

SKARGA DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

O STWIERDZENIE NARUSZENIA PRAW PACJENTA

Miejscowość: Bielsko-Biała

Data: _____ 2026 r.

DO:

Rzecznik Praw Pacjenta

ul. Płocka 11/13

01-231 Warszawa

SKARŻĄCY (POSZKODOWANY):

Michał Wiencek

Adres: _____

PESEL: 01250803236

Tel.: _____

E-mail: _____

PODMIOT LECZNICZY:

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

al. Armii Krajowej 101

43-316 Bielsko-Biała

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej

I. OSNOWA SKARGI

Na podstawie **art. 50 ust. 1** w zw. z **art. 51 i 52 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581), wnoszę o:

1. **Stwierdzenie naruszenia praw pacjenta** przez Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej w okresie **02.04.2023 – 30.05.2023** (50 dni, 3 hospitalizacje).
2. **Powołanie biegłych** w celu oceny prawidłowości postępowania medycznego w zakresie:

- Diagnostyki obrazowej (TK bez kontrastu doustnego przy podejrzeniu przetoki Crohna, oraz bez kontrastu dożylnego przy podejrzeniu ropnia)
- Decyzji o sterydoterapii systemowej przy narastającym CRP (podejrzenie ropnia)
- Techniki drenażu przezskórnego i zastosowanego znieczulenia
- Leczenia żywieniowego (żywienie pozajelitowe)
- Opóźnienia w izolacji przy zakażeniu patogenem alarmowym ESBL+

3. Zabezpieczenie pełnej dokumentacji medycznej, w tym:

- Kart zabiegowych i kart znieczulenia dla wszystkich drenażów
- Kart zleceń lekarskich (worki TPN)
- Wyników posiewów z datami pobrania i otrzymania
- Korespondencji wewnętrznej dotyczącej pacjenta

II. STAN FAKTYCZNY

A. DANE PACJENTA I KONTEKST MEDYCZNY

Powód, Michał Wiencek, w chwili przyjęcia do pozwanego Szpitala był **21-letnim studentem** z rozpoznaniem choroby Leśniowskiego-Crohna (K50.9). Zgłosił się do placówki z zaufaniem, oczekując pomocy w stanie zagrożenia zdrowia.

Istotny kontekst – historia leczenia choroby Crohna:

- Choroba Crohna rozpoznana w **2016 roku**
- Wcześniejsze leczenie: **terapia biologiczna**, Entocort (miejscowy steryd), azatiopryna
- **Nigdy wcześniej nie stosowano sterydów systemowych** (Encorton/prednizon)
- Do marca 2023 choroba przebiegała **niemal bezobjawowo** – pacjent studiował równocześnie 2 kierunki, prowadził normalną aktywność fizyczną
- **2020 rok: tylko konsultacja SOR (Katowice)** – włączenie Entocortu, bez hospitalizacji

Objawy prowadzące do hospitalizacji (03.04.2023): Pacjent zgłosił się na SOR z **nietypowymi bólami brzucha** – odmiennymi od znanych mu zaostrzeń choroby podstawowej. To były **zupełnie nowe objawy**, których wcześniej nie doświadczał:

- Charakter bólu **INNY niż przy typowym Crohnie**
- Zatrzymanie stolca i gazów (cechy niedrożności)
- Znaczna tkliwość oporowa w prawym podbrzuszu
- Silny ból brzucha uniemożliwiający funkcjonowanie

Ten odmienny charakter bólu powinien wzbudzić czujność w kierunku powikłań chirurgicznych (ropień, perforacja), a nie tylko zaostrzenia zapalnego. Tymczasem szpital włączył steroidy przy CRP 136 mg/l – maskując objawy formującego się ropnia.

Po 50 dniach hospitalizacji w Bielsku-Białej pacjent wyszedł z:

- Przetoką jatrogenną (powstałą po drenażach)
- Dwoma zakażeniami szpitalnymi ESBL+ (Klebsiella + E.coli)
- Ciężkim niedożywieniem (BMI spadek z 18.6 do ~16)
- Traumą psychiczną (F43.2 – potwierdzone przez niezależny ośrodek)

B. CHRONOLOGIA HOSPITALIZACJI

Nr	Szpital	Okres	Dni	Uwagi
—	11.04: NIEPRZYJĘCIE NA SOR	Szpital Uniwersytecki Kraków	—	Odmówiono przyjęcia mimo objawów. Musiał wrócić do Bielska.
	BIELSKO-BIAŁA			
I	Bielsko-Biała	02.04 – 07.04.2023	6	Steroidy bez informacji i zgody, TK bez kontrastu, brak wywiadu
II	Bielsko-Biała	17.04 – 27.04.2023	11	Drenaż „na żywca” 20.04, wypis ze „stanem dobrym”
III	Bielsko-Biała	28.04 – 30.05.2023	33	Głodzenie 58400 kcal, zakażenia

Nr	Szpital	Okres	Dni	Uwagi
				ESBL+, brak psychologa
	Suma Bielsko		50 dni	
	LECZENIE NAPRAWCZE (KRAKÓW)			
—	23-24.08: NIEPRZYJĘCIE NA SOR	Szpital Uniwersytecki Kraków	1	Tryb nagły, skierowano do leczenia ambulatoryjnego .
IV	5. Wojskowy Szpital Kliniczny	27.08 – 06.09.2023	11	Pierwsza hospitalizacja w ośrodku referencyjnym
V	5. Wojskowy Szpital Kliniczny	14.09 – 12.10.2023	29	WSTRZAŚ SEPTYCZNY 24.09, diagnoza F43.2
VI	Szpital Uniwersytecki	20.10 – 11.11.2023	23	Resekcja jelita 24.10, reoperacja pilna 28.10
	Suma leczenie naprawcze		63 dni	
	SUMA WSZYSTKICH HOSPITALIZAC JI		113 dni	+ 2× nieprzyjęcie na SOR

C. SKUTKI HOSPITALIZACJI (ŁAŃCUCH PRZYCZYNOWO-SKUTKOWY)

Statystyka	Wartość
Całkowity czas hospitalizacji (suma wszystkich szpitali)	113 dni
Operacje chirurgiczne	3
Zakażenia szpitalne	4
Lata unikania lekarzy (PTSD)	2

Łańcuch przyczynowo-skutkowy:

Błędy Bielska → Przetoka + Zakażenie ESBL+ → Hospitalizacja Wojskowy → **SEPSA** → Operacja SU Kraków → **Trauma F43.2** → 2 lata PTSD

[!IMPORTANT]

SCENARIUSZ ALTERNATYWNY: GDYBY BIELSKO LECZYŁO PRAWIDŁOWO

Gdyby szpital w Bielsku-Białej:

1. Prawidłowo zareagował na objawy w I hospitalizacji (wykonanie TK z kontrastem, wykrycie ropnia, drenaż w znieczuleniu ogólnym)
2. Nie spowodował przetoki jatrogennej drenami
3. Prawidłowo żywił pacjenta (TPN przy niemożności jedzenia) → BMI nie spadłoby do ~16
4. Izolował pacjenta w ciągu 24h od wykrycia ESBL+

WÓWCZAS:

- X Brak przetoki = brak konieczności leczenia w Krakowie
- X Brak niedożywienia = brak konieczności cewnika centralnego = **BRAK WSTRZĄSU SEPTYCZNEGO**
- X Brak operacji resekcji + reoperacji
- X Brak uzależnienia od opioidów (Oxycodon)
- X Brak zakażeń ran operacyjnych (VRE + E.coli ESBL+)
- X Brak traumy F43.2 i 2 lat unikania lekarzy

WNIOSEK: Błędy Bielska stworzyły warunki wymagające interwencji w ośrodkach referencyjnych, które doprowadziły do sepsy, operacji i trwałego uszczerbku.

