczepy ESBL dodatnie (β -laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym, ang. *extended spectrum β -lactamase*) oraz produkujące AmpC (cefalosporyny AmpC) [10].

Agencja ds. Żywności i Leków (FDA ang. *Food and Drug Administration*) zatwierdziła stosowanie powyższego połączenia do leczenia skomplikowanych zakażeń wewnątrzbrzusznych, powikłanych zakażeń dróg moczowych oraz szpitalnego i związanego z wentylacją mechaniczną zapalenia płuc. Udowodniono, że zastosowanie w terapii łączonej ceftazydymu – awibaktamu wiąże się ze znacząco mniejszą śmiertelnością, niż w przypadku terapii skojarzonej polimyksyn z aminoglikozydami. Do działań niepożądanych należą: zaburzenia żołądkowo-jelitowe oraz wyższa śmiertelność, rozwój oporności i niepowodzenia leczenia odnotowane w leczeniu infekcji dolnych dróg oddechowych i konieczność zastosowania terapii nerkozastępczej [11, 12].

Ceftazydym – awibaktam z aztreonamem

Ceftazydym – awibaktam skutecznie inaktywuje β -laktamazy klasy A (KPC) i D (OXA-48), ale pozostaje nieskuteczny wobec metallo- β -laktamaz (MBL), takich jak NDM czy VIM. Aztreonam jest stabilny wobec MBL, lecz ulega degradacji przez enzymy klasy A i D, co ogranicza jego samodzielną skuteczność [11].

Połączenie ceftazydymu – awibaktamu z aztreonamem umożliwia jednoczesne zablokowanie wszystkich trzech głównych klas karbapenemaz, zapewniając skuteczność wobec szczepów opornych na większość antybiotyków. Terapia ta, choć nieformalnie stosowana (off-label), stanowi jedną z nielicznych opcji leczenia zakażeń wywołanych przez patogeny produkujące MBL w połączeniu z innymi mechanizmami oporności [13, 14]. Wśród odnotowywanych działań niepożądanych można wyróżnić niewielkie podwyższenie aktywności aminotransferaz [11].

Aztreonam – awibaktam

Połączenie aztreonamu z awibaktamem stanowi doskonałą opcję terapeutyczną w leczeniu zakażeń o etiologii bakteryjnej z mechanizmem oporności MBL, w tym również NDM [11, 15]. W 2024 roku aztreonam – awibaktam został złożony do zatwierdzenia przez FDA, a w najnowszych rekomendacjach EUCAST pojawiły się wartości graniczne oraz dawkowanie dla powyższego połączenia [16]. Aztreonam – awibaktam przewyższa w skuteczności ceftazydym – awibaktam z aztreonamem. Mianowicie, zapewnia szerokie spektrum działania w stosunku do bakterii produkujących β -laktamazy bez zbędnego podawania ceftazydymu [17]. Jednakże konieczne są dalsze badania nad stosowaniem tych antybiotyków w warunkach *in vivo* oraz odpowiednia kontrola nad stosowaniem środków przeciwdrobnoustrojowych co pozwoli zachować skuteczność aztreonamu – awibaktamu w leczeniu infekcji szczepami MDR [18, 19].

Meropenem – waborbaktam

Waborbaktam to także nie- β -laktamowy inhibitor β -laktamazy, który przywraca aktywność meropenemu w stosunku do karbapenemaz klasy A. W związku z tym, to połączenie ma ograniczone zastosowanie w przypadku obecności mechanizmu oporności innego niż KPC [11]. FDA zatwierdziło meropenem – waborbaktam do stosowania w powikłanych zakażeniach dróg moczowych (w tym odmiedniczkowego zapalenia nerek). Z kolei Europejska Agencja Leków (EMA ang. *European Medicines Agency*) poszerzyła zastosowanie o zakażenia wewnątrzbrzuszne, szpitalne (w tym związane z wentylacją mechaniczną) zapalenie płuc, zakażenie łóżyska krwi, jeśli źródłem są: drogi moczowe, płuca, jama otrzewna [20, 21]. Do działań niepożądanych zalicza się: bóle głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, niedokrwistość, podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych, hipokaliemia czy nefrotoksyczność [11].

Imipenem/cylastatyna – relabaktam

Relabaktam to nie- β -laktamowy inhibitor β -laktamazy wykazujący aktywność wobec karbapenemaz klasy A oraz AmpC [11]. Cylastatyna z kolei wiąże się z dwuhydropolipeptydazą zapobiegając



rozkładowi imipenemu w nerkach pozostawiając antybiotyk aktywny [22]. Podobnie jak meropenem – waborbaktam powyższe połączenie nie wykazuje aktywności w stosunku do karbapenemaz MBL oraz OXA-48 [23]. Zgodnie z zaleceniami FDA oraz EMA imipenem/cylastatyna – relabaktam może być stosowany w szpitalnym zapaleniu płuc (w tym związanym ze sztuczną wentylacją), zakażeniu łóżyska krwi, którego punktem wyjścia jest zapalenie płuc [24]. Do działań niepożądanych należą: zaburzenia żołądkowo-jelitowe, bóle głowy oraz podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych [11].

Cefiderokol

Należy do cefalosporyn sideroforowych, które po związaniu z żelazem pozakomórkowym wnikają do wnętrza komórki bakteryjnej działając bakteriobójczo. Cefiderokol ma zastosowanie w leczeniu zakażeń spowodowanych przez każdy typ karbapenemazy, jednakże odnotowuje się przypadki oporności na ten antybiotyk [25]. Mimo to, cefiderokol powinien być stosowany tylko wtedy, gdy nie ma innych, bezpieczniejszych opcji terapeutycznych. Wynika to z faktu, że zauważono zwiększoną śmiertelność pacjentów w porównaniu do zastosowania wyżej wspomnianych połączeń [26]. FDA zatwierdziło powyższy antybiotyk do leczenia szpitalnego i związanego ze sztuczną wentylacją zapalenia płuc oraz powikłanych zakażeń układu moczowego [27]. Wśród działań niepożądanych znajdują się: reakcje skórne w miejscu wlewu, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, bóle głowy, zaburzenia elektrolitowe, podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych [11].

Plazomycyna

Nowy, półsyntetyczny aminoglikozyd zatwierdzony przez FDA do leczenia skomplikowanych zakażeń dróg moczowych, gdy inne opcje terapeutyczne są ograniczone [28, 29]. Mimo tego EMA nie zatwierdziła stosowania plazomycyny w terapii zakażeń. Taka forma leczenia może być korzystna, jednakże dane literaturowe na ten temat są ograniczone. Działania niepożądane tego leku to: nefrotoksyczność oraz ototoksyczność [11].

Erawacyklina

Nowa, syntetyczna pochodna tetracykliny, która zachowuje aktywność przeciwko karbapenemazom MBL i OXA-48, kiedy połą-

czenia z nie- β -laktamowymi inhibitorami β -laktamazy nie mogą być zastosowane. Została zatwierdzona przez FDA do leczenia skomplikowanych zakażeń wewnątrzbrzusznych, ponieważ nie osiąga stężeń terapeutycznych w moczu i surowicy. Wśród działań niepożądanych są reakcje skórne w miejscu wlewu oraz zaburzenia żołądkowo-jelitowe [11, 30].

Taniborbaktam

Taniborbaktam to bicykliczny inhibitor β -laktamazy boronianowej, który wykazuje aktywność na każdy typ karbapenemaz. Jego działanie opiera się na konkurencyjnym hamowaniu β -laktamaz serynowych, jak i konkurencyjnym hamowaniu MBL. Obecnie trwają badania kliniczne nad połączeniem taniborbaktamu z cefepimem [11].

Przeprowadzono badania kliniczne fazy III na temat zastosowania cefepimu – taniborbaktamu w leczeniu zakażeń dróg moczowych w porównaniu do leczenia meropenemem. Udowodniono, że terapia z zastosowaniem cefepimu – taniborbaktamu jest skuteczniejsza od terapii meropenemem, a odnotowane działania niepożądane były niezwykle rzadkie i obejmowały zaburzenia żołądkowo-jelitowe [31]. Nadal potrzebne są dane kliniczne na temat zastosowania tego połączenia w terapii, jednakże stanowi to obiecującą alternatywę w przypadku zakażeń MDR.

Podsumowanie

Według danych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC ang. *European Centre for Disease Prevention and Control*) z 2025 roku, w Polsce odnotowuje się tendencję wzrostową pałeczek CPE izolowanych z zakażeń krwi. Ponadto ocenia się, że mimo większej skuteczności i mniejszej śmiertelności pacjentów przy zastosowaniu nowych połączeń antybiotyków, w większym stopniu stosowane są polimyksyny. Prawdopodobnie wynika to z większych kosztów lub braku bieżącej edukacji personelu medycznego [32].

Leczenie zakażeń wywołanych przez CPE stanowi jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny zakaźnej. Kluczem do skutecznej terapii jest szybka identyfikacja mechanizmu oporności – zwłaszcza rodzaju produkowanej karbapenemazy – co umożliwia racjonalny dobór leczenia.

Nowoczesne terapie z wykorzystaniem inhibitorów β -laktamaz w połączeniu z β -laktamami, a także cefiderokol dają realną szansę na skuteczne leczenie nawet najbardziej opornych szczepów. W przypadkach ciężkich, u pacjentów z obniżoną odpornością, rozważa się leczenie skojarzone, które może zwiększyć skuteczność i ograniczyć ryzyko rozwoju dalszej oporności [33].

Nie mniej istotna niż sama farmakoterapia jest ścisła współpraca zespołu medycznego, obejmująca mikrobiologa, specjalistę ds. antybiotykoterapii oraz lekarza prowadzącego. Kluczową rolę odgrywają również działania prewencyjne: kontrola zakażeń, higiena szpitalna oraz odpowiedzialne zarządzanie antybiotykami.

W dobie rosnącej antybiotykooporności, leczenie zakażeń CPE wymaga nie tylko dostępu do nowoczesnych leków, ale także wiedzy, precyzji i współpracy interdyscyplinarnej. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] WHO Bacterial Priority Pathogens List 2024: Bacterial Pathogens of Public Health Importance, to Guide Research, Development, and Strategies to Prevent and Control Antimicrobial Resistance. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 s.
- [2] Machowska A., Stålsby Lundborg C. *Drivers of Irrational Use of Antibiotics in Europe*. Int J Environ Res Public Health. styczeń 2019;16(1):27.
- [3] Jonas D., Reuter S., Klassen S., Weber S., Buck M. i in. *Evaluation of the BD Phoenix CPO detect panel for prediction of Ambler class carbapenemases*. Sci Rep. 23 czerwiec 2021;11:13150.
- [4] Dzierżanowska-Fangrat, K., Gniadkowski, M., Hońdo, Ł., Hryniewicz, W., Literacka, E. i in. (Red.). *Paleczki Enterobacterales wytwarzające karbapenemazy (CPE): Epidemiologia, diagnostyka, leczenie i profilaktyka zakażeń (Rekomendacje)*. Narodowy Instytut Leków (2022). https://korl.d.nil.gov.pl/wp-content/uploads/2023/03/Rekomendacje-Paleczki-Enterobacterales_2023.21.02-1.pdf
- [5] Juda M., Malm A. *The mechanisms of resistance of Gram-negative rods of Enterobacteriaceae family to carbapenems*. Forum Zakażeń. 2 kwiecień 2013;4(1):54–7.
- [6] Hirvonen V.H.A., Spencer J., Kamp M.W. van der. *Antimicrobial Resistance Conferred by OXA-48 β -Lactamases: Towards a Detailed Mechanistic Understanding*. Antimicrob Agents Chemother, czerwiec 2021;65(6).
- [7] Lee C.R., Lee J.H., Park K.S., Kim Y.B., Jeong B.C. i in. *Global Dissemination of Carbapenemase-Producing Klebsiella pneumoniae: Epidemiology, Genetic Context, Treatment Options, and Detection Methods*. Front Microbiol. 13 czerwiec 2016;7:895.
- [8] Hryniewicz W. *Zalecenia dotyczące postępowania w przypadku zachorowań sporadycznych i ognisk epidemicznych wywołanych przez Gram ujemne pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae oraz w przypadku identyfikacji szczepów Enterobacteriaceae wytwarzających karbapenemazy typu KPC, MBL lub OXA-48*. Ministerstwo Zdrowia (2012). <https://www.oipip.bialystok.pl/sites/oipip.com.pl/files/dokumenty/kpc-20120713.pdf>.
- [9] Tamma P.D., Aitken S.L., Bonomo R.A., Mathers A.J., van Duin D. i in. *Infectious Diseases Society of America 2023 Guidance on the Treatment of Antimicrobial Resistant Gram-Negative Infections*. Clin Infect Dis. 2023 Jul 18:ciad428.
- [10] Yu C.H., Tsai M.S., Liao C.H., Yang C.J. *Ceftazidime-Avibactam for the Treatment of Carbapenem-Resistant Klebsiella Pneumoniae Infection: A Retrospective, Single Center Study*. Infect Drug Resist. 2024 Dec 5;17:5363–5374.
- [11] Mackow N.A., van Duin D. *Reviewing novel treatment options for carbapenem-resistant Enterobacterales*. Expert Rev Anti Infect Ther. 2024;22(1–3):71–85.
- [12] Yan Chen, Hui-Bin Huang, Jin-Min Peng, Li Weng, Bin Du. *Efficacy and Safety of Ceftazidime-Avibactam for the Treatment of Carbapenem-Resistant Enterobacterales Bloodstream Infection: a Systematic Review and Meta-Analysis*, Microbiology Spectrum, Volume 10, Issue 2, 2022.
- [13] Rawson T.M., Brzeska-Trafny I., Maxfield R., Almeida M., Gilchrist M. i in. *A practical laboratory method to determine ceftazidime-avibactam-aztreonam synergy in patients with New Delhi metallo-beta-lactamase (NDM)-producing Enterobacterales infection*. J Glob Antimicrob Resist. 1 czerwiec 2022;29:558–62.
- [14] Falcone M., Daikos G.L., Tiseo G., Bassoulis D., Giordano C. i in. *Efficacy of Ceftazidime-avibactam Plus Aztreonam in Patients With Bloodstream Infections Caused by Metallo- β -lactamase-Producing Enterobacterales*. Clin Infect Dis. 2021 Jun 1;72(11):1871–1878.
- [15] Helio S. Sader, Cecilia G. Carvalhaes, John H. Kimbrough i in. *Activity of aztreonam-avibactam against Enterobacterales resistant to recently approved beta-lactamase inhibitor combinations collected in Europe, Latin America, and the Asia-Pacific Region (2020–2022)*, International Journal of Antimicrobial Agents, Volume 63, Issue 4, 2024.
- [16] The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 16.0, 2026. <https://www.eucast.org>.
- [17] Al Musawa M., Bleick C.R., Herbin S.R., Caniff K.E., Van Helden S.R., Rybak M.J. *Aztreonam-avibactam: The dynamic duo against multidrug-resistant gram-negative pathogens*. Pharmacotherapy. grudzień 2024;44(12):927–38.
- [18] Sangiorgio G., Calvo M., Stefani S. *Aztreonam and avibactam combination therapy for metallo- β -lactamase-producing gram-negative bacteria: A Narrative Review*. Clin Microbiol Infect. 2025 Jun;31(6):971–978.
- [19] Daikos G.L., Cisneros J.M., Carmeli Y., Wang M., Leong C.L. i in. *Aztreonam-avibactam for the treatment of serious infections caused by metallo- β -lactamase-producing Gram-negative pathogens: a Phase 3 randomized trial (ASSEMBLE)*. JAC Antimicrob Resist. 2025 Jul 28;7(4):dlaf131.
- [20] Bassetti M., Giacobbe D.R., Patel N., Tillotson G., Massey J. *Efficacy and Safety of Meropenem-Vaborbactam Versus Best Available Therapy for the Treatment of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections in Patients Without Prior Antimicrobial Failure: A Post Hoc Analysis*. Adv Ther. 2019 Jul;36(7):1771–1777.
- [21] Novelli, A., Del Giacomo, P., Rossolini, GM i Tumbarello, M. (2020). *Meropenem/waborbaktam: połączenie inhibitorów β -laktamów i β -laktamaz nowej generacji*. Przegląd Ekspertów w Terapii Przewlekłej, 18 (7), 643–655.
- [22] Dzierżanowska D. *Antybiotyko-terapia praktyczna*, Warszawa: PZWL; 2018.
- [23] Zhanel G.G., Lawrence C.K., Adam H., Schweizer F., Zelenitsky S. i in. *Imipenem-Relebactam and Meropenem-Vaborbactam: Two Novel Carbapenem- β -Lactamase Inhibitor Combinations*. Drugs. 2018 Jan;78(1):65–98.
- [24] Heo Y.A. *Imipenem/Cilastatin/Relebactam: A Review in Gram-Negative Bacterial Infections*. Drugs. 2021 Feb;81(3):377–388.
- [25] Zhanel G.G., Golden A.R., Zelenitsky S., Wiebe K., Lawrence C.K., Adam H.J., Idowu T., Domalaon R., Schweizer F., Zhanel M.A., Lagacé-Wiens P.R.S., Walkty A.J., Noreddin A., Lynch Iii J.P., Karlowsky J.A. *Cefiderocol: A Siderophore Cephalosporin with Activity Against Carbapenem-Resistant and Multidrug-Resistant Gram-Negative Bacilli*. Drugs. 2019 Feb;79(3):271–289.
- [26] Risco-Risco C., Henriquez-Camacho C., Herrera-Rueda M., Barberán J., Andaluz-Ojeda D. *Cefiderocol Versus Best Available Therapy in the Treatment of Critically Ill Patients with Severe Infections Due to Resistant Gram-Negative Bacteria: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Antibiotics (Basel). 2024 Nov 5;13(11):1048.
- [27] Soriano M.C., Montufar J., Blandino-Ortiz A. *Cefiderocol*. Rev Esp Quimioter. 2022 Apr;35 Suppl 1(Suppl 1):31–34.
- [28] Sader H.S., Mendes R.E., Kimbrough J.H., Kantro V., Castanheira M. *Impact of the Recent Clinical and Laboratory Standards Institute Breakpoint Changes on the Antimicrobial Spectrum of Aminoglycosides and the Activity of Plazomicin Against Multidrug-Resistant and Carbapenem-Resistant Enterobacterales From United States Medical Centers*. Open Forum Infect Dis. 3 luty 2023;10(2):ofad058.
- [29] Alfieri A., Di Franco S., Donatiello V., Maffei V., Fittipaldi C. i in. *Plazomicin against Multidrug-Resistant Bacteria: A Scoping Review*. Life (Basel). 2022 Nov 22;12(12):1949.
- [30] Solomkin J., Evans D., Slepavicius A., Lee P., Marsh A. i in. *Assessing the Efficacy and Safety of Eravacycline vs Ertapenem in Complicated Intra-abdominal Infections in the Investigating Gram-Negative Infections Treated With Eravacycline (IGNITE 1) Trial: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Surg. 2017 Mar 1;152(3):224–232.
- [31] Florian M. Wagenlehner, M.D., Leanne B. Gasink, M.D., Paul C. i in. *Cefepime-Taniborbactam in Complicated Urinary Tract Infection*, New England Journal of Medicine, N Engl J Med 2024;390:611–622.
- [32] European Centre for Disease Prevention and Control. Carbapenem-resistant enterobacterales: third update. [Internet]. LU: Publications Office; 2025 [cytowane 24 marzec 2025]. Dostępne na: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/8752612>.
- [33] Tzouveleakis L.S., Markogiannakis A., Piperaki E., Souli M., Daikos G.L. *Treating infections caused by carbapenemase-producing Enterobacteriaceae*. Clin Microbiol Infect. 2014 Sep;20(9):862–72. doi: 10.1111/1469-0691.12697. Epub 2014 Jul 12. PMID: 24890393.



**dr n. med.
Monika Pintal-Ślimak**

Prezes KRDL VI Kadencji

MEDIACJA – PROMOWANIE ROZWIĄZAŃ POLUBOWNYCH

Mediacje stwarzają przestrzeń dla dialogu, wyjaśnienia, porozumienia

Rola mediatora polega na pomaganiu stronom w rozwiązaniu sporu, a nie na rozstrzyganiu tego sporu za nie.

Mediator prowadzi mediację, wykorzystując różne metody zmierzające do polubownego rozwiązania sporu, w tym poprzez wspieranie stron w formułowaniu przez nie propozycji ugodowych lub na zgodny wniosek stron może wskazać sposoby rozwiązania sporu, które nie są dla stron wiążące.

Skierowanie sprawy do postępowania mediacyjnego

Ustawa o medycynie laboratoryjnej – art. 92. 1. Rzecznik w czasie postępowania wyjaśniającego albo Sąd Diagnostów Laboratoryjnych albo Wyższy Sąd Diagnostów Laboratoryjnych w czasie postępowania przed sądem może, z inicjatywy lub za zgodą stron, skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym, o którym mowa w art. 105 ust. 1, lub diagnostą laboratoryjnym, którego dotyczy postępowanie

**Funkcję mediatora w KIDL pełni:
dr n. med. Monika Pintal-Ślimak**

**Adres e-mail mediatora:
m.pintal-slimak@kidl.org.pl**

Uchwała Nr 118/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 19 maja 2023 roku w sprawie powołania mediatora. ●

PRAWA I OBOWIĄZKI ZESPOŁU WIZYTATORÓW KRDL ORAZ DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH OBJĘTYCH WIZYTACJĄ



● **Liliana Guzik**
Przewodnicząca
Zespołu
Wizytatorów KRDL

Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego stanowi jedno z najważniejszych zadań samorządu zawodowego i wynika z przepisów Ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej. Jednym z instrumentów realizacji tego obowiązku jest wizytacja prowadzona przez Zespół Wizytatorów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Celem wizytacji jest identyfikowanie nieprawidłowości, ale także wspieranie wysokiej jakości wykonywania zawodu oraz ochrona bezpieczeństwa pacjentów. Wizytacja stanowi element systemu zapewniania jakości w medycynie laboratoryjnej.

