

DIAGNOSTA

laboratoryjny

Rok XIX nr 4 (65) grudzień 2021



BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

ISSN 2084-1663

A large, vibrant graphic for the year 2022. The numbers '2022' are in a large, white, sans-serif font, centered on a solid red background. Surrounding the numbers are numerous white stars of various sizes and colors (yellow, orange, pink) streaks radiating outwards, creating a festive, fireworks-like effect.

2022



20

LECIE USTAWY
O DIAGNOSTYCE
LABORATORYJNEJ

Szanowni Państwo,
dobiega końca jubileuszowy rok dla diagnostów laboratoryjnych, rok 20-lecia uchwalenia ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, a tym samym powstania zawodu diagnosty laboratoryjnego, zawodu medycznego, regulowanego ustawą, zawodu zaufania publicznego.

Trwają trudne negocjacje w ramach Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego do którego należy m.in. KIDL. Białe Miasteczko przeszło do wersji wirtualnej. Mamy wszyscy nadzieję, że rozmowy zakończą się sukcesem. Kompromis rozmów jest konieczny. Nadal znajdujemy się w oparach epidemii, czwartej fali i prawdopodobnie kolejna przed nami.

Koniec roku był wyjątkowy, bowiem pomimo trudnej sytuacji epidemicznej zorganizowaliśmy jedno z ważniejszych wydarzeń dla diagnostów laboratoryjnych – V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych (realizacja uchwały zjazdowej). Pierwszy raz w formie online. Stacjonarnie podczas Forum miało miejsce wyjątkowe wydarzenie – zostały wręczone odznaki honorowe Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” – uhonorowano ponad sześćdziesięciu diagnostów laboratoryjnych. Stacjonarnie odbyła się też debata prezesów samorządów zawodów medycznych pt. „Zdrowie – wspólna sprawa”.

Przed nami kolejny ważny rok – również jubileuszowy – 20-lecie samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych. Samorząd w zbliżającym się roku stanie przed kolejnym wyzwaniem organizacyjnym, jakim będą wybory. Chętni do działania i pełni nadziei wchodzimy w 2022. Wierzymy, że będzie to równie ważne 365 dni.



Mam nadzieję, że będzie to rok przełomowy dla naszego środowiska w kontekście uchwalenia ustawy o medycynie laboratoryjnej i kluczowe obszary zostaną uregulowane oraz usankcjonowane prawnie tak, jak finansowanie specjalizacji, płatne urlopy szkoleniowe czy indywidualna praktyka.

***Z okazji Świąt Bożego Narodzenia
życzę Państwu i Państwa Najbliższym
zdrowych i spokojnych Świąt,
a w nadchodzącym Nowym Roku 2022
wszystkiego dobrego!***

Drodzy Czytelnicy,

zapraszam do lektury tego wyjątkowego, ostatniego w tym roku numeru naszego czasopisma. W całości został on poświęcony V Ogólnopolskiemu Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, które odbyło się w dniach 25–26 listopada br. Forum jest zawsze świętem naszego Samorządu, obfitującym w wykłady merytoryczne jak również okazją do wręczenia nagród i odznaczeń. W tym numerze znajdziecie Państwo m.in. relacje z debaty prezesów samorządów zawodów medycznych i poszczególnych sesji poświęconych różnym zagadnieniom z zakresu medycyny laboratoryjnej.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia życzę Państwu, aby przy świątecznym stole nie zabrakło światła i ciepła rodzinnej atmosfery, a Nowy Rok niósł ze sobą szczęście i pomyślność.

Maciej Janiak
Redaktor naczelny „Diagnosty laboratoryjnego”



DIAGNOSTA

laboratoryjny

W NUMERZE:

SŁOWO PREZESA

3 Alina Niewiadomska

AKTUALNOŚCI

6 V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych

8 Debata Prezesów Samorządów Zawodów Medycznych „Zdrowie – wspólna sprawa”

12 Wręczenie odznak honorowych Ministra Zdrowia „Zasłużony dla ochrony zdrowia”

14 Sesja I. Problemy i wyzwania współczesnej onkologii

17 Sesja II. SARS-CoV-2 i inne zakażenia

20 Sesja III. Zarządzanie medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Cz. 1.

24 Sesja IV. Zarządzanie medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Cz. 2.

28 Jubileusz 20-lecia za nami i przed nami

29 Forum za kulisami

30 Pismo Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 5 listopada 2021 r.

32 Regulamin wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych

INFORMATOR DIAGNOSTY

38 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:

Maciej Janiak – Redaktor naczelny
Matylda Kłudkowska – Sekretarz redakcji
Alicja Dusza – Specjalista ds. komunikacji, Klaudia Tworek – Specjalista ds. komunikacji
Sylwia Moskwa, Małgorzata Brauncajs, Maciej Borowiec, Paweł Gliński, Agnieszka Gierszon,
Justyna Chlebowska-Tuz, Paweł Leszczyński, Monika Łysakowska, Anna Meyer-Stachowska,
Agnieszka Załupska

5

OGÓLNOPOLSKIE FORUM KIEROWNIKÓW MEDYCZNYCH LABORATORIÓW DIAGNOSTYCZNYCH



25-26
LISTOPADA
2021
ON LINE

5

OGÓLNOPOLSKIE FORUM KIEROWNIKÓW MEDYCZNYCH LABORATORIÓW DIAGNOSTYCZNYCH

Pierwszy dzień Forum

– Wraz z wybuchem pandemii COVID-19 diagnostyki laboratoryjnej stanęli przed ogromnym wyzwaniem. Mogę z pełnym przekonaniem powiedzieć, że zdali egzamin – mówiła **Alina Niewiadomska**, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas ceremonii otwarcia V Ogólnopolskiego Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, podkreślając zasługi diagnostów laboratoryjnych w walce z COVID-19.

Kluczowym punktem pierwszego dnia V Ogólnopolskiego Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych było wręczenie odznak honorowych Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” diagnostom laboratoryjnym, których pracę uznano za szczególnie wartą wyróżnienia. W imieniu ministra zdrowia Adama Niedzielskiego odznaki wręczył Piotr Bromber, wiceminister zdrowia.

– Dzisiejsze wydarzenie – V Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych: „Medycyna Laboratoryjna – Teraźniejszość i Przyszłość – XX-lecie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej” jest okazją do podziękowania Państwu za intensywną działalność na rzecz środowiska zawodowego diagnostów laboratoryjnych, a także za zaangażowania w walkę z pandemią COVID-19. Obecnie stoimy w przededniu zmian, bardzo oczekiwanych przez środowisko diagnostów laboratoryjnych. Jednym z priorytetowych zadań Ministerstwa Zdrowia jest uchwalenie ustawy o medycynie laboratoryjnej. Jestem przekonany, że wspólnie wypracowane rozwiązania będą potwierdzeniem, iż kierunek podejmowanych działań na rzecz diagnostyki labo-



Alina Niewiadomska,
Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych



dr hab. n. med. Małgorzata Rusak,
Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

ratoryjnej jest właściwy i zgodny z oczekiwaniami środowiska zawodowego – powiedział podczas ceremonii wręczenia odznak honorowych w imieniu ministra Adama Niedzielskiego, **Piotr Bromber**, wiceminister zdrowia.

Forum otworzyła debata „Zdrowie – wspólna sprawa” z udziałem prezesów samorządów zawodów medycznych, którą moderowała **Alina Niewiadomska**, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Zaproszenie do dyskusji przyjęli prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych **Zofia Małas**, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów **Maciej Krawczyk**, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej **Elżbieta Piotrowska-Rutkowska** oraz wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej **Artur Drobnik**.

Pierwszego dnia V Ogólnopolskiego Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych rozpoczęły się również sesje merytoryczne. **Prof. dr hab. n. farm. Ewa Balcerczak**, kierownik Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej i Molekularnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wygłosiła wykład „Kliniczne i diagnostyczne znaczenie zmian molekularnych w nowotworach”, **dr hab. n. med. Adam Maciejczyk**, dyrektor naczelny Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, w ramach niniejszej sesji wygłosił wykład „Jakość diagnostyki molekularnej warunkiem skuteczności procesu leczenia w onkologii”.

Drugi dzień Forum

– Mam nadzieję, że V edycja Ogólnopolskiego Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych była dla uczestników okazją nie tylko do pogłębienia wiedzy. Staraliśmy się również podkreślić rolę Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych jako instytucji stojącej na straży praw i interesów naszego zawodu oraz wyjaśnić jak przebiega współpraca KIDL z pozostałymi samorządami zawodów medycznych. Oczywiście, bardzo duże znaczenie ma także współpraca z centralnymi instytucjami systemu ochrony zdrowia, takimi jak Ministerstwo, NFZ oraz Centrum e-Zdrowia. Szczególne podziękowania należą się Małgorzacie Rusak, wiceprezes KRDL, która czuwała nad merytorycznym prowadzeniem sesji wykładowych – powiedziała Alina Niewiadomska, prezes KRDL, zamykając tegoroczną edycję Forum.

Drugi dzień V edycji Ogólnopolskiego Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych otworzyła sesja poświęcona chorobom zakaźnym. W jej ramach swoje wykłady wygłosili **prof. dr hab. n. med. Ewa Augustynowicz-Kopeć**, kierownik Zakładu Mikrobiologii, Krajowe Referencyjne Laboratorium Prątko, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc – „Mikrobiologiczna diagnostyka gruźlicy w dobie COVID-19”, **prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak**, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM w Białymstoku – „Możliwości i ograniczenia terapii COVID-19”, **dr hab. n. med. Tomasz Dzieciatkowski** z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej WUM – „Przeciwności w diagnostyce SARS-CoV-2” oraz **dr hab. n. med. Ewa Wysocka** konsultant wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej – „Wyzwania kliniczno-laboratoryjne w czasie pandemii COVID-19”.

W sesji obejmującej temat zarządzania medycznymi laboratoriami diagnostycznymi wzięli udział **prof. dr hab. n. med. Maciej Banach** – kierownik Zakładu Nadciśnienia Tętniczego UM w Łodzi – z wykładem „Nowe wytyczne diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych” oraz **prof. dr hab. n. med. Przemysław Leszek** z Instytutu Kardiologii w Warszawie – „Ocena ryzyka niewydolności serca u pacjentów z cukrzycą typu 2”.

Zaproszony do niniejszej sesji był również **dr hab. n. prawn. Rafał Kubiak** – zastępca dyrektora CEM w Łodzi, który poruszył problem ataków antyszczepionkowców – „Ochrona karno-prawna diagnostyki laboratoryjnej w związku z atakami antyszczepionkowców”. Po przerwie sesję na temat zarządzania medycznymi laboratoriami diagnostycznymi otworzył wykład **dr hab. n. med. Agnieszki Woźniak-Kosek** z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej CSK WIM w Warszawie – „Medyczne laboratorium diagnostyczne – zarządzanie przez jakość”.

Następnie uczestnicy Forum mogli wysłuchać wykładu Dyrektora Centrum e-Zdrowia **Jarosława Kieszka** pt. „Transformacja informatyczna w medycznych laboratoriach diagnostycznych (EDM)”. **Dr n. med. Andrzej Janus**, certyfikowany międzynarodowy konsultant LEAN Healthcare & SixSigma w Siemens Healthineers wygłosił wykład „Zarządzanie zmianą w MLD – „Change Management Chain” w metodologii DMAIC”.

Podczas Forum w sesji „Zarządzanie Medycznymi Laboratoriami Diagnostycznymi” dwa wykłady wygłosił **prof. dr hab. n. med. Bogdan Solnica** z Katedry Biochemii Klinicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego – „Jak zlikwidować komunikacyjną wieżę Babel w diagnostyce laboratoryjnej?” oraz „Diagnostyka POCT – dalej od łóżka pacjenta”.

Sesja dotycząca zarządzania MLD to również tematy z obszarów kierownictwa MLD oraz aktualnych możliwości metodycznych i sprzętowych – wykład **Renaty Zygmontowicz-Aniśko**, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych – „Kierownik jako lider zespołu MLD – wyzwania i odpowiedzialność” oraz **mgr Katarzyny Ziółkowskiej** z GPSK Poznań – „Aktualne możliwości metodyczne i sprzętowe w oznaczaniu glukozy w trybie POC”.

Sesję zakończył wykład **prof. dr hab. n. med. Jakuba Swadźby**, współzałożyciela i prezesa Spółki Diagnostyka S.A., „Praktyczne aspekty realizacji Programu 40+”. ●

DEBATA PREZESÓW SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH „ZDROWIE – WSPÓLNA SPRAWA”

Zdrowie – wspólna sprawa wszystkich zawodów medycznych

Na jakich polach będą ze sobą współpracowały samorządy poszczególnych zawodów medycznych? Między innymi o tym dyskutowali ich prezesi podczas debaty zorganizowanej w ramach V Ogólnopolskiego Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych.

W dniach 25–26 listopada 2021 roku odbyło się V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Pierwszy dzień Forum rozpoczęto uroczystą debatą z udziałem prezesów samorządów zawodów medycznych. Zaproszenie przyjęli prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych **Zofia Małas**, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów **Maciej Krawczyk**, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej **Elżbieta Piotrowska-Rutkowska** oraz wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej **Artur Drobnia**k. Dyskusję poprowadziła **Alina Niewiadomska**, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Prawne ramy rozwoju zawodowego

Otwierając debatę prezes Alina Niewiadomska zauważyła, że w codziennej praktyce diagnostyki laboratoryjnej – szczególnie ci zatrudnieni w większych ośrodkach klinicznych i szpitalnych – stykają się lub ściśle współpracują w ramach zespołów diagnostyczno-terapeutycznych nie tylko z lekarzami, ale też z personelem pielęgniarskim, farmaceutami, a nawet z fizjoterapeutami. Wszystkie zawody medyczne łączy też doświadczenie pracy poza sektorem

szpitalnym, np. w warunkach POZ lub AOS. Pracują w systemie publicznym i niepublicznym.

– Nasza wiedza i kompetencje wzajemnie się uzupełniają, a im bardziej harmonijna jest ta współpraca, tym wyższy poziom opieki nad pacjentem. Diagnostyka i leczenie to gra zespołowa, celem wszystkich medyków w ramach zespołu terapeutycznego jest uzyskanie optymalnego efektu zdrowotnego, choć każdy zawód medyczny ma swoje, ściśle określone zadania. Diagnostyki laboratoryjnej mogą mieć do dyspozycji najnowocześniejsze metody i sprzęt, m.in. z zakresu diagnostyki molekularnej, ale decydującym dla ich jakości i wiarygodności – a finalnie dla powodzenia terapii – jest pobranie materiału – przypomniła prezes Alina Niewiadomska.

Jaka zatem będzie wspólna przyszłość zawodów medycznych? Na jakich jeszcze płaszczyznach medycy będą ze sobą współpracowali w najbliższych latach? W tym kontekście z całą pewnością należy zwrócić uwagę na konieczność ścisłej współpracy pomiędzy samorządami poszczególnych zawodów medycznych, m.in. w zakresie opracowywania i opiniowania zmian legislacyjnych ważnych dla całości środowiska medycznego.

Obok Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych najmłodszym samorządem wśród zawodów medycznych jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Inne podobieństwa między KIDL i KIF to brak struktur okręgowych – oba samorządy działają jedynie w oparciu o strukturę krajową.

– Samorządy zawodowe diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów są najmłodszymi w systemie ochrony zdrowia. Oba nasze zawody zmagają się też z podobnymi problemami. Jednym z tych

5

OGÓLNOPOLSKIE FORUM
KIEROWNIKÓW
MEDYCZNYCH
LABORATORIÓW
DIAGNOSTYCZNYCH

Od lewej: Alina Niewiadomska (Prezes KRDL), Elżbieta Piotrowska-Rutkowska (Prezes NRA), Zofia Małas (Prezes NRPiP), Maciej Krawczyk (Prezes KRF), Artur Drobniak (Wiceprezes NRL)

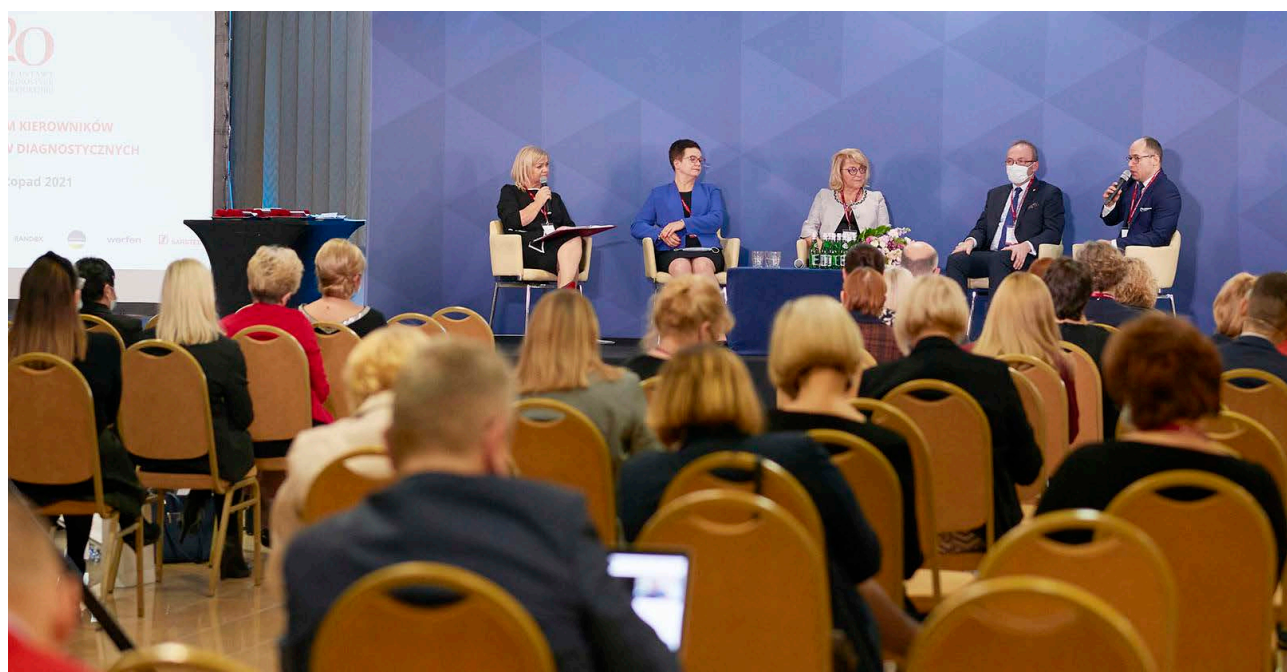


podstawowych jest fakt wciąż niskiej wiedzy o roli i znaczeniu diagnostów oraz fizjoterapeutów – i to zarówno wśród pacjentów, jak i w środowisku medyków. Niestety, wielu wysokiej rangi urzędników państwowych nie posiada wystarczającej świadomości dotyczącej zakresu naszych uprawnień i kompetencji. Ten wspólny problem stał się płaszczyzną nawiązania ścisłej współpracy pomiędzy KIF i KIDL. Przyszłość samorządów to wspólne opracowywanie zmian prawnych regulujących kwestie dotyczące ogółu medyków – zwrócił uwagę prezes Maciej Krawczyk.