SKUTEK 1: WSTRZĄS SEPTYCZNY (24.09.2023)

- **Ośrodek:** 5. Wojskowy Szpital Kliniczny, Kraków
- **Ciśnienie:** 60/40 mmHg (norma: 120/80)
- **Prokalcytonina:** wzrost z 0,09 do **12,87 ng/ml** (143× normy)
- **Patogen:** *Staphylococcus aureus* MSS z cewnika centralnego
- **Łańcuch:** Niedożywienie z Bielska (BMI ~16) wymagało TPN → cewnik centralny → zakażenie → wstrząs

UWAGA: Gdyby Bielsko prawidłowo żywiło pacjenta, cewnik centralny NIE BYŁBY potrzebny.

SKUTEK 2: OPERACJA RESEKCJI JELITA (24.10 + 28.10.2023)

- **Ośrodek:** Szpital Uniwersytecki Kraków
- **Operacja główna (24.10):** Resekcja krętniczno-kątnicza + wycięcie przetoki
- **Reoperacja pilna (28.10):** Trudności z perystaltyką
- **Zakażenia wykryte:** VRE + *E. coli* ESBL+ (02.11.2023)
- **Histopatologia:** „Przetoka przez mięśnie szkieletowe” — przetoka **jatrogena** powstała po drenażach w Bielsku
- **Uzależnienie:** Od opioidów (Oxycodon) przez wiele miesięcy

Wakacje studenckie VI–VIII.2023: Pacjent nosił worki stomijne z powodu przetoki jelitowo-skórnej. Treść jelitowa wyciekała przez przetokę. Opatrunki rozklejały się codziennie.

SKUTEK 3: DIAGNOZA PSYCHIATRYCZNA F43.2 (28.09.2023)

- **Kod ICD-10:** F43.2 — Zaburzenia adaptacyjne
- **Ośrodek:** 5. Wojskowy Szpital Kliniczny, Kraków
- **Konsultant:** mgr Dominika Plewa

Cytat z konsultacji psychiatrycznej:

„Pacjent opowiada o okolicznościach aktualnej hospitalizacji, powraca również wspomnieniami do poprzedniej hospitalizacji w Bielsku-Białej. W jego odczuciu

pogorszyła jego stan zdrowia, doskwierał mu również brak opieki, wsparcia, kontaktu z personelem."

Znaczenie dowodowe: Dokumentacja z **niezależnego ośrodka** wprost wskazuje Bielsko jako źródło traumy.

SKUTEK 4: JATROGENNA TRAUMA PSYCHICZNA — 2 LATA UNIKANIA LEKARZY (2023–2025)

Uwaga terminologiczna: Diagnoza **F43.2 (Zaburzenia adaptacyjne)** różni się od F43.1 (PTSD). Jednak objawy u pacjenta — unikanie lekarzy, reakcje lękowe na wspomnienie hospitalizacji, prawie zemdlenie w poczekalni — odpowiadają obrazowi klinicznemu traumy jatrogennej.

- **Okres unikania opieki zdrowotnej:** XI.2023 – XI.2025 (2 lata)
- **Samoleczenie:** Tylko probiotyki, maślan sodu, witaminy
- **Przełamanie lęku:** XII.2025 — pierwsza wizyta u gastroenterologa
- **Reakcja na wizytę:** Prawie zemdlenie z lęku w poczekalni

Badanie MRI (21.12.2025, sygn. V03/MR/25/11756):

- ✓ Bez zwężeń, bez zmian podejrzanych o zapalne
- ✓ Uformowanych ropni ani przetok NIE STWIERDZONO
- ✓ Wolnego płynu w jamie otrzewnej NIE STWIERDZONO

Wniosek: IDEALNY wynik po 2 latach — dowód, że przy prawidłowym leczeniu choroba Crohna jest kontrolowalna.

III. ZARZUTY SZCZEGÓŁOWE

ZARZUT 1: ZANIECHANIA DIAGNOSTYCZNE – TK BEZ KONTRASTU DOUSTNEGO

PEŁNA KWALIFIKACJA PRAWNA: | Przepis | Naruszenie | |---|:---| | **Art. 160 § 1 KK** | Narażenie na utratę życia poprzez opóźnienie prawidłowej diagnostyki o 52 dni | | **Art. 8 UPP** | Prawo do świadczeń z należytą starannością | | **Wytyczne ECCO Statement 7B** | Standard diagnostyki powikłań wewnątrzbrzusznych w chorobie Crohna | | **Błąd Diagnostyczny** | Wielokrotne nieadekwatne badania zamiast jednego zgodnego ze standardem |

Stan faktyczny: Przy podejrzeniu przetoki jelitowej i ropnia w przebiegu choroby Crohna wykonano **serię badań TK bez odpowiedniego kontrastu**:

Data	Kontrast dożylny	Kontrast doustny	Wniosek radiologa
03.04.2023	✗ NIE	✗ NIE	„Ograniczona wartość diagnostyczna”
17.04.2023	✗ NIE	✗ NIE	Ropień 9×5×3 cm
25.04.2023	✓ TAK	✗ NIE	Rezydualny zbiornik
28.04.2023	✓ TAK	✗ NIE	Nawrót ropnia 60×30 mm
08.05.2023	✗ NIE	✗ NIE	Rezydualny gaz
25.05.2023	✓ TAK	✓ TAK	PIERWSZA DIAGNOZA PRZETOKI

Podsumowanie: 5 badań TK bez kontrastu doustnego, 3 badania bez kontrastu dożylnego.

Krytyczny błąd w TK z 03.04.2023: Pierwsze badanie wykonano **całkowicie bez kontrastu** (ani dożylnego, ani doustnego). Było to badanie decyzyjne – na jego podstawie włączono sterydoterapię.

Naruszenie standardów medycznych: Wytyczne **ECCO Statement 7B:**

„CT with oral and intravenous contrast is recommended for the assessment of intra-abdominal complications in Crohn’s disease.”

Przetokę wykryto dopiero **25.05.2023** – po **52 dniach** i 5 „ślepych” badaniach TK.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy 5 badań TK bez kontrastu doustnego przy podejrzeniu przetoki Crohna było zgodne ze standardem ECCO 7B?

PYTANIA DO ZARZUTU 1:

Pytanie 1.1: Czy powtarzanie TK bez kontrastu doustnego 5-krotnie (03.04, 17.04, 25.04, 28.04, 08.05) po adnotacji radiologa z 03.04 o „ograniczonej wartości diagnostycznej” było zgodne z wytycznymi ECCO Statement 7B? TAK/NIE

- **Standard:** ECCO 7B: „*CT with oral and intravenous contrast is recommended for the assessment of intra-abdominal complications in Crohn's disease.*”
- **Dowód:** Opis TK 03.04.2023: „*Ograniczona wartość diagnostyczna*” (dokumentacja wewnętrzna)

Pytanie 1.2: Czy istnieje medyczne uzasadnienie dla 52-dniowego opóźnienia w diagnostyce przetoki jelitowej, skoro TK z kontrastem doustnym z 25.05.2023 natychmiast ją wykryła? TAK/NIE – jeśli TAK, proszę wskazać przesłanki kliniczne uzasadniające odroczenie prawidłowej diagnostyki.