Wizytator jako przedstawiciel samorządu zawodowego

Zespół Wizytatorów tworzą diagnosty laboratoryjni o wieloletnim doświadczeniu zawodowym, wysokich kwalifikacjach oraz specjalizacjach w różnych dziedzinach diagnostyki laboratoryjnej. Wizytatorzy wykonują czynności w imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych na podstawie udzielonego upoważnienia. Zakres ich działań jest jasno określony i ograniczony przepisami prawa oraz treścią udzielonego upoważnienia.

Podstawowym obowiązkiem wizytatora jest przeprowadzenie wizytacji w sposób obiektywny, bezstronny i z poszanowaniem praw diagnostów laboratoryjnych. Czynności wizytacyjne powinny być prowadzone wyłącznie w zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu wizytacji, z poszanowaniem organizacji pracy laboratorium. Wizytator zobowiązany jest również do zachowania poufności wszystkich informacji uzyskanych podczas wykonywania swoich obowiązków. Dotyczy to zarówno danych dotyczących pacjentów, jak i informacji organizacyjnych odnoszących się do funkcjonowania laboratorium.

Uprawnienia zespołu wizytatorów

Do podstawowych uprawnień Zespołu Wizytatorów należy możliwość zapoznania się z dokumentacją niezbędną do oceny sposobu wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej, uzyskiwania wyjaśnień od diagnostów laboratoryjnych oraz obserwowania organizacji pracy laboratorium.

Wizytatorzy mogą podejmować jedynie takie działania, które pozostają w bezpośrednim związku z przedmiotem prowadzonej wizytacji. Istotnym elementem działalności Zespołu Wizytatorów jest sporządzenie protokołu lub wystąpienia powizytacyjnego zawierającego ustalenia oraz w razie potrzeby zalecenia dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości lub doskonalenia organizacji pracy.

Prawa diagnosty laboratoryjnego

Diagnosta laboratoryjny objęty wizytacją ma prawo znać podstawę prawną oraz zakres wizytacji, zweryfikować upoważnienie wizytatorów, składać wyjaśnienia i przedstawiać dokumenty mające znaczenie dla oceny sprawy. Ma również możliwość odniesienia się do ustaleń przedstawionych przez Zespół Wizytatorów oraz zgłoszenia ewentualnych uwag lub zastrzeżeń do sporządzonego protokołu.

Wizytacja nie może być prowadzona w sposób arbitralny ani prowadzić do ograniczenia prawa diagnosty do przedstawienia własnego stanowiska.

Obowiązki diagnosty laboratoryjnego

Na diagnoście laboratoryjnym spoczywa obowiązek współpracy z Zespołem Wizytatorów. Obejmuje on udzielanie informacji niezbędnych do przeprowadzenia wizytacji, udostępnienie dokumentacji objętej zakresem czynności oraz umożliwienie dokonania oceny sposobu wykonywania zawodu.

Właściwa współpraca obu stron pozwala nie tylko sprawnie przeprowadzić wizytację, ale również ograniczyć ryzyko błędnych lub niepełnych ustaleń.

Wizytacja jako narzędzie doskonalenia jakości

Wizytacja umożliwia identyfikację dobrych praktyk, wskazanie obszarów wymagających poprawy oraz wymianę doświadczeń pomiędzy diagnostami laboratoryjnymi.

Warunkiem skuteczności wizytacji jest wzajemne zaufanie, profesjonalizm oraz przestrzeganie przez obie strony obowiązujących przepisów prawa i zasad etyki zawodowej.

Podsumowanie

Prawidłowo przeprowadzona wizytacja służy zarówno samorządowi zawodowemu, jak i diagnostom laboratoryjnym oraz pacjentom. Wizytatorzy powinni wykonywać swoje obowiązki w sposób bezstronny, rzetelny i proporcjonalny, natomiast diagnosty laboratoryjni powinni aktywnie współpracować podczas czynności wizytacyjnych, korzystając jednocześnie z przysługujących im praw.

Wizytacja nie jest celem samym w sobie. Jej podstawowym zadaniem pozostaje wspieranie wysokiej jakości medycyny laboratoryjnej oraz budowanie zaufania społecznego do zawodu diagnosty laboratoryjnego. Właściwe rozumienie praw i obowiązków obu stron sprzyja osiągnięciu tego celu i wzmacnia rolę samorządu zawodowego jako gwaranta należytego wykonywania zawodu. ●

ZNACZENIE DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO. OBOWIĄZEK USTAWOWY I ETYCZNY



● **Anna Lipnicka**
Wiceprezes Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych

Mając na uwadze dynamiczny rozwój medycyny laboratoryjnej diagnosta laboratoryjny stale poszerza swoją wiedzę zawodową i podnosi swoje kwalifikacje zawodowe.

Diagnosta laboratoryjny ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez pogłębianie wiedzy i umiejętności zawodowych. Ustawiczny rozwój zawodowy może być realizowany przez doskonalenie zawodowe lub szkolenie specjalizacyjne¹. Doskonalenie zawodowe diagnosty laboratoryjnego stanowi nie tylko obowiązek ustawowy, warunek prawidłowego wykonywania zawodu, lecz także jest powinnością etyczną.

Diagnosta laboratoryjny – wykorzystując swoją wiedzę, umiejętności i doświadczenie – dąży do uzyskania wiarygodnych wyników badań i dokonuje ich interpretacji zgodnie z aktualną wiedzą naukową i standardami technicznymi.

Rzeczywisty rozwój medycyny laboratoryjnej, postęp technologiczny: sztuczna inteligencja, cyfryzacja, automatyzacja sprawiają, że wiedza szybko się dezaktualizuje i wymaga systematycznego poszerzania kompetencji.

Potrzeba stałego doskonalenia zawodowego – aktualizacji swojej wiedzy i umiejętności zawodowych, zdobywanie nowych kompetencji – jest konieczna dla utrzymania skutecznej i bezpiecznej praktyki zawodowej oraz pozwala być na bieżąco z postępem w medycynie laboratoryjnej.

Ustawiczny rozwój zawodowy przez pogłębianie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych, stałe podnoszenie kwalifikacji warunkuje rzetelne wykonywanie zawodu zaufania publicznego, wymagane dla zagwarantowania właściwej jakości udzielanych świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów.

Diagnosta laboratoryjny ma obowiązek doskonalenia zawodowego przez samokształcenie oraz udział w kursach realizowanych różnymi metodami. Zakres doskonalenia zawodowego diagnosty laboratoryjnego obejmuje wiedzę i umiejętności praktyczne

niezbędne do realizacji zadań, tj. czynności medycyny laboratoryjnej.

Zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem zaufania publicznego, a jego przedstawiciele winni stawiać sobie wysokie wymagania moralne i zawodowe. Naczelną normą postępowania diagnosty laboratoryjnego jest dobro człowieka. Diagnosta laboratoryjny dzieli się swoją wiedzą ze współpracownikami. Pełniąc funkcje kierownicze motywuje współpracowników do podnoszenia kwalifikacji i aktualizowania wiedzy².

Obowiązek doskonalenia zawodowego

Diagnosta laboratoryjny ma obowiązek doskonalenia zawodowego przez samokształcenie oraz udział w kursach realizowanych metodą wykładów, seminariów, warsztatów oraz ćwiczeń; w przypadku udziału za pośrednictwem sieci internetowej z ograniczonym dostępem, zakończonych testem³.

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego odbywa się przez uzyskanie wymaganej liczby punktów edukacyjnych za udział w poszczególnych formach ustawicznego rozwoju zawodowego w 5-letnim okresie rozliczeniowym.

Diagnosta laboratoryjny dokumentuje przebieg doskonalenia zawodowego w karcie doskonalenia zawodowego.

Wzór karty doskonalenia zawodowego diagnosty laboratoryjnego oraz liczbę punktów edukacyjnych przyznanych za poszczególne formy ustawicznego rozwoju zawodowego, oraz dokumenty potwierdzające ich realizację, a także liczbę punktów niezbędnych do wypełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego określa akt wykonawczy do ustawy o medycynie laboratoryjnej⁴.

Okres rozliczeniowy i punkty edukacyjne

Liczba punktów niezbędnych do wypełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego w okresie rozliczeniowym wynosi 100 punktów edukacyjnych. Uzyskana w danym okresie rozliczenio-

¹ <https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/podyplomowe/diagnosty-laboratoryjni/programy-specjalizacji-dla-diagnostow-laboratoryjnych>.

² Uchwała Nr 31/2022 VI Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 grudnia 2022 r. w sprawie Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego.

³ Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (tj. Dz.U. z 2025 r., poz. 1295).

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 grudnia 2023 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego diagnosty laboratoryjnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 2684). Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2017 r. w sprawie ciągłego szkolenia diagnostów laboratoryjnych (Dz. U. poz. 1519), które utraciło moc z dniem 11 grudnia 2023 r. zgodnie z art. 164 ust. 1 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2125).

wym liczba punktów edukacyjnych większa niż 100 nie jest zaliczana na poczet następnego okresu rozliczeniowego.

Pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym diagnosta laboratoryjny uzyskał uprawnienia do wykonywania zawodu.

Diagnosta laboratoryjny, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego okresu rozliczeniowego, przekazuje Krajowej Radzie kartę doskonalenia zawodowego w celu potwierdzenia za jej pomocą dopełnienia obowiązku.

Wymiar etyczny

Doskonalenie zawodowe w wymiarze etycznym:

- jest zobowiązaniem wobec pacjenta, który ma prawo oczekiwać, że wynik badania zostanie uzyskany i oceniony zgodnie z aktualnym stanem wiedzy;
- stanowi obowiązek wobec współpracowników oraz innych przedstawicieli zawodów medycznych, którzy podejmują decyzje na podstawie sporządzonej przez diagnostę laboratoryjnego informacji dotyczącej wyniku badania laboratoryjnego autoryzowanego przez tego diagnostę oraz zidentyfikowanych podczas badania czynników mogących mieć wpływ na stan zdrowia pacjenta, która obejmuje:
 1. wyjaśnienie komentarzy i informacji umieszczonych na wyniku badania laboratoryjnego,
 2. przekazanie dodatkowych komentarzy i informacji dotyczących wyniku badania laboratoryjnego,
 3. udzielenie rekomendacji dotyczących proponowanych metod diagnostycznych
- lekarzowi prowadzącemu leczenie pacjenta lub przedstawicielowi innego zawodu medycznego, który korzysta z wyniku badania laboratoryjnego, w przypadku zgłoszenia przez nich takiej potrzeby⁵.
- jest powinnością wobec całego środowiska diagnostów laboratoryjnych, ponieważ poziom kompetencji poszczególnych diagnostów laboratoryjnych kształtuje społeczne zaufanie do naszego zawodu.

Odpowiedzialność zawodowa

Znaczenie obowiązku doskonalenia zawodowego wzrasta w sytuacji jego związku z nieprawidłowym wykonaniem czynności medycyny laboratoryjnej. Obowiązek stałego poszerzania wiedzy posiada nie tylko znaczenie deklaratywne, lecz może być uwzględniany przy ocenie prawidłowości postępowania diagnosty. Diagnosty laboratoryjni podlegają odpowiedzialności zawodowej za zawinione, nienależyte wykonywanie czynności medy-

cyny laboratoryjnej oraz za czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej.

Obowiązki pracodawcy. Urlop szkoleniowy

Pracodawca ma obowiązek umożliwić diagnoście laboratoryjnemu ustawiczny rozwój zawodowy.

Diagnoście laboratoryjnemu przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. Pracodawca nie może dowolnie, bez racjonalnego uzasadnienia odmawiać diagnoście udzielenia urlopu szkoleniowego albo w inny sposób utrudniać bądź uniemożliwiać realizację ustawicznego rozwoju zawodowego w tym również w ramach szkolenia specjalizacyjnego⁶.

Termin urlopu szkoleniowego jest uzgadniany każdorazowo z pracodawcą. Urlop szkoleniowy może zostać udzielony jednorazowo albo w częściach. Diagnosta laboratoryjny niezwłocznie przedstawia pracodawcy dokument poświadczający udział w wybranej formie ustawicznego rozwoju zawodowego.

Doskonalenie zawodowe diagnosty laboratoryjnego jest integralnym elementem prawa wykonywania zawodu i jego etosu. Naszym podstawowym obowiązkiem jest wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej a realizacja prawa i obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego przez pogłębianie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych stanowi rękojmię należytego wykonywania zawodu.

Jednocześnie chciałabym podkreślić, jako Kierownik naukowy projektu, znaczenie projektu realizowanego przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych: *Kursy dla diagnostów laboratoryjnych i pozostałych zawodów medycznych w diagnostyce i terapii chorób w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027* współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus⁷ dla podniesienia kompetencji zawodowych w okresie 01.01.2026 – 31.10.2028 r., poprzez udział w kursach z zakresu wiedzy, procedur i standardów w ramach właściwego postępowania na polu profilaktycznym, diagnostycznym i leczniczym w określonych jednostkach chorobowych oraz z zakresu umiejętności miękkich i prawa.

Zapraszam do rekrutacji/udziału. ●

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie standardów jakości dla laboratoriów (Dz.U. z 2025 r., poz. 961).

⁶ Stanowisko 3/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 r. w sprawie realizacji obowiązku rozwoju ustawicznego diagnostów laboratoryjnych.

⁷ Nr umowy o dofinansowanie: FERS.01.13-IP.07-0025/25/2767/2025/493. Rekrutacja <https://kidl.org.pl/page/view?id=9429>.

BEZPIECZEŃSTWO BADAŃ GENETYCZNYCH¹



• dr n.med. i n.o zdr.

Katarzyna Ziółkowska

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej;
Członek Zespołu do Spraw Genetyki Medycznej, KRDL;
Przewodnicząca Sekcji Laboratoryjnej Genetyki Medycznej, PTDL

Badania genetyczne stanowią obecnie niezbędny element diagnostyki chorób rzadkich, onkologii i hematologii, diagnostyki prenatalnej i medycyny rozrodu, a także oceny dziedzicznych predyspozycji do chorób. Ich bezpieczeństwo nie zależy wyłącznie od zastosowanej technologii, lecz od jakości całego procesu diagnostycznego, obejmującego właściwą kwalifikację do badania, uzyskanie świadomej zgody pacjenta, prawidłowe postępowanie z materiałem biologicznym, kompetencje personelu, walidację metod, kontrolę jakości, laboratoryjną interpretację wyniku, ochronę danych genetycznych oraz dostęp do odpowiedniego poradnictwa genetycznego. W artykule przedstawiono najważniejsze prawne i organizacyjne uwarunkowania wykonywania badań genetycznych w Polsce, wnioski wynikające z kontroli Najwyższej Izby Kontroli oraz rozwiązania stosowane w wybranych państwach europejskich. Omówiono również potencjał diagnostów laboratoryjnych posiadających specjalizację w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, który może zostać wykorzystany w rozwoju poradnictwa diagnostycznego w genetyce medycznej. Proponowany model ma charakter komplementarny wobec zadań lekarza specjalisty genetyki klinicznej i nie narusza jego kompetencji w zakresie oceny klinicznej, rozpoznania choroby oraz podejmowania decyzji terapeutycznych.

Słowa kluczowe: badania genetyczne, dane genetyczne, laboratoryjna genetyka medyczna, bezpieczeństwo pacjenta, jakość badań, świadoma zgoda, poradnictwo genetyczne, diagnosta laboratoryjny.

Wprowadzenie

Dynamiczny rozwój genetyki i medycyny genomowej sprawia, że badania genetyczne odgrywają coraz większą rolę w diagnostyce, profilaktyce oraz doborze skutecznego leczenia. Ich szczególny charakter, związany z przetwarzaniem wyjątkowo wrażliwych danych oraz możliwością ujawnienia informacji istotnych nie tylko dla pacjenta, lecz także dla jego rodziny, wymaga zachowania najwyższych standardów jakości, bezpieczeństwa i ochrony praw pacjenta. W artykule przedstawiono najważniejsze obszary zastosowania laboratoryjnej genetyki medycznej, aktualne uwarunkowania prawne i organizacyjne oraz znaczenie właściwego wykorzystania potencjału diagnostów laboratoryjnych – specjalistów w tej dziedzinie – dla rozwoju bezpiecznego i dostępnego systemu opieki genetycznej w Polsce.

1. Znaczenie badań genetycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia

Rola badań genetycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia stale wzrasta, a same badania stanowią ważne narzędzie współczesnej medycyny. Umożliwiają rozpoznawanie cho-

rób uwarunkowanych genetycznie oraz ocenę ryzyka ich wystąpienia, a także dobór najskuteczniejszej terapii i monitorowanie leczenia, co ma istotne znaczenie dla właściwego rozpoznania oraz wyboru przez lekarza optymalnego rodzaju i trybu terapii. Wymaga to współdziałania specjalistów reprezentujących różne dziedziny.

Spektrum metod cytogenetycznych i molekularnych wykorzystywanych w badaniach genetycznych na potrzeby kliniczne, o znaczeniu diagnostycznym, prognostycznym i rokowniczym, a także na potrzeby poradnictwa genetycznego, jest szerokie.

W rozumieniu rozporządzenia o ochronie danych osobowych „dane genetyczne” oznaczają dane osobowe dotyczące odziedziczonych lub nabytych cech genetycznych osoby fizycznej, które ujawniają niepowtarzalne informacje o fizjologii lub zdrowiu tej osoby i które wynikają w szczególności z analizy próbki biologicznej pochodzącej od tej osoby fizycznej².

Dane genetyczne są danymi wrażliwymi, dotyczącymi nie tylko osoby badanej, lecz często także jej krewnych. Ujawniają informacje o predyspozycjach zdrowotnych całej rodziny i należą do najbardziej wrażliwych danych osobowych. Ich pozyskiwanie,

¹ Problematyka ta była również przedmiotem prezentacji i dyskusji podczas posiedzenia Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, które odbyło się 7 lipca 2026 r. w siedzibie Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

przechowywanie, interpretacja i udostępnianie muszą odbywać się zgodnie z najwyższymi standardami jakości, bezpieczeństwa oraz ochrony praw pacjenta.

Istotną rolę badań genetycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia należy rozpatrywać w kontekście precyzyjnej diagnostyki, medycyny spersonalizowanej, lepszej profilaktyki i wczesnego wykrywania, skutecznego leczenia oraz bezpieczeństwa pacjenta.

Wynik badania genetycznego wymaga właściwej interpretacji w kontekście stanu klinicznego pacjenta. Znaczenie wyniku badania genetycznego nie zależy wyłącznie od zastosowanej technologii diagnostycznej. Należy podkreślić, że równie istotne są odpowiednie regulacje prawne, kompetencje personelu, wysoka jakość laboratoriów, właściwa ochrona danych genetycznych, świadoma zgoda pacjenta oraz profesjonalne poradnictwo genetyczne.

2. Laboratoryjna genetyka medyczna – obszary zastosowań

Badania genetyczne dostarczają wiarygodnych informacji, które wspierają diagnostykę, leczenie, ocenę ryzyka oraz planowanie opieki indywidualnej. Pozwalają dziś nie tylko potwierdzić lub wykluczyć chorobę uwarunkowaną genetycznie, lecz także określić ryzyko jej wystąpienia, ustalić rokowanie, dobrać terapię celowaną, monitorować leczenie oraz wspierać decyzje dotyczące dalszego postępowania medycznego.

Obszary zastosowań laboratoryjnej genetyki medycznej:

- diagnostyka chorób rzadkich (umożliwia identyfikację przyczyn chorób o podłożu genetycznym, często złożonych i trudnych do rozpoznania);
- diagnostyka onkologiczna i hematoonkologiczna (umożliwia identyfikację zmian genomowych i molekularnych nowotworów, dobór terapii ukierunkowanych i immunoterapii, ocenę odpowiedzi na leczenie oraz ryzyka nawrotu);

- diagnostyka prenatalna (umożliwia ocenę występowania nieprawidłowości genetycznych wpływających na rozwój płodu);
- diagnostyka preimplantacyjna zarodków stosowana w medycynie rozrodu – PGT (Preimplantation Genetic Testing) - stanowi wsparcie decyzji reprodukcyjnych;
- diagnostyka predyspozycji dziedzicznych (umożliwia ocenę ryzyka zachorowania na choroby dziedziczne, identyfikację nosicielstwa wariantów patogennych, odpowiednie ukierunkowanie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób oraz planowanie opieki i nadzoru medycznego);
- inne dziedziny medycyny (znaczenie badań genetycznych systematycznie rośnie również w kardiologii, neurologii, endokrynologii, immunologii, farmakogenetyce i wielu innych specjalnościach klinicznych).

Badania genetyczne coraz częściej wspierają podejmowanie trafnych decyzji medycznych na wszystkich etapach życia człowieka. Jak wskazano, w wielu obszarach – zwłaszcza w onkologii, hematoonkologii³ i chorobach rzadkich – diagnostyka i terapia są obecnie w praktyce niemożliwe bez dostępu do wysokiej jakości badań genetycznych.

Mając na względzie obecny i prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z niego: wysoką śmiertelność, poważne konsekwencje społeczne, w tym pogorszenie jakości życia chorych i ich rodzin, a także znaczne obciążenia finansowe związane z leczeniem tych chorób, ponoszone przez obywateli i finanse publiczne, w Polsce przyjęto strategię w obszarze onkologii⁴.