Jakie zmiany legislacyjne, poza tymi regulującymi bieżące kwestie, są jego zdaniem najbardziej potrzebne?

– W mojej opinii jedną z ważniejszych jest opracowanie ustawy o drodze rozwoju zawodów medycznych. Obecnie ta ścieżka jest

zbyt płaska, szczególnie dla starszych pracowników ochrony zdrowia. W przypadku młodszych medyków może mieć jeszcze charakter motywujący, ale inaczej jest jeśli chodzi o pracowników już posiadających specjalizację. Brakuje gradacji kompetencji uzależnionych od doświadczenia zawodowego. W mojej ocenie powinniśmy też wspólnie pracować nad aktami prawnymi, których przyjęcie umożliwiłoby przesuwanie kompetencji pomiędzy zawodami medycznymi. Realia są bowiem takie, że braki kadrowe dotyczą nie tylko polski, ale globalny system ochrony zdrowia. Szacuje się, że na świecie brakuje nawet 30 milionów profesjonalistów medycznych. Wobec tego zjawiska nie uciekniemy od wzajemnego przenikania się zakresów kompetencji – wskazał prezes Krawczyk.



Debata „Zdrowie - wspólna sprawa”



Alina Niewiadomska oraz Maciej Krawczyk



Alina Niewiadomska oraz Zofia Małas

Diagnosta laboratoryjny i pielęgniarka – współpraca przy łóżku pacjenta

Jak przypomniła prezes Alina Niewiadomska, najliczniejszym środowiskiem wśród zawodów medycznych od lat pozostaje personel pielęgniarski. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych istnieje od 30 lat, pielęgniarki cieszą się mocną i niezwykle stabilną pozycją w systemie.

– W powszechnej świadomości pracę diagnosty laboratoryjnego kojarzy się wyłącznie z laboratorium. Dla wielu pacjentów pozostajemy niestety trochę niewidoczni, co paradoksalnie zmienia dopiero pandemia COVID-19. Jednak zarówno diagności, jak i pielęgniarki są niezbędnym ogniwem łańcucha diagnostyczno-terapeutycznego. Najczęściej diagności współpracują z pielęgniarkami w momencie pobierania materiału, ale to przecież nie jedyny obszar współpracy – zaznaczyła prezes Niewiadomska.

Zgodnie z najaktualniejszymi danymi przekazanymi podczas Forum przez Zofię Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, obecnie aktywnych zawodowo pielęgniarek jest około 235 tysięcy, położnych 29 tysięcy, z czego jedynie 2 proc. stanowią mężczyźni.

Jak wskazała Zofia Małas, częścią ochrony zdrowia są dziś zawody medyczne o wysoko specjalistycznych kompetencjach, których potencjału system nie wykorzystuje odpowiednio.

– Wagę pracy diagnostów laboratoryjnych poznałam osobiście, gdy na początku swojej zawodowej aktywności pracowałam jako pielęgniarka epidemiologiczna. Szybkość i trafność postępowania terapeutycznego zależy w ogromnej mierze od pracy diagnosty laboratoryjnego. Postęp w medycynie następuje w bardzo szybkim tempie. Wobec takiego przyrostu wiedzy z jakim dziś mamy do czynienia należyte wykonywanie zawodów medycznych musi opierać się o pracę w ramach silnych zespołów terapeutycznych. Współpraca pomiędzy medykami to gwarancja postępowania z aktualną wiedzą medyczną oraz najwyższych standardów opieki nad pacjentem – dodała prezes NRPIP.

Nie mniej istotna jest, zdaniem prezes Zofii Małas, współpraca pomiędzy samorządami.

– Samorządy zawodów medycznych mają niezwykle ważną rolę do odegrania. Zostały powołane w myśl 17 art. Konstytucji, która nakłada na nas obowiązek działania w interesie publicznym, przede wszystkim w interesie pacjentów. Zadaniem wszystkich samorządów jest sprawowanie nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu – podkreśliła raz jeszcze Zofia Małas.

Wzorcowe współdziałanie lekarzy i diagnostów

Czy pandemia COVID-19 pokazała nowe płaszczyzny porozumienia pomiędzy lekarzami i diagnostami? Na ile jakość i wiarygodność wykonywanych badań wpływa na dalsze postępowanie terapeutyczne?

– Choć nie w przypadku każdego pacjenta badania laboratoryjne są jedyną składową oceny stanu chorego, to jednak zawsze ich wynik odgrywa istotną rolę w tym procesie. Stąd tak ważna jest dbałość o prawidłowe pobranie, nawet jeśli oznaczałoby to odmowę wykonania badania w sytuacji, gdy materiał został pobrany nieprawidłowo. Najczęściej wykonanie badania zleca lekarz, dlatego też współpraca pomiędzy diagnostami i personelem lekarskim powinna być wzorcowa – podkreśliła prezes Niewiadomska.

Artur Drobniak, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wskazał, że jedno z ważniejszych wspólnych wyzwań stojących przed diagnostami i lekarzami to edukacja zdrowotna pacjentów.

– W tej chwili dostęp do badań laboratoryjnych jest naprawdę szeroki. To oczywiście dobrze, ale powinny za tym pójść skuteczne działania edukacyjne, ponieważ wiele badań pacjenci wykonują po prostu niepotrzebnie. Chorzy muszą mieć świadomość, że kluczowe dla zidentyfikowania ich problemu zdrowotnego jest właściwe ukierunkowanie procesu diagnostycznego. Na tym polu widzę jeszcze wiele do zrobienia – ocenił Artur Drobniak.

Pandemia to bezprecedensowy kryzys ochrony zdrowia, ale mający charakter przejściowy. Jak będzie się kształtowała współpraca na linii diagnosta-lekarz po zwalczeniu COVID-19?

– Jednym z obszarów, które zyskały na znaczeniu podczas pandemii COVID-19 są badania nad innowacyjnymi metodami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Współpraca pomiędzy naszymi



Alina Niewiadomska oraz Elżbieta Piotrowska-Rutkowska



Alina Niewiadomska oraz Artur Drobniak

zawodami przy łóżku pacjenta i na poziomie instytucjonalnym pomiędzy NIL i KIDL nadal pozostanie ważna, ale kolejnym istotnym polem do jej zacieśnienia stanie się obszar badań klinicznych i przedklinicznych. To tym ważniejsze, że według prognoz ekspertów w perspektywie najbliższych kilkunastu lub kilkudziesięciu lat musimy liczyć się z zagrożeniem innymi patogenami. Powinniśmy się do tego przygotować, m.in. opracowując nowoczesne metody diagnostyki molekularnej i genetycznej – zauważył wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jego zdaniem wzrost liczby specjalizacji w procesie kształcenia poddyplomowego diagnostów laboratoryjnych – oraz zapewnienie ich finansowania – powinien być naturalną konsekwencją dynamicznego rozwoju medycyny laboratoryjnej z jakim mamy dziś do czynienia.

– Diagnostyka laboratoryjna już dawno nie polega na wykonywaniu prostych oznaczeń. Wśród diagnostów są osoby specjalizujące się w wąskich dziedzinach – zauważył.

5

OGÓLNOPOLSKIE FORUM KIEROWNIKÓW MEDYCZNYCH LABORATORIÓW DIAGNOSTYCZNYCH

W oczekiwaniu na ustawę o medycynie laboratoryjnej

Samorządy zawodowe wspierają się też w zakresie zmian prawnych. Środowisko farmaceutów jakiś czas temu doczekało się swojej ustawy o zawodzie. Dziś na podobną regulację czekają diagnosty laboratoryjni.

– Diagnosty czekają na ustawę o medycynie laboratoryjnej już od lat. KIDL dokłada wszelkich starań, aby przyspieszyć prace nad tą regulacją. To z pewnością łączy nas z Naczelną Izbą Aptekarską, która również bardzo długo zabiegała o ustawę o zawodzie farmaceuty. W ostatnim czasie zarówno diagnosty, jak i farmaceuci uzyskali uprawnienia do kwalifikacji oraz szczepień przeciwko SARS-CoV-2, a następnie grypie. Był to owoc naszej wspólnej pracy – przypomniała prezes Alina Niewiadomska.

Realizacja jakich wspólnych celów mogłoby jeszcze połączyć KIDL i NIA?

– Podstawowym wyzwaniem, na którym powinniśmy się skupić jest stworzenie nowej ścieżki rozwoju zawodowego medyków, aby w obliczu starzejącego się społeczeństwa i braków kadrowych wśród lekarzy i pielęgniarek, pozostałe zawody medyczne zyskały możliwość poszerzania swoich kompetencji. Po 2030 roku populacja osób po 65. roku życia znacząco wzrośnie. W mojej ocenie miejsce diagnosty laboratoryjnego jest nie tylko w laboratorium. Jego wysokie kwalifikacje i szeroki zakres wiedzy medycznej, powinny zostać wykorzystane w celu świadczenia w placówkach – szpitalach czy przychodniach – usług doradczych z zakresu diagnostyki, umożliwiając tym samym wsparcie procesu terapeutycznego prowadzonego przez lekarza. Tego rodzaju działanie z pewnością przyczyniłoby się do zmniejszenia liczby często nieuzasadnionych i nadmiernie realizowanych procedur laboratoryjnych, racjonalizacji terapii i zwiększenia efektywności leczenia pacjentów – wskazała Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Prezes Piotrowska-Rutkowska podkreśliła również, że już na etapie studiów, przyszli medycy powinni zapoznawać się ze specyfiką pracy wszystkich zawodów medycznych. Ta wiedza procentowałaby lepszą współpracą w późniejszym czasie. W ocenie prezes NRA diagnosty laboratoryjni muszą dążyć do prawnego wzmocnienia swojej pozycji jako członków zespołów terapeutycznych, ponieważ to właśnie zachęciłoby młodych do zawodu. ●

WRĘCZENIE ODZNAK HONOROWYCH MINISTRA ZDROWIA „ZASŁUŻONY DLA OCHRONY ZDROWIA”

Pierwszego dnia V Ogólnopolskiego Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych odbyła się uroczystość wręczenia odznak honorowych Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” diagnostom laboratoryjnym.

Uehonorowanie kilkudziesięciu diagnostów laboratoryjnych tak znaczącym odznaczeniem jest wyróżnieniem dla całego środowiska.

Jest nam niezmiernie miło, że praca, zaangażowanie i nieustanne podnoszenie kwalifikacji przez diagnostów laboratoryjnych zostało dostrzeżone i uehonorowane jedną z ważniejszych nagród wśród medyków.

Nagrody i odznaczenia zostały przyznane na wniosek przedstawicieli wojewódzkich i prezes KRDL.

Lista odznaczonych diagnostów laboratoryjnych:

Województwo dolnośląskie:

1. Agata Ewa Chalasiewicz
2. Danuta Wendycz-Domalewska
3. Waldemar Malinowski
4. Elżbieta Klaus
5. Dorota Smok-Todorowska
6. Iwona Violetta Nowicka
7. Zofia Zaródzka

Województwo kujawsko-pomorskie:

1. Agnieszka Mikucka
2. Alicja Magdalena Sękowska
3. Aleksandra Szwed-Kowalska
4. Hanna Brygiert-Jarząbek
5. Magdalena Duchnowska
6. Patrycja Zalas-Więcek

7. Anna Meyer-Stachowska
8. Anna Szczepańska
9. Beata Gołaszewska
10. Ewa Bernadeta Żekanowska
11. Magdalena Ewa Lampka

Województwo łódzkie:

1. Maciej Borowiec
2. Małgorzata Brauncajs
3. Sylwia Magdalena Moskwa
4. Gabriela Maria Pawlak
5. Anna Piłat
6. Rafał Nikodem Włazeł
7. Dioniza Wanda Marciniak-Bielak
8. Ewa Balcerczak
9. Bogusław Tymoniuł
10. Mirosława Krajewska
11. Grażyna Lipowczan
12. Aleksandra Agnieszka Mirecka
13. Alina Elżbieta Tyranowicz

Województwo małopolskie:

1. Grażyna Maria Gajda-Sicińska
2. Karolina Sabina Biernot-Pamuła

Województwo mazowieckie:

1. Agnieszka Maria Pawełczyk
2. Jolanta Smykiewicz
3. Paulina Żelechowska
4. Ewa Augustynowicz-Kopeć
5. Agnieszka Woźniak-Kosek
6. Hanna Czeszko-Paprocka
7. Czesława Szczerbińska
8. Wojciech Adam Zabłocki
9. Justyna Julia Chlebowska-Tuz
10. Edyta Podsiadły

Województwo podkarpackie:

1. Małgorzata Błażejewska
2. Dorota Bożena Ciuba
3. Liliana Guzik

Województwo podlaskie:

1. Joanna Matowicka-Karna
2. Elżbieta Anna Tryniszewska

Województwo pomorskie:

1. Dorota Andruszczak
2. Elżbieta Ćwikowska-Choma
3. Magdalena Krembuszewska
4. Paweł Pisarek
5. Anna Kwołik
6. Krystyna Śpiołek
7. Barbara Skórczewska
8. Karolina Beata Smarzyńska
9. Mirosława Jadwiga Szczepańska-Konkel

Województwo śląskie:

1. Lidia Zegadło

Województwo świętokrzyskie:

1. Sylwia Knap
2. Małgorzata Pawlonka
3. Katarzyna Elżbieta Rozmianiec
4. Katarzyna Magdalena Sala
5. Monika Izabela Wawszczak-Kasza
6. Ewa Maria Twardowska

Województwo warmińsko-mazurskie:

1. Izabela Szczygielska

Województwo wielkopolskie:

1. Ewa Leporowska



5

OGÓLNOPOLSKIE FORUM KIEROWNIKÓW MEDYCZNYCH LABORATORIÓW DIAGNOSTYCZNYCH



5

OGÓLNOPOLSKIE FORUM
KIEROWNIKÓW
MEDYCZNYCH
LABORATORIÓW
DIAGNOSTYCZNYCH

SESJA I

PROBLEMY I WYZWANIA
WSPÓŁCZESNEJ ONKOLOGII

Diagnostyka laboratoryjna, w tym przede wszystkim badania molekularne, odgrywają niebagatelną rolę procesie diagnostyki oraz wyboru i monitorowania terapii onkologicznych. Jej jakość przekłada się bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjentów.

W dniach 25–26 listopada 2021 roku odbyło się V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Jedną z sesji poświęcono problemom i wyzwaniom współczesnej onkologii z perspektywy diagnostyki laboratoryjnej.

Rodzaj mutacji warunkuje proces diagnostyczny

Co jest dziś kluczowego dla diagnostów laboratoryjnych w dziedzinie diagnostyki molekularnej i genetycznej nowotworów? Próbę podsumowania tego zagadnienia podjęła w swoim wykładzie **prof. dr hab. n. farm. Ewa Balcerczak**, kierownik Katedry Diagnostyki Laboratoryjnej i Molekularnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

– Nowotwór złośliwy rozwija się w wyniku postępującej akumulacji zdarzeń genetycznych i epigenetycznych, prowadzących do transformacji nowotworowej. W wyniku tych zmian komórki nowotworowe nabierają pewnych charakterystycznych cech. To właśnie proces analizy akumulacji zdarzeń genetycznych jest podstawą diagnostyki molekularnej. Jak mówi teoria Vogelsteina, transformacji nowotworowej towarzyszy od kilku do kilkunastu niezależnych mutacji w różnych genach. Kolejne nieprawidłowości coraz bardziej zmieniają fenotyp komórki na nowotworowy. [...] Wyróżniamy cztery etapy kancerogenezy, podczas dwóch ostatnich [promocji i progresji] choroba zauważalnie przyspiesza – przypomniała prof. Ewa Balcerczak.

**prof. dr hab. n. farm. Ewa Balcerczak****Etapy kancerogenezy:**

- Działanie czynników rakotwórczych,
- Mutacja,
- Intensywne mitozy zmienionych komórek,
- Rozrost,
- Angiogeneza,
- Migracja,
- Tworzenie przerzutów nowotworowych.

– Naszym zadaniem jest oczywiście wykrycie tych zmian możliwie na jak najwcześniejszym etapie. Nowotwór złośliwy będzie wynikiem zmian, które aktywują pewne rodzaje onkogenów: supresorowe i naprawcze. Odpowiadają one za procesy fizjologiczne i metabolizm podstawowy zachodzące w komórkach. Dziś

wiemy, że ważna jest całkowita liczba i typ nabytych zmian, a nie ich kolejność. Przez lata dominowało odwrotne podejście – wskazała prof. Balcerczak.

Jak przypomniwała ekspertka, mutacją nazywamy zmianę w obrotach genu, której skutkiem jest powstanie nieprawidłowego białka. Można je podzielić na somatyczne i germinalne. Te pierwsze występują w części komórek ciała, nabywamy je przez całe życie. Drugi rodzaj mutacji obecny jest we wszystkich komórkach ciała, w tym komórkach rozrodczych i jest przekazywany z pokolenia na pokolenie.