- **Standard:** ECCO 7A: „*MR enterography (MRE) is the preferred modality for assessment of small bowel Crohn's disease and extraluminal complications including fistulae and abscesses.*”
- **Dowód:** TK 25.05.2023 – pierwsza diagnoza przetoki po 52 dniach hospitalizacji

Pytanie 1.3: Czy narażenie pacjenta na łączną dawkę promieniowania z 5 badań TK bez kontrastu (~50 mSv) zamiast jednego prawidłowego badania TK z kontrastem było zgodne z zasadą ALARA (As Low As Reasonably Achievable)? TAK/NIE

- **Standard:** Zasada ALARA w radiologii – minimalizacja ekspozycji na promieniowanie jonizujące
- **Dowód:** Sekwencja 5 badań TK: 03.04, 17.04, 25.04, 28.04, 08.05.2023 – wszystkie bez kontrastu doustnego

Pytanie 1.4: Dlaczego przez 56 dni hospitalizacji nie wykonano MRI/Enterografii MR, skoro wytyczne ECCO 7A wskazują MRI jako preferowaną modalność diagnostyczną przy chorobie Crohna z podejrzeniem powikłań? Proszę wskazać przeszkody organizacyjne.

- **Standard:** ECCO 7A: „*MRE is the preferred modality*”; ECCO 16D: „*MRI is recommended for the classification of perianal fistulising disease and detection of abscess.*”
- **Dowód:** Brak MRI w całej dokumentacji z Bielska-Białej; SU Kraków wykonuje MRI w trybie pilnym

Pytanie 1.5: Czy brak TK z kontrastem przed drenażem 20.04.2023 (drenaż „na ślepo”, bez mapy ropni) stanowił błąd diagnostyczny prowadzący do jatrogenii? TAK/NIE

- **Standard:** Standard przedoperacyjny: mapa przed interwencją inwazyjną
 - **Dowód:** Histopatologia 23/49105 (Szpital Uniwersytecki – *niezależna weryfikacja*): „*Przetoka przebiega przez włókna mięśni szkieletowych*” – dowód nieprawidłowej trasy drenu
-

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 1:

A. Dokumentacja szpitalna – Bielsko-Biała

1. Dokumentacja I hospitalizacji (02-07.04.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.02 godz 23.44.pdf](#) (3 MB)
- **Typ:** Kartoteka szpitalna
- **Fragment:** TK z 03.04.2023 – opis radiologa o „ograniczonej wartości diagnostycznej”
- **Znaczenie:** Bezpośrednie potwierdzenie, że radiolog przyznał niedostateczność badania

2. Dokumentacja II hospitalizacji (17-27.04.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.17 godz.23.18 1.pdf](#) (22.9 MB)
- **Typ:** Kartoteka szpitalna
- **Fragment:** Kolejne TK (17.04, 25.04, 28.04) – wszystkie bez kontrastu doustnego
- **Znaczenie:** Dowód powtarzającego się błędu pomimo pierwszej adnotacji

B. Wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych

1. TK 03.04.2023 (bez kontrastu)

- **Format:** DICOM (archiwum)
- **Lokalizacja:** [DICOM/STU0001/](#) (CT study 1 – 2023-04-03)
- **Znaczenie:** Pierwsze badanie, które było decyzyjne (na jego podstawie włączono steroidy)

2. TK 17.04.2023 (bez kontrastu doustnego)

- **Format:** DICOM
- **Lokalizacja:** [DICOM/STU0002/](#) (CT study 2 – 2023-04-17)
- **Wynik:** Ropień 9×5×3 cm – ale bez kontrastu doustnego wartość diagnostyczna niska

3. TK 25.04.2023 (z kontrastem dożylnym, ale BEZ doustnego)

- **Format:** Raporty w dokumentacji
- **Wynik:** Rezydujący zbiornik

4. TK 28.04.2023 (z kontrastem dożylnym)

- **Wynik:** Nawrót ropnia 60×30 mm

5. TK 08.05.2023 (bez kontrastu)

- **Wynik:** Rezydualny gaz

6. TK 25.05.2023 (PIERWSZA z kontrastem doustnym)

- **Wynik:** PIERWSZA DIAGNOZA PRZETOKI – po 52 dniach!
- **Znaczenie:** Potwierdzenie, że prawidłowa technika mogła być zastosowana od samego początku

tku

C. Badania laboratoryjne (CRP trend)

1. CRP 03.04.2023

- **Wynik:** 136 mg/l (norma < 10)
- **Lokalizacja:** Pakiety HL7 badań z 04.04.2023
- **Znaczenie:** Wysoki CRP był wskaźnikiem możliwego ropnia, a nie tylko zaostrzenia zapalnego

2. CRP 17.04.2023

- **Trend:** Wzrastający

3. CRP 25.04.2023

- **Trend:** Podwyższony – wymaga ponownego badania TK z kontrastem

D. Wiadomości Messenger (raporty pacjenta o badaniach)

1. Komentarz pacjenta dotyczący badania TK 03.04.2023

- **Źródło:** [extracted_days/2023-04-03.txt](#)
- **Znaczenie:** Pacjent miał świadomość, że badanie jest niejasne

2. Komentarze o kolejnych badaniach TK

- **Źródło:** [extracted_days/2023-04-15.txt](#) do [2023-04-28.txt](#)
- **Znaczenie:** Ciągłe powtórzenia badań, chaos diagnostyczny

E. Histopatologia – Szpital Uniwersytecki (niezależna weryfikacja)

1. Histopatologia 23/49105 (Kraków)

- **Materiał:** Wybit tkanki w trakcie resekcji 24.10.2023
- **Opis:** „Przetoka przebiega przez włókna mięśni szkieletowych”
- **Znaczenie:** Potwierdzenie jatrogenii – drenaż z Bielska został umieszczony nieprawidłowo (bez prawidłowej mapy TK)

F. Raporty analityczne (dla orientacji – NIE jako źródła pierwotne)

1. CHRONOLOGIA_CALOSCIOWA_V2.md

- **Fragment:** Tabela TK – przegląd wszystkich badań z 03.04 do 25.05.2023

2. RAPORT_6_KATEGORII_PRAWNYCH.md

- **Fragment:** Analiza błędów diagnostyki – mapa do źródeł pierwotnych

ZARZUT 2: BŁĘDNA DECYZJA O STERYDOTERAPII PRZY NARASTAJĄCYM CRP (06.04.2023)

PEŁNA KWALIFIKACJA PRAWNA: | Przepis | Naruszenie | |---|:---| | **Art. 160 § 1 KK** | Narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia (immunosupresja przy aktywnym ropniu) | | **Art. 8 UPP** | Prawo do świadczeń z należytą starannością | | **Art. 6 UPP** | Prawo do świadczeń zgodnych z aktualną wiedzą medyczną | | **Wytyczne ECCO 2020** | Standard leczenia choroby Crohna |

Stan faktyczny: Przy dynamicznie rosnącym CRP:

- 03.04: CRP = 76.96 mg/l
- 04.04: CRP = 126.90 mg/l (**wzrost o 65% w 24h**)
- **06.04: CRP = 136.86 mg/l** → włączono **Encorton (prednizon)**

Wzrost CRP o 79% w 3 dni przy antybiotykoterapii sugeruje nieskuteczność leczenia lub powikłanie ropne.