Diagnostyka onkologiczna obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej mające na celu rozpoznanie nowotworu, określenie stopnia jego zaawansowania oraz ocenę stanu ogólnego pacjenta, a tym samym dostarczenie informacji niezbędnych do potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę i zaplanowania leczenia onkologicznego. Zasady prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkolo-

² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych [...] [ogólne rozporządzenie o ochronie danych]; art.4, pkt 13.

³ Sejm RP, Połączone posiedzenie pt. "Potrzeby środowiska hematologicznego w Polsce" jest organizowane przez Parlamentarny Zespół ds. hematoonkologii wraz z Parlamentarnym Zespołem ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia. Pilotaż Krajowej Sieci Hematologicznej – prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda, Konsultant Krajowa w dziedzinie hematologii.

⁴ Ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz.U. poz. 969)

1. Celem Strategii jest: 1) obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia; 2) poprawa profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych; 3) rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin; 4) zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; 5) opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii; 6) rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii; 7) rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

2. Szczegółowe informacje z realizacji działań: inwestycje w kadry, edukację, pacjenta, w naukę i innowację, inwestycje w naukę i innowację, inwestycje w system opieki onkologicznej (w tym w aparaturę i sprzęt do diagnostyki genetycznej), Druk sejmowy nr 2651 Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2025. Podmiotami realizującymi działania określone w Strategii są organy i instytucje publiczne oraz podmioty działające w systemie ochrony zdrowia. Podmioty realizujące Strategię mogą współdziałać z samorządami zawodów medycznych, organizacjami społecznymi, w tym organizacjami zrzeszającymi pacjentów, do których zadań statutowych należy ochrona praw chorych na choroby nowotworowe, oraz innymi podmiotami zainteresowanymi wsparciem działań określonych w Strategii. Sejm. Komisja Zdrowia. Posiedzenie nr 153 dnia 2026-07-15 Rozpatrzenie rządowego dokumentu: "Narodowa Strategia Onkologiczna - Sprawozdanie za rok 2025" (druk nr 2651).

gicznego określono w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej⁵. Jednym z najważniejszych rozwiązań przewidzianych w nowych przepisach jest wprowadzenie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (eDIL0)⁶.

2.1. Kierunki poprawy diagnostyki chorób rzadkich, w tym dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych z wykorzystaniem wielkoskalowych badań genomowych

Okolo 80% chorób rzadkich ma podłoże genetyczne, dlatego badania genetyczne stanowią kluczowy element procesu diagnostycznego w tej grupie schorzeń. Choroby rzadkie występują z częstością nieprzekraczającą 5 przypadków na 10 000 osób. Charakteryzują się one najczęściej ciężkim, przewlekłym i postępującym przebiegiem, nierzadko prowadzącym do przedwczesnej śmierci lub trwałej niepełnosprawności, co stanowi istotne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Mając na uwadze dane demograficzne dotyczące Polski, należy założyć, że na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na choroby rzadkie cierpi od 2 do 3 milionów osób⁷.

2.2. Poprawa dostępu do badań diagnostycznych wykorzystywanych w diagnostyce i leczeniu chorób rzadkich

Dokumenty „Plan dla Chorób Rzadkich” na lata 2021–2023 i 2024–2025 oraz na 2026 r. zostały przyjęte przez Radę Ministrów w drodze uchwały⁸.

Celem Planu jest określenie działań, które powinny zostać zrealizowane w zakresie poprawy jakości opieki medycznej nad pacjentami z chorobami rzadkimi.

Plan określa dalsze kierunki poprawy diagnostyki chorób rzadkich, w tym dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych z wykorzystaniem technologii wysokoprzepustowych.

Dokumenty uwzględniają również rosnące zapotrzebowanie na wysokospecjalistyczną diagnostykę genetyczną oraz zaawanso-

wane badania laboratoryjne wspierające rozpoznawanie chorób rzadkich.

Cel szczegółowy: określenie potencjału diagnostycznego OECR [ośrodków eksperckich dla chorób rzadkich] w odniesieniu do chorób uwarunkowanych genetycznie i niegenetycznych.

3. Kontrole Najwyższej Izby Kontroli

3.1. Bezpieczeństwo badań genetycznych – przedmiot kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK)

3.1.1. Bezpieczeństwo badań genetycznych w latach 2012–2017. NIK, Warszawa, kwiecień 2018 r.⁹

Przedmiot kontroli – pytanie definiujące: Czy przeprowadzanie badań genetycznych w Polsce odbywa się z zachowaniem wymagań bezpieczeństwa?

W szczególności:

- Jakie działania podejmował Minister Zdrowia na rzecz zapewnienia kompleksowych regulacji przeprowadzania badań genetycznych w Polsce (ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia ochrony danych genetycznych)?
- Czy badania genetyczne są przeprowadzane z zachowaniem wymagań bezpieczeństwa, w tym w zakresie bezpiecznego zarządzania, przetwarzania i niszczenia danych genetycznych oraz czy sposób ich przeprowadzania zapewnia pełną ochronę tych danych?

Wnioski z kontroli NIK. Wobec dynamicznego rozwoju genetyki oraz zagrożeń wynikających z niekontrolowanego dostępu do badań i informacji genetycznej Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje do Ministra Zdrowia o:

- 1) doprowadzenie do stworzenia, w ramach opieki zdrowotnej, systemu opieki genetycznej, który określałby zasady wykonywania badań genetycznych, poradnictwa genetycznego, ochrony danych genetycznych oraz bankowania i wykorzystania materiału genetycznego¹⁰,

⁵ Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1208).

⁶ Projekt ustawy o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw, projekt dotyczy wprowadzenia elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (karta DiLO); uproszczenia obowiązków administracyjnych szpitali należących do Krajowej Sieci Onkologicznej; doprecyzowania roli koordynatora opieki onkologicznej; wprowadzenia definicji ciągłości opieki onkologicznej; skrócenia i uproszczenia procesu uzyskiwania akredytacji przez placówki medyczne. NFZ będzie odpowiadał za monitorowanie jakości opieki onkologicznej. Druk sejmowy nr 2643. Ustawę przekazano Prezydentowi RP do podpisu [3.07.2026]. <https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/druk.xsp?nr=2643>.

⁷ Odpowiedź na interpelację nr 15556: pismo Ministra Zdrowia do Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, ASG.050.61.2026.DG, Warszawa, 23 marca 2026 r.

⁸ Uchwała Nr 110 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich. Realizacja Planu ustala się na lata 2021–2023. Cel Planu – wypracowanie działań, które powinny zostać podjęte w zakresie poprawy jakości opieki medycznej nad pacjentami z chorobami rzadkimi. Plan – określenie kierunków poprawy diagnostyki chorób rzadkich, w tym dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych z wykorzystaniem technologii genomowych. Uchwała Nr 88 Rady Ministrów z dnia 13 sierpnia 2024 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025. Celem Planu – wypracowanie działań, które powinny zostać podjęte w zakresie poprawy jakości opieki medycznej nad pacjentami z chorobami rzadkimi. Plan – określenie kierunków poprawy diagnostyki chorób rzadkich, w tym dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych z wykorzystaniem technologii genomowych. Koordynowanie i nadzorowanie realizacji Planu powierzono Ministrowi Zdrowia.

⁹ Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli „Bezpieczeństwo badań genetycznych” LWA.430.002.2018; W ostatnich kilkunastu latach wiele państw europejskich wprowadziło regulacje prawne normujące wykonywanie badań genetycznych. Najwcześniej zaczęły obowiązywać w Wielkiej Brytanii (1990 r.), Austrii (1993 r.), Francji (1994 r.), Danii (1997 r.), a w 2011 r. badania genetyczne zostały uregulowane w Czechach. Polska nadal pozostaje „białą plamą” na normatywnej mapie Europy. „Kontrola Państwowa”, nr 5/2018.

¹⁰ Art. 12. [Przedmiot zgody; forma zgody lub sprzeciwu; uprawnienia osób małoletnich, ubezwłasnowolnionych, upośledzonych].

- 2) przeprowadzanie kontroli podmiotów leczniczych działających w obszarze badań genetycznych pod kątem bezpieczeństwa tych badań,
- 3) podejmowanie działań edukacyjnych mających na celu podniesienie świadomości społeczeństwa w zakresie bezpieczeństwa badań genetycznych.

3.1.2. Jakość i bezpieczeństwo badań genetycznych, NIK, nr kontroli P/05/043

Przedmiot kontroli – pytanie definiujące: Czy pacjentowi zapewniono dostęp do bezpiecznej diagnostyki genetycznej spełniającej wymagania jakościowe? Informacje pokontrolne pozostają w trakcie opracowywania.

Samorząd zawodowy diagnostów laboratoryjnych, reprezentujący osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawujący pieczę nad jego należytym wykonywaniem w granicach interesu publicznego oraz dla jego ochrony, podejmował i nadal podejmuje inicjatywy oraz konkretne działania w obszarze medycyny laboratoryjnej, w tym w sprawach objętych kontrolą Najwyższej Izby Kontroli dotyczącą bezpieczeństwa badań genetycznych. Obecnie priorytetem są prace nad projektem ustawy o badaniach genetycznych i ochronie genomu ludzkiego.

4. Obowiązujące akty prawne regulujące poziom bezpieczeństwa badań genetycznych

Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej [t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1295], rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie standardów jakości dla laboratoriów [Dz.U. poz. 961], rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁰ oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹¹ w zakresie świadomej zgody pacjenta¹² oraz norma ISO 15189 Laboratoria medyczne. Wymagania dotyczące jakości i kompetencji.

Obowiązujące regulacje są niewystarczające wobec dynamicznego rozwoju genetyki. System ochrony zdrowia wymaga kompleksowych regulacji prawnych określających zasady poradnic-

two genetycznego, wykonywania badań genetycznych na zlecenie pacjenta – DTC (*Direct-to-Consumer*), niekontrolowanego przekazywania materiału biologicznego do badań genetycznych poza granice Polski, biobankowania oraz bezpieczeństwa danych genetycznych.

4.1. Zewnętrzna ocena laboratoriów w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych – wprowadzenie obowiązku udziału w programach zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych

W wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów znajduje się projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw [numer projektu: UD428]¹³. Projekt przewiduje zmianę art. 10 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej poprzez uzupełnienie pkt 6 o obowiązek stałego udziału laboratorium w programie zewnętrznej oceny jakości wyników badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej kontroli jakości. Proponowane uzupełnienie, określające, czym – w rozumieniu ustawy – są standardy jakości, którym powinny odpowiadać laboratoria, stanowi właściwe dopełnienie tego przepisu o element zewnętrznej oceny laboratoriów w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych.

5. Bezpieczeństwo badań genetycznych w Niemczech, Francji i Szwecji

Rozwiązania funkcjonujące w wybranych państwach europejskich pokazują, że bezpieczeństwo badań genetycznych wymaga połączenia regulacji dotyczących jakości laboratoryjnej, świadomej zgody, ochrony danych oraz poradnictwa genetycznego. W Niemczech zasady wykonywania badań genetycznych reguluje przede wszystkim ustawa o diagnostyce genetycznej – GenDG. Przed wykonaniem badania pacjent powinien otrzymać szczegółową informację i wyrazić pisemną, świadomą zgodę. Dane genetyczne podlegają szczególnej ochronie i mogą być przetwarzane wyłącznie w określonych celach medycznych. Ograniczenia dotyczą między innymi badań predykcyjnych i ujawniania wyników członkom rodziny. Przesyłanie próbek za granicę jest możliwe, ale wymaga zapewnienia odpowiedniego poziomu ochrony danych i zgody pacjenta. Laboratoria podlegają nadzorowi i kontroli jakości, a istotnym instrumentem potwierdzania kompetencji jest akredytacja zgodna z normą ISO 15189. Poradnictwo genetyczne jest szczególnie zalecane w diagnostyce predykcyjnej, prenatalnej i onkologicznej¹⁴.

¹¹ Art. 32. [Zgoda pacjenta na przeprowadzenie badań].

¹² Rzecznik Praw Pacjenta, Świadoma zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne. Wytyczne dla pracowników podmiotów leczniczych, Warszawa 2023 r.

¹³ Planowane przyjęcie przez RM III kwartał 2026 [data publikacji 2.07.2026] <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych-oraz-niektorych-innych-ustaw>.

¹⁴ Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen Gendiagnostikgesetz (GenDG) vom 31. Juli 2009.

We Francji badania genetyczne mogą być wykonywane zasadniczo do celów medycznych i wymagają zgody poprzedzonej pełną informacją. Pacjent ma możliwość wycofania zgody, a dane nie powinny być wykorzystywane do celów innych niż te, dla których zostały pozyskane. Istnieją ograniczenia dotyczące badań predykcyjnych u małoletnich. Laboratoria wymagają odpowiedniej autoryzacji i akredytacji, a poradnictwo genetyczne jest obowiązkowe w szczególności przed badaniami predykcyjnymi i prenatalnymi oraz po ich wykonaniu¹⁵.

W Szwecji informowanie pacjenta jest wymagane przed wykonaniem wszystkich badań genetycznych. Pisemna zgoda ma szczególne znaczenie w przypadku badań predykcyjnych i badań wykonywanych u dzieci. Dane mogą być przechowywane i wykorzystywane wyłącznie zgodnie z określonym celem. Laboratoria są akredytowane przez SWEDAC według normy ISO 15189 i funkcjonują w ramach zintegrowanej sieci genetyki klinicznej. Poradnictwo genetyczne jest dostępne dla osób badanych, zwłaszcza w przypadkach dziedzicznego ryzyka choroby¹⁶.

Wspólnymi elementami systemów niemieckiego, francuskiego i szwedzkiego są zatem: szczególna ochrona świadomej zgody, ograniczenie badań do uzasadnionych celów medycznych, kontrola jakości laboratoriów, ochrona danych genetycznych oraz zapewnienie pacjentowi dostępu do właściwego poradnictwa.

6. Doradca genetyczny a diagnosta laboratoryjny – specjalista laboratoryjnej genetyki medycznej. Porównanie ról, kompetencji i uprawnień

6.1. W wielu państwach funkcjonuje odrębny zawód doradcy genetycznego, a model jego kształcenia różni się w zależności od systemu. W Szwecji kandydaci mogą być absolwentami między innymi pielęgniarstwa, biologii molekularnej lub biomedycyny. Wymagane są odpowiednie studia wyższe (co najmniej licencjackie, przy czym zalecane są studia magisterskie), przygotowanie z zakresu poradnictwa genetycznego, co najmniej dwuletnia praktyka zawodowa w klinice lub poradni genetycznej oraz posiadanie certyfikatu doradcy genetycznego¹⁷.

W Wielkiej Brytanii doradcy kończą specjalistyczne studia magisterskie obejmujące genetykę, psychologię, etykę, komunikację i praktykę kliniczną, a następnie podlegają właściwemu systemowi rejestracji i ciągłego rozwoju zawodowego¹⁸.

W Stanach Zjednoczonych wymagane jest ukończenie akredytowanego programu magisterskiego i uzyskanie certyfikatu zawodowego¹⁹.

Doradca genetyczny zobowiązany jest do ustawicznego rozwoju zawodowego.

Do kompetencji doradcy genetycznego w innych krajach należą: interpretacja wyników w kontekście klinicznym, współpraca z lekarzem specjalistą genetyki klinicznej, wspieranie pacjenta w podejmowaniu decyzji, konsultacje przed badaniem i po jego wykonaniu, ocena ryzyka oraz zebranie wywiadu rodzinnego.

Poradnictwo, komunikacja i edukacja to główne obszary działania doradcy genetycznego, który zajmuje się przede wszystkim komunikacją z pacjentem, zbieraniem wywiadu rodzinnego, oceną ryzyka, wyjaśnianiem znaczenia wyniku oraz wspieraniem pacjenta w podejmowaniu decyzji. Współpracuje z lekarzem genetykiem i jest członkiem zespołu genetyki klinicznej. Nie wykonuje badań.

6.2. Diagnosta laboratoryjny, specjalista w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej

W Polsce, zgodnie ze standardami kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego kształcenie jest prowadzone na jednolitych 5-letnich, studiach magisterskich na kierunku analityka medyczna, przyporządkowany do dyscypliny nauk medycznych albo nauk farmaceutycznych²⁰. Ustawa o medycynie laboratoryjnej określa między innymi zasady i warunki wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej oraz zawodu diagnosty laboratoryjnego. Diagnosta laboratoryjny ma obowiązek doskonalenia zawodowego²¹.

Specjalizacja w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej jest jedną z 13 dziedzin medycyny laboratoryjnej²². Tytuł specjalisty w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej diagnosta laboratoryjny uzyskuje po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem²³.

¹⁵ Code civil, Livre Ier, Titre Ier, Chapitre III, art. 16-10–16-13; Code de la santé publique, Première partie, Livre Ier, Titre III: Examen des caractéristiques génétiques, identification par empreintes génétiques et profession de conseiller en génétique [art. L1130-1–L1133-10].

¹⁶ Lag [2006:351] om genetisk integritet.

¹⁷ SFMG [The Swedish Society of Medical Genetics and Genomics] – the professional society for clinical and medical genetics in Sweden. <https://sfgm.se/en-english/>.

¹⁸ A. Middleton, N. Taverner, N. Moreton, R. Rizzo, et al. „The genetic counsellor role in the United Kingdom Position on behalf of the Association of Genetic Nurses and Counsellors (AGNC), Endorsed by the Genetic Counsellor Registration Board (GCRB) and Academy for Healthcare Science (AHCS)”; European Journal of Human Genetics [2023] 31:13–15.

¹⁹ American Board of Genetic Counseling. <https://www.abgc.net/>.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego diagnosty laboratoryjnego [Dz. U. poz. 2684].

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych [Dz. U. poz. 1221]. Określa się wykaz 13 dziedzin medycyny laboratoryjnej, w których jest możliwe odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, w tym laboratoryjna genetyka medyczna.

²³ Laboratoryjna genetyka medyczna [021] Aktualne programy specjalizacji <https://www.cmnp.edu.pl/ksztalcenie/podyplomowe/diagnosci-laboratoryjni/programy-specjalizacji-dla-diagnostow-laboratoryjnych>. 1 – Laboratoryjna genetyka medyczna – program podstawowy – 2026.2 – Laboratoryjna genetyka medyczna – program uzupełniający – 2026. Piśmiennictwo dla osób realizujących kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej 2026.

Celem szkolenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej (LGM) jest uzyskanie kwalifikacji umożliwiających dobór badań laboratoryjnych, wykonywanie i nadzorowanie analiz, a także interpretację i autoryzację uzyskanych wyników. Dotyczy to badań genetycznych – zarówno cytogenetycznych, jak i molekularnych – wykonywanych na potrzeby kliniczne, mających znaczenie diagnostyczne, prognostyczne i rokownicze. Szkolenie powinno umożliwić połączenie wiedzy podstawowej z praktycznym doświadczeniem niezbędnym do wykonywania badań i interpretacji otrzymanych wyników, a także zdobycie wiedzy dotyczącej zarządzania pracą w laboratorium, komunikacji z przedstawicielami innych zawodów medycznych oraz znajomości regulacji prawnych. Założeniem szkolenia specjalizacyjnego jest również rozwijanie u przyszłego specjalisty poczucia odpowiedzialności za prawidłowość procesów diagnostycznych, obowiązków ciągłego samokształcenia, poszerzania i pogłębiania umiejętności teoretycznych i praktycznych oraz wdrażania nowych osiągnięć do praktyki zawodowej. Osoba ta powinna również aktywnie uczestniczyć w doskonaleniu zawodowym diagnostów laboratoryjnych i innych pracowników medycznych, zgodnie z ideą pracy w zespołach wielodyscyplinarnych.

Uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej potwierdza nabycie zaawansowanych kwalifikacji zawodowych umożliwiających planowanie, wykonywanie, laboratoryjną interpretację i autoryzację badań genetycznych oraz sprawowanie nadzoru nad całym procesem diagnostycznym – od etapu przedanalizy do wydania wyniku. Specjalista wdraża nowe metody diagnostyczne zgodnie z aktualnymi rekomendacjami krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, współpracuje z lekarzami różnych specjalności przy opracowywaniu algorytmów diagnostyczno-terapeutycznych wykorzystujących badania genetyczne oraz udziela konsultacji w zakresie doboru badań genetycznych, metod ich wykonania i laboratoryjnej interpretacji wyników.

Do jego kompetencji należy także sporządzanie opinii i ekspertyz na potrzeby organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, prowadzenie indywidualnej lub grupowej praktyki laboratoryjnej w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, kierowanie specjalizacją diagnostów laboratoryjnych oraz kierowanie medycznym laboratorium diagnostycznym o profilu genetycznym.

7. Doradca genetyczny

7.1. Cel proponowanego rozwiązania

Dynamiczny rozwój diagnostyki genetycznej powoduje systematyczny wzrost liczby pacjentów wymagających kwalifikacji do badań genetycznych, uzyskania świadomej zgody, wyjaśnienia znaczenia wyników oraz zaplanowania dalszego postępowania diagnostycznego. Jednocześnie obserwowany jest niedobór lekarzy specjalistów genetyki klinicznej, co skutkuje wydłużeniem czasu oczekiwania na konsultację genetyczną (wielomiesięczne

w onkologii i wieloletnie w chorobach rzadkich) oraz ograniczoną dostępnością świadczeń.

Celem proponowanego rozwiązania jest umożliwienie wykonywania zadań doradcy genetycznego przez diagnostów laboratoryjnych posiadających specjalizację w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, po ukończeniu dodatkowego szkolenia obejmującego w szczególności zagadnienia komunikacji z pacjentem, poradnictwa niedyrektywnego, psychologii, etyki oraz prawa medycznego.