– Rodzaj mutacji przekłada się na proces diagnostyczny. W przypadku mutacji somatycznych badamy inny rodzaj materiału niż w przypadku germinalnych. Badanie dotyczące mutacji somatycznych pozwala nam przede wszystkim uzyskać precyzyjne rozpoznanie i wybór terapii. W przypadku mutacji germinalnych skupiamy się na identyfikacji genów, które predysponują do rozwoju danego typu nowotworu – wyjaśnia prof. Balcerczak.

W większości przypadków, jak zaznacza ekspertka, rozpoznawane nowotwory mają charakter sporadyczny. Oznacza to brak u chorego obciążenia onkologicznego w wywiadzie rodzinnym. Zachorowanie nastąpiło w wyniku nagromadzenia w komórce w przebiegu życia uszkodzeń kodu genetycznego, czego następstwem jest niekontrolowana proliferacja komórek.

– Na drugim biegunie są nowotwory dziedziczne, które według różnych opracowań stanowią od 1 do 10 proc. wszystkich zachorowań. Występują one rodzinnie, za ich rozwój odpowiadają mutacje germinalne – dodaje prof. Balcerczak.

W poszukiwaniu mutacji markerowej

Głównym celem diagnostyki molekularnej w obszarze onkologii oraz realizujących procedury diagnostyczne z tego zakresu diagnostów jest poszukiwanie mutacji markerowej.

– Mutacją markerową dla danej rodziny nazywamy taką zmianę w genie, która została zweryfikowana jako przyczyna zachorowań w danej rodzinie. Na podstawie wyników badania dostarczonych przez diagnostów laboratoryjnych osoby z grupy najwyższego ryzyka powinny odbyć konsultację z lekarzem genetykiem, a następnie zostać objęte odpowiednim programem opieki. Dotyczą one wszystkich osób z rodzinnym wywiadem w kierunku nowotworów piersi i przewodu pokarmowego – zwróciła uwagę prof. Balcerczak.

Jakie czynniki mogą świadczyć, że dany pacjent jest nosicielem genu sprzyjającego rozwojowi choroby nowotworowej?

- chorobę wykryto w młodym wieku,
- taki sam typ nowotworu pojawił się u kilku bliskich osób chorego,
- rak wystąpił obustronnie w narządach parzystych,
- pojawiały się zachowania synchroniczne (np. w tym samym czasie w jelicie grubym stwierdzono dwa niezależne ogniska raka jelita grubego) i metachroniczne (np. ta sama osoba

zachorowała na raka błony śluzowej trzonu macicy, a następnie na raka jelita grubego),

- stwierdzono nietypowe cechy zachorowania (np. rak piersi u mężczyzny, rak jelita grubego współwystępujący z mnogimi polipami jelita grubego).

Do tej pory opisano kilkadziesiąt zespołów związanych z występowaniem raka na tle dziedzicznej predyspozycji. Dla części z nich znaleziono geny, których mutacje stanowią główny czynnik sprawczy zachorowania.

– Jest to niezwykle istotne, ponieważ pozwala zidentyfikować osoby z grupy ryzyka i odpowiednio wcześniej wdrożyć skuteczną profilaktykę lub leczenie – podkreśliła prof. Balcerczak.

Rola i znaczenie diagnostyki molekularnej

Rozpoznanie zespołu dziedzicznie uwarunkowanej predyspozycji do zachorowania na nowotwór opiera się na ocenie klinicznej pacjenta, analizie rodowodu oraz badaniach molekularnych, które pozwalają na identyfikację mutacji markerowej.

– Badania molekularne w onkologii mają szczególne znaczenie w trzech jej obszarach. Pierwszym z nich jest określenie predyspozycji do zachorowania na konkretny rodzaj nowotworu u danej osoby w celu podjęcia właściwych działań prewencyjnych w odpowiednim czasie. Po drugie diagnostyka molekularna jest również pomocna w klasyfikacji nowotworów i ustaleniu ostatecznego rozpoznania. Kryteria molekularne wykorzystuje się też w celu doboru właściwej strategii terapeutycznej we właściwym czasie – wylicza prof. Balcerczak.

Jak podkreśla ekspertka, diagnostyka molekularna ma też swoje szerokie zastosowanie jako narzędzie oceny progresji choroby i jej wrażliwości na leki, potwierdzania obecności celu dla terapii uwarunkowanej molekularnie oraz monitorowania skuteczności wdrożonego leczenia.

– Każdego roku odnotowuje się ponad 17 tysięcy nowych zachorowań na raka piersi. Około 5-8 proc. z nich stanowią nosicielki mutacji BRCA1/2. Każdego roku w Polsce jest w grupie chorych z nowo wykrytym rakiem piersi leczonych jest ok. 1000 nosicieli mutacji BRCA1/2. Wynika z tego, że ogromna większość tych pacjentek nie wie o obciążeniu genetycznym w chwili podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych – zwraca uwagę prof. Balcerczak.

Wskazania do wykonania badania w kierunku nosicielstwa 5 najczęstszych mutacji w genie BRCA1/2:

- wszystkie chore na raka jajnika/jajowodu/otrzewnej,
- wszystkie chore na raka piersi,
- krewne z rodzin, w których stwierdzono najczęstsze mutacje markerowe,
- krewne I i II stopnia pacjentek z rakiem piersi i/lub jajnika w przypadku, gdy mutacja markerowa nie została ustalona i nie ma możliwości rozpoczęcia diagnostyki od osoby chorej na raka.

– Stwierdzenie takiej zmiany nie jest jednoznaczne z fenotypowym ujawnieniem się tej jednostki chorobowej. Pozwala jednak, w myśli zasad czujności onkologicznej, objąć pacjentkę profilaktyką – podkreśla ekspertka.

Jak dodaje prof. Balcerczak, w nowotworach narządów litych badania molekularne odgrywają niezwykle istotną rolę jako narzędzie klasyfikacji i predykcji rozwoju schorzenia onkologicznego. Co więcej, wykonanie oznaczeń na poziomie molekularnym jest również istotne dla doboru właściwej terapii celowanej. Leczenie spersonalizowane bowiem nierozzerwalnie wiąże się z diagnostyką.

Najważniejsi są ludzie

W swoim wykładzie dotyczącym jakości diagnostyki molekularnej **dr hab. n. med. Adam Maciejczyk**, dyrektor naczelny Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, przypomniał, że każde laboratorium wykonujące diagnostyczne badania genetyczne musi być wpisane do ewidencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Ponadto monitorowany jest również poziom kompetencji: dane laboratorium nie może wykonywać mniej niż 200 oznaczeń rocznie dla każdej metody.

– Jakie mogą być konsekwencje niskiej jakości? Przede wszystkim narażamy chorego na błędną diagnozę: zarówno fałszywie dodatnie, jak i fałszywie ujemne wyniki są bardzo niebezpieczne. Wyniki fałszywie ujemne zamykają drogę do włączenia terapii celowanej. Fałszywie dodatnie wiążą się z ryzykiem złe dobranej terapii celowanej, co wystawia pacjenta na dodatkową toksyczność leczenia. Monitorowanie jakości jest więc jednym z ważniejszych elementów zapewnienia bezpieczeństwa chorego. Co więcej, testy jakościowe zabezpieczają szpital przed konsekwencjami finansowymi błędów medycznych – zwraca uwagę dr Adam Maciejczyk.

Od czego zależy jakość badań molekularnych? Wśród najważniejszych czynników należy wymienić personel, nowoczesną aparaturę, kontrole jakości, akredytacje, szybkość wykonywania badań. Ważne jest, aby monitorowanie jakości miało charakter ciągłego procesu.

– Kluczową rolę w procesie diagnostyki molekularnej odgrywa w pełni wykwalifikowany personel. Na stanowisku kierownika musi być zatrudniony co najmniej jeden specjalista laboratoryjnej genetyki medycznej. [...] Diagnostów z tą specjalizacją bardzo potrzebujemy, a więc należałoby zwiększyć liczbę takich szkoleń. Ważne jest też oczywiście doświadczenie zespołu i kierownika, który powinien posiadać minimum pięcioletnie doświadczenie w zakresie badań genetycznych – wskazuje dr Adam Maciejczyk. Nie bez znaczenia dla jakości przeprowadzanej diagnostyki molekularnej jest zaplecze sprzętowe, którym dysponuje laboratorium. Kluczowe jest zabezpieczenie odpowiedniej liczby pomieszczeń o odpowiednio wysokim standardzie dla każdego z etapów procesu diagnostycznego (pracownie izolacji kwasów nukleinowych, Pre-PCR oraz PCR). Jak zaznacza ekspert, zaleca się stosowanie urządzeń z certyfikatem CE-IVD.



dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

Ważna współpraca pomiędzy laboratoriami

Odpowiednią jakość badań zapewniają także przez kontrole: wewnętrzne i zewnętrzne oraz porównania międzylaboratoryjne, które zdaniem dra Maciejczyka mają szczególne znaczenie.

– Ważne, abyśmy porównywali się z laboratoriami wykonującymi te same badania molekularne. Warto tworzyć sieci wzajemnych relacji pomiędzy ośrodkami, by sprawniej i bardziej miarodajnie weryfikować jakość procedur. W mojej ocenie wzajemne audyty są jak najbardziej pożądane – wskazuje dr Maciejczyk.

Jak dodał, choć kontrole zewnętrzne wiążą się dla szpitala z wysokimi kosztami, to jednak warto brać w nich udział i to w sposób powtarzalny.

– Jeśli chodzi o uzyskiwanie akredytacji według normy ISO, to w mojej ocenie rozpoczynanie tego procesu od laboratorium może być zbyt dużym wyzwaniem. Wymagania techniczne i dotyczące zarządzania mogą być po prostu zanadto wyśrubowane. Warto w pierwszych krokach dostosować do nich inne obszary działalności szpitala – zauważa dr Adam Maciejczyk.

Nadal znaczący problem, podkreślił ekspert, to czas oczekiwania na wyniki badań.

– Ważne, aby także ten parametr uwzględnić w monitorowaniu jakości, co staramy się robić w pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej. W DCO udało się ten czas oczekiwania skrócić do 2 tygodni w przypadku badań somatycznych do terapii celowanych oraz do 4 tygodni w przypadku badań dziedzicznych predyspozycji do nowotworów – dodaje dr Maciejczyk. ●

SESJA II

SARS-COV-2 I INNE ZAKAŻENIA

Gruźlica i COVID-19 – dwa główne zagrożenia w obszarze chorób zakaźnych

W dniach 25–26 listopada 2021 roku odbyło się V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Jedną z sesji poświęcono diagnostyce w kierunku groźnych chorób zakaźnych – nie tylko SARS-CoV-2.

Rola laboratoriów mikrobiologicznych w diagnozowaniu gruźlicy

Główny cel diagnostyki mikrobiologicznej gruźlicy to identyfikacja chorego z gruźlicą z wykorzystaniem metod bakterioskopii. Gdy wynik badania jest dodatni, oznacza to, że pacjent obficie prątkuje. Ponadto metody mikrobiologiczne, a konkretnie testy lekowrażliwości, są pomocne w ustaleniu jakie leki należy włączyć w terapii gruźlicy oraz monitorowaniu jej skuteczności. Co więcej, testy molekularne umożliwiają przeprowadzenie dochodzeń do źródła zakażenia i określenie częstości transmisji w skali kraju. – Podstawą rozpoznania gruźlicy jest wywiad i potwierdzenie objawów klinicznych. Ważnym elementem diagnostyki są też zmiany radiologiczne, ale nie są one specyficzne, więc wyłącznie na podstawie badań obrazowych nie możemy postawić rozpoznania. Niejednoznaczny jest również wynik badania histopatologicznego: stwierdzenie ziarniny lub ziarniny z martwicą nie musi oznaczać gruźlicy. Dysponujemy oczywiście testami serologicznymi, ale ich wynik świadczy o tym, że mamy do czynienia z pacjentem, który miał kontakt z osobą chorą. Złotym standardem w diagnostyce gruźlicy pozostają więc badania mikrobiologiczne jako obiektywny dowód na zachodzący proces chorobowy – wskazuje **prof. dr hab. n. med. Ewa Augustynowicz-Kopeć**, kierownik Zakładu Mikrobiologii Krajowego Referencyjnego Laboratorium Prątka Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

Rejestracja przypadków gruźlicy w każdym kraju opiera się na wynikach uzyskanych na drodze diagnostyki mikrobiologicznej. Stąd tak ważne są wiarygodność i najwyższa jakość badań.

– Krajowe Referencyjne Laboratorium Prątka kontroluje jakość badań mikrobiologicznych za pomocą nadzoru nad każdym etapem diagnostyki. Obecnie w Polsce jest około 70 laboratoriów prątka. Brakuje wśród nich laboratoriów I rzędu [AFB], funkcjonują za to ośrodki II [AFB, hodowla] i III rzędu [AFB, hodowla, DST].



prof. dr hab. n. med. Ewa Augustynowicz-Kopeć

Jest ich odpowiednio 36 i 34. Pracujemy zgodnie ze standardami WHO, ECDC oraz krajowych rekomendacji wypracowanych wspólnie z Polskim Towarzystwem Chorób Płuc – mówi prof. Augustynowicz-Kopeć.

Jak zaznacza, metody stosowane w diagnostyce gruźlicy różnią się między sobą czułością i specyficznością. Pierwszym etapem procesu diagnostycznego jest wykonanie bakterioskopii – badania wysoce specyficznego, ale o niskiej czułości.

– Stosujemy też metody hodowlane, posiewy na pożywkach stałych i płynnych. Jedną z technik, które są od jakiegoś czasu wykorzystywane w diagnostyce gruźlicy są też badania molekularne o wysokiej czułości i specyficzności – dodaje ekspertka.

Gruźlica i COVID-19 – zabójczy duet

Gruźlica to patogen, którego czas generacji jest bardzo długi, prątki dzielą się raz na 18 lub 24 miesiące. Przy zastosowaniu metod konwencjonalnych czas oczekiwania na wynik był bardzo długi i wynosił od 2 do 4 miesięcy. Jak podkreśla ekspertka, dzięki zaimplementowaniu nowoczesnych metod udało się ten czas skrócić do 28 dni.

– Mogę z pełnym przekonaniem stwierdzić, że wykrywanie gruźlicy weszło w erę diagnostyki molekularnej. To badania tego typu umożliwiają szybką identyfikację chorych. Przy dodatnim wyniku bakterioskopii wykonuje się badania molekularne. Pozytywny

wynik świadczy oczywiście o obecności prątków, ale ujemny wcale jej nie wyklucza. Należy też pamiętać, że wynik ujemny najpewniej uzyskamy w przypadku tzw. gruźlicy skąpobakteryjnej, pozapłucnej i dziecięcej. Coraz większym problemem dla zdrowia publicznego jest gruźlica lekooporna. W związku z tym wszystkie laboratoria prątka w Polsce zgodnie z zaleceniami WHO i ECDC pracuje z systemami molekularnymi, które identyfikują czy chory wydała prątki gruźlicy wrażliwe na leki, zwłaszcza te standardowo wykorzystywane w terapii – wyjaśnia prof. Augustynowicz-Kopeć. W 2015 r. WHO przyjęła strategię End TB, której podstawowym celem jest zmniejszenie liczby zgonów z powodu gruźlicy do 2035 r. aż o 95 proc. Jak na realizację tej polityki – i tak bardzo ambitnej – wpłynęła pandemia COVID-19? Jak wskazuje prof. Augustynowicz-Kopeć, liczba szacowanych przypadków gruźlicy w 2020 r. wzrosła o 16 proc. w porównaniu z 2012 – z poziomu 8,6 mln do 10 mln. Gruźlica pozostaje więc głównym zabójcą wśród chorób zakaźnych, pierwsze miejsce należy do COVID-19.

– Do końca 2019 r. 78 krajów o wysokim wskaźniku obciążenia gruźlicą było na dobrej drodze do osiągnięcia celów End TB. Pandemia COVID-19 zakłóciła jednak funkcjonowanie systemu opieki nad pacjentami z gruźlicą. Według raportu Global Fund liczba skierowań na badania molekularne w kierunku gruźlicy spadła w 2020 r. o 60 proc. – mówi ekspertka.

Jak dodaje, dotychczasowe dane o współistnieniu gruźlicy i COVID-19 są znikome, choć ta pierwsza została uznana istotnym czynnikiem ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia SARS-CoV-2.

Dlaczego tak trudno o skuteczny lek na COVID-19?

– Pandemia COVID-19 trwa niespełna dwa lata. W tym czasie udoskonalono nie tylko metody diagnostyczne w zakresie rozpoznania zakażenia SARS-CoV-2 – o czym diagności laboratoryjnej doskonale wiedzą – ale dokonał się też pewien postęp, jeśli chodzi o możliwości leczenia. (...) Oczywiście, nadal niestety nie są one do końca satysfakcjonujące i mają pewne ograniczenia. Mamy jednak nadzieję, że z czasem do dyspozycji klinicystów trafią skuteczniejsze terapie – mówił podczas wykładu poświęconego możliwościom i ograniczeniom leczenia COVID-19 **prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak**, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Jak wskazał prof. Flisiak, obraz kliniczny i przebieg COVID-19 jest niezwykle złożony. W swoich rekomendacjach Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (stale aktualizowanych i publikowanych również w języku angielskim) podzieliło infekcję COVID-19 na cztery stadia: skąpoobjawowe, pełnoobjawowe, burzy cytokinowej i ostrej niewydolności oddechowej. Pacjenci w dwóch ostatnich stadiach wymagają hospitalizacji, chorzy w ostatnim stadium nierzadko już wentylacji mechanicznej, której włączenie świadczy o bardzo niekorzystnym rokowaniu.