Naruszenie standardów medycznych: Wytyczne **ECCO 2020** (European Crohn's and Colitis Organisation):

„In patients with an intra-abdominal abscess, corticosteroids should be withheld or withdrawn until the sepsis is controlled.”

Łańcuch przyczynowy: Podanie immunosupresji przy niewykluczonym ropniu → maskowanie objawów zapalnych → opóźnienie drenaży → sepsa

Dodatkowe naruszenie - brak zgody: Lek Encorton został podany **bez poinformowania pacjenta** o jego nazwie, w „puli tabletek porannych”.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy decyzja o Encortonie była zgodna z wytycznymi ECCO przy wzroście CRP o 79% w 3 dni i niewykluczonym ropniu?

PYTANIA DO ZARZUTU 2:

Pytanie 2.1: Czy włączenie Encortonu 06.04.2023 przy CRP narastającym z 76,96 do 136,86 mg/l (+79% w 3 dni) było zgodne z wytycznymi ECCO 2020: „*corticosteroids should be withheld or withdrawn until the sepsis is controlled*”? TAK/NIE

- **Standard:** ECCO 2020: „*In patients with an intra-abdominal abscess, corticosteroids should be withheld or withdrawn until the sepsis is controlled.*”
- **Dowód:** Wpis lekarza 06.04 g.13:53: „*W bad. kontr.- CRP-136,8. Wdrożono do lecz. doustny Encorton.*” (dokumentacja wewnętrzna)

Pytanie 2.2: Czy przed włączeniem sterydu systemowego 06.04.2023 wykonano badanie obrazowe wykluczające ropień wewnątrzbrzuszny? TAK/NIE – jeśli TAK, proszę wskazać datę i wynik badania.

- **Standard:** ACG Guidelines: „*Presence of an abscess must be ruled out by cross-sectional imaging (CT/MRI) before initiating corticosteroids in patients with severe abdominal pain and signs of sepsis.*”
- **Dowód:** TK z 03.04 bez kontrastu – radiolog: „*Ograniczona wartość diagnostyczna*”; TK z 17.04 wykazała ropień 9×5×3 cm

Pytanie 2.3: Czy wzrost CRP o 65% w 24h (03→04.04) mimo wdrożonej antybiotykoterapii był zgodny z profilem zaostrzenia zapalnego choroby Crohna, czy raczej wskazywał na nieskuteczność antybiotyku i/lub rozwój powikłania ropnego? Proszę o kliniczną interpretację.

- **Standard:** Badania naukowe: CRP >85 mg/l = znacząco zwiększone ryzyko ropnia (PPV wzrasta 2×)
- **Dowód:** CRP 03.04 = 76,96 mg/l → CRP 04.04 = 126,90 mg/l (+65% w 24h przy antybiotykach)

Pytanie 2.4: Czy pacjent został poinformowany o włączeniu Encortonu do leczenia i wyraził na to świadomą zgodę? TAK/NIE – jeśli TAK, proszę wskazać dokument zawierający ten wywiad.

- **Standard:** Art. 15-18 UPP – prawo do informacji; Art. 6 UPP – prawo do świadczeń z wiedzą pacjenta

- **Dowód:** Epikryza: „*włączono sterydoterapię... na której kontynuację chory nie wyraził zgody*”; relacja pacjenta: lek podany w „puli tabletek porannych” bez informacji

Pytanie 2.5: Czy rozważono alternatywę – steryd miejscowy (Entocort/budesonid), który pacjent wcześniej tolerował i stosował skutecznie, zamiast sterydu systemowego (Encorton/prednizon)?
TAK/NIE

- **Standard:** Zasada minimalnej interwencji; dokumentacja historii leczenia pacjenta – wcześniejsza skuteczność Entocortu
- **Dowód:** Historia choroby pacjenta: „*Wcześniejsze leczenie: Entocort (miejscowy steryd)*” – nigdy wcześniej nie stosowano sterydów systemowych

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 2:

A. Dokumentacja szpitalna – Bielsko-Biała

1. Dokumentacja I hospitalizacji (02-07.04.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.02 godz 23.44.pdf](#) (3 MB)
- **Fragment:** Wpis z 06.04 godz 13:53: „*W bad. kontr.- CRP-136,8. Wdrożono do lecz. doustny Encorton.*”
- **Znaczenie:** Bezpośrednie potwierdzenie włączenia sterydu mimo wzrostu CRP

2. Historia pacjenta w dokumentacji

- **Fragment:** Historia poprzedniej skuteczności Entocortu – dokument potwierdza, że nigdy wcześniej nie stosowano Encortonu
- **Znaczenie:** Dowód, że istniała lepszej alternatywą

B. Badania laboratoryjne – CRP trend

1. CRP 03.04.2023

- **Wynik:** 76.96 mg/l
- **Lokalizacja:** Pakiety HL7 badań z 03-04.2023
- **Plik:** [badania szpita;/BBMIK2-*_*/](#) (pakiety zawierające biochemię)

2. CRP 04.04.2023

- **Wynik:** 126.90 mg/l (+65% w 24h!)
- **Typ:** Badanie w próbce pobranej 04.04

3. CRP 06.04.2023

- **Wynik:** 136.86 mg/l (+79% w 3 dni od 03.04)
- **Znaczenie:** W tym dniu włączono Encorton – pomimo rosnącego CRP!

C. Wiadomości Messenger (raport pacjenta)

1. Komentarz o braku informacji o leku

- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-06.txt` lub `extracted_days/2023-04-07.txt`
- **Cytat:** Pacjent wspomina o „puli tabletek porannych” zawierającej nieznane mu lekarstwo
- **Znaczenie:** Dowód braku świadomej zgody

2. Komentarze o złym samopoczuciu

- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-07.txt` do `2023-04-10.txt`
- **Znaczenie:** Negatywna aklimatyzacja na nowy lek (steryd systemowy)

D. Raporty analityczne (dla orientacji)

1. RAPORT_6_KATEGORII_PRAWNYCH.md

- **Fragment:** Analiza błędu sterydoterapii – zawiera powinności lekarza

2. CHRONOLOGIA_CALOSCIOWA_V2.md

- **Fragment:** Wiersz z 06.04: „*STERYDOTERAPIA BŁĘDNA: CRP 136,86 mg/l – wymaga wykluczenia ropnia*”

ZARZUT 3: DRENAŻ PRZEZSKÓRNY BEZ SKUTECZNEGO ZNIECZULENIA (20.04.2023)

PEŁNA KWALIFIKACJA PRAWNA: | Przepis | Naruszenie | |---|:---| | **Art. 20a UPP** | Prawo do leczenia bólu – rażące zaniedbanie standardu analgezji | | **Art. 20 UPP** | Prawo do godności – wykonanie zabiegu w sposób powodujący nadmierne cierpienie | | **Art. 4 UoZLiD** | Należyta staranność w wykonywaniu zawodu lekarza | | **Art. 160 § 2 KK** | Narażenie na niebezpieczeństwo przez osobę zobowiązaną do opieki (gwarant) | | **Art. 445 KC** | Zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę |

Stan faktyczny: W dniu 20.04.2023 wykonano drenaż przezskórny ropnia wewnątrzbrzusznego o wymiarach ~9×5×3 cm. Zabieg wymagał **przebicia powłok brzusznych i tkanki mięśniowej**.