Rozwiązanie to ma charakter komplementarny wobec kompetencji lekarza specjalisty genetyki klinicznej i nie prowadzi do ich ograniczenia.

7.2. Wykorzystanie istniejącej wysokowykwalifikowanej kadry medycznej – diagnostów laboratoryjnych ze specjalizacją w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej

Specjalista laboratoryjnej genetyki medycznej należy do najlepiej przygotowanych przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie diagnostyki genetycznej.

Uzyskanie tych kwalifikacji wymaga około 9 lat formalnego kształcenia, obejmującego:

- pięcioletnie, jednolite studia magisterskie na kierunku analityka medyczna przygotowujące do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego;
- uzyskanie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (PWZDL), będącego zawodem medycznym i zawodem zaufania publicznego;
- obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego diagnosty laboratoryjnego;
- około czteroletnie szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej
- zakończone Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym.

Program specjalizacji [którego zmiana została już zatwierdzona przez Ministra Zdrowia, Warszawa 2026] obejmuje między innymi:

- genetykę kliniczną;
- cytogenetykę klasyczną i molekularną;
- diagnostykę molekularną, w tym wysokoprzepustową;
- genomikę;
- bioinformatykę;
- walidację metod;
- interpretację wyników badań;
- zapewnienie jakości badań;
- zasady sporządzania sprawozdań diagnostycznych;
- współpracę z lekarzami różnych specjalności.

Specjalista laboratoryjnej genetyki medycznej posiada zdecydowaną większość kompetencji niezbędnych do wykonywania laboratoryjnego poradnictwa genetycznego, rozumianego jako świadczenie opieki zdrowotnej udzielane przez diagnostę

laboratoryjnego posiadającego specjalizację w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej, obejmujące ocenę wskazań do wykonania badań genetycznych, dobór właściwej metody diagnostycznej, zebranie wywiadu osobistego i rodzinnego, sporządzenie rodowodu, przekazanie informacji o celu, możliwościach, ograniczeniach i konsekwencjach badań genetycznych, uzyskanie świadomej zgody, laboratoryjną interpretację wyników badań genetycznych, omówienie ich znaczenia dla pacjenta oraz rekomendację dalszego postępowania diagnostycznego, z uwzględnieniem współpracy z lekarzem specjalistą genetyki klinicznej. Uzupełnienia wymagają przede wszystkim kompetencje z zakresu komunikacji z pacjentem, aspektów psychospołecznych, etyki oraz prowadzenia poradnictwa niedyrektywnego.

Z punktu widzenia efektywności i optymalizacji systemu ochrony zdrowia znacznie bardziej racjonalne jest wykorzystanie już istniejącej wysoko wykwalifikowanej kadry niż tworzenie od podstaw nowego zawodu wymagającego wieloletniego procesu kształcenia.

7.3. Odpowiedź na niedobór lekarzy specjalistów genetyki klinicznej

Powierzenie wykonywania zadań doradcy genetycznego diagnostom laboratoryjnym – specjalistom laboratoryjnej genetyki medycznej nie stanowi zastąpienia lekarza specjalisty genetyki klinicznej, lecz racjonalny podział kompetencji zgodny z modelem interdyscyplinarnej opieki genomowej funkcjonującym w wielu krajach europejskich.

Doradca genetyczny, wzorem doświadczeń krajów europejskich, wykonywałby czynności obejmujące zebranie wywiadu osobistego i rodzinnego, sporządzenie rodowodu, ocenę wskazań do badań genetycznych, dobór właściwej metody diagnostycznej, przekazanie informacji o celu, możliwościach i ograniczeniach badań, uzyskanie świadomej zgody, laboratoryjną interpretację wyników oraz przygotowanie pacjenta do dalszego postępowania diagnostycznego²⁴.

Natomiast lekarz specjalista genetyki klinicznej zachowałby wyłączną kompetencję do oceny klinicznej pacjenta, rozpoznania choroby, diagnostyki różnicowej, podejmowania decyzji terapeutycznych, ustalania postępowania profilaktycznego oraz długoterminowej opieki nad pacjentem.

Liczba lekarzy posiadających specjalizację z genetyki klinicznej pozostaje niewystarczająca wobec rosnącego zapotrzebowania na świadczenia genetyczne.

Jednocześnie liczba specjalistów laboratoryjnej genetyki medycznej jest ponad dwukrotnie wyższa od liczby lekarzy specjalistów genetyki klinicznej. Dodatkowo około 100 diagnostów

laboratoryjnych (stan na 2026 r.) odbywa obecnie szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie.

Oznacza to, że system ochrony zdrowia dysponuje już znacznym potencjałem kadrowym, który może zostać wykorzystany bez konieczności wieloletniego oczekiwania na wyszkolenie nowych lekarzy specjalistów.

Proponowane rozwiązanie nie zastępuje lekarza genetyka klinicznego, lecz pozwala na optymalne wykorzystanie kompetencji obu grup zawodowych.

7.4. Korzyści organizacyjne

Wprowadzenie takiego modelu organizacyjnego umożliwi:

- tworzenie większej liczby poradni oraz punktów poradnictwa genetycznego wykorzystujących potencjał już istniejącej kadry medycznej;
- umożliwienie pacjentom znacznie szybszego uzyskania profesjonalnej konsultacji obejmującej kwalifikację do badań, omówienie ich zakresu, przygotowanie do diagnostyki oraz interpretację laboratoryjnych aspektów uzyskanych wyników;
- poprawę jakości kwalifikacji do badań genetycznych;
- podniesienie jakości świadomej zgody;
- optymalne wykorzystanie czasu pracy genetyka klinicznego – do lekarza specjalisty genetyki klinicznej kierowani byłiby pacjenci wymagający oceny klinicznej, rozpoznania choroby lub podjęcia decyzji terapeutycznych po zgromadzeniu kompletnej dokumentacji i przeprowadzeniu wstępnej kwalifikacji diagnostycznej;
- znaczące zwiększenie przepustowości poradni genetycznych, skrócenie czasu oczekiwania na konsultację lekarską oraz poprawę dostępności świadczeń bez konieczności proporcjonalnego zwiększania liczby etatów lekarskich.

7.5. Korzyści ekonomiczne

Największa oszczędność systemowa nie wynika z zastąpienia konsultacji lekarskiej świadczeniem wykonywanym przez inną grupę zawodową, lecz z bardziej efektywnego wykorzystania już istniejących zasobów kadrowych oraz ograniczenia kosztów wynikających z nieoptymalnej organizacji procesu diagnostycznego.

Korzyści ekonomiczne obejmują w szczególności:

- ograniczenie wykonywania badań nieadekwatnych do wskazań i zleczanych przez pacjenta;
- ograniczenie liczby badań powtarzanych;
- zmniejszenie liczby ponownych pobrań materiału biologicznego;
- skrócenie ścieżki diagnostycznej;

²⁴ Code de la santé publique [Francja], Livre Ier, Titre III, Chapitre II „Profession de conseiller en génétique”, art. L. 1132-1–L. 1132-5 oraz art. R. 1132-1–R. 1132-20, w brzmieniu obowiązującym, określające status prawny, kompetencje, warunki wykonywania zawodu oraz zasady współpracy doradcy genetycznego z lekarzem specjalistą genetyki. G. Schwaninger, K. Taxer, W. Hofmann et al. „Harmonising the scope of practice for genetic counsellors in the D-A-CH region: a cross-border consensus for Germany, Austria, and Switzerland”, European Journal of Human Genetics [18 July 2026]; <https://doi.org/10.1038/s41431-026-02188-6>.

- zmniejszenie liczby niepotrzebnych konsultacji specjalistycznych;
- lepsze wykorzystanie wysokokosztowych badań genomowych;
- bardziej efektywne wykorzystanie czasu pracy lekarzy genetyków klinicznych.

Dodatkową korzyścią jest wykorzystanie potencjału kadry, której wykształcenie zostało już sfinansowane ze środków publicznych. Koszt przygotowania specjalisty laboratoryjnej genetyki medycznej do wykonywania funkcji doradcy genetycznego ograniczałby się przede wszystkim do uzupełniającego szkolenia z zakresu komunikacji klinicznej, psychologii, etyki, prawa medycznego i poradnictwa niedyrektywnego zamiast finansowania pełnego procesu kształcenia nowej grupy zawodowej.

7.6. Korzyści dla pacjentów

Proponowane rozwiązanie umożliwi:

- szybszy dostęp do informacji o badaniach genetycznych;
- lepsze przygotowanie pacjentów do diagnostyki i wyrażenia świadomej zgody;
- poprawę zrozumienia wyników badań;
- ograniczenie niepotrzebnego stresu związanego z oczekiwaniem na konsultację;
- usprawnienie diagnostyki rodzinnej;
- zwiększenie bezpieczeństwa procesu diagnostycznego poprzez właściwy dobór badań.

W efekcie proponowane rozwiązanie zwiększa dostępność świadczeń genetycznych, skraca kolejki do poradni genetycznych, poprawia jakość opieki oraz sprzyja bardziej efektywnemu wykorzystaniu środków publicznych przeznaczonych na diagnostykę genetyczną. Tym samym zwiększa bezpieczeństwo zdrowotne.

7.7. Zgodność z rozwiązaniami europejskimi

Europejskie standardy opracowane przez European Board of Medical Genetics oraz European Society of Human Genetics wskazują, że poradnictwo genetyczne powinno być wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kompetencje z zakresu genetyki, komunikacji z pacjentem, etyki oraz psychospołecznych aspektów chorób dziedzicznych.

Model funkcjonujący w wielu państwach europejskich opiera się na współpracy interdyscyplinarnej, w której lekarz specjalista genetyki klinicznej oraz osoba wykonująca zadania doradcy genetycznego realizują odmienne, lecz wzajemnie uzupełniające się kompetencje.

Proponowane rozwiązanie wpisuje się w ten model, przy jednoczesnym uwzględnieniu specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia oraz istniejącego potencjału specjalistów laboratoryjnej genetyki medycznej.

7.8. Wnioski

Powierzenie wykonywania zadań doradcy genetycznego diagnostom laboratoryjnym posiadającym specjalizację w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej stanowi racjonalne rozwiązanie organizacyjne i ekonomiczne.

Pozwala ono wykorzystać wieloletni proces kształcenia oraz doświadczenie zawodowe specjalistów posiadających unikalne kompetencje w zakresie diagnostyki genetycznej, bez naruszania kompetencji lekarzy specjalistów genetyki klinicznej.

Wprowadzenie tego rozwiązania zwiększy dostępność świadczeń genetycznych, poprawi jakość kwalifikacji do badań i interpretacji wyników, skróci ścieżkę diagnostyczną pacjentów oraz umożliwi bardziej efektywne wykorzystanie ograniczonych zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, wpływając na bezpieczeństwo zdrowotne.

Z punktu widzenia interesu publicznego proponowane rozwiązanie pozwala na pełniejsze wykorzystanie kompetencji już wykształconej kadry medycznej, której przygotowanie zawodowe zostało sfinansowane ze środków publicznych, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości diagnostyki genetycznej.

Wprowadzenie doradcy genetycznego do systemu ochrony zdrowia wymaga stworzenia odpowiednich podstaw prawnych określających jego status, zakres kompetencji oraz zasady wykonywania świadczeń, w szczególności w ustawie o medycynie laboratoryjnej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektowanej ustawie o badaniach genetycznych i ochronie genomu ludzkiego. ●

KODEKS ETYKI DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO¹



● **dr n. med. Monika Pintał-Ślimak**
Prezes Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych

– potrzeba nowelizacji wobec postępu, wyzwań, dostosowania do realiów współczesnego rozwoju nowych technologii, w tym AI, uregulowania kwestii konfliktu interesów i relacji z podmiotami komercyjnymi, dezinformacji medycznej oraz w relacjach międzyludzkich oraz komunikacji i odpowiedzialności za słowo w nowych mediach.

Samorząd zawodowy, reprezentujący osoby wykonujące zawód zaufania publicznego, w drodze ustawy ma powierzone wykonywanie zadań o istotnym znaczeniu publicznoprawnym. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nadała szczególny status osobom wykonującym zawód zaufania publicznego, wymagając, aby regulacja prawna sposobu wykonywania tego zawodu potwierdzała i instytucjonalizowała zaufanie do niego – czyniła owo zaufanie publicznym.

Spełnienie wysokich wymagań stawianych przez ustawodawcę osobom wykonującym zawód zaufania publicznego jest uzasadnione tym, że powierzone są nam zadania o szczególnym charakterze, szczególnej doniosłości z punktu widzenia zadań państwa, troski o realizację interesu publicznego, praw jednostki [ochrona zdrowia i życia]. Dlatego też stawianie kandydatom do zawodu diagnosty laboratoryjnego wysokich wymagań [standardy kształcenia], jak i wykonywanie zawodu [posiadanie specjalistycznej wiedzy, dawanie rękąmi należytego wykonywania obowiązków] jest uzasadnione.

Od nas – diagnostów laboratoryjnych, wykonujących zawód zaufania publicznego społeczeństwo oczekuje nie tylko wysokich kwalifikacji zawodowych i moralnych, ale także rękąmi prawidłowego wykonywania zawodu. Samorząd zawodowy diagnostów laboratoryjnych pełni dwie podstawowe funkcje. Pierwsza – to reprezentowanie diagnostów laboratoryjnych, zarówno wobec obywateli i ich organizacji, jak też przed organami państwa. Druga – sprowadza się do starań o zapewnienie należytego wykonywania zawodu.

Problematyka zawodów zaufania publicznego wielokrotnie była przedmiotem badań Trybunału Konstytucyjnego. W literaturze przedmiotu, komentarzach do art. 17 Konstytucji RP, pojęcie „zawodu zaufania publicznego” zostało określone jako zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego [...] i uzyskanej specjalizacji [...].²

W kontekście powyższego, obok przepisów ustawy o medycynie laboratoryjnej, bardzo ważne są normy etyczne i zasady wynikające z tradycji zawodów medycznych na których opiera się Kodeks Etyki Diagnosty Laboratoryjnego.

Naczelną normą naszego postępowania – diagnosty laboratoryjnego – jest dobro człowieka. Z zasady tej wynika powinność poszanowania godności ludzkiej i kształtowanie relacji w pracy zawodowej, których naczelnym celem jest służba człowiekowi.

Nowelizacja Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego jest potrzebna. Prace zainicjowałam, zgłaszając Komisji ds. Etyki propozycje rozpoczęcia prac i propozycje konkretnych zmian, mając na uwadze współczesne wyzwania i zagrożenia.

W związku z podjęciem prac nad aktualizacją Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego Komisja ds. Etyki zwróciła się w Komunikacie z prośbą o nadsyłanie propozycji zmian do Kodeksu Etyki. Propozycje nowych przepisów zostaną przygotowane na VII Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych. Prace trwają... ●

¹ Załącznik do Uchwały Nr 31/2022 VI Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 grudnia w sprawie Kodeksu Etyki Diagnosty Laboratoryjnego.

² Biuro Analiz Sejmowych, Kancelaria Sejmu, Zeszyty Prawnicze

Retrospekcyjne spojrzenie prawnospołeczne-moralne w czasie ustanawiania (wyodrębniania) zawodu i samorządu diagnostów laboratoryjnych definiowanego mocą ustawy (odc. II)



Drodzy Diagnosto Laboratorijni,
Drodzy Studenci,
Szanowni Państwo,

Żyliśmy w epokowym czasie – rok 1989/1990. Na fali przemian demokratycznych zrodziła się inicjatywa własnej izby samorządowej wśród diagnostów laboratoryjnych. Celem powstania samorządu pracowników diagnostyki laboratoryjnej było wyodrębnienie zawodu diagnosty laboratoryjnego spośród zawodów medycznych posiadających wyższe wykształcenie. Od samego początku nazywaliśmy się diagnostami laboratoryjnymi. Jednocześnie rozumieliśmy, że musimy podjąć działania w kierunku wyodrębnienia zawodu diagnosty laboratoryjnego mocą ustawy. Pozwoliłoby to na ukazanie roli jaka powinna spełnić szeroko pojęta diagnostyka laboratoryjna w ówczesnym systemie Służby Zdrowia a obecnym Ochronie Zdrowia. Pod wpływem zrywu zawodowego w 1990 roku diagnosto laboratorijni zaczęli się organizować i tworzyć struktury organizacyjne. Już na spotkaniu 9 kwietnia 1990 r. w Ministerstwie Zdrowia uczestnicy spotkania (diagnosto laboratorijni) stwierdzili, żeby podnieść poziom usług diagnostycznych należy podjąć starania utworzenia korporacji zawodowej. Tak więc we wrześniu 1990 roku powstał Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych składający się z dwóch środowisk zawodowych z Warszawy i Łodzi. Przewodniczącą Komitetu została prof. Mieczysława Melker. Również w tym czasie organizujące się środowiska diagnostyczne we Wrocławiu, Lublinie, Rzeszowie, Poznaniu i Gdańsku. W dniu 18 maja 1991 roku, w Łodzi odbyło się ogólnopolskie spotkanie przybyłych z kilkunastu ośrodków wojewódzkich w Polsce. Powołano Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej. Od samego początku pracowaliśmy nad dwoma projektami ustaw o zawodzie i samorządzie diagnostów laboratoryjnych. Wrzesień 1991 rok Ośrodek Wrocławski wydał I Numer Biuletynu Analityka przesłany do wszystkich zorganizowanych struktur w kraju. Biuletyn rejestrował wszystkie zdarzenia jak również nakreślał cele, działania OKOIDL. Zdawaliśmy sobie sprawę, że istniejący wówczas chaos organizacyjny i kompetencyjny w diagnostyce laboratoryjnej powinien być uporządkowany i do tego potrzebny jest sa-

morząd. Wszelkie działania OKOIDL były rejestrowane w Biuletynie i przekazywane informacyjnie do Ministerstwa Zdrowia i innych podmiotów diagnostycznych istniejących w diagnostyce laboratoryjnej. Równocześnie ośrodek wrocławski w imieniu OKOIDL przekazuje projekt ustawy o Samorządzie Diagnostów Laboratoryjnych posłowi Jarosławowi Kurzawie z PSL celem zebrania podpisów posłów i złożenia go do łaski marszałkowskiej (trybem poselskim), wówczas rozumieliśmy, może naiwnie, że najpierw samorząd a potem wyłoniony samorząd zdefiniuje pojęcie zawodu diagnosty laboratoryjnego i kto może zostać diagnostą. Sejmowa Komisja Zdrowia zażądała informacji ilu diagnostów laboratoryjnych popiera ideę izby samorządowej. Do Sejmowej Komisji Zdrowia wpłynęło 3,5 tys. poparcie (1993–1994), w atmosferze zbiorowego entuzjazmu diagnosto laboratorijni odpowiedzieli pozytywnie do idei samorządowej. Jednocześnie Zarząd Główny PTDL zażądał przeprowadzenia kwerendy na posiedzeniach wojewódzkich oddziałów PTDL jakie jest poparcie środowiska członków PTDL wobec idei samorządowej. W oddziałach PTDL odbyły się głosowania, w których ponad 90 procent uczestników poparło ideę samorządu. Potężny ruch integracyjny z naszego środowiska przewinął się przez Polskę. Był to ruch oddolny, spontaniczny obejmujący całe środowisko diagnostyczne w Polsce. Ogromną pracę integracyjną wykonała Jola Bukowińska z Łodzi. Od samego początku czuliśmy niechęć ze środowiska lekarskiego pracujących w diagnostyce laboratoryjnej przeciwnych idei samorządowej.

Diagnosto laboratorijni rzucili się na spienione wody niechęci, by głosić, że to wszystko wypływa z naszej tożsamości rozumnej/zawodowej, że to nasze esencjonalne/istotowe postępowanie dla chorego człowieka, któremu mamy służyć. To również była zdobywana wiedza o sobie, o naszym zawodzie i umiejscowienie go w wymiarze społecznym i jednostkowym. Realizowaliśmy ewolucję działań; myślę, że opanowaliśmy metody działania sprawnego, że z naszego doświadczenia życiowego potrafiliśmy projektować działania społeczne, by krok po kroku osiągać cel zamierzony. Wiedzieliśmy, że nie będzie łatwo, że musimy opanowywać nasze emocje i oprzeć nasze działania o wartości, które przede wszystkim wynieśliśmy z domu i one były skuteczne, efektywne, racjonalne, ekonomiczne (sponsоровane przez nas samych), dostrzegali to inni, to tworzyło przekonanie, że to my mamy rację. Mieliśmy intuicyjne przeświadczenie, że musimy coś zrobić co by od Nas zależało (cyt. z dramatu *Wyzwolenie*, Stanisława Wyspiańskiego). Było widoczne w OKOIDL poczucie chęci niezłomnej oraz kompetencje wspólnotowe. To dawało siłę i moc a u rozmówców/adwersarzy w Ministerstwie Zdrowia czy w Sejmie RP rosło przekonanie, że jesteśmy środowiskiem w pełni odpowiedzialnym a w stosunku do elity diagnostycznej nie było koncesjonowania ich stanowisk, byliśmy stanowczy, ponieważ byliśmy przygotowani. Z czego ta umiejętność wypływała do działania społecz-

nego? Myślę, że mieliśmy świadomość budowania swojej roli, ponieważ tożsamość zawodowa cementowała Nas: zgodnie z powiedzeniem: pełna tożsamość – większa świadomość zawodowa, lepsze zrozumienie, rzeczy rozumienia i respektowania prawa, ethosu zawodowego czy pewności etycznej, jak spostrzegamy zawód w szerszym kontekście; bo tożsamość pomocą w rozwoju zawodowym, rozwija zdolności interdyscyplinarne, logiczne oraz kreatywność.