– Głównym ograniczeniem w leczeniu COVID-19 w fazie wirusowej jest czas. Najwyższą wirem, czyli ładunek SARS-CoV-2 w orga-



prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak

nizmie, obserwujemy na dzień lub dwa zanim wystąpią pierwsze objawy. Stąd też tak trudno było zapanować na pandemią w wczesnym jej etapie. (...) Sięgnięcie po leki przeciwwirusowe ma więc sens jedynie do 5. doby po pojawieniu się symptomów lub u osób po kontakcie z zakażonym. Z perspektywy klinicystów jest to w tej chwili największy problem, ponieważ większość pacjentów zgłasza się do opieki szpitalnej po prostu za późno – wskazuje prof. Flisiak.

Zgodnie z danymi pochodzącymi z realizowanego przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych SARSTer zaledwie 29 proc. z 1054 pacjentów biorących w nim udział przyjęło lek przeciwwirusowy remdesivir w tym pięciodniowym okienku. Zgodnie z najnowszymi zaleceniami PTEILCZ lekarze rodzinni będą mogli stosować u pacjentów z COVID-19 w pierwszym stadium, leczonych ambulatoryjnie, leki przeciwwirusowe – gdy tylko preparaty te zostaną zarejestrowane i dopuszczone do użytku. Chodzi o molnupirawir oraz kasirivimab/imdevimab. W drugim stadium nadal rekomendowana jest terapia remdesivirem (z zasadniczym udziałem tlenoterapii, gdy choroba jest bardziej lub mniej zaawansowana lek nie przynosi zdrowotnych korzyści).

– Trzecie stadium to już inny rodzaj leczenia. Ryzyko zgonu, stosunkowo niewysokie w dwóch pierwszych stadiach, w trzecim i czwartym znacząco wzrasta. W terapii na tym etapie rozwoju infekcji stosuje się tocilizumab, barytynib i deksametazon. Dzięki bazie SARSTer udało się zidentyfikować grupę pacjentów, którzy potencjalnie mogą odnieść największe korzyści z leczenia z wykorzystaniem tocilizumabu, leku blokującego receptory interleukiny-6 – wyjaśnia prof. Flisiak.

Jak dodaje, barytynib to inhibitor kinazy janusowej (JAK) dotychczas stosowany w leczeniu schorzeń reumatycznych, dziś to nowość w leczeniu COVID-19. Prof. Flisiak zastrzega, że nie wszyscy pacjenci będą się kwalifikowali do podania deksametazonu z uwagi na jego immunosupresyjne właściwości. Tego rodzaju leczenie jest najskuteczniejsze w przypadku chorych poddawanych wentylacji mechanicznej. Na etapie czwartego stadium brakuje, jak dotąd, skutecznych metod farmakoterapii.

Dwa leki, z którymi eksperci wiążą ostatnio spore nadzieje to molnupiravir i paxlovid. Prof. Flisiak kilkakrotnie w trakcie wykładu podkreślił, że brakuje naukowego potwierdzenia na skuteczność amantadyny.

– Żadna farmakoterapia nie zastąpi szczepień – podsumował prof. Robert Flisiak.

Wykorzystanie przeciwciał w diagnostyce SARS-CoV-2

Jakie narzędzia mają obecnie do dyspozycji diagnostyki laboratoryjnej diagnozujący zakażenie SARS-CoV-2?

– W fazie ostrego zakażenia możemy wykorzystywać testy wykrywające SARS-CoV-2. Mogą to być testy molekularne i antygenowe. Ostatnio pojawiły się także, już po etapie walidacji, bazujące na spektroskopii ramanowskiej. W sytuacji potwierdzenia zakażenia, uzyskujemy dodatni wynik testu. Gdy wynik jest ujemny, ale manifestowane przez pacjenta objawy są charakterystyczne dla przebiegu COVID-19, możemy oczywiście test potworzyć. Podczas infekcji najbardziej zasadne jest wykorzystanie markerów biochemicznych pomocnych w ocenie ciężkości zakażenia. Wykrywanie przeciwciał i określanie poziomu odpowiedzi immunologicznej jest wykonywane przypadków ozdrowieńców. To już narzędzie nadzoru epidemiologicznego – wyliczył **dr hab. n. med. Tomasz Dzieciatkowski** z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



dr hab. n. med. Tomasz Dzieciatkowski

Najczulsze są obecnie testy genetyczne, testy antygenowe doskonale będą się sprawdzały w przypadku aktywnego zakażenia. Oznaczenie poziomu przeciwciał może być zastosowane już nawet w 14. dobie po przebyciu zakażenia, choć zaleca się, aby mimo wszystko wykonywać je później.

– Pierwszemu etapowi rozwoju zakażenia nie towarzyszą żadne objawy. Pomiędzy 2-7 dobą pojawiają się pierwsze symptomy. Około siódmej doby zaczynają się pojawiać przeciwciała klasy IgM skierowane przede wszystkim przeciwko nukleoproteinie SARS-CoV-2. Od ok. 14 doby zaczynają się pojawiać przeciwciała klasy IgG. Ok. 21 doby od zakażenia powoli zanikają przeciwciała klasy IgM, te klasy IgG pozostają w organizmie. (...) Jeśli wynik PCR

jest dodatni przy jednoczesnym ujemnym wyniku badań serologicznych, pacjent może akurat być na etapie okienka serologicznego. W sytuacji gdy dodatnie są wyniki PCR i badanie przeciwciał klasy IgM, ale ujemne klasy IgG, to najpewniej mamy do czynienia z wczesną fazą zakażenia produktywnego COVID-19. Dodatnie wyniki wszystkich tych badań świadczą o ostrej fazie zakażenia. Dodatni wynik PCR i przeciwciał klasy IgG oznacza, że pacjent jest już w schyłkowej fazie zakażenia. (...) Dodatni wynik markerów serologicznych jest typowy dla ozdrowieńców – wyjaśnił dr Dzieciatkowski.

Jak zaznaczył ekspert, nie został jeszcze określony poziom przeciwciał klasy IgG, który gwarantowałby ozdrowieńcom odporność na reinfekcję. Co więcej, całkowicie normalnym zjawiskiem jest fakt, że z czasem poziom tych przeciwciał zaczyna spadać.

Nie tylko COVID-19

W jaki sposób pandemia COVID-19 wpłynęła na realizację świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej?

– Wyzwaniem, szczególnie w warunkach COVID-19, pozostaje diagnostyka laboratoryjna wybranych zaburzeń metabolicznych w chorobie nowotworowej. Do najczęstszych należą m.in. zespół ostrego rozpadu guza, hiperkalcemia, hiperurykemia i kwasica mleczanowa. (...) Warto o tych zaburzeniach pamiętać. Narzędzia diagnostyki laboratoryjnej pozwalają je bowiem diagnozować, a wdrożenie po ich wykryciu odpowiedniego postępowania niweluje wiele dolegliwości u pacjentów onkologicznych. Poprawia to oczywiście znacząco komfort życia pacjentów i ich bliskich – wskazała podczas swojego wykładu **dr hab. n. med. Ewa Wysocka**, kierownik Katedry i Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.



dr hab. n. med. Ewa Wysocka

Jak dodała ekspertka, w dobie COVID-19 nie należy zapominać o tym jak ważna jest tradycyjna diagnostyka laboratoryjna służąca opiece nad pacjentami z chorobami groźnymi dla zdrowia publicznego – takimi jak nowotwory. ●

SESJA III

ZARZĄDZANIE MEDYCZNYMI LABORATORIAMI
DIAGNOSTYCZNYMI. CZ. 1**Aktualne wyzwania w zarządzaniu
medycznymi laboratoriami diagnostycznymi**

Medycyna laboratoryjna dostarcza skutecznych narzędzi do diagnostyki i kontroli leczenia chorób cywilizacyjnych, jednego z bardziej znaczących problemów zdrowia publicznego. Wiele zależy więc od efektywności pracy diagnostów laboratoryjnych i jej dobrej organizacji.

W dniach 25–26 listopada 2021 roku odbyło się V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Jedną z sesji została poświęcona zarządzaniu medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Wykłady w jej ramach wygłosili prof. Maciej Banach, prof. Przemysław Leszek, dr n. praw. Rafał Kubiak oraz prof. Bogdan Solnica.

**Ważna rola medycyny laboratoryjnej
w zwalczaniu chorób cywilizacyjnych**

Nowe wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych przybliżył uczestnikom Forum **prof. dr hab. n. med. Maciej Banach**, kierownik Zakładu Nadciśnienia Tętnicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.



prof. dr hab. n. med. Maciej Banach

– Nowe wytyczne diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych pojawiły się na początku września. Ich opracowanie trwało ponad rok, są efektem wspólnej pracy sześciu towarzystw naukowych. Szczególne podziękowania należą się prof. Bogdanowi Solnicy oraz Polskiemu Towarzystwu Diagnostyki Laboratoryjnej, którego

szeroka reprezentacja uczestniczyła w pracach nad dokumentem. Prof. Solnica od lat ściśle współpracuje z Polskim Towarzystwem Lipidologicznym. Wspólnie staramy się, aby ten najczęstszy czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego, jakim są zaburzenia lipidowe był właściwie kontrolowany – przypominał prof. Maciej Banach. Głównym powodem dla którego polscy eksperci zdecydowali się na opracowanie wytycznych jest fakt, że jedynie niewielkiej części pacjentów z zaburzeniami lipidowymi udaje się osiągnąć cel terapeutyczny. Zgodnie z wynikami badania DA VINCI, na które powołał się prof. Banach, tylko co czwarty pacjent osiąga cel terapeutyczny. Co gorsza, udaje się to jedynie 18 proc. chorych z najwyższym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Stąd właśnie tak duża potrzeba praktycznych rekomendacji dotyczących tego jak postępować z pacjentami.

– Jedną z przyczyn tego zjawiska leży po stronie diagnostyki: jedynie 30 proc. pacjentów z zaburzeniami lipidowymi jest prawidłowo zdiagnozowanych, zdecydowanej większości nie postawiono więc diagnozy. Inną przyczyną to fakt, że w większości przypadków leczenie zaburzeń lipidowych nie jest optymalne, nadal zdecydowana mniejszość chorych otrzymuje najwyższe dawki statyn – wskazuje prof. Banach.

Inną przyczyną braku optymalnej farmakoterapii zaburzeń lipidowych kryje się w obserwowanym od lat zjawisku nieprzestrzegania lekarskich zaleceń. Szacuje się, że lekarskich zaleceń w zakresie leczenia przestrzega niecała połowa pacjentów. Przekłada się to bezpośrednio na wzrost ryzyka sercowo-naczyniowego. Błędem po stronie lekarzy jest zmniejszanie dawek statyn, gdy chory osiągnie cel terapeutyczny.

– Duże zmiany stężenia LDL cholesterolu związane z odstawianiem lub zmniejszaniem dawek statyn wpływają niekorzystnie na ryzyko sercowo-naczyniowe – podkreśla prof. Banach. Jak wskazuje ekspert, osiągnięciu celu terapeutycznego szczególnie u chorych o najwyższym poziomie SN sprzyja stosowanie leczenia skojarzonego.

Nowe wytyczne a szacowanie ryzyka SN

Polska, obok innych państw Europy Środkowej i wschodniej, zalicza się do państw, których mieszkańcy obarczeni są wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Prof. Banach zaznacza, że skuteczne postępowanie w terapii zaburzeń lipidowych opiera się nie tylko o farmakologię, ale też modyfikację stylu życia i staty nad-

zór nad parametrami ryzyka SN. Nawet jeśli w danym momencie mieszczą się one w zakresie wartości referencyjnych nie wyklucza to konieczności stałego nadzoru.

– Jakie zmiany jeśli chodzi o ocenę parametrów profilu lipidowego przyniosły nowe wytyczne? Przede wszystkim oznaczenie stężenia cholesterolu nie-HDL jest stałym elementem profilu lipidowego u każdego pacjenta z zaburzeniami lipidowymi. Parametr ten znacznie dokładniej stratyfikuje ryzyko SN. W środowisku nadal toczy się dyskusja jaką rolę w zakresie predykcji ryzyka SN odgrywa oznaczenie stężenia apolipoproteiny B. W mojej ocenie, aby należycie określić poziom ryzyka SN, wystarczy oznaczyć stężenie cholesterolu LDL i HDL. [...] W polskich realiach bardzo rzadko oznaczamy lipoproteinę [a]. Tymczasem jest to bardzo istotny, niezależny czynnik stratyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego. Oznaczenie tego parametru należy rozważyć u wszystkich pacjentów z przedwczesnym wystąpieniem schorzeń sercowo-naczyniowych oraz w przypadkach nieosiągania celu terapeutycznego w leczeniu statynami. Ponadto lipoproteinę [a] powinniśmy również oznaczyć u chorych, których stwierdzamy graniczne ryzyko SN pomiędzy umiarkowanym a wysokim – mówi prof. Banach.

Jak prawidłowo kontrolować ryzyko niewydolności serca

Cukrzyca typu 2. i niewydolność serca stosunkowo często ze sobą współistnieją, co potwierdzają badania i praktyka kliniczna.

– Niewydolność serca i cukrzyca typu 2. to choroby dość często współwystępujące. Pierwsze objawy sercowo-naczyniowe u pacjenta z cukrzycą to w większości przypadków albo choroba naczyń obwodowych, albo niewydolność serca. Powszechnie kojarzy się uszkodzenie serca z zawałem i nieprawidłowo kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym, mniej natomiast mówi się w tym kontekście o cukrzycy. [...] Tymczasem cukrzyca typu 2. zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe i progresję niewydolności serca – wskazuje **prof. dr hab. n. med. Przemysław Leszek** z Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Jak jednak jednocześnie podkreśla, prawidłowe kontrola i leczenie cukrzycy skutkują regresją zmian charakterystycznych dla HF.

– Wachlarz opcji terapeutycznych dostępnych dziś dla kardiologów znacząco się ostatnimi czasy poszerzył. Obecnie pacjentom z HF, u których nie rozwinęła się jeszcze cukrzyca, proponujemy leki niegdyś stosowane wyłącznie przez diabetologów. Chodzi o floszyny, czyli inhibitory SGLT2 – zwraca uwagę prof. Leszek. Skuteczność i działanie kardioprotekcyjne floszyn zostało potwierdzone badaniami, w których udowodniono, że ich włączenie do leczenia skutkuje redukcją ryzyka hospitalizacji z powodu HF.

HF została według klasyfikacji podzielona na:

- niewydolność serca ze zmniejszoną frakcją wyrzutową (HFrEF),
- niewydolność serca z umiarkowanie zmniejszoną frakcją wyrzutową (HFmrEF),
- niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF).



prof. dr hab. n. med. Przemysław Leszek

– Jak wygląda algorytm diagnostyki niewydolności serca? Pierwszym krokiem jest oczywiście zebranie wywiadu i ocena objawów. Następnie należy oznaczyć stężenie NT-proBNP lub BNP we krwi, a w kolejnych krokach wykonać echokardiografię. Pomaga to ocenić frakcję i zakwalifikować pacjenta do odpowiedniej grupy, co przekłada się na włączenie prawidłowego leczenia. Warto jednak zwrócić uwagę, że badanie NT-proBNP/BNP ma swoje zalety i wady. Wiemy, że u pacjentów z niewydolnością serca parametry te rosną, podobnie jak w przypadku wielu innych schorzeń sercowo-naczyniowych. Co więcej, wzrost NT-proBNP/BNP odnotowuje się również z przyczyn pozasercowych, jak np. niewydolność nerek, udar, anemia czy rozległe oparzenia. Nie jest to więc badanie gwarantujące uzyskanie wskaźników swoistych dla HF. Należy też pamiętać o innej prawidłowości: stężenie BNP będzie niższe u osób z nadwagą i otyłością – wyjaśnia prof. Leszek.

Jak dodaje ekspert, w przypadku pacjentów z HF leczonych lekiem sakubitryl/walsartan poziom BNP wzrastał, mimo że rokowanie chorych się poprawiało. Stężenie NT-proBNP natomiast malało, co było dowodem na poprawę kontroli nad niewydolnością serca.

– Ocena ryzyka HF u pacjentów z cukrzycą jest oczywiście bardzo istotna. Na początku rozwoju uszkodzenia serca, gdy jest jeszcze za wcześnie na kliniczną manifestację zmian, stężenie BNP wzrasta – wtedy też wskazane jest wykonanie jego oznaczenia. W późniejszym stadium choroby rośnie poziom innych hormonów, wówczas mamy już do czynienia z w pełni rozwiniętą niewydolnością serca. Chciałbym podkreślić, że każdego chorego z cukrzycą typu 2. należy ocenić pod kątem ryzyka niewydolności serca, właśnie wykonując oznaczenie NT-proBNP. Jeśli jego stężenie jest podwyższone, pacjenci są w grupie wysokiego ryzyka SN, u których powinno się włączyć adekwatne leczenie – zwraca uwagę prof. Leszek.

Ochrona karno-prawna diagnosty laboratoryjnego w związku z atakami antyszczepionkowców

Jak podkreślono w kolejnym wykładzie, w ostatnim czasie odnotowuje się coraz więcej ataków na medyków – w tym diagnostów laboratoryjnych – ze strony środowisk antyszczepionkowych.

– Niestety, problem agresji towarzyszył pracownikom ochrony zdrowia już przed pandemią i przybierał różne formy. Ostatnio w związku z zagrożeniem pandemicznym uaktywniły się ruchy antyszczepionkowe, które podejmują działania niebezpieczne dla osób realizujących szczepienia przeciwko SAR-CoV-2 oraz tych pracujących przy zwalczaniu COVID-19 – wskazuje **dr hab. n. prawn. Rafał Kubiak**, prof. nadzw. Uniwersytetu Łódzkiego, zastępca dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi.

Skala ataków na medyków wzrasta, stąd tak istotna jest znajomość instrumentów ochrony jakie zapewnia polskie prawo diagnostom laboratoryjnym.