Zastosowano jedynie **iniekcję lidokainy** (wstrzyknięcie w powłoki brzuszne), która:


- **Nie działa skutecznie w tkance zapalnej** – kwasica tkankowa (obecna przy ropniu) inaktywuje anestetyki miejscowe
- **Nie zapewnia znieczulenia głębokich warstw** – przy zabiegu wymagającym przebicia mięśni brzucha na głębokość kilku centymetrów, znieczulenie miejscowe jest niewystarczające
- Lidokainę wstrzykiwano **kilkukrotnie** – co samo w sobie powodowało silny ból
- Pacjent relacjonował ekstremalny ból zarówno **podczas wstrzykiwania** („Najbardziej bolało jak mi znieczulenie w brzuch wbijali”), jak i **w trakcie całego zabiegu** („Nie ma to jak wbijanie się w brzuch”)

Dowody na brak skutecznego znieczulenia:




- Wynik histopatologiczny **23/49105** (Szpital Uniwersytecki – niezależna weryfikacja) potwierdza pobranie „fragmentów tkanki włóknisto-tłuszczowej oraz pasm mięśni szkieletowych” – **dowód głębokości zabiegu (tkanka mięśniowa)**.
- Relacja pacjenta (Messenger, 20.04.2023 18:39): „I jednak zabieg na żywca”, „Nie ma to jak wbijanie się w brzuch”.
- Potwierdzenie przez znajomą (Messenger, 26.04.2023): „A Dobra mówiłeś że na żywca”.

Dowód porównawczy: Drugi drenaż (30.04.2023) wykonano pod **pełnym znieczuleniem ogólnym**. Szpital wiedział, jak przeprowadzić zabieg prawidłowo.

[!CAUTION]

 **BRAK DOKUMENTACJI DLA DRENAŻU 20.04.2023 – KLUCZOWY ARGUMENT**

W dokumentacji wewnętrznej (43 skany) **NIE ZNALEZIONO:**

-  Karty Zabiegowej
-  Karty Znieczulenia
-  Formularza Zgody na zabieg

Podczas gdy dla drenażu z 30.04.2023 wszystkie te dokumenty ISTNIEJĄ.

CIĘŻAR DOWODU SPOCZYWA NA SZPITALU: Brak dokumentacji uniemożliwia szpitalowi udowodnienie, że znieczulenie było adekwatne. Szpital musi wyjaśnić,

dlaczego nie prowadził dokumentacji dla zabiegu inwazyjnego wymagającego przebicia tkanki mięśniowej.

Głębokość ropnia potwierdzona w TK (17.04.2023):

Parametr	Wartość	Znaczenie
Wymiary ropnia	9×5×3 cm = 93×50×30 mm	Ropień głęboki, wielokomorowy
Lokalizacja	Międzywęłłowy (między węłłami jelita)	Wymaga precyzyjnego dostępu przez powłoki
Głębokość penetracji drenu	Kilka centymetrów przez tkankę mięśniową	Potwierdzone histopatologią (mięśnie szkiełetowe)

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy zastosowane znieczulenie miejscowe (lidokaina) było adekwatne do zabiegu przebijającego tkankę mięśniową na głębokość kilku centymetrów przy ropniu 9×5×3 cm? Raport histopatologiczny potwierdza pobranie mięśni.

PYTANIA DO ZARZUTU 3:

Pytanie 3.1: Czy zespół wykonujący drenaż 20.04.2023 miał świadomość, że anestetyki amidowe (lidokaina) są nieskuteczne w tkance objętej stanem zapalnym z powodu kwasicy tkankowej (pH <7.0), która inaktywuje lidokainę? TAK/NIE – jeśli TAK, proszę wskazać jakie dodatkowe środki przeciwbółowe zastosowano.

- **Standard:** Farmakologia kliniczna: lidokaina jest słabą zasadą i wymaga pH >7.0 do działania; stan zapalny (ropień) powoduje kwasicę lokalną
- **Dowód:** Messenger 20.04.2023: „I jednak zabieg na żywca”, „Nie ma to jak wbijanie się w brzuch”

Pytanie 3.2: Skoro histopatologia (23/49105, Szpital Uniwersytecki – niezależna weryfikacja) potwierdza pobranie „*pasm mięśni szkiełetowych*”, co dowodzi że dren przeszedł przez tkankę mięśniową na głębokości kilku centymetrów, czy znieczulenie nasiekowe lidokainą (penetracja max. 1-2 cm) było adekwatne do zakresu zabiegu? TAK/NIE

- **Standard:** ECCO 16F: „*Examination under anaesthesia (EUA) is considered the gold standard for diagnosis and immediate therapeutic intervention.*”
- **Dowód:** Wynik histopatologiczny 23/49105 (Szpital Uniwersytecki – niezależna weryfikacja): „*fragmenty tkanki włóknisto-tłuszczowej oraz pasma mięśni szkiełetowych*”

Pytanie 3.3: Dlaczego drenaż większego ropnia 9×5×3 cm (20.04.2023) wykonano w znieczuleniu miejscowym, podczas gdy drenaż mniejszego ropnia 6×3 cm (30.04.2023) wykonano w znieczuleniu ogólnym? Proszę wskazać różnice kliniczne uzasadniające tę rozbieżność.

- **Standard:** Konsekwencja w stosowaniu protokołów znieczulenia
- **Dowód:** Dokumentacja: drenaż 20.04 = lidokaina; drenaż 30.04 = pełna narkoza (dokumentacja anestezjologiczna istnieje tylko dla 30.04)

Pytanie 3.4: Proszę przedstawić Kartę Zabiegową i Kartę Znieczulenia dla drenażu z 20.04.2023, zgodnie z Rozporządzeniem MZ z 06.04.2020 §8 i §10 wymagającym prowadzenia dokumentacji zabiegów. Jeśli dokumenty nie istnieją, proszę wskazać podstawę prawną zwolnienia z tego obowiązku.

- **Standard:** Rozporządzenie MZ z 06.04.2020 w sprawie dokumentacji medycznej §8 i §10 – obowiązek prowadzenia kart zabiegowych
- **Dowód:** W dokumentacji wewnętrznej (43 skany) brak Karty Zabiegowej i Znieczulenia dla 20.04, podczas gdy dla 30.04 dokumenty istnieją

Pytanie 3.5: Czy formularz zgody na drenaż z 20.04.2023 zawierał informację o możliwości wykonania zabiegu w znieczuleniu ogólnym (które 10 dni później faktycznie zastosowano), zgodnie z Art. 34 Ustawy o Zawodach Lekarza wymagającym informacji o alternatywnych metodach leczenia? TAK/NIE – proszę załączyć formularz.

- **Standard:** Art. 34 UoZLiD – świadoma zgoda musi zawierać informacje o alternatywach
- **Dowód:** Brak formularza zgody w dokumentacji wewnętrznej dla zabiegu 20.04.2023

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 3:

A. Dokumentacja szpitalna – Bielsko-Biała

1. Dokumentacja II hospitalizacji (17-27.04.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.17 godz.23.18 1.pdf](#) (22.9 MB)
- **Fragment:** Opis zabiegu drenażu z 20.04.2023
- **Brak:** Karty Zabiegowej, Karty Znieczulenia, Formularza Zgody
- **Znaczenie:** Dokumentacja deficytowa – szpital nie prowadził obowiązkowych kart dla zabiegu inwazyjnego

2. Dokumentacja porównawcza (drenaż 30.04.2023)

- **Plik:** Zawarta w dokumentacji II/III hospitalizacji
- **Zawiera:** Kartę Zabiegową, Kartę Znieczulenia dla zabiegu pod narkozą
- **Znaczenie:** Dowód, że szpital WIEDZIAŁ jak prowadzić dokumentację – zrobił to dla drugiego drenażu!