Równocześnie już w 1993 roku wystosowaliśmy memoriał do obu Izb Parlamentarnych, akcentując naszą obecność i cele w systemie naprawczym wówczas obowiązującym „Służby Zdrowia”. Oto niektóre skróty: „kierujemy ku Państwu ten Memoriał będący apelem tejże społeczności zatroskanej o przyszły model ochrony zdrowia naszych współobywateli [...]”, „to interdyscyplinarne nauki w obszarze biologii, fizyki i chemii a w szczególności: chemia kliniczna, immunologia, biologia molekularna, farmakologia kliniczna itp. Pozwalają na racjonalne stosowanie farmakologii i umiarkowane nadzieje zwalczania chorób [...]”, „postulaty społeczności diagnostów laboratoryjnych by mogły być w pełni zrozumiane nie mogą być wyrażane innymi ustami jak tylko reprezentantami tejże społeczności. I tylko to zagwarantuje ich autentyczność, prawdziwość i fundamentalne znaczenie dla nowych koncepcji Służby Zdrowia [...]”.

W kolejnym 1993 roku funkcjonowania OKOIDL zdaliśmy sobie sprawę, że musimy usystematyzować i prawniczo/formalnie ukierunkować nasze działania. W związku z tym, ponieważ ośrodek wrocławski miał możliwość konsultacji prawnej przez moje osobiste przyjacielskie kontakty na Wydziale Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego (oczywiście bezpłatne, bo nie mieliśmy pieniędzy a zrozumienie społecznego wymiaru diagnostyki laboratoryjnej u moich przyjaciół prawników było budujące – bo jak mówili nie wyobrażają sobie medycyny bez diagnostyki i jako pacjenci to rozumieją, to we własnej obronie to czynią – stąd będą Nas wspierać. Ich stanowisko i pomoc była tak budująca, dodawała Nam skrzydeł by jeszcze większą determinacją walczyć o formułę samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych i stąd intensywne naciski na Sejm RP w drodze projektu poselskiego. Na wniosek dr. Marka Zagrosika (prawnika Wydziału Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego) podjęliśmy rozeznanie i wyszukiwania postów różnych orientacji politycznych (klubów i kół poselskich), by podjęli się dalszej realizacji wprowadzenia naszego projektu (już opracowanego i skonsultowanego z nami 29.02.1992 r. w Kowalowej koło Wałbrzycha. Byliśmy przygotowani i zdecydowani by podjąć działania prawodawcze. Funkcji posła sprawodawcy podjął się poseł Jarosław Kurzawa z klubu parlamentarnego PSL z okręgu Świdnica z woj. dolnośląskiego. Młody, energiczny poseł z entuzjazmem podszedł do swej roli i po zebraniu kilkudziesięciu podpisów postów złożył w sekretariacie Sejmu w imieniu OKOIDL tj. wnioskodawców do Sejmu RP w 1994 r.

19 kwietnia 1994 r. dostałem informację przesłaną faxem od posła Jarosława Kurzawy z Sejmu RP.

Informuję, że w dniu 19 kwietnia 1994 roku wniosłem do Laski Marszałkowskiej projekt ustawy o Izbach Diagnostów Laboratoryjnych.

Z wyrazami szacunku
Poseł Jarosław Kurzawa

Wówczas, po 5 latach zaistnienia w przestrzeni publicznej udowodniliśmy, że wiemy o co walczymy, mieliśmy argumenty za, stąd wskaźnik podmiotowości obywatelskiej/zawodowej rósł u Nas jak na drożdżach. Wiedzieliśmy, że podmiot oznacza poczucie świadomości własnego, indywidualnego/zbiorowego wpływu na życie publiczne/zawodowe. Do tej pory Ministerstwo Zdrowia i Naczelna Izba Lekarska (już jako samorząd odtworzony) redukowało Nas do laborantów (do pozycji laboranta). Pomimo, że byliśmy bardzo rozdrobnieni to jednak komunikacja międzyludzka/zawodowa potęgniała między nami, co autentycznie powodowało zdolność poznawczą/wzajemną i cementowało Nas stąd osiągaliliśmy powolne sukcesy. Był to fenomen *sui generis*. Myślę, że już w 1993 r. osiągnęliśmy punkt historii, gdzie mieliśmy poczucie, że otwiera się przed nami alternatywna historia zawodu (co w niedalekiej przyszłości okazało się właściwe – wybór jedną z wielu specjalizacji). To wszystko wynikało już wtedy z naturalnego zaufania, które jest częścią budowy wspólnoty zawodowej. Czuliśmy, że w zbiorowisku diagnostów laboratoryjnych historia bezalternatywna może będzie przeszłością. Czy przejmowanie wówczas laboratoriów diagnostycznych w outsourcing służy budowaniu podmiotowości diagnostów laboratoryjnych czy jego obniżenia podmiotowości, wymaga analizy socjologicznej tego zjawiska. Byliśmy w stanie odpowiadać na wszelkie pytania już na przełomie roku 1993/1994 na zebraniach PTDL (jedyna struktura wówczas zorganizowana ok. 3,5 członków). W takiej atmosferze entuzjazmu i poparcia na rzecz tworzonej izby Ministerstwo Zdrowia przesyłało stanowisko w sprawie powołania Samorządu Zawodowego Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Intensywność działania OKOIDL tj. tworzenie struktur samorządowych społeczności diagnostycznej, redagowanie Biuletynu Analityka i wysyłanie do istniejących struktur w kraju i odpowiedzialna dyskusja z przeciwnikami idei samorządu zawodowego, powstanie we Wrocławiu Komisji Społeczno-Prawnej redagującej odpowiedzi autorytetom z pozycji rozumienia procesów społecznych i demokratycznych sprawiły, że z Ministerstwa Zdrowia otrzymaliśmy kuriozalne stanowisko, które Państwu prezentujemy.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej

Mgr Maria Marcinek

OZP-Diag-02-75/94 1994.06.06

Departament Polityki Zdrowotnej i Lecznictwa informuje, że przeciw powstaniu Izby Diagnostów Laboratoryjnych przedstawione zostały m.in. następujące zarzuty:

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

- idea powstała wbrew instytucjom działającym w obrębie diagnostyki laboratoryjnej (Krajowy Zespół Specjalistyczny, PTDL, Kolegium Medycyny Laboratoryjnej),
- utworzenie Izby Diagnostów Laboratoryjnych jest działaniem przeciw lekarzom pracującym w diagnostyce laboratoryjnej,
- diagnostyka laboratoryjna była i jest specjalizacją lekarską,
- o wydawaniu prawa wykonywania zawodu, o wydawaniu koncesji na prowadzenie laboratorium, o jakości i przydatności aparatury, o rozwoju i organizacji diagnostyki laboratoryjnej i o kształceniu przed i podyplomowym nie może decydować tylko większość, ale przede wszystkim ci, którzy mają gruntowną wiedzę i są wybitnymi specjalistami w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej,
- nie ma ustalonych ścisłych kryteriów zawodowych i sprecyzowania kto to jest diagnosta laboratoryjny.

Główny specjalista
mgr Elżbieta Strzyżewska

Odpowiedź Autorom Opinii, która została nadesłana faxem z Departamentu Polityki Zdrowotnej Lecznictwa do Komitetu Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych regionu Kraków.

Zarzuty przedłożone w faxie przeciw powstaniu Izby Diagnostów Laboratoryjnych stanowią szczególny przykład myślenia ksenofobicznego środowiska, które mienia się być otwarte na wszystko to co twórcze i „zbawcze” dla dobra człowieka. Wprawdzie w rozmowach w ministerstwie 3.06.1994 r. pojawił się wątek prezentowany przez Pana V-ce ministra Jakubowiaka i Panią mgr Strzyżewską – dotyczący stawianych zarzutów przez pewne kręgi, ale dla „dobrej sprawy” zaniechano prezentowania ich, deklarując, iż zostaną faxem przesłane do Komitetu Ogólnopolskiego Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych. Niezależnie od owego nader pryncypialnego i programowego skonstruowania zarzutów doszły do środowiska Diagnostów Laboratoryjnych inne zarzuty bardziej przedmiotowe aniżeli te nadesłane z Ministerstwa, których autorów nie znamy. Pod nadesłanymi do Krakowa zarzutami widnieją podpisy i te są przedmiotem szczegółowych analiz w środowisku Diagnostów Laboratoryjnych i Ogólnopolskiego Komitetu Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych.

Zarzuty załączone są, przykładem szczególnego pojmowania poletka Służby Zdrowia. Dotąd myśleliśmy, iż środowisko Autorów zarzutów postrzega ideały Hipokratesa nie jako przyczynek do sporów i lęku o pozycję i stanowisko. Roszczeniowe i pretensjonalne prawo do orzekania o całym folwarku Służby Zdrowia ukazuje anachroniczność i prywatność traktowania służebnej roli środowiska Służby Zdrowia. Dla autorów niczym jest to wszystko, co nie wyrasta z namaszczenia „Autorytetów”. Opinia i samorządowe struktury środowiska Diagnostów Laboratoryjnych dla autorów jest naruszeniem woli Areopagu.

Ubieranie się w obrońców feudału Służby Zdrowia – lekarza i traktowanie nowoczesnej, nie na miarę archaizmu wszechmniemającego o swej hiper nadwartości eskulapa, który ucieka ze stat-

ku spowitego nowoczesną aparaturą, nowoczesną technologią metod badań laboratoryjnych z obawy, iż temu nie sprostą, jest przykładem iluzji, która tkwi w umysłach ukształtowanych w latach 50-tych. Iluż to dziś lekarzy podejmuje się specjalizacji w diagnostyce, jeśli ma być to specjalność lekarska. Autorzy zarzutów – Diagnosty Laboratoryjni z wykształceniem ogólnolekarskim to ostatni Mohikanie, za lat kilka odchodzący na emeryturę. Spełniając funkcje kierownicze nie wykonuje się prac diagnostycznych i nie można okazać niekompetencji przedmiotowej.

Autorzy w trzecim podpunkcie przyznają, że chodzi im w istocie o zaszczyty i prawo decydowania tam, gdzie rządzi zasada pecunia non olet. W istocie nie mogli być większością, choć nie w tym problem. Problem jest w kompetencji. Gruntowną wiedzę w zakresie diagnostyki posiadają ci, którzy w toku studiów odbyli wiele setek godzin w laboratorium doskonaląc swoje kompetencje i przyswajając wiedzę.

Odsyłamy Autorów do programu studiów kierunku lekarskiego i porównując ilość godzin w laboratorium z mgr analityki, biologii, chemii itp. Przede wszystkim wybitnymi specjalistami w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej są nie lekarze. Szczególnym przykładem nieadekwatności myślenia i jego archaizmu w przedmiocie diagnostyki jest uwaga ostanía. Oczywiście rzeczą dla znawców zagadnienia, znaczenia diagnostyki w współczesnym pojmowaniu profilaktyki jako systemu wczesnego ostrzegania zagrożeń, zakres i treść tej grupy zawodowej parającej się tymi problemami może i być powinna przedmiotem regulacji w ustawie o zawodzie Diagnosty Laboratoryjnego. W tym środowisku Diagnostów Laboratoryjnych widzi swój drugi plan strategii działań obok celu pierwszoplanowego, zdrowie i służba człowiekowi w chorobie. Charakter zarzutów postanowionych w faxie ukazuje, jak czułym miejscem i wrażliwym u Autorów jest to wszystko co może pozabawić tę grupę ludzi dotychczasowego blichtru i uzurpowania sobie wszelkiej wiedzy z końcem XX wieku. Ten relikwitu przeszłości charakteryzuje niektóre środowiska, z których wywodzą się autorzy zarzutów. Dla poznania prawdziwości bądź nieprawdziwości naszych wniosków o Autorach zarzutów mamy nadzieję, że zechcą ujawnić się i dać zasadność starej zasadzie: sapiens nihil affirmat quod non probat. Czekamy więc na dowiedzenie swych racji, z których płynąć miały zarzuty.

Maria Marcinek, Henryk Owczarek, Ewa Tuszeńska

Przedstawione zarzuty ujawniły, że wymienionym podmiotom nie chodziło o transformację Służby Zdrowia czy określenie roli diagnostyki laboratoryjnej w systemie Ochrony Zdrowia, ale zachowanie dla siebie istniejącego status quo.

Dziewięć miesięcy później to stanowisko potwierdziło 6 stycznia 1995 r. podczas procedowania projektu ustawy o samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych podczas debaty sejmowej. Można było zauważyć dwie strategię w Sejmie. Jedna skupiona wokół posła sprawozdawcy a do drugiej dotarli rzecz-

nicy przeciwni samorządowi, szczególnie ze środowiska diagnostycznego warszawskiego. Wspominam z uczuciem ogromnej satysfakcji, gdy wspomagałem razem ze Staszkiem Krężelem posła Jarosława Kurzawę redagując programowe wystąpienie w Sejmie otwierające dyskusję nad wyżej wspomnianym projektem ustawy. Chcieliśmy nadać temu wystąpieniu charakter „magna carta” Polskiej diagnostyki. Oto niektóre skróty wystąpienia posła sprawozdawcy: „środowisko, w imieniu którego występuje dziś przed Państwem wnosząc projekt ustawy o izbach diagnostów laboratoryjnych, chcę proponować otwarty model Ochrony Zdrowia [...], współczesne działania społeczne na polu ochrony zdrowia według środowiska, które reprezentuję, winne być zorientowane na zapobieganie temu wszystkiemu, co nieść może zaburzenia w organizmach a wcześniej rozpoznawać warunki w jakich możliwe jest zachowanie zdrowia przez człowieka [...]”, „w czasie dzisiejszej debaty chciałbym przedstawić rolę środowiska zaplecza Służby Zdrowia bez którego udziału nie można pojąć nowoczesnej i współczesnej medycyny [...]”.

Trzeba podkreślić zaangażowanie – wówczas młodego Posła. Spełniło się moje marzenie 6.01.1995 r. w dniu Trzech Króli – знаmienna data, Sejm RP przedłożył pod obrady projekt ustawy o samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych. Przyjechało do Sejmu kilkunastu diagnostów laboratoryjnych. Po raz pierwszy polska diagnostyka mogła usłyszeć relację z procedowania projektu ustawy (TV transmitowała relację z posiedzenia Sejmu). Henryk Grela z Lublina przywiózł na to posiedzenie wynajętym małym busem około 10 diagnostów. Klub poselski PSL wykazał swoją gościnność, pomieszczenie sejmowe, racząc Nas sejmową kawą oraz do woli kosztami jabłek. Przed południem dyskusja nad naszym projektem, a wieczorem głosowanie. Odwiedzali nas zaprzyjaźnieni posłowie, życzliwi naszej inicjatywie. W dyskusji nad naszym projektem ustawy była widoczna polaryzacja stanowisk, niektórzy posłowie związani z elitami diagnostyki laboratoryjnej tworzyli aurę przeciwną idei samorządu zawodowego. Głosowanie okazało się niekorzystne dla naszej społeczności tj. nie uznało naszych postulatów, pragnień i marzeń. Spotkaliśmy się po głosowaniu w sali obok plenarnej towarzyszyli nam posłowie wspierający nas, wtedy poseł sprawozdawcza Jarosław Kurzawa zaproponował by tymczasowo powołać Stowarzyszenie Pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej. Organizacji tego stowarzyszenia podjęła się Ewa Tuszweska z Poznania. Osobiście byłem zwolennikiem kontynuacji działania jako OKOIDL. I tak się stało, były dwa podmioty wzajemnie się uzupełniające. W moim wystąpieniu w tej sali, w której na czołowej ścianie widniał napis „Salus Rei Publicae Suprema Lex”.

Wówczas powiedziałem „nie deprymujmy się, czujmy się jak magowie jedźmy w Polskę, na pewno zwyciężymy i nie podzielmy się, wzmacniamy wszyscy szeregi i siły, racja jest po naszej stronie”. Czas pokazał, że mieliśmy rację.

Zdaliśmy sobie sprawę, że nasz ruch samorządowy trwa on od 1989 r. i posiada znamiona samorządu zawodowego, znaczny potencjał naukowy i zawodowy. Posiada także nasze Środowisko zrozumienie zadań i celów Służby Zdrowia, posiada także możliwości i świadomość dróg naprawy obecnej sytuacji jaka jest w Środowisku Służby Zdrowia.

Być może właśnie to zdecydowało o postawach wielu posłów uczestniczących i wychodzących przed głosowaniem, w wyniku których bilans głosów za Izba Diagnostów Laboratoryjnych i przeciwników był dla nas niekorzystny.

Należy uświadomić sobie, że idea Izby Diagnostów Laboratoryjnych zrzeszająca grupę ludzi z wyższym wykształceniem i niezależną w sensie trybu kształcenia i zakresu działań zawodowych jest kolidująca jedynie ze sposobem, modelem myślenia części środowiska lekarskiego, które chce widzieć wyłączne i zastrzeżone pole działania w Służbie Zdrowia dla własnej grupy zawodowej. Jak przesłanka ta jest obecna w strategii działania tego środowiska, nielicznego spośród lekarzy, wystarczy prześledzić te działania którymi potrafiło zdominować swoją opcją te kręgi posłów, w których liczne są reprezentacje tej grupy zawodowej.

Z drugiej strony doświadczaliśmy, że zrozumienie dla naszych działań i ich miejsca w strukturze Ochrony Zdrowia jest tak żywe, iż otrzymujemy instrukcje z kręgu grup poselskich, które były w całości przeciwnie, by projekty łącznie z projektem o samorządzie diagnostów laboratoryjnych ponownie przedłożyć do Sejmu. Tę strategię dostrzegaliśmy jako zasadną, by nasze działania wiązać raczej z Sejmem RP niż z Ministerstwem Zdrowia.

Rola Ministra Zdrowia w odrzuceniu tego projektu oraz pracowników Ministerstwa Zdrowia szczególnie osoby zajmującej się sprawą z Departamentu Polityki Zdrowia była decydująca. Polityka zdrowotna realizowana przez Ministerstwo Zdrowia nie może zasadzać się na kłamstwie i chowaniu nadsyłanych materiałów do szuflady i niezapoznawaniu się z nimi. Byłem wówczas członkiem Senatu Akademii Medycznej we Wrocławiu i przypadkowo na posiedzeniu Senatu byli obecni w komplecie Ministrowie Zdrowia. Wówczas zadałem pytanie publicznie w czasie obrad Senatu „dlaczego Ministerstwo Zdrowia nie odpowiada i nie reaguje na wysyłane pisma?”.

Po 6 stycznia 1995 roku, Redakcja Biuletynu Analityka zapewniała wszystkich sympatyków idei Izby Diagnostów Laboratoryjnych, iż nie będzie sposobu zablokowania możliwości edycyjnych Biuletynu, mimo usilnych starań i nacisków tych grup, które są poruszone i przerażone działaniami i celami diagnostów laboratoryjnych i ich agendą, czyli Biuletynem Analityki – Diagnosty Laboratoryjnego. Tym przeciwnikiem jest lekarz administrator, lekarz urzędnik, ten który, ani nie zapoznał się dobrze z funkcjonującym dotychczasowym modelem Służby Zdrowia i miejscem w nim Diagnostyki Laboratoryjnej, ani też nie jest skory obecnie, w trakcie transformacji Służby Zdrowia, zrezygnować z wyrokowania o tym co jest, co jest potrzebne i konieczne dla współczesnego modelu Ochrony Zdrowia.

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

Pisaliśmy wtedy, że grupa administrująca Służbę Zdrowia lekarzy, przeciwna jest Izbie Diagnostów Laboratoryjnych i w trosce tylko prawdopodobnie o własne interesy sprawili, że niektóre kluby poselskie w większości zgłaszały przeciwko projektowi Izby. Podnoszone kwestie, w wypowiedziach ich reprezentantów, nie dotyczyły meritum przedłożonych argumentów za Izbą, lecz podnoszone były znane już nam wcześniej obawy tych przeciwników, iż Izba może wnieść niesnaski w Środowisko i być konfliktorodnym elementem. Po debacie sejmowej miało miejsce spotkanie i rozmowy w gmachu Sejmu (przy sali obrad) sporej grupy przybyłych na ten dzień do Warszawy pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej z całego kraju, z posłem sprawozdawcą i innymi posłami. W toku rozmów została wyrażona deklaracja obecnego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych pod naciskiem pozostałych obserwatorów debaty a także i posłów, by działania na rzecz Izby nie zostały uśmierzone i wygaszone, lecz by Komitet zadeklarował wolę doprowadzenia do Izby Diagnostów Laboratoryjnych bez względu na pojawiające się tendencje anektowania części postulatów projektu o naszej Izbie przez różnorakie ugrupowania ubierające się w reprezentacje Diagnostów Laboratoryjnych.