– Wszystkie tego rodzaju zachowania mogą podlegać opisowi czynów zabronionych. W zależności od tego jakie dobro pracownika medycznego zostanie naruszone, tak będziemy dany czyn kwalifikować. Mogą to być zatem przestępstwa wobec wolności, a pośród nich groźba karalna i zmuszanie. Czasami dobrem, które zostaje zaatakowane jest godność i cześć, w takich sytuacjach mówimy o zniesławieniu i znieważeniu. Zdarza się także, że dochodzi do naruszenia nietykalności cielesnej lub ataku na mienie. Czasami te ataki mają gwałtowny i brutalny przebieg, co może skutkować narażeniem na uszczerbek na zdrowiu – wylicza prof. Kubiak.

Niekiedy pracownicy medyczni mogą liczyć na ochronę prawną na takim samym poziomie jak funkcjonariusze publiczni.

– Trzeba tu jednak wyjaśnić, że pracownicy medyczni co do zasady nie są funkcjonariuszami publicznymi. (...) Czasami jednak medycy, w tym diagnosty laboratoryjni, mogą liczyć na ochronę prawną taką jaką mają funkcjonariusze publiczni – mówi ekspert. W zakresie naruszenia wolności diagnosta laboratoryjny zetknie się najczęściej z groźbą karalną i zmuszaniem do określonego zachowania. Groźba karalna polega na groźeniu innej osobie popełnieniem przestępstwa na szkodę jej lub osoby najbliższej (np. małżonka lub dzieci), w ofierze wzbudza ona realną obawę, że zostanie spełniona. Jak zaznacza prof. Kubiak, nie ma znaczenia forma w jakiej groźba zostanie wyartykułowana – może to nastąpić bezpośrednio, pisemnie czy np. za pomocą SMSów lub wiadomości mejlowych.

– Kluczowe jest pojęcie uzasadnionej obawy. Nie bazujemy tutaj wyłącznie na subiektywnym odczuciu osoby, która mogłaby się czuć zagrożona. W takich wypadkach brane jest pod uwagę, czy przeciętny obywatel również by się realnie obawiał. Groźby karalne są ścigane na wniosek pokrzywdzonego, musi on złożyć wniosek o ściganie. W przypadku zmuszania do określonego zachowania groźba stanowi narzędzie za pomocą którego sprawca chce nakłonić ofiarę do zachowania zgodnie z jego wolą. Nie musi tutaj zachodzić uzasadniona obawa, nie trzeba też udowadniać, że sprawca ma odpowiednie do spełnienia groźby warunki. Ten czyn



dr hab. n. prawn. Rafał Kubiak

jest karany surowiej niż groźba karalna, ściga się go z oskarżenia publicznego. Poszkodowany musi jedynie powiadomić ustnie bądź pisemnie policję albo prokuraturę – wyjaśnia prof. Kubiak.

Diagnosty laboratoryjni, jak pokazuje praktyka, mogą też paść ofiarą zniesławienia lub znieważenia. Zniesławienie godzi w nasze dobre imię, znieważenie godzi w wewnętrzne poczucie wartości. Oba czyny mogą zostać popełnione w bezpośrednim kontakcie, ale też za pomocą środków przekazu np. w publikacjach prasowych lub internetowych. Zniesławienie polega na pomówieniu jakiejś osoby bądź instytucji, znieważenie to po prostu obrażenie kogoś np. z wykorzystaniem wulgaryzmu. Zniewazyć można wyłącznie osobę fizyczną, czyli np. konkretnego diagnostę. Przestępstwem przeciwko godności jest też naruszenie nietykalności cielesnej poprzez np. spoliczkowanie, szarpanie, oplucie, wylewanie różnych substancji. To czyn ścigany z oskarżenia prywatnego, poszkodowany musi zgromadzić dowody i sporządzić akt oskarżenia oraz skierować go do sądu.

Jak podkreśla prof. Kubiak, zasadniczo pracownik medyczny nie należy do kategorii funkcjonariuszy publicznych. Niekiedy jednak może być objęty karnoprawną ochroną przewidzianą dla osób tej kategorii. Może ona wynikać z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Kodeksu Karnego. Niedawna nowelizacja przepisów przyjętych w warunkach pandemii COVID-19 również zapewnia medykom, także diagnostom, wzmożoną ochronę prawną. Nowela zmieniła wymiar sankcji, wyżej wymienione przestępstwa są w myśl nowych przepisów ścigane z urzędu.

Jak poprawić komunikację w diagnostyce laboratoryjnej?

Z czego wynikają bariery komunikacyjne pomiędzy diagnostami laboratoryjnymi i innymi medykami, w szczególności lekarzami, oraz pracownikami administracji podmiotów leczniczych?



prof. dr hab. n. med. Bogdan Solnica

5

OGÓLNOPOLSKIE FORUM
KIEROWNIKÓW
MEDYCZYNYCH
LABORATORIÓW
DIAGNOSTYCZNYCH

– Istotną grupę tych problemów stwarzają różnice w terminologii dotyczące badań laboratoryjnych, wykorzystanych metod analitycznych czy stanów chorobowych, które te badania opisują. Dobrym przykładem tego zjawiska są próby wątrobowe, których wynik w różnych miejscach może oznaczać coś innego. Co ciekawe, w nazewnictwie anglosaskim takiego badania zasadzie nie ma, aczkolwiek istnieje liver function test, obecnie również krytykowane. (...) Drugim obszarem stwarzającym problemy są różne jednostki wyrażania wyników badań oraz wartości referencyjne i decyzyjne – zwraca uwagę **prof. dr hab. n. med. Bogdan Solnica** z Katedry Biochemii Klinicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Różnice w stosowanej terminologii mogą nie przysparzać większych trudności, jeśli ich skala ma lokalny wymiar. Problemy pojawiają się wówczas, gdy z informacją trzeba wyjść poza struktury lokalnego laboratorium i skomunikować się np. z inną instytucją, przekazać dane w toku procedur sprawozdawczych lub naukowo-badawczych.

– Różnice terminologiczne są szczególnie problematyczne dla systemów informatycznych. Rozwiązanie tego problemu wydaje się proste: wystarczy ujednolicić terminologię. Niestety, nie jest to takie łatwe do wdrożenia. (...) Czy instytucje zajmujące się regulacjami w obszarze medycyny laboratoryjnej mogą coś z tym zrobić? Wydaje się, że problem ten najłatwiej byłoby rozwiązać lokalnie. Na tym poziomie warto podjąć próbę wypracowania powszechnie akceptowalnych przez lekarzy, pacjentów i diagnostów wyników badań laboratoryjnych i decyzją kierownictwa laboratorium wdrożyć je do praktyki. Takie rozwiązanie napotyka niestety na istotne trudności – mówi ekspert.

Jak zaznacza prof. Solnica, problem komunikacyjnych trudności mogłoby rozwiązać wprowadzenie jednolitej klasyfikacji i kodowania badań laboratoryjnych.

– 25 lat temu zaczęliśmy we współpracy z NIZP-PZH prace nad klasyfikacją badań laboratoryjnych i systemem kodowania. Opra-

cowaliśmy system, który następnie czterokrotnie został opublikowany w formie książkowej oraz zamieszczony w Rejestrze Systemów Kodowania Ministerstwa Zdrowia. (...) Opracowany przez nas system jest cały czas stosowany w wielu placówkach, ale jedynie częściowo. (...) Niestety, od jego stworzenia minęło już 25 lat, system się „zużył” wraz z pojawianiem się nowych badań laboratoryjnych. Pula tróznakowych kodów alfanumerycznych się wyczerpuje. Braki te próbujemy doraźnie uzupełniać, ale nie jest to działania efektywne. Co więcej, nastroczają one problemów z kodowaniem badań genetycznych i mikrobiologicznych – zwraca uwagę prof. Solnica.

Wobec tego trwają w tej chwili prace nad przystosowaniem do polskich warunków, w tym także językowych, jednego z dosyć powszechnie używanych na świecie i w Europie systemów: LOINC.

– W Polskim Towarzystwie Diagnostyki Laboratoryjnej powołaliśmy sekcję ds. standaryzacji informacji w medycynie laboratoryjnej. Jej zadaniem jest „spolszczenie” i udział we wdrożeniu systemu LOINC oraz prace nad systemem standaryzacji SSIDL – informuje ekspert.

Jakie korzyści dla diagnostów oraz systemu ochrony zdrowia wynikną z procesu standaryzacji? To między innymi uzyskanie jednoznaczności nazw i kodów poszczególnych procedur w skali krajowej i międzynarodowej, pewności co do przedziału wartości referencyjnych i decyzyjnych oraz poprawa dostępu do informacji niezbędnych do interpretacji wyników. Efekty prac PTDL zostaną przedstawione być może w ciągu najbliższych kilku lub kilkunastu miesięcy. ●

SESJA IV

ZARZĄDZANIE MEDYCZNYMI LABORATORIAMI DIAGNOSTYCZNYMI. CZ. 2

Kluczowe aspekty zarządzania medycznym laboratorium diagnostycznym

Co mogłoby wzmocnić pozycję medycznych laboratoriów diagnostycznych w systemie opieki zdrowotnej? Środowisko diagnostów laboratoryjnych upatruje swojej szansy m.in. w realizacji programu „Profilaktyka 40 Plus”.

W dniach 25-26 listopada 2021 roku odbyło się V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Jedną z sesji została poświęcona zarządzaniu medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Zaproszeni eksperci omówili m.in. zagadnienia związane z zarządzaniem jakością, startem programu „Profilaktyka 40 Plus” i pozycją kierownika MLD w systemie ochrony zdrowia.

Jak dbać o jakość w MLD?

Według koncepcji zarządzania przez jakość każdy z pracowników stosuje narzędzia ciągłej poprawy funkcjonalności laboratorium celem podniesienia poziomu świadczonych usług laboratoryjnych, co ma swoje dodatnie przełożenia na oczekiwania pacjenta.

7 podstawowych zasad zarządzania przez jakość:

- Orientacja na pacjenta,
- Przywództwo,
- Zaangażowanie ludzi,
- Podejście procesowe,
- Ciągłe doskonalenie,
- Podejmowanie decyzji na podstawie dowodów,
- Zarządzanie relacjami.

– Tym co przekłada się na jakość w MLD jest nasza misja. Leczymy i opiekujemy się pacjentem nowoczesnie i bezpiecznie. Na tę jakość składa się również wizja i strategia. W Wojskowym Instytucie Medycznym rozwijamy nowoczesną, wieloprofilową jednostkę badawczą i leczniczą. Promujemy innowacyjność i kreatywność pracowników oraz podejmowanie przez nich działań wspierających rozwój osobowy naszej kadry – podkreśla **dr hab. n. med. Agnieszka Woźniak-Kosek** z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.



dr hab. n. med. Agnieszka Woźniak-Kosek

Ważny element dbania o jakość, zaznacza dr Woźniak-Kosek, to właściwy nadzór nad zdarzeniami niepożądanymi, których całkowite wyeliminowanie jest w zasadzie nierealne.

– Przy analizie zdarzeń niepożądanych należy wziąć pod uwagę uwarunkowania związane z funkcjonowaniem personelu, uzyskiwaniem odczynników, usterki sprzętu analitycznego i oprogramowania – mówi ekspertka.

Jak dodaje, elementem dbania o jakość jest także m.in. szeroka oferta szkoleniowa dla personelu, dbałość o jakość pozyskiwanych drogą przetargów odczynników i niezawodność komputerowego oprogramowania.

EDM z punktu widzenia medycznych laboratoriów diagnostycznych

Od kilku lat budowa krajowego e-zdrowia znacznie przyspiesza, środowisko diagnostów laboratoryjnych należy do liderów wdrażania rozwiązań informatycznych.

– Rdzeniem naszego systemu jest Platforma P1, która stanowi miejsce styku pomiędzy pacjentem a profesjonalistami medycznymi. W tej chwili do P1 jest podłączonych kilkanaście tysięcy podmiotów, do systemu zaraportowano już 97 mln zdarzeń medycznych. Co dla nas szczególnie istotne, liczba aktywnych Internetowych Kont Pacjenta wzrosła do ponad 13 milionów. (...) W pierwszym kwartale kolejnego roku planujemy pilotaż centralnej e-rejestracji do wybranych specjalistów – informuje **Jarosław Kieszek**, dyrektor Centrum e-Zdrowia.



Jarosław Kieszek



dr n. med. Andrzej Janus

Z badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą przeprowadzonego w czerwcu 2021 roku wynika, że 87 proc. podmiotów diagnostycznych lub zabiegowych deklaroowało odpowiednią liczbę stanowisk do wdrożenia EDM. 24 proc. placówek diagnostycznych i obrazowych wdrożyło rozwiązania do wymiany dokumentacji medycznych z innymi podmiotami.

– Tworząc nasze rozwiązania koncentrujemy się na dwóch najważniejszych grupach odbiorców. Pierwszą z nich są pacjenci, drugą oczywiście personel medyczny. (...) Rozwiązania e-zdrowia mają przede wszystkim odciążyć medyków od obowiązków sprawozdawczych, ale też usprawnić przepływ informacji między podmiotami, a tym samym skrócić m.in. skrócić proces diagnostyki. (...) Wdrożenie EDM to największe z dotychczasowych wyzwań. (...) Od 1 lipca obowiązkowa jest wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej i raportowanie zdarzeń medycznych. Póki co wymianie podlega pięć dokumentów, w tym te najbardziej interesujące diagnostów, czyli opisy badań diagnostycznych oraz wyniki badań z opisem. Chciałbym podkreślić, że środowisko diagnostów należy do liderów wdrażania e-zdrowia. Proaktywna postawa ze strony diagnostów laboratoryjnych i KIDL pozwoliła m.in. na opracowanie rekomendacji dla medycznych laboratoriów diagnostycznych – podkreśla Jarosław Kieszek.

Zalety związane z wprowadzeniem EDM:

- Zwiększenie bezpieczeństwa i kontroli danych medycznych,
- Standaryzacja dokumentacji medycznej,
- Transparentność – zapewnienie pacjentowi dostępu do danych na IKP oraz możliwości ich udostępnienia innemu pracownikowi medycznemu,
- Poprawa koordynacji procesu leczenia,
- Łatwiejsza i szybsza diagnostyka, dzięki poprawie przepływu danych,
- Zwiększenie interoperacyjności systemu ochrony zdrowia.

Zarządzanie zmianą w medycznych laboratoriach diagnostycznych

Jedną z bardziej popularnych i częściej wykorzystywanych metodologii optymalizacji pracy w MLD jest DMAIC, czyli zarządzanie zmianą.

– Metoda ta składa się z kilku etapów: definiowanie, pomiar, analiza, doskonalenie i kontrolowanie. Niezależnie jednak od tego

jaką metodę wybierzemy do optymalizacji, musimy pamiętać, że najważniejsi są ludzie oraz sprawność samego procesu. Optymalizacja wbrew personelowi po prostu się nie uda. Kolejnym czynnikiem, który musimy wziąć pod uwagę to baza sprzętowa, choć nie należy optymalizacji sprowadzać do prostej wymiany sprzętu – mówi **dr n. med. Andrzej Janus**, certyfikowany międzynarodowy konsultant LEAN Healthcare & SixSigma w Siemens Healthineers. Jak zaznacza, kluczowa dla sprawnej optymalizacji jest faza definiowania, czyli precyzyjne określenie celów tego procesu – oczywiście przy uwzględnieniu specyfiki danego laboratorium i zaangażowania personelu. Jednym z łatwiejszych do określenia wskaźników wydajności MLD może być skrócenie czasu oczekiwania na wynik. Jak podkreśla dr Janus, optymalizacja ma na celu lepsze wykorzystanie zasobów kadrowych laboratoriów, a nie ograniczanie zatrudnienia.

– Proces optymalizacji jest czasochłonny i pełen pułapek. Warto więc rozważyć skorzystanie z doradztwa zewnętrznego konsultanta. Jeśli zdecydujemy się przeprowadzić go samodzielnie powinniśmy pamiętać o zachowaniu równowagi pomiędzy elementem procesowym i ludzkim – podkreśla dr Andrzej Janus.

Czas upowszechnić badania POCT?

Badania realizowane w miejscu opieki nad pacjentem (POCT – *point of care testing*) są ważną częścią działalności MLD i organizacji pracy. Pierwotnie badania POCT były zarezerwowane dla pacjentów w stanach nagłych, stąd wykonywano je głównie na oddziałach intensywnej opieki medycznej. Wraz z dokonywaniem się postępu medycznego, technicznego i organizacyjnego procedury te wyszły poza obszar OIOM do pozostałych oddziałów, przychodni przyszpitalnych i specjalistycznych, gabinetów POZ oraz innych specjalistów.

– Podstawowe zastosowanie badań POCT na oddziałach szpitalnych to przede wszystkim kontrola stanu chorych ze schorzeniami przewlekłymi i monitorowanie terapii. Do tego celu wykorzystuje się oznaczenia w trybie POCT oznaczenia glukozy we krwi, APTT/PT, gazometrię + RKZ, elektrolity czy bilirubinę – wylicza prof. Solnica. Procedury w trybie POCT, zdaniem prof. Solnicy, należałoby też upowszechnić w lecznictwie otwartym. Przełożyłoby się to na oszczędność czasu, sprawność procesu diagnostycznego i komfort pacjenta.