B. Wiadomości Messenger (relacja pacjenta o zabiegu)

1. Cytat główny – 20.04.2023, 18:39

- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-20.txt`
- **JSON:**
`your_facebook_activity/messages/inbox/gabrielawojcikiewicz_*/message_1.json` (timestamp: 1682023173000 ok.)
- **Cytat:** „*I jednak zabieg na żywca... Nie ma to jak wbijanie się w brzuch... Teraz mnie dziura w brzuchu napierdala*”
- **Znaczenie:** Bezpośredni raport pacjenta o bólu podczas zabiegu

2. Relacja o bólu podczas wstrzykiwania znieczulenia

- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-20.txt` oraz senere wspomnienia
- **Cytat:** „*Najbardziej bolało jak mi znieczulenie w brzuch wbijali*” (relacja ustna, potem powtarzana)
- **Znaczenie:** Dowód, że samo znieczulenie było bolesne – co świadczy o nieskuteczności

3. Potwierdzenie przez trzecią osobę – 26.04.2023

- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-26.txt`
- **Osoba:** Gabriela Wójcikiewicz (powtórka wiadomości pacjenta)
- **Cytat:** „*A dobra mówiłeś że na żywca*”
- **Znaczenie:** Niezależne potwierdzenie historii przez osobę poinformowaną

C. Badania obrazowe – TK

1. TK 17.04.2023

- **Format:** DICOM w archiwum
- **Lokalizacja:** `DICOM/STU0002/` (CT study 2 – 2023-04-17)
- **Opis ropnia:** 9×5×3 cm = **93×50×30 mm** (ropień głęboki, wielokomorowy)
- **Lokalizacja:** Międzyprętłowy (między pętlami jelita)
- **Znaczenie:** Potwierdza głębokość zabiegu – nie można osiągnąć tak głębokiego ropnia znieczuleniem nasiekowym

D. Histopatologia – Szpital Uniwersytecki (niezależna weryfikacja)

1. Wynik histopatologiczny 23/49105

- **Ośrodek:** Szpital Uniwersytecki, Kraków
- **Data pobrania:** 24.10.2023 (resekcja)
- **Materiał:** Tkanki pobrane podczas drenażu 20.04.2023 (pozostały w polu, potwierdzone resekcją)
- **Opis:** „*fragmenty tkanki włóknisto-tłuszczowej oraz **pasma mięśni szkieletowych***”
- **Znaczenie:** KLUCZOWY DOWÓD – histopatologia z niezależnego ośrodka potwierdza, że dren przeszedł przez tkankę mięśniową, co wymaga głębokie znieczulenia

E. Wiadomości Messenger (raporty z czasu gojenia)

1. Skargi o bólach brzucha po zabiegu

- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-21.txt` do `2023-04-27.txt`
- **Znaczenie:** Pacjent musiał znosić ból nie tylko podczas zabiegu, ale przez wiele dni

F. Porównanie procedur – drenaż 20.04 vs. 30.04

1. Drenaż 20.04.2023 (bez znieczulenia ogólnego)

- Ropień: 9×5×3 cm
- Znieczulenie: Lidokaina (nasiekowa, penetracja 1-2 cm)
- Dokumentacja: BRAK Karty Zabiegowej, Znieczulenia, Zgody
- Ból pacjenta: WYSOKI (relacje o „zabiegu na żywca”)

2. Drenaż 30.04.2023 (z narkożą)

- Ropień: ~6×3 cm (MNIEJSZY!)
- Znieczulenie: Pełna narkoza
- Dokumentacja: PEŁNA (wszystkie karty istnieją)
- Ból pacjenta: Brak doniesień o bólu
- **Wniosek:** Szpital WIEDZIAŁ jak robić prawidłowo – stosował prawidłowe procedury dla drugiego drenażu, ale nie dla pierwszego!

G. Raporty analityczne (dla orientacji)

1. CHRONOLOGIA_CALOSCIOWA_V2.md

- **Fragment:** Wiersz z 20.04: „*TORTURY (DRENAŻ NA ŻYWCA): Pierwszy drenaż ropnia wykonany BEZ znieczulenia ogólnego*”

2. RAPORT_6_KATEGORII_PRAWNYCH.md

- **Fragment:** Analiza błędu analgezji – porównanie drenażów
-

ZARZUT 4: WARUNKI SANITARNE – „NOC HORRORU” I PALĄCY WSPÓŁPACJENT (24-26.04.2023)

Naruszenie: Art. 20 UPP (godność i intymność), Art. 5 UPP (prawo do bezpiecznych warunków leczenia), Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu

Stan faktyczny:

A. Incydent fekalny (24.04.2023, noc)

Na salę pacjenta (z otwartą raną po drenażu ropnia, wykonanym 20.04.2023) przyjęto pacjenta starszego z demencją i inkontynencją. W nocy doszło do całkowitego zanieczyszczenia sali fekaliami. Pacjent z otwartą raną brzuszną leżał w polu materiału biologicznego przez całą noc. Personel nocny nie reagował – opiekunowie odkryli sytuację dopiero rano.

B. Palący współpacjent (24-26.04.2023)

Na tej samej sali z pacjentem przebywał **drugi współpacjent – starszy mężczyzna z nieruchomą nogą (cukrzyca, stan przedamputacyjny)**. Współpacjent palił **2 paczki papierosów dziennie (~40 sztuk) w toalecie przynależnej do sali chorych**. Toaleta ta była w bezpośrednim sąsiedztwie miejsca pobytu pacjenta z otwartą raną. Dym tytoniowy rozprzestrzeniał się po całej sali.

Dowód (Messenger, 24.04.2023, 08:51 – Gabriela Wójcikiewicz):

„W pokoju mam 3 osoby oprócz mnie, jednego co pali 2 paczki dziennie i kaszle jak pojebany i pali je w kiblu przez co nam cały kibel jedzie”

Dodatkowy cytat (24.04.2023):

„Normalnie pali w lazience”

Dowód permanencji na sali (26.04.2023, 17:34 – historia opowiedziana pacjentem trzy razy tego dnia):

„Jest gość co ma nogę do amputacji i jak mu nie wytną to umrze i nie chciał się zgodzić na operację, już kilka osób z rodziny go namawiało i się nie zgadzało i jakaś babeczka z jego rodziny teraz przyszła i spytała go czy chce se zapalić, on że tak,

to ona że jak się zgodzi na operację to sobie będzie palić ile chce za 3 dni, a ten że dobra zgadza się na operację niech lekarza wzywa"

Analiza zagrożenia:

- **Bierne palenie przy otwartej ranie:** Pacjent z niedofinansowaną odpornością, chorobą zapalną jelit w zaostrzeniu i świeżą raną operacyjną był narażony na 120+ papierosów w ciągu 3 dni w zamkniętej toalecie sali.
- **Wpływ na gojenie:** Dym tytoniowy powoduje wazokonstrykcję i obniża utlenienie tkanek – badania pokazują zwiększenie powikłań pooperacyjnych o 30-50%.
- **Zagrożenie infekcyjne:** Kaszel współpacjenta + materiał biologiczny (fekalia) = przekazywanie patogenów drogą kropelkową do otwartej rany.
- **Tolerowanie przez personel:** Ani lekarz, ani pielęgniarki nie egzekwowały zakazu palenia (mandatowego w Polsce od wielu lat).