Odrzucenie projektu ustawy o izbie diagnostów laboratoryjnych na posiedzeniu Sejmu w dniu 6.01.1995 r. II Kadencji nie ostudziło naszego zapału i determinacji, wręcz przeciwnie było spirytus movens do intensyfikowania działań naszego środowiska. Szerokim frontem diagnostycznym ponownie zwróciliśmy się do wszystkich podmiotów publicznych istniejących w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej o ponowne wsparcie i akceptację naszych działań by zmienić formułę zawodową obecnych absolwentów analityki medycznej „zawód na niby” na zawód medyczny regulowany ustawą. Całą naszą energię i zapał nakierowaliśmy na projektowanie działań, by doprowadzić do polaryzacji wszystkich nas wspierających, byśmy wszyscy mówili podobnym głosem. Myślę, że nasza wówczas praca była odzwierciedleniem kreowania naszej tożsamości zawodowej, to między innymi również zdobywanie wiedzy o sobie, o zawodzie i w nim udziału. Poznawanie środowiska zawodowego i w nim udziału, poznawanie adaptacji w tym środowisku diagnostycznym, rozpoznawania swojej roli, bo ona wypływa z pogłębionej świadomości, która wpływa na naszą tożsamość zawodową wspólnoty diagnostycznej. Myślę, że ten potencjał diagnostów skupionych w OKOIDL i wszystkich diagnostów w Polsce wspierających OKOIDL, sprawił, że nasza wspólnotowa wartość wyrażona w rzeczywistym zrozumieniu i działaniem, ponieważ mieliśmy zaufanie do siebie (bo zaufanie jest częścią budowy wspólnoty zawodowej). Byliśmy zbiorowiskiem diagnostów pracujących w laboratoriach medycznych w Polsce, dopiero ustawa o diagnostyce laboratoryjnej dała nam drogę do uzyskania podmiotowości, a podmiotowość dała poczucie świadomości, a to jest pogłębiona tożsamość.

W dniu 6 stycznia 1995 roku nastąpił przełom w moim myśleniu i działaniu jak również w OKOIDL. Zrozumiałem po 5 latach nasze-

go zaistnienia OKOIDL w rzeczywistości publicznej, że powinniśmy wyartykułować zdecydowanie nasze działania by uzyskać podmiotowość dla naszej społeczności zawodowej. Dyskusja nad naszym projektem ustawy w dniu 6.01.1995 r. i odrzucenie tego projektu wywołał immanentny impuls do radykalizacji naszego stanowiska i radykalnych działań.

To co poniżej dopiszę, było to moje/nasze doświadczenie, chociaż spontanicznie podjęliśmy się działania w istniejących strukturach PTDL (ja osobiście jako członek oddziału wrocławskiego PTDL oraz działający w strukturze zarządu uczelnianego związku zawodowego „Solidarność”). Zachciało nam się myśleć o podmiotowości naszej grupy zawodowej. Byłem Członkiem Rady Wydziału Farmacji przez cały ten okres a potem dwie kadencje Członkiem Senatu mojej Alma Mater. Sama myśl o upodmiotowieniu absolwentów oddziału analityki medycznej na szczeblu trochę wyżej tj. Zarządu Głównego PTDL przecież tak oczywistego dążenia wywołała irytację i negację u prominentnej grupy utytułowanych tytułami akademickimi. Od 1989 r. do 1995 r. (I projektu ustawy o izbie diagnostów laboratoryjnych, w dniu 6.01.1995 r.) unaocniło się starcie między Zarządem Głównym PTDL a szeregowymi członkami PTDL w strukturach całej Polski. Różnie to przebiegało, szczególnie w środowisku diagnostycznym Warszawy, Gdańska i Krakowa, ale niezłomni diagności laboratoryjni zgrupowani w OKOIDL czując za plecami oddech tysięcy diagnostów laboratoryjnych stanęli okoniem... dlaczego? Bo diagności laboratoryjni będący w OKOIDL realizujący społecznie podmiotowe marzenie nie mieli deficytu społecznego, odznaczali się logiką myślenia, byli większości wykształceni na wydziałach uniwersyteckich, wiedzieli co oznacza proces rozumienia, bo właściwie tylko wtedy można tworzyć racjonalną rzeczywistość.

W 1995 r. unaocniło się na sali Sejmowej w dniu 6 stycznia że przyjdzie nam stoczyć potężną batalię z mitami i stereotypami myślenia z częścią środowiska lekarskiego (administracyjnego). Szczególnie z tą grupą, która opanowała szczeble administracji zarządzania służbą zdrowia na różnych poziomach a następnie również obecna w odrestaurowanej izbie lekarskiej przede wszystkim na poziomie Rady Naczelnej NIL. Moim działaniem jako Prezesa I i II Kadencji by nie powtórzyło się to co widoczne stało się w odrestaurowanych izbach na początku lat 90-tych. Stąd należało być uczulonym, by w naszej izbie jeszcze nie istniejącej po roku 1995 tworzyć wydarzenia formacyjne, krystalizować pojęcia, tworzyć logiczno-racjonalne definicje, promować postawę etyczną przez przykład i przestrzegać przed doprowadzeniem do kryzysu celu. Ujmując to inaczej powinna być precyzja definiowania celu (by zapobiegać kryzysowi celu). Niestety po 2010 r. stało się to co było zaprzeczeniem naszej działalności i naszej heroicznej walki.

Naszym głównym celem działania było by osiągnąć „faktyczną” podmiotowość/ samodzielność dla naszej grupy zawodowej – diagnostów laboratoryjnych. Wówczas działania Samorządu

Głównego PTDL nie były tożsame z dążeniem terenowych oddziałów PTDL, które poparły OKOiDL dążący do powołania Samorządu Zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych regulowanego ustawą sejmową, ale następcy (III Kadencja) mnie jako już Honorowego Prezesa KRDL potraktowali jako persona non grata a Czesława Główniaka jako członka III Kadencji KRDL skierowali do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej jak również prof. Jacka Golańskiego, bo upomnieli się o transparentność wydatków finansowych. Spór i burzliwy okres trwał od 1990 r. do 1998 r. Dopiero Uchwała Delegatów na XIII Zjazd PTDL w dniu 10 września 1998 r. poparła w pełni wolę Delegatów by wesprzeć działania zmierzające do utworzenia Samorządu Zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych i ustawowego uregulowania statusu prawnego diagnostów laboratoryjnych (więcej na ten temat w publikacji „Działania podejmowane przez Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej w procesie tworzenia Samorządu Zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych w latach 1990–2001”. Diagnostyka Laboratoryjna 2013, 49 Nr 2 str. 159–165).

Drugim torem wspomagającym działania OKOiDL było wsparcie środowiska studenckiego, najpierw we Wrocławiu a potem w całej Polsce. Jako nauczyciel akademicki miałem bliski kontakt ze studentami i na bieżąco informowałem studentów oddziału analityki medycznej o działaniach OKOiDL. Wówczas istniejąca Rada Starostów Lat przekazywała informacje do reszty studentów. W 1994 roku przekazałem studentom „raport statusu prawnego Analityka Medycznego podejmujący pracę w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym”, który został przekazany również Radzie Wydziału Farmacji we Wrocławiu. Studenci zaczęli się społecznie organizować i wydawać Biuletyn Analityka [z wiodącym hasłem „nie ma medyka bez analityka” – wydali 4 numery]. To działanie studentów spowodowało zorganizowanie Pierwszej Ogólnopolskiej Konferencji Oddziałów Analityki Medycznej w Polsce 26.02.1996 r. Było wygłoszonych na tej konferencji 5 wystąpień przez studentów. Na tej konferencji przybyli studenci z OAM z siedmiu wówczas istniejących oddziałów z dziekanami bądź opiekunami. Równocześnie studenci we Wrocławiu zwrócili się do Rady Wydziału Farmacji o poparcie działań OKOiDL by jako przyszli pracownicy medyczni MLD mieli określony uznany status zawodowy tak jak lekarze, aptekarze i pielęgniarki oraz samorząd zawodowy diagnostów laboratoryjnych czyli podmiotowość prawną. Rada Wydziału Farmacji we Wrocławiu podjęła 10.10.1996 r. epokową uchwałę wspierającą działania Ogólnopolskiego Komitetu Izby Diagnostów Laboratoryjnych zmierzające do usankcjonowania przez Sejm RP zawodu i samorządu zawodowego ustawą. Za Wrocławiem poszły inne Uczelnie w Polsce. 15.11.1997 r. na VII Konferencji Prodziekanów ds. Analityki Medycznej w Bydgoszczy obecni dziekani za wyjątkiem przedstawiciela OAM z Łodzi poparli uchwałą działania OKOiDL na rzecz upodmiotowienia zawodu i samorządu diagnostów laboratoryjnych (więcej w publikacji: Udział środowisk aka-

demickich w tworzeniu zawodu i samorządu diagnostów laboratoryjnych, Polityka zdrowotna, 2018 T: XX, vol.3, s. 21–41).

Tak więc można powiedzieć, że doszło do pewnego konsensusu środowiska akademickiego/uczelnianego i środowiska naukowego zrzeszonego w Polskim Towarzystwie Diagnostyki Laboratoryjnej (PTDL). Towarzystwo Mikrobiologiczne poparło dopiero w 1999 roku.

Zgodnie z sugestią posłów [6.01.1995 r.] należało by przedłożyć dwa projekty ustaw o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i o samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych. Tak więc inicjatywę prawodawczą przejął Dolnośląski Komitet Organizacyjny Izby we Wrocławiu przy czynnym udziale dr Marka Zagrosika z Wydziału Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego. Praca nad tymi projektami trwała od stycznia 1996 roku aż do kwietnia 1997 roku. Oczywiście te oba projekty ustaw były omawiane zarówno na posiedzeniach OKOiDL czy też na posiedzeniach stowarzyszenia Pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej w Polsce. Oba podmioty bardzo zgodnie ze sobą współpracowały i uzgadniane oba projekty ustaw o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i o samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych zostały przekazane do Laski Marszałkowskiej 23.04.1997 r. przez posła Jarosława Kurzawę. Oba projekty zostały przekazane do Sejmowej Komisji Zdrowia. Niezależnie od przygotowywanych projektów ustaw opracowaliśmy uzasadnienia, które były dołączone. Zakończenie II Kadencji Sejmu w czerwcu 1997 r. nie pozwoliło na dokończenie procesu prawodawczego. Jednak działanie OKOiDL i Stowarzyszenia Pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej w Polsce zdołały przekonać wielu decydentów sejmu oraz wielu posłów z różnych klubów i kół poselskich w Sejmie II Kadencji.

Sejm II Kadencji zakończył swoją kadencję. Zawarta konkluzja na ostatnim posiedzeniu Sejmu była by przedłożyć jeden scalony projekt o zawodzie i o samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych. I tak kolejna praca prawodawcza nad przygotowaniem tego projektu była przed nami. Czas obejmujący II Kadencję Sejmu był owocny nie tylko zainicjowaliśmy procedurę ustawodawczą, znaleźliśmy przychyłność posłów, przekazaliśmy projekty (uzasadnienia i wszelkie informacje – plusy i minusy – które napływały ze środowiska, również opracowania formalno-prawne. Podjęliśmy się trudnego zadania by treści naszych działań i cele wyartykułować w innych rzeczywistościach społecznych czy politycznych, „że jesteśmy fundamentem medycyny i hasło studentów wrocławskich, że nie ma medyka bez diagnostyka jest obowiązujące”. Ten proces by poznać i rozumieć rzeczywistość diagnostyczną i przenieść na rzeczywistość akademicką oraz publiczno-społeczną, czy polityczną był bardzo intensywny i owocny. Oczywiście nie obyło się bez sporów ale racja reprezentowana przez OKOiDL była na tyle przekonująca, że przeciwnicy wywodzący się ze środowiska lekarskiego w konsekwencji nie mieli argumentów, choć opóźniali proces dochodzenia do celu.

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

Mija już prawie 9 lat od początku, gdy w przełomie dziejowym 1989/1990 narodziła się/pojawiła się społeczności diagnostycznej idea sprawiedliwego i akceptowalnego przez Nas ładu społecznego tj. „samorządu zawodowego”. Społeczność nasza nie była zorganizowana w wielorakie związki czy zrzeszenia, stąd środowisko Diagnostów Laboratoryjnych związane fundamentalnie ze służbą zdrowia podejmuje szczególnie poprzez samorządne działania, które odzwierciedla proces demokratyzacji, a którego wstępnym etapem stało się obudzenie zawodowej świadomości środowiska i stwierdzenie własnego miejsca w społeczności medycznej. Sprzeciw wobec istniejących w służbie zdrowia tendencji i rozstrzygnięć oraz budzenie poczucia bezbronności pacjenta i części pracowników (między innymi diagnostów laboratoryjnych) wobec eskalowania kosztów związanych z utrzymywaniem społecznej służby zdrowia, zrodziła się idea samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych w naszej społeczności. Skutkiem tego wyłoniona reprezentacja podjęła myśl utworzenia Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Zawarty w idei Zarząd miałby możliwość nie tylko integracji środowiska, ale przede wszystkim sygnalizowania patogennych procesów i tendencji istniejących w Służbie Zdrowia. O istotności i nieodzowności inicjatyw naszego środowiska dowodzi fakt, że współczesna terapia i diagnoza nie może się odbyć bez jej pracy. W tym przedstawionym celom podporządkowaliśmy nasze działania. Wykonując ogromną pracę nie tylko informacyjną, wielosektorową, ale również niosąc warsztat logicznego myślenia i formowania/definiowania pojęć. Była to również szkoła społecznego stawiania postulatów i wskazywania skutków w przypadku ich pominięcia. To wszystko potęgowało świadomość zawodową społeczności diagnostycznej. Serwowana przez Nas filozofia społeczna w naszych artykułach, petycjach czy interpretacjach szczególnie dawała rezultaty dialogu z innymi podmiotami nam przeciwnymi. Znajdowaliśmy coraz szersze rozumienie i przychylność wśród posłów, szczególnie nie będących lekarzami.

W II Kadencji Sejmu (1994–1997) dwukrotnie trybem poselskim były wprowadzane na wokandę Sejmu nasze projekty ustawowe. W 1994 r. projekt ustawy o izbie diagnostów laboratoryjnych, omówiony już wcześniej a będący przedmiotem procedowania w dniu 6.01.1995 r. na posiedzeniu Sejmu. W głosowaniu poselskim projekt został odrzucony ze wskazaniem by podobnie przedłożyć ten projekt o izbie diagnostów laboratoryjnych z projektem ustawy o zawodzie diagnostów laboratoryjnych. Stąd ponownie w 1996 r. w naszym imieniu poseł Jarosław Kurzawa złożył do Kancelarii Sejmu dwa projekty ustaw o zawodzie i izbie diagnostów laboratoryjnych. Oba projekty ustaw były procedowane do końca II Kadencji Sejmu (czyli do 1997 r.). Jednak procedowanie tego projektu w ostatnim posiedzeniu Sejmu II Kadencji zakończyło się wnioskiem, aby przedłożyć jeden scalony projekt o zawodzie i izbie diagnostów laboratoryjnych pod przyszłą debatę sejmową (III Kadencji Sejmu 1998–2001). Podobnie pracowaliśmy nad ujednoliceniem obu projektów ustaw korzystając z pomocy prawnej

dr Marka Zagrosika z Wydziału Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego. Wówczas atmosfera wokół tych projektów była bardzo przyjazna w klubach poselskich tej kadencji tak, że oferta wprowadzenia go do Kancelarii Sejmu była przyjęta zarówno przez klub AWS czy klub poselski SLD czy Unia Wolności. Dalsze procedowanie nad tym ujednoliconym projektem trwało prawie do końca III Kadencji, szczególnie w powołanej Nadzwyczajnej Podkomisji Sejmowej Komisji Zdrowia ds. tego projektu ustawy. Przewodniczącym tej Nadzwyczajnej Podkomisji Sejmowej Komisji Zdrowia został poseł Tadeusz Zieliński z Unii Wolności, który podobnie jak poseł Jarosław Kurzawa w II Kadencji Sejmu podszedł z sercem i zaangażowaniem do procedowanego projektu także procedowanie w Komisji choć powoli to jednak posuwało się do przodu dalej. Był to bardzo intensywny okres szczególnie dla mnie, gdzie często byłem obecny na posiedzeniach ww. Nadzwyczajnej Podkomisji Sejmowej Komisji Zdrowia. Również środowisko studentów Akademii Medycznych i środowisko zawodowe diagnostów laboratoryjnych i inne przyjazne podmioty medyczne cały czas wspierało nas wysyłając petycje do Sejmowej Komisji Zdrowia o przyspieszenie prac nad tym projektem (od 1998 do 2001) by w końcu zaistniała ustawa o diagnostyce laboratoryjnej uchwalona w dniu 27.07.2021 r. Ale o tym już w następnym odcinku.

Dokumentując ten okres dołączam artykuł wstępny do Biuletynu Analityka Diagnosty Laboratoryjnego zawarty w nr 20/1997, oddający atmosferę tamtego okresu.

„Diagnozy laboratoryjnej proces wydobywania się z niebytu osobowości prawnej tego środowiska, rozpoczęli znacznie wcześniej niż wiele grup zawodowych spostrzeganych w służbie zdrowia np. anestezjologów. Celem minionych lat było osiągnięcie nie tylko wyodrębnienia się tej grupy zawodowej, ale przede wszystkim integracja i szukanie właściwego miejsca odpowiedniego dla roli i zadania diagnostyki w leczeniu. Wychodzenie z nieokreślonego prawem ani przepisami miejsca diagnostyki w ochronie zdrowia zaczęło się w latach ostatnich. Być może, że proces ten był wynikiem gwałtownej zmiany jaka nastąpiła w strukturach służby zdrowia”. Pojawiły się samorządy i odpowiadające ich dezyderatom ustawy o zawodzie. Takie upodmiotowienie licznie zatrudnionej w służbie zdrowia reprezentacji diagnostów stawało się koniecznością. Wynikało ono z poczucia dążenia do rzetelnej diagnostyki w terapii a nie zaś z poczucia niedowartościowania jak to niektórzy chcieli nam wmawiać.

Przygotowane projekty ustaw o zawodzie i samorządzie diagnosty laboratoryjnego nie miały żadnych odniesień wzorcowych i dlatego stają się one tym bardziej istotne i nowe. Perturbacje wokół zgłoszonych projektów nie wynikały z ich zasadności bądź wartości prawnoliteralnej, ale spotykały się z wysoką niechęcią i wrogością kręgów tak w naszym środowisku jak również lekarskim. Projekty nie były i nie są zwrócone przeciw komukolwiek. Zrozumienie znaczenia diagnostyki i tego kto będzie krystalizować ją w przyszłości wyrażone zostało w debatach Sejmu gdzie

liczna grupa przeciwników została skruszona argumentacją przedkładaną przez kluby poselskie.

Dziś stoimy wobec konieczności nowelizacji dwu odrębnych projektów w jeden zwarty projekt, który regulował by prawa zawodowe i samorządowe. Ta nowelizacja projektów tłumaczy się sama w sobie, gdyż sejm obecny nie posiadający schematów poprzedniej kadencji (istniejące ustawy lekarzy, aptekarzy i pielęgniarów były poprzedzone odrębnymi tak w zakresie zawodu i samorządu) dlatego sprawniejsze będzie przedłożenie jednego scalonego projektu pod przyszłą debatę parlamentarną. Tych efektów nie można by odnotować, gdyby na wsparcie wielu z Państwa i gdyby od pierwszych lat działania Ogólnopolskiego Komitetu nie byłoby własnej agendy wydawniczej (23 numery). Docierała ona do nadal usytuowanych miejsc i położonych laboratoriów.

Polemika często gwałtowna i ostra zawarta w naszych Biuletynach poskromiła realnych i potencjalnych przeciwników. Dużą część wkładu w przedstawianie ważności diagnostyki w leczeniu – „nie ma medyka bez diagnostyka” – mieli studenci kierunku analityki medycznej. Z ich inicjatywy przy wsparciu władz uczelni i dydaktyków miały miejsce sympozja poświęcone diagnostyce w terapii. Przedstawiane referaty ukazywały historię kierunków studiów powołanych z zakresu analityki. Również działaniem studentów była analiza przedmiotowa i porównawcza kierunków studiów na wydziale lekarskim i analityce medycznej. Wszystkie inicjatywy pierwotne i zamiary w znacznym stopniu stawały się powoli wpisywane w świadomość

Rozumieliśmy, że: ukonstytuowany i wybrany nowy parlament III Kadencji będzie szybko przez nas stymulowany przygotowanym już projektem jednorodnym opisującym zakres i prawa zawodowe i samorządowe. Dla skuteczności naszych działań, wspólnych postuluje się, za wzorem już sprawdzonym docierać do posłów i klubów poselskich aktualizując im problematykę diagnostyki, bez której nie może się obejść służba zdrowia chcąc realizować zadanie sanacji i ochrony zdrowia. Projekt przygotowany jest Państwu przedłożony dla głębszej analizy i ewentualnym poprawkom, które zechcieliby Państwo wnosić i do Komitetu Dolnośląskiego dostać.

Zamiarem Ogólnopolskiego Komitetu Izby Diagnostów Laboratoryjnych, wybranego przed wielu laty przez przedstawicieli Państwa w regionach, jest doprowadzenie do końca projektu ustawy o zawodzie i izbie diagnostów laboratoryjnych, by artykuły zawarte w nim określały w sposób rzeczowy, przedmiotowy i jasny miejsce i rolę diagnosty laboratoryjnego w terapii. Nic z pierwotnych zamysłów nie zagubiliśmy po drodze, a kolejne lata upływające pozwalają państwu i nam dostrzec jak wielkie zaniedbanie wobec zadań diagnostyki laboratoryjnej zostało dokonane przez dotychczasowych organizatorów służby zdrowia.

Dla efektywności i właściwego rozeznania miejsca diagnostyki w terapii tak w środowisku służby zdrowia jak i ogólnie w świadomości społecznej potrzebna nam jest Izba Diagnostów Laboratoryjnych, która posiadając pewne finanse będzie mogła spon-

sorować tak jak to czyni dotąd Izba Lekarska, koordynatorów z naszego środowiska do Izby parlamentarnych samorządowych struktur, aby w ramach tej działalności tworzyli nasi przyszli posłowie i radni właściwą i adekwatną atmosferę dla diagnostyki zgodnie z jej miejscem w służbie i ochronie zdrowia dla pożytku i korzyści obywateli naszego kraju.