– Wybór badań, pobranie materiału, wykonanie oznaczeń i przekazanie wyników lekarzowi zamknęłyby się wówczas w czasie jednej wizyty. Jak wygląda natomiast wykorzystanie procedur POCT w gabinetach lekarzy rodzinnych? Zgodnie z zarządzeniem ministra zdrowia w koszyku świadczeń gwarantowanych znajduje się obecnie 50 badań możliwych do zrealizowania na warunkach POZ. [...] Co mogą poprawić w jakości świadczeń udzielanych przez lekarzy rodzinnych badania POCT? Z całą pewnością przełożyłyby się na poprawę monitorowania leczenia i przebiegu cukrzycy oraz wykrywanie i nadzór na terapią dyslipidemii. Co więcej, miałyby szansę zwiększyć wczesną wykrywalność przewlekłej choroby nerek i niektórych zakażeń, takich jak choćby SARS-CoV-2. Przede wszystkim zaś zwiększyłyby komfort pacjenta, który uzyskałby kompleksową opiekę podczas jednej wizyty – ocenia prof. Solnica. Jego zdaniem, mimo pewnych trudności choćby natury organizacyjnej, warto byłoby rozważyć wprowadzenie do POZ możliwości realizowania takich procedur POCT jak badanie ogólne moczu, profil lipidowy, oznaczenie stężenia glukozy i albuminy w moczu lub niektóre badania mikrobiologiczne (np. w kierunku SARS-CoV-2). Badania POCT w ramach POZ, zresztą podobnie jak w warunkach leczenia szpitalnego, wykonywałyby pielęgniarki. Do zalet realizowanych tą metodą procedur można zaliczyć bardzo krótki czas oczekiwania na wyniki – w przypadku niektórych badań byłoby to zaledwie od kilku do kilkunastu minut. Jak podsumowuje prof. Solnica, realizacja badań POCT w warunkach leczenia otwartego generuje też pewne problemy.

– Badania w trybie POCT w lecnicztwie otwartym wymykają się w pewnym stopniu obowiązującym standardom wynikającym z normy ISO. Objęcie tego rodzaju procedur nadzorem i wsparciem w zakresie doboru aparatury, szkolenia operatorów i kontroli jakości ze względów logistycznych byłoby bardzo skomplikowane. Problematyczne pozostają także kwestie organizacji, rozliczeń tych świadczeń oraz utylizowania potencjalnie zakaźnego materiału, który pozostaje po niektórych procedurach – wskazuje ekspert.

Oznaczanie glukozy w trybie POCT – możliwości i wyzwania

Badania w trybie POCT są jednym z bardziej dynamicznie rozwijających się obszarów medycyny diagnostycznej. W warunkach szpitalnych wykonują je głównie pielęgniarki i położne, ale są one także standardem w praktyce lekarzy rodzinnych i np. ratowników medycznych.

– Bardzo ważne przy wdrażaniu diagnostyki realizowanej w miejscu opieki nad pacjentem jest wykorzystanie dostosowanych do potrzeb oddziału i chorych analizatorów. Przekłada się to bezpośrednio na szybkość i prawidłowość procesu terapeutycznego. Analizatory parametrów krytycznych znajdują więc swoje zastosowanie na oddziałach intensywnej opieki medycznej, ratunkowych, noworodkowych i stacjach dializ. Natomiast glukometry można wykorzystać z powodzeniem na pozostałych oddziałach – mówi **mgr Katarzyna Ziółkowska** z Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Jak podkreśla, w pomiarach glukozy w POCT ważne jest, aby pacjent miał dostęp do badania przez cały czas pobytu w szpitalu.

– Glikiemie z wykorzystaniem analizatorów POC monitorujemy u pacjentów hospitalizowanych, chorych na cukrzycę, w tym w przypadku kobiet z cukrzycą ciążową. Bardzo ważne jest też monitorowanie glikemii u noworodków oraz u kobiet w trakcie porodu, a także u pacjentów w stanach nagłych. Realizacja profili dobowych glikemii w czasie rzeczywistym pozwala na skuteczniejszy nadzór nad stanem chorego i szybszą modyfikację leczenia. Dlaczego analizatory POCT na określonych oddziałach jest tak potrzebne? Przede wszystkim pozwalają na skrócenie czasu uzyskania wyniku – dodaje ekspertka.

To nie jedyne zalety badań realizowanych w tym trybie. Do innych należy także możliwość śledzenia zmian w oznaczanych parametrach, co daje szansę na szybką reakcję i ewentualną zmianę leczenia. Jak podkreśla mgr Katarzyna Ziółkowska, należy jednak pamiętać o ograniczeniach procedur wykonywanych przy łóżku pacjenta.



mgr Katarzyna Ziółkowska

– Mimo że analizatory POCT wykorzystują narzędzia i techniki porównywalne z tymi, do których mamy dostęp w laboratorium, to jednak mają one swoje wady. Niewątpliwymi zaletami glukometrów jest ich prostota w obsłudze. Są to przy tym urządzenia niewielkie, więc dla personelu medycznego nie stanowi żadnego problemu wykonanie z ich użyciem wielu badań u grupy pacjentów – wskazuje ekspertka.

Większość wiodących producentów glukometrów udoskonala urządzenia, eliminując wpływ czynników zakłócających oraz zapewniając możliwość zdalnego nadzoru poprzez oprogramowania.

Kierownik jako lider zespołu MLD

Jaką rolę mogliby pełnić w ochronie zdrowia kierownicy medycznych laboratoriów diagnostycznych? Wydaje się, że – podobnie jak do czasu pandemii było w przypadku medycyny laboratoryjnej – ich potencjał nie jest przez system w pełni wykorzystywany. Jak podkreśla **Renata Zygmuntowicz-Aniśko**, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych



Renata Zygmuntowicz-Aniśko

nych, którego jest prezesem, powstało właśnie po to, aby wzmocnić rangę laboratoriów i ich kierowników.

– Chcielibyśmy mieć możliwość kreowania rozwiązań prawnych i organizacyjnych prowadzących do poprawy obsługi pacjenta przez laboratoria. W tym celu wypracowujemy stanowiska w najbardziej palących dla środowiska kwestiach, które następnie przekazujemy Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych i Ministerstwu Zdrowia. Ważna dla Stowarzyszenia byłaby również możliwość opiniowania aktów prawnych dotyczących laboratoriów diagnostycznych oraz przedstawiania tych wniosków np. na sejmowych komisjach i podkomisjach. W naszej ocenie kluczowe jest także umożliwienie nam wpływu na kreowanie ścieżki rekrutacji absolwentów uczelni medycznych, oczywiście we współpracy z uniwersytetami. Ponadto zasadne byłoby także opracowywanie analiz dotyczących warunków zatrudnienia i płacy opartych na anonimowych badaniach ankietowych – wylicza Renata Zygmuntowicz-Aniśko.

Jak wskazuje, przed medycyną laboratoryjną stoi obecnie wiele wyzwań, aby im sprostać laboratoria diagnostyczne wymagają silnego przywództwa. Jego znaczenie uwidoczniła pandemia COVID-19, jedno z największych wyzwań dla medycyny laboratoryjnej i całej ochrony zdrowia.

- Pandemia uwypukliła również pewne problemy, z którymi zmaga się środowisko. Chodzi przede wszystkim o braki kadrowe, dotkliwe odczuwalne jeszcze przed COVID-19. W warunkach pandemii okazało się też, że nie wszystkie jednostki diagnostyczne są wyposażone w odpowiedniej jakości sprzęt. Co więcej, inne wyzwanie, przed którym nadal stoi cały system to upowszechnienie opieki koordynowanej, narzędzia szczególnie ważnego z perspektywy potrzeb zdrowotnych pacjenta z wielochorobowością. Tacy chorzy wymagają wdrożenia multidyscyplinarnego planu opieki, a ten powinien uwzględniać również pracę diagnostów laboratoryjnych – wskazuje Renata Zygmuntowicz-Aniśko.

Wśród zadań na najbliższe lata dla środowiska jakie wymienia ekspertka znajduje się też wzrost liczby skierowań na badania diagnostyczne wystawianych przez lekarzy podstawowej opieki zdro-

wotnej. Kierownicy MLD, zaznacza prezes Zygmuntowicz-Aniśko, czekają na przyjęcie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta.

– Zarządzanie przez jakość jest codziennością MLD. Dotychczas nie było jednak powiązane z finansowaniem. Jako stowarzyszenie stoimy na stanowisku, że prawidłowe monitorowanie jakości powinno przełożyć się na poziom finansowania zarówno w zakresie płac, jak i laboratoryjnej infrastruktury – dodaje ekspertka.

Jak podkreśla, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, jakość w laboratorium diagnostycznym jest przede wszystkim uwarunkowana dobrym funkcjonowaniem zespołu – a w tym zakresie wiele zależy od kierownika. Jako dobry lider, wskazuje Renata Zygmuntowicz-Aniśko, kierownik MLD powinien wsłuchiwać się w opinie swoich pracowników, stymulować ich rozwój i skutecznie komunikować się z zespołem.

Profilaktyka 40 plus z perspektywy MLD

Program „Profilaktyka 40 plus” rozpoczął się 1 lipca 2021 roku. W pierwotnych założeniach miał potrwać do końca 2021 roku i docelowo objąć ok. 20 mln Polaków. W połowie listopada minister zdrowia zdecydował jednak o jego wydłużeniu o kolejne sześć miesięcy – do końca czerwca 2022 roku.

– W mojej ocenie program „Profilaktyka 40 Plus” jest dla diagnostów laboratoryjnych szansą na wzmocnienie pozycji. To profilaktyka jest właśnie tą dziedziną medycyny, w której zlecenie badań niekoniecznie musi być elementem lekarskiej działalności. Jeśli bowiem ich wyniki są w normie, wówczas interpretacja z powodzeniem może pozostawać w gestii diagnosty laboratoryjnego. (...) Pierwotnie „Profilaktyka 40 Plus” miał być programem prowadzonym przez lekarzy rodzinnych, jednak z różnych względów resort zdrowia odszedł od tego pomysłu. W obecnym kształcie programu wiodącą rolę przewidziano w nim dla diagnostów laboratoryjnych – podkreśla **prof. dr hab. n. med. Jakub Swadźba**, współzałożyciel i prezes Spółki Diagnostyka S.A.



prof. dr hab. n. med. Jakub Swadźba

O starcie programu mówiło się jeszcze przed pandemią COVID-19. Już wtedy dane epidemiologiczne potwierdzały, że największymi zabójcami w polskiej populacji są choroby układu sercowo-naczyniowego. Jednym z długofalowych skutków COVID-19 dla zdrowia publicznego jest zjawisko tzw. długu zdrowotnego, dla którego redukcji programy takie jak „Profilaktyka 40 Plus” może się okazać niezbędne.

– Program rozpoczął się z dużym opóźnieniem. Do firmy Diagnostyka informacja o tym, że możemy do niego przystąpić dotarła dopiero w połowie czerwca. Okazało się również, że jego realizacja wymaga sporego zaplecza informatycznego i wysokich umiejętności zespołów laboratoriów na tym polu. Z tego właśnie powodu realizacja programu była takim wyzwaniem dla mniejszych ośrodków – wskazuje prof. Jakub Swadźba.

Początkowo do realizacji „Profilaktyki 40 plus” przystąpiło kilkadziesiąt MLD, obecnie jest ich blisko 2 tysiące. Zaraz po uruchomieniu programu MZ chwaliło się zainteresowaniem jakie wzbudził. Czy jednak przełożyło się to na jego sukces? Populacja osób powyżej 40 roku życia, uprawnionych do skorzystania z badań, liczy ok. 23 mln. - Dziś na miesiąc przed pierwotnie wyznaczonym końcem programu, z badań w jego ramach skorzystało ok. 2 proc. uprawnionych osób. Jest to więc sukces stosunkowo niewielki. (...) Program nie jest więc należyście spopularyzowany i nad z tym z pewnością należałoby popracować – zauważa prof. Swadźba.

Pierwszym krokiem jaki musi wykonać pacjent, który zechce skorzystać z programu jest wypełnienie ankiety dotyczącej m.in. czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych i wieku. Oferta badań jest mu proponowana na podstawie przekazanych przez niego danych. „Profilaktyka 40 Plus” spotkała się z krytyką lekarzy rodzinnych. Wskazywali oni, że nie przyczyni się on do wcześniejszego wykrycia chorób cywilizacyjnych, ponieważ nie uwzględniono w nim należyście elementu lekarskiej konsultacji.

- W mojej ocenie jako diagnosty laboratoryjnego i lekarza taka konsultacja przed wykonaniem badań jest zbędna. Skorzystanie z oferty programu może przynieść korzyść w zasadzie każdemu. Z jego pomocą można bowiem wykryć wiele schorzeń, które na wczesnym etapie rozwoju nie dają żadnych lub większych objawów. Po wykonaniu badań także nie zawsze taka konsultacja jest niezbędna. Wystarczy przekazać badanemu rzetelną i jasną informację o tym jakie wyniki są prawidłowe. Oczywiście, każdy pacjent, który uzyska wynik odbiegający od normy powinien skonsultować się z lekarzem rodzinnym. Co więcej, takie konsultacji muszą też mieć zapewnione odpowiednie finansowanie. Warto przy tym pamiętać, że specjaliści POZ również mogą przystąpić do realizacji programu „Profilaktyka 40 plus” – podsumowuje prof. Swadźba. ●



20

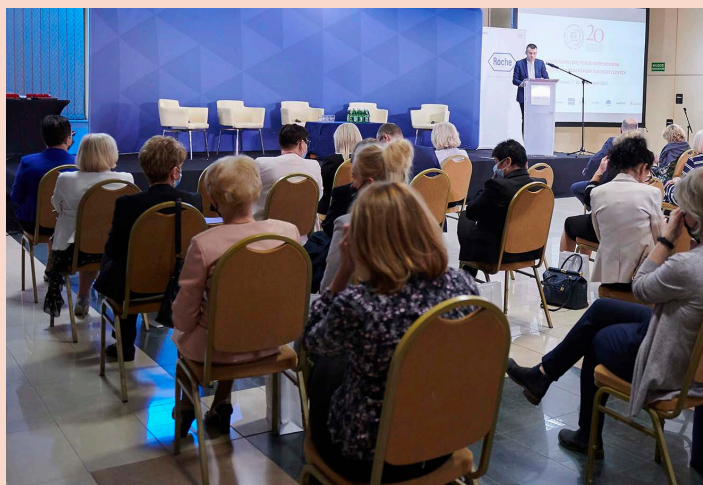
LECIE USTAWY
O DIAGNOSTYCE
LABORATORYJNEJ

JUBILEUSZ 20-LECIA ZA NAMI I PRZED NAMI

Rok 2021 był dla wszystkich diagnostów laboratoryjnych rokiem jubileuszowym, bowiem świętowaliśmy 20-lecie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Za kilkanaście dni wchodzimy w nowy rok 2022, który również będzie wyjątkowy dla całego środowiska diagnostów – przed nami jubileusz 20-lecia samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych. Być może 2022 będzie wyjątkowy nie tylko ze względu na 20-lecie, ale będziemy świętować wprowadzenie ustawy o medycynie laboratoryjnej. Przed nami kolejny ważny rok i dużo pracy na rzecz diagnostów laboratoryjnych.

Jubileuszowy 2021 rok to m.in. V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, które było najważniejszym wydarzeniem dla pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Kończący się rok to również aktywne działanie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w sprawie ustawy o medycynie laboratoryjnej oraz na rzecz przywrócenia tzw. dodatków covidowych. KIDL należy do Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego i uchwalenie ustawy o medycynie laboratoryjnej jest ważnym punktem postulatów OKPS.

2022 rok stawia przed nami nowe wyzwania – m.in. Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych. Wierzmy, że kolejny jubileusz dwudziestolecia, tym razem samorządu zawodowego, będzie równie wyjątkowy, jak tegoroczny.



FORUM ZA KULISAMI

V Ogólnopolskie Forum Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych odbyło się w formie online – profesjonalną obsługą transmisji na żywo zajął się zespół Adama Koję. Odpowiadali oni również za rejestrację uczestników, kontakt z uczestnikami oraz dostarczenie certyfikatów.

W związku z licznie przybyłymi na Forum Prelegentami i Gośćmi, Ekspertami w swoich dziedzinach, nagraliśmy kilkanaście wywiadów, które na bieżąco publikujemy w mediach społecznościowych. Z Ekspertami rozmawiała dziennikarka – Emilia Grzela.

Nagranie wywiadów zajął się wyjątkowy duet – Monika i Robert Śmielak – profesjonalni, kreatywni z niesamowitą wyobraźnią. Wywiady były nagrywane stacjonarnie podczas trwania Forum, ale również zdalnie – z Prelegentami, którzy nie mogli pojawić się osobiście podczas wydarzenia.

Prowadzącym Forum pierwszego dnia był dziennikarz radiowy Michał Dobrołowicz.



Pismo Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 5 listopada 2021 r.

PREZES KRAJOWEJ
RADY DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH



l. dz. 1891/11/2021

Warszawa, dnia 5 listopada 2021r.

Pan
dr n. ekon. Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych **wnoszę o zmianę polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020r.**, które zostało wydane w oparciu o art. 10a ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.) i które kilkakrotnie było zmieniane poleceniem Ministra Zdrowia.

Zmiana w/w polecenia Ministra Zdrowia powinna sprowadzać się do ponownego uwzględnienia w grupie osób uprawnionych do otrzymania świadczenia dodatkowego grupy zawodowej diagnostów laboratoryjnych wykonujących na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2001r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2021r., poz. 866 z późn. zm.) samodzielny, regulowany zawód medyczny.

W ocenie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych a sądzę, że w ocenie Pana Ministra również diagnostki laboratoryjni spełniają wszystkie niezbędne przesłanki do przyznania świadczenia dodatkowego, tj.

- 1) wykonują zawód medyczny;
- 2) uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych dla osób zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2;

KRAJOWA IZBA DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH

ul. Konopacka 4, 03-428 Warszawa | NIP 113 23 94 634 | www.kidl.org.pl
tel.: +48 22 741 21 55 w. 100 | fax: +48 22 741 21 56 | e-mail: biuro@kidl.org.pl

PREZES KRAJOWEJ
RADY DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH



- 3) pracują w laboratoriach podmiotów leczniczych i mają bezpośredni kontakt z materiałem zakaźnym pobranym od pacjentów zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

W ocenie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w obecnej sytuacji epidemicznej w/w przesłanki uprawniające diagnostów laboratoryjnych do otrzymania świadczenia dodatkowego uznać należy za spełnione, gdyż przesłanki te są tożsame z przesłankami, którymi kierował się Pan Minister ponownie przyznając z dniem 1 listopada 2020r. diagnostom laboratoryjnym świadczenie dodatkowe.