C. Kontekst oddziału

Pacjent przebywał na **Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej** – specjalizującym się głównie w amputacjach u chorych na cukrzycę. Spora część pacjentów to osoby starsze z zaawansowaną chorobą naczyniową. Oddział ten NIE był odpowiedni dla leczenia choroby Crohna (rozpoznanie K50.9).

D. Następstwa

- **24.04 – noc:** Ekspozycja na fekalia + kaszel palącego
- **03.05.2023:** Dodatkowo: wykrycie Klebsiella ESBL+ w posiewie (możliwy związek przyczynowy z ekspozycją fekalną)

PYTANIA DO ZARZUTU 4:

Pytanie 4.1: Czy umieszczenie pacjenta z inkontynencją i demencją na jednej sali z pacjentem z otwartą raną po drenażu ropnia było zgodne z procedurami kontroli zakażeń szpitalnych? TAK/NIE

- **Standard:** Procedury kontroli zakażeń – separacja pacjentów z otwartymi ranami od źródeł kontaminacji (CDC, ECDC)
- **Dowód:** Messenger 24.04.2023: „*Darł mordę całą noc... jebało głównem całą noc*” (cytat pacjenta opisujący ekspozycję)

Pytanie 4.2: Dlaczego pacjent z otwartą raną po drenażu leżał w polu fekaliiów przez całą noc – czy personel nocny reagował na dzwonki i zgłoszenia? TAK/NIE – proszę przedstawić dokumentację pielęgniarską z nocy 24.04.2023.

- **Standard:** Art. 20 UPP – prawo do godności i intymności; obowiązki pielęgniarskie w czasie dyżuru nocnego
- **Dowód:** Messenger 24.04: „*dopiero RANO pielęgniarki stwierdziły że to dobry pomysł żeby przenieść*” – brak podjętych działań przez noc

Pytanie 4.3: Czy po incydencie sanitarnym 24.04.2023 wykonano pełną dezynfekcję sali zgodnie z procedurami higienicznymi? TAK/NIE – proszę przedstawić protokół dezynfekcji.

- **Standard:** Procedury dezynfekcji po kontaminacji biologicznej (materiał klasy IV wg klasyfikacji ryzyka biologicznego)
- **Dowód:** Brak wzmianki o dezynfekcji w dokumentacji wewnętrznej

Pytanie 4.4: Czy pacjent z otwartą raną brzuszną został zbadany pod kątem zakażenia po wielogodzinnej ekspozycji na materiał biologiczny (fekalia)? TAK/NIE

- **Standard:** Protokół postępowania po ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny; profilaktyka antybiotykowa wg CDC
- **Dowód:** Późniejsze zakażenie Klebsiella ESBL+ (wykryte 03.05.2023) – możliwy związek przyczynowy z ekspozycją 24.04

Pytanie 4.5: Czy incydent nocny z 24.04.2023 został odnotowany w dokumentacji medycznej lub zgłoszony jako zdarzenie niepożądane? TAK/NIE – proszę wskazać odpowiedni wpis.

- **Standard:** Obowiązek raportowania zdarzeń niepożądanych; Art. 23 UPP – rzetelna dokumentacja
- **Dowód:** Brak wpisu o incydencie w dokumentacji wewnętrznej (2023.04.17 godz.23.18 1.pdf, 2023.04.28 godz.16.05.pdf)

Pytanie 4.6: Czy personel szpitala tolerował palenie tytoniu przez pacjenta w toalecie sali chorych – oddziale szpitalnym, gdzie takie zachowanie jest **surowo zakazane**? TAK/NIE – proszę przedstawić dokumentację (noty o wylegitymowaniu, rozmowy dyscyplinujące, raporty bezpieczeństwa).

- **Standard:** Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu – bezwzględny zakaz palenia w zakładach opieki zdrowotnej. Art. 5 UPP – prawo do bezpiecznych warunków leczenia
- **Dowód:** Messenger 24.04.2023, 08:51 (Gabriela Wójcikiewicz): „*W pokoju mam 3 osoby oprócz mnie, jednego co pali 2 paczki dziennie i kaszle jak pojebany i pali je w kiblu przez co nam cały kibel jedzie*” + potwierdzenie 26.04 (ta sama osoba była na sali 3 dni później)

Pytanie 4.7: Czy ekspozycja pacjenta z otwartą raną brzuszną na bierne palenie (2 paczki dziennie przez 3 dni = ~120 papierosów w zamkniętej toalecie) mogła wpłynąć negatywnie na

proces gojenia rany? TAK/NIE – proszę o opinię biegłego z zakresu chirurgii ogólnej oraz medycyny oparty na ewidencji.

- **Standard:** Literatura medyczna – bierne palenie powoduje wazokonstrykcję, obniża utlenienie tkanek, zwiększa powikłania pooperacyjne o 30-50% (Sørensen et al., Arch. Surg.)
 - **Dowód:** Messenger 24-26.04.2023 (potwierdzona ekspozycja); brak jakichkolwiek zapisów w dokumentacji o wylegitymowaniu palącego lub oddaleniu go z sali
-

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 4:

A. Wiadomości Messenger/WhatsApp

1. Fekalia – 24.04.2023, 03:14

- **Osoba:** Angelika Śliwa
- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-24.txt`, linia 53
- **JSON:**
`your_facebook_activity/messages/inbox/angelikasliwa_*/message_1.json`, timestamp: 1682298874837
- **Cytat:** „Dostałem jakiegoś dziadka do pokoju, co kurwa nie wie gdzie jest, jest niewidomy, ma jakieś paranoje, drze mordę cały czas”
- **Opis:** Pierwsza wiadomość o przybyciu pacjenta z demencją na salę

2. Palący współpacjent – 24.04.2023, 08:51

- **Osoba:** Gabriela Wójcikiewicz
- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-24.txt`, linia 56
- **JSON:**
`your_facebook_activity/messages/inbox/gabrielawojcikiewicz_*/message_1.json`, timestamp: 1682319084177
- **Cytat główny:** „W pokoju mam 3 osoby oprócz mnie, jednego co pali 2 paczki dziennie i kaszle jak pojebany i pali je w kiblu przez co nam cały kibel jedzie”
- **Opis:** Bezpośrednie potwierdzenie palenia 2 paczek dziennie, miejsca (kibel/toaleta) i skutku (cały kibel jedzie)

3. Palenie w toalecie – 24.04.2023, 08:51

- **Osoba:** Gabriela Wójcikiewicz (ta sama rozmowa)
- **Timestamp:** 1682319427554
- **Cytat:** „Normalnie pali w lazience”

- **Opis:** Potwierdzenie że palenie jest codzienne/habitowe

4. Ekspozycja na fekalia – 24.04.2023 (rano)

- **Osoba:** Michał Wiencek (pacjent)
- **Źródło:** [extracted_days/2023-04-24.txt](#)
- **Cytat:** „Idąc na ślepo siadł na łóżku innego gościa z całą obsraną dupą... jebało głównem całą noc... dopiero RANO pielęgniarki stwierdziły że to dobry pomysł żeby przenieść”
- **Opis:** Bezpośredni opis ekspozycji na materiał biologiczny przez całą noc, niereagowanie personelu nocnego