Cały okres od roku 1989 do roku 1998 – był to czas budowania zrębów solidarności zawodowej a przez to scalania wspólnoty zawodowej. Podejmowaliśmy samorządne działania jako OKOiDL, które odzwierciedlały kontynuując myśl utworzenia Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Utworzenie Izby Diagnostów Laboratoryjnych to uzyskanie podmiotowości prawnej w przestrzeni publicznej i zawodowej. Szczególnie inne podmioty prawne jak Wydziały kształcące studentów – przyszłych pracowników medycznych laboratoriów diagnostycznych czy koryfeusze zasiadających w zarządach głównych towarzystw diagnostycznych takich jak: PTDL czy PTM, które negowały i blokowały zamysł środowiska diagnostów laboratoryjnych utworzenia Samorządu Zawodowego. Czas dialogu między OKOiDL a wymienionymi podmiotami prawnymi trwał prawie 9 lat. Dużym sukcesem było włączenie się środowiska studenckiego kierunku Analityki Medycznej, szczególnie z wrocławskiego a następnie poznańskiego. Przedstawiliśmy szeroko działania studentów w poprzednich odcinkach (Diagnosta Laboratoryjny. Rok 2024 Nr 2, 3, 4). Dopiero uchwały wyżej wymienionych podmiotów scalały zamysł tworzenia izby diagnostów laboratoryjnych w polskim środowisku diagnostów laboratoryjnych.

Ad. 1. Uchwała VII Konferencji Prodziekanów ds. Analityki Medycznej – 15.11.1987 r.

Uczestnicy VII Konferencji Prodziekanów ds. Analityki Medycznej wyrażają poparcie dla projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych. Regulacja wyżej wymienionej ustawy pozwoli absolwentom Oddziału Analityki Medycznej wejść w struktury zawodowo – społeczne posiadające uprawnienia publiczno-prawne. Uważamy za stosowne zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i Sejmowej Komisji Zdrowia przy Sejmie RP z apelem o rozwiązanie problemów zawartych w ustawie o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych.

Ad.2. Uchwała Walnego Zebrania Delegatów na XIII Zjazd PTDL we Wrocławiu – 10.09.1998 r.

Delegaci na XIII Zjazd PTDL reprezentujący środowisko diagnostów laboratoryjnych popierają działania zmierzające do utworzenia samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych i ustawowe uregulowanie statusu prawnego diagnostów laboratoryjnych. W tym celu udzielają wsparcia Ogólnopolskiemu Komitetowi Organizacyjnemu i Diagnostów Laboratoryjnych.

Obydwie Uchwały przyspieszyły procedowanie nad ostatecznym kształtem ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (o tym już w na-

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

stępnym odcinkach). Było to skutkiem pełnego poparcia procesu legislacyjnego przez uczelnie medyczne i towarzystwa naukowe PTDL i PTM. Pomimo wielu kontrowersji i różnic na przestrzeni tych lat starań o regulacje ustawowe dla diagnostów laboratoryjnych było możliwe zajęcie wspólnego stanowiska przez członków tak różnicowanego i niejednorodnego środowiska zawodowego.

Harmonogram działań podjętych przez Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych dla wprowadzenia projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych” do procedury legislacyjnej w Sejmie RP III kadencji:

5.12.1997 r. – przekazanie projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych” poseł Sikorskiej-Treli (AWS-Gdańsk) celem wprowadzenia do Sejmu trybem poselskim.

21.01.1998 r. – spotkanie Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych z Przewodniczącym Sejmowej Komisji Zdrowia posem Stanisławem Grzonkowskim i wiceprzewodniczącym Sejmowej Komisji Zdrowia Andrzejem Wojtyłą. Uzgodniono, że projekt będzie wprowadzony trybem Sejmowej Komisji Zdrowia.

17.03.1998 r. – wprowadzenie projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych” do kalendarza prac sejmowej Komisji Zdrowia, przypuszczalny termin obrad – czerwiec/lipiec 1998 rok. Propozycja wspólnego złożenia naszego projektu do Komisji Sejmowej przez przedstawicieli AWS i SLD z poparciem innych klubów poselskich.

7.04.1998 r. – wprowadzenie projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych” przez grupę posłów SLD do łaski Marszałkowskiej. Do reprezentowania wnioskodawców upoważniona – posłanka Maria Gajeczka-Bożek.

16.07.1998 r. – wspólne posiedzenie Komisji Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Zdrowia. W porządku obrad: I czytanie poselskich projektów ustaw:

- zawód fizjoterapeuty (druk nr 380)
- zawód diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych

W posiedzeniu tym uczestniczyli przedstawiciele Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych w Polsce.

23.07.1998 r. w głosowaniu na posiedzeniu obu Komisji projekty przeszły do dalszej procedury legislacyjnej oraz powołano Podkomisję Sejmowej Komisji Zdrowia do projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie diagnosty laboratoryjnego.

10.09.1998 r. delegaci na XIII Zjeździe PTDL reprezentujący środowisko diagnostów laboratoryjnych poparli działania zmierzające

do utworzenia samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych i ustawowego uregulowania statusu prawnego zawodu diagnostów laboratoryjnych.

12.01.1999 r. odbyło się posiedzenie Podkomisji Sejmowej celem rozpatrzenia projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie diagnostów laboratoryjnych (druk nr 351), przewodniczył poseł Tadeusz Zieliński.

29.01.1999 r. prof. dr Dagna Bobilewicz – specjalista krajowy ds. diagnostyki laboratoryjnej przesłała uwagi do projektu ustawy o zasadach wykonywania niektórych zawodów medycznych. Stwierdziła, że „pojęcie diagnosty laboratoryjnego” nie jest spotykane w krajach unii, jest sztuczny i nie odzwierciedla charakteru wykonywanej pracy.

Luty 1999 r. pani prof. dr Dagna Bobilewicz wyraziła wiele zastrzeżeń co do projektu ustawy o zawodzie diagnostów laboratoryjnych i samorządzie diagnostów laboratoryjnych. Uważa, że zasadniczym problemem jest określenie kogo obejmuje proponowane pojęcie diagnosty laboratoryjnego.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Krzysztof Madej w odpowiedzi na pismo posła Tadeusza Zielińskiego przewodniczącego Podkomisji Zdrowia do tego projektu 27.09.1999 r. wyraził negatywne stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie poselskich projektów ustawy o zawodzie diagnostów laboratoryjnych i samorządzie diagnostów laboratoryjnych.

Naczelna Rada Lekarska wyraziła stanowisko w sprawie konieczności przygotowania kompleksowej ustawy o zawodach medycznych obejmujący osoby z wyższym i średnim wykształceniem medycznym oraz zawodów użytecznych w ochronie zdrowia.

15.10.1999 r. Zarząd Główny Stowarzyszenia Pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej poparł poselski projekt ustawy o zawodzie i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych.

28.03.2000 r. Sąd Okręgowy we Wrocławiu zarejestrował skład Zarządu Stowarzyszenia Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych, którego prezesem został Henryk Owczarek.

2.06.2000 r. Zarząd Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej wobec uporczywej i samorządzie diagnostów laboratoryjnych wystąpiło do Zarządu Głównego PTDL o wniesienie wniosku do Ministra Zdrowia o odwołanie pani prof. Dagny Bobilewicz z funkcji Konsultanta Krajowego ds. Diagnostyki Laboratoryjnej.

8.06.2000 r. w trakcie wielu posiedzeń Podkomisja Sejmowa do tego projektu rozpatrzyła projekt ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.

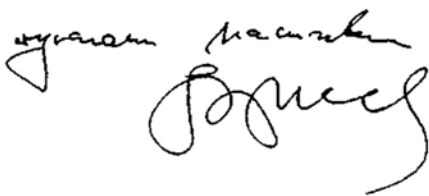
12.09.2000 r. odbyło się posiedzenie Sejmu, Premier Rządu RP pod wpływem nacisku przesłał do Marszałka Sejmu z sugestią pismo o zdjęcie tego projektu z obrad posiedzenia.

Poniżej przedstawiam treść tego pisma:

Warszawa, 12 września 2000 r.
RZECZPOSPOLITA POLSKA PREZES RADY MINISTRÓW
DSPR-440 SEKRETARIAT MARSZAŁKA SEJMU RP
Pan Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej



Zwracam się z uprzejmą prośbą o zdjęcie z porządku dziennego 86. posiedzenia Sejmu punktu obejmującego Sprawozdanie Komisji Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Komisji Zdrowia o poselskim projekcie ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych (druk nr 351, 1988). Rząd przygotowuje projekt ustawy całościowo regulujący przepisy dotyczące zawodów medycznych, w związku z tym uprzejmie proszę Pana Marszałka o rozważenie możliwości, by projekt rządowy mógł być rozpatrywany razem z powyższym poselskim projektem ustawy.



Poselski projekt ustawy o zawodzie diagnosty i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych został zdjęty z porządku obrad.

19.09.2000 r. Zarząd Stowarzyszenia „Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych” kieruje pismo do Premiera RP.

Szanowny Panie Premierze!

„Zdumienie i zaskoczenie owładnęło mną i wiele osób oczekujących i śledzących 12.09.2000 r. posiedzenie Sejmu. Tego dnia pomimo, że w porządku debaty sejmowej znalazł się projekt o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych (druk 351), pan Marszałek na wniosek pana Premiera zdjął porządku dziennego. Argumentując swój wniosek powołuje się pan Premier na przygotowywany projekt rządowy dot. zawodów medycznych. Pomijam już, iż podobne stanowisko z podobnymi sugestiami, że przygotowywany jest przez Rząd projekt ustawy o zawodach medycznych wyrażone zostało 16.07.1998 r. Dwa lata pracuje rządowa grupa przygotowująca tenże projekt bez rezultatu, stąd też w wyniku po rocznym oczekiwaniu na tenże projekt Sejmowa Podkomisja – Komisja Zdrowia

powróciła do pracy nad istniejącym już w sejmie projektem od wielu lat złożonym przez środowisko diagnostów laboratoryjnych. Możemy domniemywać, że pan Premier zapatrzył się na niechlebną postawę chroniąc i preferując jedną grupę zawodową uwłaszczoną trybem ustawowym. Projekt naszej ustawy proponowanej przez środowisko diagnostów nie zamierza chronić własnych dóbr zmierzając jedynie do takich regulacji ustawowych, które chronić będą pacjenta do pełnej informacji uzyskanej o stanie zdrowia technikami współczesnej medycyny a nie z wyznaczonego wyboru przez ekonomiczne finansowe obciążenia korzyści zlecającego i wykonującego takie badanie. Współczesna medycyna i diagnostyka laboratoryjna przestała być wyłącznym poletkiem jednej grupy zawodowej. Diagnostyka laboratoryjna wymaga specjalistycznych studiów, specyficznego nadzoru i całym sercem oddanego zespołu w trosce pacjenta dbające o jego zdrowie i życie. Żaden nadzór administracyjny ani nadzór ekonomiczny bez udziału środowiska diagnostów laboratoryjnych doświadczanego, związanego normami etycznymi nie usunie niebezpieczeństwa, które ciążyć będzie nad diagnostyką, gdy miałaby pozostać w nadzorze innej grupy zawodowej aniżeli w rękach świadczących, czyniących czynności diagnostyczno-laboratoryjne. Zdumienie i zaskoczenie środowiska i moje jest tym większe, że pan Premier i Minister Zdrowia informowany był o podjętej kontynuacji pracy nad projektem diagnostów laboratoryjnych (poselskim) i w czasie gdy prace zostały tak dalece zaawansowane ingeruje pan Premier w tok procedury legislacyjnej Sejmu RP. Boliącym dla wielu jest okoliczność, że wiele osób oczekiwało rozwiązania pozytywnego w tej kadencji sejmu i w tym składzie koalicyjnym. Pragnę nadmienić, że w trakcie prac poprzednich kadencji Sejmu nad naszym projektem były zgłaszane przez Ministrów Zdrowia pomysły opracowania projektu o zawodach medycznych. Nie zostały dotąd projekty te opracowane”.

Do wiadomości: Marszałek Sejmu RP, Kluby Parlamentarne, Towarzystwa Naukowe, Związki Zawodowe.

Zwracam się z apelem o zaniechanie blokowania procedury legislacyjnej projektu, który oczekuje na II czytanie w Sejmie RP.

Z wyrazami szacunku
Prezes Stowarzyszenia i współautor projektu
dr Henryk Owczarek

Po wielu interpretacjach poselskich i naciskach środowisk diagnostycznych z całego kraju prawie po rocznej przerwie Sejm rozpatrzył ustawę o diagnostyce laboratoryjnej w dniu 25.05.2001 roku.

P.S. Był to bardzo intensywny okres legislacyjny, uczestniczyłem we wszystkich posiedzeniach legislacyjnych nad projektem ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego oraz samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych, myślę, że po 9 latach intensywnej pracy w Polskim Parlamencie udało nam się prze-

konać wszystkie kluby i koła poselskie do naszego zamysłu, także odniosłem wrażenie, że wszyscy chcieli trybem poselskim wprowadzać ten nasz projekt, ale niestety w ówczesnym czasie przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i przedstawiciele Samorządu Zawodowego Lekarskiego mieli zdanie odrębne i w dalszym ciągu czynili wszystko byśmy nie zaistnieli jako samorząd. Na przełomie 2000/2001 podczas procedury prawodawczej posłowie lekarze ustawiali tworzyli tamy prawodawcze, co stanowiło zbliżający się do etapu finalnego nasz projekt był pod znakiem zapytania. Wówczas przewodniczący Podkomisji Sejmowej do projektu ustawy o zawodzie i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych ogłasza przerwę w posiedzeniu Podkomisji. W czasie przerwy na wniosek przewodniczącego posła Tadeusza Zielińskiego został powołany zespół w czteroosobowym składzie: poseł Tadeusz Zieliński, członek biura legislacyjnego Sejmu, dr Marek Zagrosik oraz Henryk Owczarek, który na bazie druku 351 ma opracować nowe brzmienie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Pracowaliśmy w Sejmie pełny tydzień, wprowadzając zapis że medyczne laboratorium medyczne jest zakładem opieki zdrowotnej (publicznej lub prywatnej) z istniejącej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Następnie projekt został przedłożony na posiedzeniu Podkomisji a potem Komisji Sejmowej Zdrowia, został zaakceptowany przez posłów lekarzy.

W dniu 27 lipca 2001 r. Sejm RP uchwalił ustawę o diagnostyce laboratoryjnej znakomitą większością głosów. Następnie ustawa o diagnostyce laboratoryjnej została skierowana do Senatu RP. Niestety Senat odmówił uznania diagnosty laboratoryjnego za zawód zaufania publicznego. W swoim wystąpieniu pan poseł Tadeusz Zieliński odnośnie uchwały Senatu w przedmiocie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej powiedział: „Senat zgłosił swój 43 poprawki przy czym los tych poprawek ma na celu zredagowanie zupełnie nowej ustawy. Są to gruntowne poprawki, które mają na celu spowodowanie tego, by treść przedłożenia sejmowego przeistoczyła się całkowicie. Tak naprawdę Senat przy okazji tej ustawy pragnie napisać zupełnie nową regulację, co zdaniem Komisji jest w sprzeczności z orzecnictwem TK. Trybunał zabrania Senatowi wykraczać poza zakres ustawy. Zdaniem połączonych Komisji stało się tak w przypadku ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. W związku z powyższym Komisja wnosi o odrzucenie 40 poprawek Senatu z wyjątkiem 3 poprawek technicznych. Sejm zagłosował jednogłośnie i odrzucił poprawki Senatu”.

Memoriał do Pana Prezydenta RP

Stowarzyszenie Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych występuje z memoriałem do Pana Prezydenta.

Od jedenastu lat środowisko diagnostów laboratoryjnych: pracowników instytutów medycznych, szpitali, przychodni oraz prywatnych laboratoriów oczekuje pozytywnego rozstrzygnięcia w kwestii praw zawodowych i samorządu. Wokół projektu określających te prawa toczona była wieloletnia dyskusja w prasie, czasopiśmie zawodowych i samorządowych. W 2001 roku projekt uzyskał moc ustawy i zwracamy się, aby Pan Prezydent zechciał, by to co było wysiłkiem około 20 tysięcy pracowników diagnostyki laboratoryjnej stało się dokumentem prawa porządkującym dotychczasową, niekorzystną dla pacjentów i świadczeniodawców, praktykę.

Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej będzie pierwszym aktem prawnym dotyczącym tej problematyki. Do tej pory, o diagnostyce, ustawy wspominały zdawkowo na marginesie innych regulacji.

Konieczność ustawowego uregulowania zasad i warunków wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej stało się obecnie niezbędne. Prasa medyczna niejednokrotnie publikowała materiały wskazujące na występowanie zjawisk patologicznych polegających na wykonywaniu badań przez osoby nie posiadające wystarczających kwalifikacji do ich przeprowadzania. Na rynku usług diagnostycznych pojawiły się laboratoria prowadzone nie w formie zakładów opieki zdrowotnej, jak wymagają przepisy, ale na podstawie regulacji o działalności gospodarczej. Często nie posiadają one odpowiedniego wyposażenia. Niekiedy przetargi na badania diagnostyczne wygrywają podmioty oferujące niższe ceny za swe usługi, niż koszt odczynników niezbędnych do wykonania tych badań, co rodzi wątpliwości co do wartości diagnostycznej uzyskanych w takich warunkach wyników. Ustawa określi w art. 2 co stanowi czynności diagnostyki laboratoryjnej. Ujęcie to obejmuje również najnowsze metody diagnostyczne z zakresu biologii molekularnej, badań genetycznych, toksykologii itp.

Przepisy ustawy o diagnostyce laboratoryjnej nie będą naruszać uprawnień lekarzy do badania stanu zdrowia pacjentów, rozpoznawania chorób i leczenia, wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.). Lekarz po wejściu w życie tych przepisów nadal będzie mógł wykonywać badania diagnostyczne przy łóżku chorego lub w czasie wykonywania zabiegów operacyjnych, gdyż nowa ustawa, zgodnie z treścią art. 16, dotyczy tylko tych czynności diagnostyki laboratoryjnej, które wykonywane są w laboratorium diagnostycznym.

W ustawie po raz pierwszy określono warunki, jakie należy spełnić, aby być diagnostą laboratoryjnym. Dotychczasowe przepisy w ogóle nie regulują tego zagadnienia. Co prawda zawód diagnosty laboratoryjnego został wpisany do ogłoszonej w 1996 r. przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej „Klasyfikacji zawodów i specjal-

ności", ale dokument ten ma jedynie walor informacyjny i służy celom pośrednictwa pracy. W aktach niższego rzędu wydanych przez resort zdrowia osoby wykonujące czynności diagnostyczne określane są różnymi terminami, np. jako analitycy medyczni lub laboranci, co nie odpowiada współczesnemu zakresowi podmiotowemu tego zawodu. Ustawa eliminuje także konsekwencje braku jednolitego profilu wykształcenia diagnostów laboratoryjnych. Zawód ten wykonują bowiem nie tylko absolwenci Akademii Medycznych (analitycy medyczni, lekarze, farmaceuci), ale również kierunków uniwersyteckich (biolodzy, mikrobiolodzy, chemicy itp.). Ze względu na wieloprofilowość badań diagnostycznych ta niejednorodność wykształcenia diagnostów będzie się utrzymywać. W tej sytuacji uzyskaniu wspólnego dla wszystkich wykonujących zawód kanonu wiedzy i umiejętności, będzie sprzyjać przywidziana w art. 31 ustawy instytucja egzaminu na diagnostę laboratoryjnego, sprawdzającego wiedzę teoretyczną oraz umiejętność praktycznego jej stosowania. Należy oczekiwać, że absolwenci kierunków niemedycznych przed przystąpieniem do egzaminu, w celu jego zdania, będą uzupełniać swe kwalifikacje, zwłaszcza praktyczne, na studiach podyplomowych. Z wymogu egzaminu słusznie zwalnia się lekarzy posiadających specjalizację wchodzącą w zakres diagnostyki laboratoryjnej [art. 7 ust. 2 ustawy], gdyż potwierdzeniem odpowiednich kwalifikacji tych osób jest zdany przez nie egzamin specjalizacyjny. Na marginesie należy zauważyć, że niejednorodność wykształcenia nie stanowi przeszkody dla ustawowego uregulowania statusu danej grupy zawodowej.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 73 ust. 1 pkt 1 ustawy diagnostą laboratoryjnym może zostać jedynie osoba z wyższym wykształceniem. Takie podejście ustawodawcy wydaje się słuszne, gdyż tylko absolwenci wyższych uczelni powinni mieć prawo do samodzielnego wykonywania niekiedy niezwykle skomplikowanych badań laboratoryjnych. Wykaz czynności diagnostyki laboratoryjnej, które będą mogły być wykonywane bez nadzoru przez analityków medycznych nie posiadających ukończonych studiów wyższych, zostaną określone w drodze rozporządzenia [art. 6 ust. 2 ustawy]. Można oczekiwać, że będą to proste badania laboratoryjne i rozporządzenie nie naruszy ogólnej reguły, że prawo do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej powinno wymagać możliwie najwyższego poziomu wykształcenia.