Należy w tym miejscu wskazać, iż w/w przesłanki, które uzasadniają ponowne objęcie od dnia 1 listopada 2021 r. grupy zawodowej diagnostów laboratoryjnych świadczeniem dodatkowym wynikają z obiektywnych, istniejących w dniu 5 listopada 2021r. okoliczności, np. liczba aktualnie wykonywanych badań jest większa niż w dniu 5 listopada 2020r. (dane z: dnia 5 listopada 2021: 78.683, z dnia 5 listopada 2020: około 65.000); stopień ryzyka zakażeniem wariantem Delta i Delta plus jest niewspółmiernie wyższy niż pierwotnym szczepem wirusa SARS-CoV-2; spośród wykonanych 78 683 testów diagnostycznych, aż 17 036 wykazało wynik pozytywny.

W związku z powyższym, aktualnie stopień narażenia grupy zawodowej diagnostów laboratoryjnych na zakażenie wirusem SARS-CoV- 2 oraz na zachorowanie COVID-19 jest ponownie wysoki, dlatego uzasadnione jest objęcie osób wykonujących badania laboratoryjne dodatkiem do wynagrodzeń.

Alina Niewiadomska

Prezes

Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Załącznik do Uchwały Nr 156/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r.

REGULAMIN WYBORU DELEGATÓW NA VI KRAJOWY ZJAZD DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

ROZDZIAŁ 1. PRZEPISY OGÓLNE

§ 1.

Na podstawie art. 47 pkt 9 lit. a), w związku z art. 43 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2021r., poz. 866 z późn. zm.) Regulamin wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych określa:

- 1) organizację, skład, zasady i tryb działania zgromadzeń wojewódzkich i zebrań rejonowych zgromadzeń wojewódzkich diagnostów laboratoryjnych;
- 2) szczegółowe zasady i tryb wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) terminy i miejsce publikacji komunikatów dotyczących zgromadzeń wojewódzkich i zebrań rejonowych zgromadzeń wojewódzkich diagnostów laboratoryjnych.

§ 2.

Ilekość w Regulaminie jest mowa o:

- 1) „Ustawa” – ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2021r., poz. 688 z późn. zm.);
- 2) „KRDL” – Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) „KIDL” – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
- 4) „PWZDL” – Prawo Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
- 5) „Regulaminie” – niniejszy Regulamin wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych;
- 6) „Zjeździe” – VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych;
- 7) „zgromadzeniach wojewódzkich” – zgromadzenia wojewódzkie diagnostów laboratoryjnych;
- 8) „zebrania rejonowe” – zebrania rejonowe zgromadzenia wojewódzkiego, o których mowa w art. 43 Ustawy;
- 9) „zgromadzenie wyborcze” – zgromadzenie wojewódzkie lub zebranie rejonowe diagnostów laboratoryjnych, posiadających czynne i bierne prawo wyborcze, wpisanych do spisu wyborców, zwołane w celu przeprowadzenia wyborów delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych;
- 10) „komisjach wyborczych” – komisje powoływane na czas trwania zgromadzeń wyborczych;
- 11) „Obserwator KRDL” – wyznaczony przez Prezesa KRDL członek KRDL spoza województwa, w którym przeprowadzane są wybory nadzorujący prawidłowość przebiegu danego zgromadzenia wyborczego;
- 12) „Kandydacie na Delegata” – kandydaci na delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych posiadający prawo wyborcze;
- 13) „Delegat” – osoby wybrane na zgromadzeniach wojewódzkich lub zebraniach rejonowych, które będą uczestniczyć w Zjeździe;
- 14) „czynne prawo wyborcze” – prawo wybierania Delegatów na Zjazd na danym zgromadzeniu wyborczym przysługujące każdemu diagnostyce laboratoryjnej umieszczonemu w spisie wyborców (wpisanym na listę KRDL) zamieszkałemu na obszarze danego województwa;
- 15) „bierne prawo wyborcze” – prawo wybieralności jako Delegata na Zjazd na danym zgromadzeniu wyborczym przysługujące diagnostyce laboratoryjnej mającemu prawo wybierania na danym zgromadzeniu wyborczym.

§ 3.

1. W zgromadzeniach wojewódzkich i zebraniach rejonowych mają prawo uczestniczyć diagnostyce laboratoryjnej zamieszkali w danym województwie (według danych z listy diagnostów laboratoryjnych prowadzonej przez KRDL), Obserwator KRDL z danego województwa i eksperci prawni KIDL.
2. Zabronione jest prowadzenie negatywnej kampanii wyborczej.

§ 4.

1. Wybory Delegatów na Zjazd są równe, bezpośrednie i odbywają się w głosowaniu tajnym.
2. W wyborach głosować można tylko osobiście i tylko jeden raz, niezależnie od liczby organizowanych zebrań rejonowych w danym województwie.

§ 5.

1. Wybory Delegatów na Zjazd są ważne, o ile w pierwszym terminie zgromadzenia wyborczego uczestniczy co najmniej połowa członków KIDL z listy danego zgromadzenia wyborczego, a w drugim terminie bez względu na liczbę uczestniczących uprawnionych członków KIDL biorących udział w danym zgromadzeniu wyborczym.
2. Decyzję o wyznaczeniu drugiego terminu zgromadzenia wyborczego podejmuje Obserwator KRDL nadzorujący przebieg danego zgromadzenia wyborczego.

§ 6.

1. Komunikaty dotyczące zgromadzeń wyborczych diagnostów laboratoryjnych zamieszczane są przez Prezesa KRDL na stronie internetowej KIDL www.kidl.org.pl
2. Prezes KRDL może, na piśmie upoważnić inną osobę spośród członków KRDL do wykonywania czynności Prezesa KRDL określonych w Regulaminie.

ROZDZIAŁ 2. PRAWA WYBORCZE I ZGROMADZENIA WYBORCZE**§ 7.**

1. Bierne prawo wyborcze nie przysługuje członkowi Komisji Skrutacyjnej na danym zgromadzeniu wyborczym.
2. Czynne i bierne prawo wyborcze nie przysługuje diagnostom laboratoryjnym ukaranym karą wskazaną w art. 58 ust. 1 pkt. 3 Ustawy.

§ 8.

1. Ustala się następujące zgromadzenia wojewódzkie dla:
 - 1) województwa dolnośląskiego (4 zebrania rejonowe);
 - 2) województwa kujawsko-pomorskiego (4 zebrania rejonowe);
 - 3) województwa lubelskiego (5 zebrań rejonowych);
 - 4) województwa łódzkiego (4 zebrania rejonowe);
 - 5) województwa małopolskiego (6 zebrań rejonowych);
 - 6) województwa mazowieckiego (9 zebrań rejonowych);
 - 7) województwa podkarpackiego (3 zebrania rejonowe);
 - 8) województwa podlaskiego (3 zebrania rejonowe);
 - 9) województwa pomorskiego (4 zebrania rejonowe);
 - 10) województwa śląskiego (7 zebrań rejonowych);
 - 11) województwa świętokrzyskiego (3 zebrania rejonowe);
 - 12) województwa warmińsko-mazurskiego (2 zebrania rejonowe);
 - 13) województwa wielkopolskiego (6 zebrań rejonowych);
 - 14) województwa zachodniopomorskiego (3 zebrania rejonowe);
 - 15) województwa lubuskiego;
 - 16) województwa opolskiego.
2. Podziału na rejony w województwach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 – 14 dokona KRDL odrębną uchwałą.
3. Prezydium KRDL zatwierdza przedstawione przez Członków KRDL z danego województwa termin (terminy) oraz miejsce (miejsca) zgromadzenia wojewódzkiego lub zebrań rejonowych w danym województwie. Propozycje terminów i miejsc zgromadzeń wyborczych zostaną przedstawione przez poszczególnych Członków KRDL w terminie do dnia 18 marca 2022 roku. Informacja o terminie i miejscu przeprowadzenia danego zgromadzenia wyborczego zostanie podana do publicznej wiadomości poprzez jej zamieszczenie na stronie www.kidl.org.pl do dnia 8 kwietnia 2022 roku.
4. Za organizację wyborów w danym województwie odpowiedzialni są łącznie wszyscy członkowie KRDL z danego województwa.
5. Członkowie KRDL z danego województwa, o których mowa w ust. 3 w celu zapewnienia sprawnego przeprowadzenia wyborów ustalają wzajemny podział obowiązków oraz wskazują spośród siebie osobę odpowiedzialną za zapewnienie stałego kontaktu z Prezesem KRDL oraz Dyrektorem Biura KIDL.
6. Członkowie KRDL z danego województwa, o których mowa w ust. 3 są obowiązani do wskazania osoby, o której mowa w ust. 5 w terminie do dnia 14 stycznia 2022 roku.
7. W przypadku nie wskazania osoby odpowiedzialnej za zapewnienie stałego kontaktu z Prezesem KRDL oraz Dyrektorem Biura KIDL w terminie, o którym mowa w ust. 6 osobę tę wskazuje Prezydium KRDL.

ROZDZIAŁ 3. SPIS WYBORCÓW**§ 9.**

1. Lista członków zgromadzenia wojewódzkiego lub zebrań rejonowych (spis wyborców) zostanie stworzona na podstawie listy diagnostów laboratoryjnych prowadzonej przez KRDL, według stanu na dzień 31 grudnia 2021 roku
2. Diagnostów laboratoryjnych, którym przysługuje prawo wybierania Delegatów na Zjazd, Prezes KRDL lub osoba pisemnie upoważniona przez Prezesa KRDL wpisuje do spisu wyborców danego zgromadzenia wyborczego.

§ 10.

1. KRDL zamieszcza listę diagnostów laboratoryjnych posiadających czynne i bierne prawo wyborcze na stronie internetowej KIDL, najpóźniej do dnia 31 stycznia 2022 roku wraz z propozycją umieszczenia diagnostów laboratoryjnych w poszczególnych zebraniach rejonowych, podając numer prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, na listach danych zgromadzeń wyborczych.
2. W przypadku, gdy diagnosta laboratoryjny udowodni swoje prawo wyborcze lub wskaże inne miejsce zamieszkania niż wynikające z listy diagnostów laboratoryjnych prowadzonej przez KRDL, Prezes KRDL dopisuje go do spisu wyborców, z zastrzeżeniem terminu wskazanego w ust. 4.
3. Diagnosta laboratoryjny umieszczony na liście danego zgromadzenia wyborczego może wystąpić pisemnie w terminie do 18 lutego 2022 roku (liczy się dzień doręczenia wniosku do KIDL) o umieszczenie go na liście innego zebrania rejonowego z danego województwa, w którym zamierza uczestniczyć w wyborach. W takim przypadku Prezes KRDL umieszcza diagnostę laboratoryjnego na liście wskazanego zebrania rejonowego, chyba że na dzień rozpoznawania wniosku wskazana przez diagnostę laboratoryjnego lista danego zgromadzenia rejonowego obejmuje 300 diagnostów laboratoryjnych. W takim przypadku Prezes KRDL poinformuje diagnostę laboratoryjnego o powyższej okoliczności oraz wskaże inne zgromadzenia rejonowe, do których zainteresowany diagnosta laboratoryjny może zostać dopisany. Diagnosta laboratoryjny w terminie 7 dni wskaże zebranie rejonowe do którego ma zostać dopisany. W przypadku bezskutecznego upływu tego terminu diagnosta laboratoryjny będzie przypisany do zebrania rejonowego, w którym pierwotnie został umieszczony.
4. Spis wyborców danego zgromadzenia wojewódzkiego lub zebrania rejonowego zostaje opublikowany na stronie internetowej KIDL najpóźniej do dnia 28 lutego 2022 roku.

5. Zmiana w spisie wyborców danego zgromadzenia wojewódzkiego lub zebrania rejonowego może nastąpić tylko w przypadku skreślenia diagnosty laboratoryjnego z listy członków KIDL, utraty PWZDL lub na skutek śmierci diagnosty laboratoryjnego, oraz w wyniku rozpoznania zastrzeżeń o których mowa w § 11.

§ 11.

1. Zastrzeżenia do listy diagnostów laboratoryjnych posiadających czynne i bierne prawo wyborcze, o której mowa w § 10 ust. 4 powyżej mogą być wnoszone do Prezesa KRDL w terminie do dnia 11 marca 2022 roku (liczy się dzień doręczenia wniosku do KIDL).
2. Zastrzeżenia do nieprawidłowości w spisie wyborców sporządzonym dla danego zgromadzenia wyborczego mogą wnosić wyłącznie diagnosty laboratoryjni, którzy posiadają czynne i bierne prawo wyborcze w tym zgromadzeniu wyborczym.
3. Prezes KRDL rozpatruje najpóźniej do dnia 25 marca 2022 roku zastrzeżenia oraz niezwłocznie w postaci pisemnej lub w drodze korespondencji e-mail powiadamia o sposobie załatwienia wniesionych zastrzeżeń, a gdy zastrzeżenia dotyczą bezpośrednio innych osób powiadamia również te osoby. Ostateczny spis wyborców przypisanych do danego zgromadzenia wyborczego, z uwzględnieniem zmian dokonanych na podstawie § 10 oraz w wyniku rozstrzygnięć zastrzeżeń o których mowa w § 11 ust. 2 powyżej zostanie opublikowany na stronie www.kidl.org.pl do dnia 31 marca 2022 roku.

ROZDZIAŁ 4. USTALANIE LICZBY DELEGATÓW W POSZCZEGÓLNYCH ZGROMADZENIACH WYBORCZYCH

§ 12.

1. Liczbę delegatów w poszczególnych zgromadzeniach wyborczych KRDL ustala się proporcjonalnie do liczby diagnostów laboratoryjnych zamieszkałych na obszarze tego zgromadzenia wyborczego i wpisanych na listę diagnostów laboratoryjnych na dzień 31 grudnia 2021 roku. Liczba diagnostów laboratoryjnych jest dzielona przez 75.
2. Jeżeli iloraz liczby członków danego zgromadzenia wojewódzkiego lub zebrania rejonowego z liczbą 75 daje wynik, w którym reszta z dzielenia jest większa od pięciu dziesiątych, zgromadzenie wyborcze uprawnione jest do wyboru dodatkowego Delegata.
3. Prezydium KRDL ustali, zgodnie z regułą wskazaną w ust. 1 i 2, liczbę mandatów przypadających na dane województwo i dane zgromadzenie wyborcze w terminie do dnia 31 marca 2022 roku.
4. Jeżeli liczba diagnostów laboratoryjnych w danym województwie przekracza 300 osób, wyboru Delegatów dokonują zebrania rejonowe zwołane przez KRDL.

§ 13.

1. Prezes KRDL w terminie do 21 dni kalendarzowych przed terminem zgromadzenia wyborczego w danym województwie wyśle do każdego diagnosty laboratoryjnego, ujętego w spisie wyborców, listem poleconym zawiadomienie o terminie i miejscu zgromadzenia wyborczego oraz umieszcza odpowiedni komunikat na stronie internetowej KIDL.
2. W przypadku zwrotu listu poleconego, o którym mowa w ust. 1, do KIDL z adnotacją, iż był dwukrotnie awizowany, uznaje się za prawidłowe i skuteczne zawiadomienie diagnosty laboratoryjnego o terminie i miejscu zgromadzenia wyborczego.

ROZDZIAŁ 5. ZGŁASZANIE KANDYDATÓW NA DELEGATÓW

§ 14.

1. Diagnosta laboratoryjny, któremu przysługuje czynne i bierne prawo wyborcze w danym zgromadzeniu wyborczym, ma prawo zgłaszać swoją kandydaturę na Delegata lub kandydatury innych osób spośród diagnostów laboratoryjnych umieszczonych na liście danego zgromadzenia wyborczego, o której mowa w § 11 ust 3.
2. Kandydaci na Delegatów mogą być zgłaszani w formie pisemnej do Biura KIDL do dnia 29 kwietnia 2022 roku oraz podczas danego zgromadzenia wyborczego. Zgłaszanie Kandydatów na Delegatów w formie pisemnej następuje poprzez doręczenie do Biura KIDL do dnia 29 kwietnia 2022 roku pisemnego zgłoszenia danego Kandydata na Delegata spośród diagnostów laboratoryjnych umieszczonych na liście danego zgromadzenia wyborczego, o której mowa w § 11 ust 3. W przypadku zgłoszenia Kandydata na Delegata przez innego diagnostę laboratoryjnego wymagane jest pod rygorem bezskuteczności zgłoszenia dołączenie pisemnej zgody osoby zgłaszanej na Kandydata na Delegata.
3. Zgłoszenie powinno zawierać:
 - 1) imię, nazwisko i numer PWZDL;
 - 2) oświadczenie Kandydata na Delegata o wyrażeniu zgody na kandydowanie, w przypadku zgłoszenia kandydata przez inną osobę (także w formie pisemnej);
 - 3) oświadczenie Kandydata na Delegata o niekaralności w rozumieniu art. 58 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz za umyślne przestępstwa i przestępstwa skarbowe.

ROZDZIAŁ 6. ZASADY ORGANIZACJI I PROWADZENIA ZGROMADZENIA WYBORCZEGO

§ 15.