Wprowadzenie wymogu zorganizowania się diagnostów laboratoryjnych na zasadach samorządu zawodowego [art. 5 ust. 1 ustawy] oznacza uznanie tego zawodu za zawód zaufania publicznego w rozumieniu art. 17 ust. 1 Konstytucji. Diagnostów spełniają niewątpliwie warunki konieczne do uznania ich za zawód zaufania publicznego. Przesądza o tym nie tylko szczególna doniosłość społeczna wykonywanych przez nich czynności. Błędny wynik badania diagnostycznego oznacza zazwyczaj błędną diagnozę postawioną przez lekarza i nie właściwą terapię, z fatalnymi najczęściej skutkami dla pacjenta. Obecnie w coraz

większym stopniu oczekuje się od diagnostów przestrzegania reguł etyki zawodowej, nad czym czuwać może jedynie samorząd" zawodowy. Szczególnie jaskrawo widać to na przykładzie badań z zakresu genetyki czy biologii molekularnej, do których wyników w coraz większym stopniu próbują dotrzeć pracodawcy i firmy ubezpieczeniowe, a które to wyniki mogą zawierać bardzo wrażliwe (czasem wręcz intymne) dane o pacjencie. Obowiązek przestrzegania zasad etyki zawodowej powinien także chronić diagnostę przed udziałem w nieetycznych eksperymentach na zarodkach ludzkich itp. oraz prowadzić do sytuacji, w której dla diagnosty zawsze dobro pacjenta będzie wartością najwyższą. Utworzenie samorządu zawodowego pozwoli przede wszystkim skodyfikować reguły etyczne i deontologiczne diagnostów laboratoryjnych, a utworzenie sądownictwa zawodowego umożliwi stosowanie odpowiedzialności zawodowej wobec osób, które te reguły naruszają. Należy pamiętać, że coraz więcej diagnostów laboratoryjnych wykonuje czynności diagnostyki laboratoryjnej na własny rachunek, co w praktyce oznacza, że obecnie są objęci tylko ewentualną odpowiedzialnością cywilną (zagrożenie raczej teoretyczne, gdyż nie odnotowuje się zjawiska pozywania diagnostów o odszkodowania lub zadośćuczynienia) albo kamą w razie popełnienia przestępstwa lub wykroczenia.

Zwracamy się do PT. Pana Prezydenta RP o zatwierdzenie przyjętej przez Sejm ustawy o diagnostyce laboratoryjnej za niezbędny akt prawny, którego poszczególne zapisy są na dobrym poziomie legislacyjnym. Apelujemy do PT. Pana Prezydenta o decyzję podpisania ustawy.

Z wyrazami szacunku i pokładanych nadziei przez środowiska diagnostów w imieniu środowiska diagnostów laboratoryjnych.

Prezes Stowarzyszenia Ogólnopolski Komitet Organizacyjny
Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych
dr Henryk Owczarek

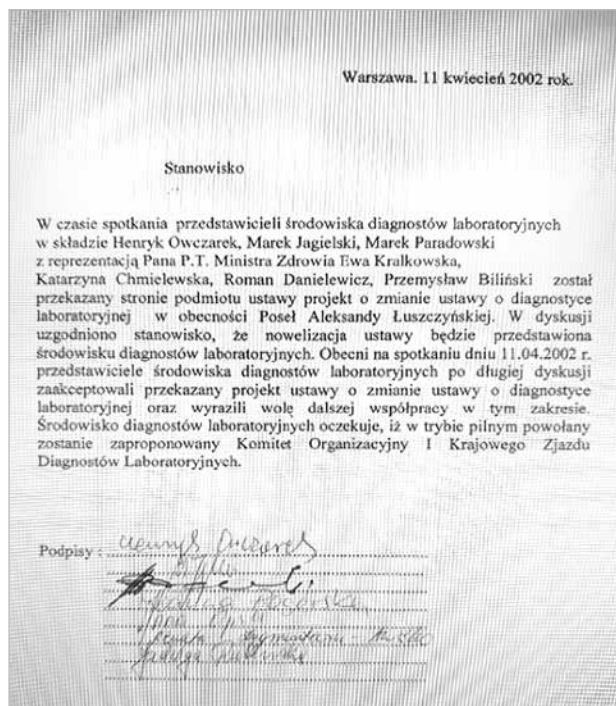
Drodzy Diagnostów Laboratoryjni,
Szanowni Państwo,

Rzeczywistość diagnostyczna stała się faktem prawnym. Prezydent Aleksander Kwaśniewski podpisał ustawę o diagnostyce laboratoryjnej. Szczęśliwym trafem mieliśmy zapisane w ustawie vacatio legis – 14 dni. Zanim ukonstytuował się Sejm IV Kadencji i wyłoniony nowy Rząd, nasza ustawa o diagnostyce laboratoryjnej uprawomocniła się, u psychologów ustawa przyjęta przez Sejm w tym samym czasie co nasza niestety nie doczekała się podpisu Prezydenta bo mieli w swojej ustawie zapisany dłuższy okres vacatio legis.

Zaczęły się kolejne schody, kolejny czas trwania negocjacji z Ministrem Zdrowia w sprawie powołania I Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych trwał prawie 1,5 roku (od podpisu ustawy przez Prezydenta).

Dopiero zgoda nasza na przekazany Stronie podmiotu ustawy o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej weszła w decydu-

ZAKŁADKA HISTORYCZNA



jącą fazę. Minister Zdrowia powołał Komitet Organizacyjny I Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych.

Reasumując, ustawa o diagnostyce laboratoryjnej uchwalona przez Sejm RP 27.07.2001 r. zaistniała wbrew stanowisku Rządu, Ministra Zdrowia oraz Naczelnej Izby Lekarskiej. Sejm RP III Kadencji usankcjonował wolę tysięcy diagnostów laboratoryjnych, którzy niezłomnie, zdeterminowani walczyli o podmiotowość prawną. Tak jak było rozumiane przez diagnostów laboratoryjnych (*salus agroti suprema lex*), tak przez Sejm było rozumienie *salus rei publice suprema lex*. Zaistnieliśmy w przestrzeni publicznej jako podmiot suwerenny, prawny. Dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do tego sukcesu. Nastąpiło wówczas sprzężenie dwóch idei: środowiska diagnostów laboratoryjnych oraz Sejmu RP większości parlamentarnej wszystkich klubów i kół poselskich. Ogromna praca organiczna OKOIDL i przełożenie jej na Polski Parlament przyniosło owoce, które rozwijaliśmy w I i II Kadencji zostawiając fundament naszego samorządu: Kodeks Etyki, Biblioteka Diagnosty Laboratoryjnego, rodowe dziedzictwo Dom Diagnosty Laboratoryjnego, szeroki poziom intelektualny (publikacje): świadectwo, uczciwość, poświęcenie i godność (niestety następcy obrali inną drogę...).

P.S. Zamieszczam wpis wysłany na moją pocztę przez byłą Dyrektora Departamentu Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia.

Szanowny Panie Prezesie
Drogi Panie Henryku

Z ogromnym wzruszeniem przeczytałam oba przesłane teksty i jestem pod ich ogromnym wrażeniem. Bardzo Panu dziękuję. Z mojej perspektywy historycznej uważam, że nie byłoby samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych, gdyby nie Pana Osoba- Człowieka szlachetnego, łączącego w sobie przenikliwość i dociekliwość merytoryczną z wrażliwością moralną i szlachetnością ducha. To dzięki Pana ogromnej determinacji, umiejętności negocjacji ale także w mojej opinii widocznej prawości w działaniu i uważności na drugiego człowieka doszło do formalnego powołania zgodnie z ówczesnym art. 78 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej Komitetu Organizacyjnego pierwszego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych. Pamięta Pan to spotkanie w Ministerstwie Zdrowia? Wtedy pierwszy raz poznałam Pana osobiście. Nie było wówczas zgody politycznej na powstanie kolejnych samorządów zawodowych – samorząd psychologów pomimo przyjętej przez Sejm ustawy, która weszła w życie też w 2001 r. nie powstał. A Pan swoją Osobą potrafił przekonać ówczesne Kierownictwo resortu nie tylko do powołania Komitetu Organizacyjnego pierwszego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych ale także dalszej owocnej, merytorycznej współpracy. Jestem szczęśliwa, że na swojej drodze zawodowej mogłam współpracować z tak Wspaniałym Człowiekiem.

Z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych życzę Panu dużo zdrowia i dalszych sił do upowszechniania wiedzy o historii powstania zawodu i samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych.

Pozdrawiam serdecznie
Katarzyna Chmielewska

Ja odchodzę ze sceny dziejowej, będąc duchowo w łączności z tymi co odeszli i będąc w komunikacji z tymi co są, przekazując wszystko co miałem w swoim życiu najlepsze. W 1973 r. będąc na V roku farmacji byłem organizatorem i komendantem Ogólnopolskiego Obozu rehabilitacyjnego dla studentów w Przebrnie (miedzy Kątami a Krynica Morską) pod patronatem Ministra Szkolnictwa Wyższego. Studenci na zakończenie obozu obdarzyli mnie dwoma medalami. Wiele lat później walcząc o przyszłość formalno-prawną dla studentów analityki medycznej zostawiłem nie tylko moje doświadczenie życiowe, ale i sprawność intelektualną, organizacyjną, a przede wszystkim serce.



Drodzy Studenci Analityki Medycznej jest to mój dar dla Was, dar OKOiDL, proszę byście go nie zmarnowali.

Dołączam również list intencyjny jaki przekazali prezesi samorządów zaufania publicznego Papieżowi Janowi Pawłowi II podczas wizyty w Watykanie.

Watykan, 27 października 2004 r.

Jego Świątobliwość Ojciec Święty Jan Paweł II Watykan

Dla uczczenia 26. rocznicy Pontyfikatu Waszej Świątobliwości prezesi samorządów zawodów zaufania publicznego pragną wyrazić swoje ogromne uznanie i podziw dla Ojca Świętego i dla tego, co Wasza Świątobliwość uczynił dla naszej Ojczyzny i czyni nadal dla całej ludzkości.

Znamiennym dla Pontyfikatu Ojca Świętego jest przywracanie godności człowieka w świecie, w którym przemoc, brak poszanowania praw jednostki i narodów do wolności oraz życia zgodnego z historią i kulturą jest źródłem konfliktów.

Siła Ojca Świętego w niesieniu pomocy opuszczonym, cierpiącym i zniewolonym, poprzez odwoływanie się do miłości Bożej i czerpanie z niej nadziei na wolność oraz godne życie, uświadamia nam, że nasza wiara, jej głębia i życie zgodne z wartościami chrześcijańskimi jest zwyczajnie, po ludzku, łatwiejsze dzięki Autorytetowi Papieża Jana Pawła II. To dzięki Osobie Waszej Świątobliwości stajemy się lepsi, wrażliwsi na problemy życiowe, cierpienia fizyczne i psychiczne naszych pacjentów, klientów – wszystkich ludzi, z którymi z racji wykonywanych zawodów, mamy na co dzień do czynienia.

Widząc trud i cierpienie, a jednocześnie siłę w czynieniu dobra, zapragnęliśmy uczestniczyć w audyencji generalnej tu, na Placu św. Piotra, aby osobiście, zjednoczeni wiarą przekazać Ojcu Świętemu nasze najlepsze życzenia i wyrazić nadzieję na duchowe wsparcie dla naszych zawodowych i samorządowych działań.

Nasza Ojczyzna, będąc w okresie głębokich przemian systemowych, znalazła się w sytuacji społecznie bardzo trudnej. Czujemy się współodpowiedzialni za polską młodą demokrację. Samorządowcy, jako grupa przedstawicieli służby zdrowia oraz systemu sprawiedliwości, architekci i ekonomiści, wszyscy reprezentujemy zawody, które charakteryzuje szczególny rodzaj relacji z naszymi pacjentami i klientami.

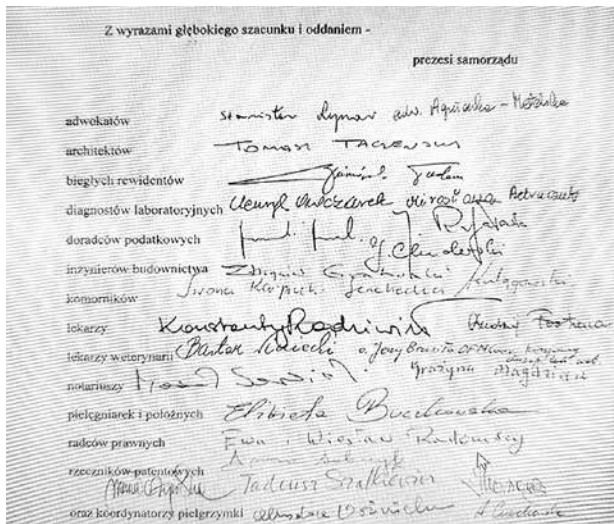
Kodeksy etyki naszych samorządów wywodzą się z Dekalogu nawiązując do chrześcijańskich wartości, będących źródłem norm tworzących pragmatykę wykonywania zawodów zaufania publicznego. Jako część społeczeństwa obywatelskiego pragniemy wspólnie aktywniej uczestniczyć w procesie podnoszenia warunków godnego życia człowieka w sprawiedliwej Polsce.

Potrzeba nam siły duchowej i mądrości Ojca Świętego we wskazaniu ścieżki skutecznego działania dla dobra wszystkich Polaków w kraju i w Unii Europejskiej.

Prosimy przyjąć od nas, uczestników pielgrzymki, oraz od członków samorządów zawodów zaufania publicznego życzenia zdrowia i Łaski Bożej dla wszystkich działań Ojca Świętego dla wiary, godności osoby ludzkiej i pokoju na świecie.

Prośby te wyrażamy także w naszej codziennej modlitwie, prosząc Boga i Przenajświętszą Marię Pannę o zdrowie dla Ojca Świętego i ulgę w cierpieniu.

ZAKŁADKA HISTORYCZNA



SEKRETARIAT STANU

SEKCJA PIERWSZA-SPRAWY OGÓLNE N. 565.300

Watykan, 7 lutego 2005 r.

Szanowni Państwo,

Jego Świątobliwość Jan Paweł II serdecznie dziękuje Państwu za pamięć i życzenia z okazji kolejnej rocznicy Pontyfikatu przekazane przez Ambasadę Polską przy Stolicy Apostolskiej. Dziękuje również za dar pieniężny dla Fundacji Jana Pawła II.

Podczas audiencji ogólnej w dniu 3 listopada br. Ojciec Święty zwrócił się do obecnych na Placu św. Piotra Rodaków z tymi słowami: „Wam, tu obecnym oraz wszystkim, którzy w tych dniach na różne sposoby okazują mi życzliwość serdecznie dziękuję. Niech dobry Bóg wynagradza swoimi łaskami. Z serca wszystkim błogosławię!”

Słowa te Jego Świątobliwość kieruje również do Państwa oraz Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, polecając wszystkim Bożej dobroci i łaskowości.

Z wyrazami szacunku
Arcybiskup Leonardo Sandri
Substytut Sekretariatu Stanu



P.S. Drodzy Diagnostycy Laboratorijni, Szanowni Państwo, nie brakowało mi zdolności by dzielić się tym co mam najlepsze. Używając słów wieszczki Kraszewskiej „ja tam byłem, miód i wino piłem, com widział, słyszał i pisał w tym wpisie umieściłem”. Starałem się umieścić i Państwu przekazać co było naszą rzeczywistością, diagnostyczną rzeczywistością, opisaną przez nas w wielu artykułach. Zacytuje profesor Panią Annę Pawełczyńską (wybitną socjolog): „a ja się na strukturalne zło, które mnie otacza nie zgadzam się” bo nie zgadzałem się, gdy silny podmiot w polskim systemie ochrony zdrowia pogardza diagnostami laboratoryjnymi, którym odmawiał prawa do stanowienia o samym sobie. I cytuję dalej Panią profesor: „siej! ale zanim to zrobisz, sprawdź dokładnie czy ziarno nie jest zmieszane z chwastem”. O nic więcej nie chodzi, tylko o realizację dobra i prawdy. Zależy od każdego z Nas, bądźmy dobrymi a kolejne kadencje będą dobre. Papież Jan Paweł II mówił: nasze czasy wymagają ludzi sumienia i zdolnych odróżniać dobro od zła i opowiadać się po właściwej stronie. To było naszą dewizą I i II Kadencji KRDL. Zostawiliśmy po sobie wiele dobra następnym pokoleniom. Działaliśmy wspólnie... Pamiętajmy także o dorobku tych Wszystkich, których wśród nas nie ma...

Sprzeciwiamy się wszelkim formom dyskryminacji i szykan oraz spychania ludzi „niosących dobro” poza margines życia społecznego. Wspierajmy sprawiedliwych, prawych ludzi, tych którzy potrafią podejmować odważnie odpowiedzialność za sprawy publiczne.

Henryk Owczarek

INFORMATOR O UCHWAŁACH ORGANÓW KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

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

Zapraszamy do szczegółowego zapoznania się z interesującymi Państwa uchwałami oraz zadawania pytań do aktów prawa wewnętrznego, gdyż każdy diagnosta laboratoryjny ma obowiązek ich przestrzegania.

1. Uchwała Nr 296/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 maja 2026 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności samorządu diagnostów laboratoryjnych za 2025 rok.
2. Uchwała Nr 297/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 maja 2026 roku w sprawie przedstawienia kandydata na członka Krajowej Rady ds. Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.
3. Uchwała Nr 298/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 maja 2026 roku w sprawie uznania odbycia przeszkolenia przez diagnostę laboratoryjnego, zamierzającego podjąć wykonywanie czynności medycyny laboratoryjnej po przerwie w wykonywaniu tych czynności trwającej ponad 5 lat łącznie w okresie ostatnich 6 lat.
4. Uchwała Nr 299/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 maja 2026 roku w sprawie przedłużenia terminu na rozpatrzenie wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy.
5. Uchwała Nr 300/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 08 czerwca 2026 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2025.
6. Uchwała Nr 301/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 08 czerwca 2026 roku w sprawie odmowy przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
7. Uchwała Nr 302/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 08 czerwca 2026 roku w sprawie uchylecia Uchwały Nr 130/IV/2018 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 marca 2018 roku w sprawie wysokości opłat za udostępnianie sali konferencyjnej i sali mikroskopowej w budynku KIDL.
8. Uchwała Nr 303/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 08 czerwca 2026 roku w sprawie wysokości opłat za udostępnianie sali konferencyjnej i sali mikroskopowej w budynku KIDL.
9. Uchwała Nr 304/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 08 czerwca 2026 roku w sprawie zmiany Uchwały nr 153/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 12 stycznia 2024 roku w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Biura Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Diagnostów Laboratoryjnych.
10. Uchwała Nr 305/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 15 czerwca 2026 roku w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy z Wykonawcą: TECHINN Mateusz Pawłowski, w przedmiocie opracowania pełnego Studium Wykonawczości oraz dokumentacji aplikacyjnej dla projektu pn. „Cyfryzacja procesów back-office i wzmocnienie cyberbezpieczeństwa KIDL poprzez modernizację infrastruktury IT oraz wdrożenie systemu obiegu dokumentów i usług wewnątrzadministracyjnych” wraz z opcją świadczenia usług kompleksowego zarządzania projektem, w tym pełnienia funkcji Koordynatora projektu w przypadku zawarcia umowy o dofinansowanie.
11. Uchwała Nr 306/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 02 lipca 2026 roku zmieniająca uchwałę w sprawie zatwierdzenia ostatecznego spisu wyborców dla zgromadzeń wyborczych w wyborach Delegatów na VII Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych.
12. Uchwała Nr 307/VI/2026 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 lipca 2026 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego. ●

Informujemy, że Prezydium KRDL VI Kadencji podjęło następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 3747-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2026 roku w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
2. Uchwała Nr 3748-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w trybie obiegowym w dniu 26 maja 2026 roku.
3. Uchwała Nr 3749-3752-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
4. Uchwała Nr 3753-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych.
5. Uchwała Nr 3754-3762-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 r. w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
6. Uchwała Nr 3763-3764-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 r. w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
7. Uchwała Nr 3665-3830-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami za opóźnienie.
8. Uchwała Nr 3831-3838-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie.
9. Uchwała Nr 3839-3907-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 maja 2026 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych.
10. Uchwała Nr 3908-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w trybie obiegowym w dniu 23 czerwca 2026 roku.
11. Uchwała Nr 3909-3930-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
12. Uchwała Nr 3931-3952-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych.
13. Uchwała Nr 3953-3964-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 r. w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
14. Uchwała Nr 3965-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 r. w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
15. Uchwała Nr 3966-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 r. w sprawie wykreślenia wpisu praktyki zawodowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
16. Uchwała Nr 3967-4032-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami za opóźnienie.
17. Uchwała Nr 4033-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 czerwca 2026 roku w sprawie ustalenia wzorów dokumentów: „WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO ORAZ O WPIS DO REJESTRU DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH” oraz „OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO ORAZ WNIOSEK O SKREŚLENIE Z REJESTRU DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH”.
18. Uchwała Nr 4034-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 07 lipca 2026 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w trybie obiegowym w dniu 7 lipca 2026 roku.
19. Uchwała Nr 4035-4095-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 07 lipca 2026 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.

20. Uchwała Nr 4096-4110-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 07 lipca 2026 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych.
21. Uchwała Nr 4111-4112-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 07 lipca 2026 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
22. Uchwała Nr 4113-4115-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 07 lipca 2026 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
23. Uchwała Nr 4116-P/VI/2026 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 07 lipca 2026 roku w sprawie wykreślenia wpisu praktyki zawodowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych. ●

Stanowiska Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych:

1. Stanowisko Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 11.06.2026 r w sprawie projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.
2. Stanowisko Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 11.06.2026 r. w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (druk sejmowy nr 2621). ●

Powołanie do Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

Z przyjemnością informujemy, że
mgr Renata Krygier,
członkini Krajowej Rady Diagnostów
Laboratoryjnych, została z dniem
1 sierpnia 2026 r. powołana przez
Ministra Zdrowia do w skład Krajowej
Rady do Spraw Krwiodawstwa
i Krwiolecznictwa na kadencję
2026–2028.





www.kidl.org.pl