1. Zgromadzenia wyborcze organizują członkowie KRDL, o których mowa w § 8 ust. 3 w terminie i miejscu oraz godzinie zgromadzenia wyborczego zatwierdzonego przez Prezydium KRDL.
2. Każde zgromadzenie wyborcze otwiera jeden z członków KRDL, o których mowa w § 8 ust. 3 powyżej i przeprowadza wybór Przewodniczącego danego zgromadzenia wyborczego.
3. Przewodniczący danego zgromadzenia wyborczego wybierany jest spośród obecnych na zgromadzeniu wyborczym diagnostów laboratoryjnych. Członek KRDL, o którym mowa w ust. 2 ustala liczbę osób obecnych na głosowaniu w przedmiocie wyboru Przewodniczącego danego zgromadzenia wyborczego, zarządza głosowanie, oraz ogłasza wyniki głosowania.
4. Po wyborze, Przewodniczący danego zgromadzenia wyborczego przejmuje prowadzenie danego zgromadzenia wyborczego i przedstawia porządek obrad, który obejmuje:

- 1) wybór Komisji Mandatowej;
 - 2) wybór Komisji Wyborczej;
 - 3) wybór Komisji Skrutacyjnej;
 - 4) przedstawienie listy Kandydatów na Delegatów oraz zgłaszanie Kandydatów na Delegatów na zgromadzeniu wyborczym;
 - 5) prezentacja Kandydatów na Delegatów - nie dłużej niż 3 minut;
 - 6) pytania od diagnostów laboratoryjnych do Kandydatów na Delegatów oraz odpowiedzi Kandydatów na Delegatów – łącznie nie dłużej niż 10 minut;
 - 7) wybory;
 - 8) ogłoszenie wyników wyborów;
 - 9) zamknięcie zgromadzenia wyborczego.
5. W uzasadnionych przypadkach Przewodniczący danego zgromadzenia wyborczego może podjąć decyzję o połączeniu Komisji Mandatowej i Komisji Wyborczej oraz wyznacza jej Przewodniczącego.

ROZDZIAŁ 7. ORGANIZACJA, SKŁAD ORAZ ZASADY I TRYB DZIAŁANIA KOMISJI MANDATOWEJ, KOMISJI WYBORCZEJ I KOMISJI SKRUTACYJNEJ

KOMISJA MANDATOWA

§ 16.

1. Komisja Mandatowa składa się z 3 członków.
2. Członkowie Komisji Mandatowej wybierani są w głosowaniu jawnym spośród diagnostów laboratoryjnych posiadających czynne i bierne prawo wyborcze.
3. Członkowie Komisji Mandatowej wybierają spośród siebie Przewodniczącego.
4. Do zadań Komisji Mandatowej należy w szczególności:
 - 1) ustalenie liczby członków KIDL obecnych na danym zgromadzeniu wyborczym;
 - 2) stwierdzenie uprawnienia zgromadzenia wyborczego do przeprowadzenia wyborów;
 - 3) sporządzenie protokołu zawierającego:
 - a) nazwę i miejsce zgromadzenia wyborczego;
 - b) datę i miejsce głosowania;
 - c) skład Komisji Mandatowej;
 - d) liczbę osób uprawnionych do głosowania (posiadających czynne i bierne prawo wyborcze), na podstawie spisu wyborców danego zgromadzenia wyborczego lub zebrania rejonowego przekazanego przez członka KRDL;
 - e) wskaźnik % liczby członków uczestniczących na zgromadzeniu wyborczym w odniesieniu do ogólnej liczby członków wpisanych na listę tego zgromadzenia wyborczego;
 - f) informacje o prawidłowości zawiadomienia diagnostów laboratoryjnych o terminie i miejscu zgromadzenia wyborczego, na podstawie pisemnej informacji Prezesa KRDL lub Sekretarza KRDL;
 - g) stwierdzenie prawomocności danego zgromadzenia wyborczego;
 - h) podpisy członków Komisji.
5. Komisja Mandatowa stwierdza prawomocność danego zgromadzenia wyborczego na podstawie protokołu, który podlega odczytaniu.

KOMISJA WYBORCZA

§ 17.

1. Komisja Wyborcza składa się z 3 członków.
2. Członkowie Komisji Wyborczej wybierani są w głosowaniu jawnym spośród diagnostów laboratoryjnych posiadających czynne i bierne prawo wyborcze, obecnych na danym zgromadzeniu wojewódzkim lub zebraniu rejonowym.
3. Członkowie Komisji Wyborczej wybierają spośród siebie Przewodniczącego.
4. Komisja Wyborcza organizuje wybory i sprawuje nadzór nad ich przeprowadzeniem zgodnie z przepisami Regulaminu.
5. Przewodniczący danego zgromadzenia wyborczego po uzyskaniu informacji od Przewodniczącego Komisji Wyborczej o możliwości zarządzenia wyborów zarządza rozpoczęcie wyborów, a po ich przeprowadzeniu ogłasza ich wynik.
6. Do zadań Komisji Wyborczej należy w szczególności:
 - 1) czuwanie nad prawidłowością przeprowadzenia wyborów Delegatów na Zjazd;
 - 2) przygotowanie kart do głosowania na podstawie listy zgłoszonych Kandydatów na Delegatów uczestniczących w danym zgromadzeniu wyborczym;
 - 3) wydanie kart do głosowania uprawnionym członkom zgromadzenia wyborczego;
7. Komisja Wyborcza opisuje przebieg zgromadzenia wyborczego oraz wyniki wyborów w protokole, który podpisują wszyscy członkowie Komisji Wyborczej danego zgromadzenia wyborczego.
8. Przewodniczący Komisji Wyborczej przekazuje, za pokwitowaniem odbioru, Obserwatorowi KRDL protokół z danego zgromadzenia wyborczego wraz z dokumentacją przeprowadzonych wyborów po zakończeniu zgromadzenia wyborczego.

§ 18.

Decyzje Komisji Wyborczej podejmowane są kolegiałnie, a w razie równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego.

§ 19.

1. Komisja Wyborcza na bieżąco rozpatruje skargi, zastrzeżenia oraz rozstrzyga spory w trakcie danego zgromadzenia wyborczego.
2. Na rozstrzygnięcie decyzji Komisji Wyborczej przysługuje odwołanie do Prezesa KRDL, które wnosi się na piśmie, w terminie 7 dni od dnia danego zgromadzenia wyborczego, bezpośrednio do Prezesa KRDL. Decyzja Prezesa KRDL jest ostateczna.

KOMISJA SKRUTACYJNA**§ 20.**

1. Komisja Skrutacyjna składa się z 3 członków.
2. Członkowie Komisji Skrutacyjnej nie mogą być Kandydatami na Delegatów.
3. Członkowie Komisji Skrutacyjnej wybierani są w głosowaniu jawnym spośród diagnostów laboratoryjnych posiadających czynne i bierne prawo wyborcze. W przypadku braku zgłoszeń kandydatów do Komisji Skrutacyjnej, funkcję członków Komisji Skrutacyjnej pełnią Obserwator KRDL oraz jeśli jest obecny - prawnik delegowany przez KRDL. W takim przypadku funkcję Przewodniczącego Komisji Skrutacyjnej pełni Obserwator KRDL.
4. Członkowie Komisji Skrutacyjnej wybierają spośród siebie Przewodniczącego.
5. Do zadań Komisji Skrutacyjnej należy w szczególności:
 - 1) przygotowanie urny wyborczej;
 - 2) ustalenie wyników głosowań (przeliczenie głosów oddanych na poszczególnych Kandydatów na Delegatów);
 - 3) przekazanie wyników głosowań do Przewodniczącego Zgromadzenia Wyborczego.
6. Z wykonanych czynności Komisja Skrutacyjna sporządza protokół.
7. Protokół głosowania zawiera w szczególności:
 - 1) nazwę i miejsce zgromadzenia wyborczego;
 - 2) datę i miejsce głosowania;
 - 3) skład Komisji Skrutacyjnej;
 - 4) liczbę osób uprawnionych do głosowania;
 - 5) liczbę osób, którym wydano karty do głosowania;
 - 6) liczbę oddanych głosów;
 - 7) liczbę głosów ważnych;
 - 8) liczbę głosów nieważnych;
 - 9) liczbę głosów ważnie oddanych na poszczególnych Kandydatów na Delegatów;
 - 10) wynik głosowania;
 - 11) podpisy członków Komisji Skrutacyjnej.
8. Do zadań Przewodniczącego Komisji Skrutacyjnej należy:
 - 1) kierowanie pracami Komisji Skrutacyjnej;
 - 2) podpisanie protokołu z przeprowadzonego głosowania;
 - 3) przekazanie protokołu z wyborów Przewodniczącemu zgromadzenia wyborczego celem ogłoszenia wyników wyborów;
 - 4) przekazanie dokumentacji Obserwatorowi KRDL.

ROZDZIAŁ 8. PRZEBIEG GŁOSOWANIA**§ 21.**

Na zgromadzeniach wyborczych zabroniona jest jakakolwiek forma agitacji wyborczej, za wyjątkiem działań podejmowanych na podstawie § 15 ust. 4 pkt 5 i 6.

§ 22.

1. Każdy wyborca po okazaniu dokumentu PWZDL lub dowodu tożsamości (dowód osobisty/paszport/prawo jazdy) i złożeniu podpisu na spisie wyborców otrzymuje mandat wyborczy - według wzoru ustalonego przez Prezydium KRDL.
2. Po okazaniu mandatu wyborczego każdy wyborca otrzymuje jedną kartę do głosowania, ostemplowaną pieczęcią właściwej Komisji Wyborczej dla danego województwa.
3. Karta do głosowania zawiera listę Kandydatów na Delegatów z danego zgromadzenia wojewódzkiego lub zebrania rejonowego ułożoną w kolejności alfabetycznej. Wzór karty do głosowania stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.
4. Przed rozpoczęciem głosowania Komisja Skrutacyjna sprawdza czy urna wyborcza jest pusta, po czym zamyka ją i opieczętowuje pieczęcią Komisji Wyborczej.
5. Oddanie głosu następuje poprzez postawienie znaku „X” na karcie wyborczej przy nazwiskach Kandydatów na Delegatów oraz wrzucenie karty do urny wyborczej. Liczba znaków „X” nie może być większa niż liczba wybieranych Delegatów w danym zgromadzeniu wojewódzkim lub zebraniu rejonowym.
6. Głos uznaje się za nieważny w przypadku:
 - 1) oddania głosu na większą liczbę Kandydatów na Delegatów niż ustalona liczba mandatów w danym zgromadzeniu wojewódzkim lub zebraniu rejonowym;
 - 2) nie oddania głosu na żadnego Kandydata na Delegata;
 - 3) przekreślenia karty do głosowania,
 - 4) postawienia innego znaku niż „X” przy nazwisku Kandydatów na Delegatów;
 - 5) przedarcia albo uszkodzenia karty do głosowania w sposób uniemożliwiający określenie wyniku głosowania.

7. Jeżeli w wyniku głosowania dwóch lub więcej Kandydatów na Delegatów otrzyma jednakową liczbę głosów kwalifikujących ich do ostatnich miejsc mandatów, zarządza się kolejne głosowanie, aż do wybrania Delegata.

ROZDZIAŁ 9. USTALANIE WYNIKÓW GŁOSOWAŃ NA ZGROMADZENIACH WYBORCZYCH

§ 23.

Po ustaleniu wyników głosowania Komisja Skrutacyjna przekazuje Przewodniczącemu danego zgromadzenia wyborczego podpisany przez członków Komisji Skrutacyjnej protokół z wynikami wyborów oraz karty do głosowania.

§ 24.

Na Delegatów wybrani zostają diagności laboratoryjni, którzy kolejno uzyskali największą liczbę głosów, do wyczerpania liczby mandatów przysługujących w danym zgromadzeniu wyborczym.

§ 25.

Jeżeli liczba zgłoszonych Kandydatów na Delegatów jest mniejsza od liczby mandatów przysługujących w danym zgromadzeniu wyborczym, mandaty wolne pozostają nieobsadzone.

§ 26.

Przewodniczący danego zgromadzenia wyborczego ogłasza niezwłocznie wyniki wyborów i wskazuje imiona oraz nazwiska Delegatów wybranych na Zjazd.

§ 27.

Obserwator KRDL przekazuje do Biura KIDL w terminie 14 dni od zakończenia danego zgromadzenia wyborczego protokoły Komisji Mandatowej, Komisji Wyborczej, Komisji Skrutacyjnej podpisane przez wszystkich jej członków oraz spakowane i opieczetowane karty wyborcze i pieczęcie.

ROZDZIAŁ 10. USTALENIE I OGŁOSZENIE WYNIKÓW WYBORÓW DELEGATÓW NA ZJAZD

§ 28.

Na podstawie protokołów Komisji Wyborczych Prezes KRDL podaje listę Delegatów na Zjazd i ogłasza ją na stronie internetowej KIDL www.kidl.org.pl w terminie do dnia 14 października 2022 roku.

ROZDZIAŁ 11. PRZEPISY KOŃCOWE

§ 29.

Prezes KRDL podaje do publicznej wiadomości Regulamin poprzez jego publikację na stronie internetowej KIDL.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO REGULAMINU

(pieczęć komisji wyborczej)

KARTA DO GŁOSOWANIA

Kandydaci na Delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych wg. kolejności alfabetycznej

☐	
☐	
☐	
☐	
☐	

POUCZENIE

Oddanie głosu następuje poprzez postawienie znaku „X” na karcie wyborczej przy nazwisku kandydata na Delegata oraz wrzucenie karty do urny wyborczej. Liczba znaków „X” nie może być większa niż liczba wybieranych Delegatów w danym zgromadzeniu wojewódzkim lub zebraniu rejonowym.

Głos uznaje się za nieważny w przypadku:

- 1) oddania głosu na większą liczbę Kandydatów na Delegatów niż ustalona liczba mandatów w danym zgromadzeniu wojewódzkim lub zebraniu rejonowym;
- 2) nie oddania głosu na żadnego Kandydata na Delegata;
- 3) przekreślenia karty do głosowania;
- 4) postawienia innego znaku niż „X”;
- 5) przedarcia albo uszkodzenia karty do głosowania w sposób uniemożliwiający określenie wyniku głosowania.

(§ 22 ust. 3 Regulaminu Wyboru Delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych stanowiący załącznik do Uchwały nr 156/V/2021 z dnia 10 grudnia 2021 roku)

INFORMATOR O UCHWAŁACH ORGANÓW KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

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

**Posiedzenie XIX Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych
z dnia 29 października 2021 r.**

1. Uchwały od Nr 150/1-P/V/2021 do Nr 150/14-P/V/2021 KRDL z dnia 29 października 2021 roku w sprawie skreślenia z listy diagnostów laboratoryjnych.
2. Uchwała Nr 151/V/2021 KRDL z dnia 29 października 2021 r. w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.
3. Uchwała Nr 152/V/2021 KRDL z dnia 29 października 2021 r. w sprawie wyrażenia zgody na aneksowanie umów dotyczących obsługi informatycznej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.
4. Uchwała Nr 153/V/2021 KRDL z dnia 29 października 2021 r. w sprawie rozwiązania Komisji do spraw opracowania rekomendacji dotyczących poprawności wykonywania i weryfikacji badań hematologicznych.

**Posiedzenie XX Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych
z dnia 10 grudnia 2021 r.:**

1. Uchwały Nr 154/1-P/V/2021 do Nr 154/14-P/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie skreślenia z listy diagnostów laboratoryjnych.
2. Uchwała Nr 155/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia planu dochodów i wydatków Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych na 2022 rok.
3. Uchwała Nr 156/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie Regulaminu wyboru delegatów na VI Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych.

4. Uchwała Nr 157/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie wyrażenia zgody na zamówienie nowego Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego w formie karty poliwęglanowej.
5. Uchwała Nr 158/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie i realizację umowy z Ministrem Zdrowia na wdrożenie w latach 2022–2023 projektu „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19” w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.
6. Uchwała Nr 159/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy doradczej związanej z ubieganiem się Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych o przyznanie środków w ramach projektu „Kursy podnoszące kwalifikacje kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, w tym w związku z chorobą zakaźną, w szczególności COVID-19” w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia.
7. Uchwała Nr 160/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie upoważnienia Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do podjęcia działań związanych z organizacją VI Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych oraz wydatkowania środków finansowych z przeznaczeniem na powyższy cel.
8. Uchwała Nr 161/V/2021 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

**Informujemy, że Prezydium Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych V Kadencji
podjęło następujące uchwały:**

1. Uchwały w sprawie stwierdzenia Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego i wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych:
 - Uchwały od Nr 179/1-P/V/2021 do Nr 179/18-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 15 listopada 2021 r.;
 - od Nr 183/1-P/V/2021 do Nr 183/20-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 1 grudnia 2021 r.;
 - od Nr 187/1-P/V/2021 do Nr 187/12-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 22 grudnia 2021 r.
2. Uchwały w sprawie skreślenia z listy diagnostów laboratoryjnych:
 - Uchwały od Nr 180/1-P/V/2021 do Nr 180/4-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 15 listopada 2021 r.;
 - od Nr 184/1-P/V/2021 do Nr 184/2-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 1 grudnia 2021 r.;
3. Uchwały w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez KRDL:
 - od Nr 182/1-P/V/2021 do Nr 182/11-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 15 listopada 2021 r.;
 - od Nr 186/1-P/V/2021 do Nr 186/2-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 1 grudnia 2021 r.;
 - od Nr 189/1-P/V/2021 do Nr 189/10-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 22 grudnia 2021 r.
4. Uchwały w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez KRDL:
 - od Nr 181/1-P/V/2021 do Nr 181/5-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 15 listopada 2021 r.;
 - od Nr 185/1-P/V/2021 do Nr 185/4-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 1 grudnia 2021 r.;
 - od Nr 188/1-P/V/2021 do Nr 188/7-P/V/2021 Prezydium KRDL z dnia 22 grudnia 2021 r.

COVID-19

PRZEKAŻ DAROWIZNĘ



**NR BANKOWY:
24 1020 1042 0000 8102 0437 3056**

**TYTUŁ:
DAROWIZNA NA RZECZ
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH,
KTÓRZY PONIEŚLI SZKODY
W ZWIĄZKU Z ZACHOROWANIEM
NA COVID-19**





*Zdrowych i pogodnych
Świąt Bożego Narodzenia
pełnych miłości i spokoju,
wspaniałych spotkań
w gronie rodziny i przyjaciół.
Niech Nowy Rok przyniesie
szczęście i spokój.*

*Najserdeczniejsze życzenia
świąteczne i noworoczne
składa*

*Alina Niewiadomska – Prezes KRDL
wraz z Krajową Radą
Diagnostów Laboratoryjnych*