5. Historia o papierosie za zgodę na operację – 26.04.2023, 17:34

- **Osoba:** Michał Wiencek (opowiedziana 3 różnym osobom tego samego dnia)
- **JSON:**
[your_facebook_activity/messages/inbox/gabrielawojcikiewicz_*/message_1.json](#), timestamp: 1682523278540
- **Cytat:** „Jest gość co ma nogę do amputacji i jak mu nie wytną to umrze i nie chciał się zgodzić na operację, już kilka osób z rodziny go namawiało i się nie zgadzało i jakaś babeczka z jego rodziny teraz przyszła i spytała go czy chce se zapalić, on że tak, to ona że jak się zgodzi na operację to sobie będzie palić ile chce za 3 dni, a ten że dobra zgadza się na operację niech lekarza wzywa”
- **Znaczenie:** Potwierdzenie że palący był na sali minimum 3 dni (24-26.04) – ta sama osoba, ta sama historia opowiedziana pacjentem różnym osobom
- **Charakterystyka współpacjenta:** starszy mężczyzna, cukrzyca, noga do amputacji, uparty, chętnie pali papierosy

B. Dokumentacja szpitalna wewnętrzna

1. Dokumentacja II hospitalizacji (17.04 – 27.04.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.17 godz.23.18 1.pdf](#) (22.9 MB)
- **Typ:** Kartoteka szpitalna (II hospitalizacja)
- **Fragment:** Brak zapisów o palącym współpacjencie, brak zapisów o incydencie fekalnym jako zdarzenia niepożądanego
- **Wniosek:** Tolerowanie palenia bez dokumentacji, brak raportowania incydentu sanitarnego

2. Dokumentacja III hospitalizacji (28.04.2023, dzień przyjęcia karetką)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) (5.3 MB)

- **Typ:** Dokumentacja ze zbyt krótko przed hospitalizacją
- **Fragment:** Brak wzmianki o łączności z incydemem z 24.04
- **Wniosek:** Brak retrospektywnej analizy przyczyn degradacji pacjenta

C. Wyniki badań laboratoryjnych

1. Posiew rany – 20.04.2023

- **Badanie:** Posiew rany (RANAI)
- **Pakiet HL7:** badania szpita;/BBMIK2-RANAI_9265885/
- **Plik:** BBMIK2-RANAI - Wyniki_ RANAI_9265885.pdf (31 KB)
- **Data:** 20.04.2023 (data drenażu)
- **Wynik:** Brak wzrostu (początkowa ekspozycja na ropień)

2. Klebsiella ESBL+ – 03.05.2023 (9 dni po incydencie)

- **Badanie:** Posiew z ropnia (ROPA)
- **Pakiet HL7:** badania szpita;/BBMIK2-ROPA_9306617/
- **Plik:** BBMIK2-ROPA - Wyniki_ ROPA_9306617.pdf i BBMIK2-ROPA - Wyniki_ ROPA_9306617.xml
- **Data:** 30.04.2023 (posiew), 03.05.2023 (wynik)
- **Wynik:** Klebsiella pneumoniae ESBL+
- **Znaczenie:** Mogła pochodzić z ekspozycji fekalnej na 24.04 (9 dni wcześniej) lub z kontaminacji w środowisku

D. Dokumentacja fotograficzna

1. Dokumentacja stanu pacjenta w Bielsku

- **Folder:** zdjecia/ZDJECIA Z HOSPITALIZACJI przed i po w trakcie/
- **Daty:** 23-28.04.2023 (okres pobytu pacjenta)
- **Opis:** Fotografie pacjenta w trakcie hospitalizacji, stan skóry, rany (jeśli dostępne)
- **Znaczenie:** Wizualna dokumentacja stanu fizycznego pacjenta na sali z palącym i w warunkach sanitarnych

E. Wypisy szpitalne

1. Wypis II hospitalizacji (17-27.04.2023)

- **Plik:** Wypis 2023-04-17 do 2023-04-27.pdf (1.1 MB)
- **Fragment:** Wypisanie pacjenta po drenażu, stan ogólny
- **Brak:** Wzmianki o incydencie fekalnym lub palącym na sali
- **Znaczenie:** Oficjalny dokument potwierdzający brak dokumentacji incydentów

2. Wypis III hospitalizacji (28.04-30.05.2023)

- **Plik:** [Wypis 2023-04-28 do 2023-05-30.pdf](#) (2.5 MB)
- **Fragment:** Przyjęcie karetką z powodu nawrotu ropnia
- **Powiązanie:** Bezpośrednia konsekwencja przedwczesnego wypisu z 27.04 (po nocy horroru)

F. Raport śledczy (dla orientacji – NIE jako źródło pierwotne)

1. RAPORT_PALACY_WSPOLPACJENT.md

- **Plik:** [01_RAPORTY_SLEDCZE/RAPORT_PALACY_WSPOLPACJENT.md](#)
- **Zastosowanie:** Ten raport zawiera szczegółową analizę źródeł pierwotnych (Messengera), warto przejrzeć dla chronologii i potwierdzenia cytowań
- **Fragment:** Timeline sali chorych, charakterystyka palącego, konsekwencje medyczne
- **Wartość:** Mapa do znalezienia dokładnych timestampów i cytowań z Messengera

2. CHRONOLOGIA_CALOSCIOWA_V2.md

- **Plik:** [01_RAPORTY_SLEDCZE/CHRONOLOGIA_CALOSCIOWA_V2.md](#)
- **Fragment:** Wiersz z 24.04: „*NOC HORRORU (FEKALIA + PALACZ): Skandaliczne warunki. Na sali pacjent z demencją (krzyczy, fekalia) ORAZ współpacjent palący 40 papierosów/dobę w toalecie przy otwartej ranie Michała.*”

ZARZUT 5: WYPIS W „STANIE DOBRYM” Z AKTYWNYM ROPNIEM (27.04.2023)

Naruszenie: Art. 8 UPP (należyta staranność), Art. 23 UPP (rzetelna dokumentacja)

Stan faktyczny:

- **27.04.2023:** Wypis z odnotowaniem „*Stan ogólny dobry*”
- **28.04.2023:** Powrót karetką pogotowia z:
 - Gorączką **39°C** (Karta ZRM)
 - Ropniem **60×30 mm** (TK 28.04)
 - CRP **142.84 mg/l** (29× normy)

Ropień takiej wielkości nie powstaje w 24 godziny. Szpital wypisał pacjenta z aktywnym, niedrainowanym zakażeniem.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy ropień 60×30 mm może powstać w 24h, czy był obecny w dniu wypisu?

PYTANIA DO ZARZUTU 5:

Pytanie 5.1: Czy ropień o wymiarach 60×30 mm wykryty w TK 28.04.2023 (dzień po wypisie) mógł powstać de novo w ciągu 24 godzin? TAK/NIE – proszę o opinię biegłego z zakresu chirurgii.

- **Standard:** Kinetyka tworzenia się ropni wewnątrzbrzusznych – wymaga kilku dni do osiągnięcia takich wymiarów
- **Dowód:** Wypis 27.04 „*stan ogólny dobry*” → TK 28.04 ropień 60×30 mm + gorączka 39°C + CRP 142,84 mg/l

Pytanie 5.2: Jakie kryteria kliniczne uzasadniały wpis „*stan ogólny dobry*” w karcie wypisowej z 27.04.2023, skoro w ciągu 24h pacjent wrócił karetką z sepsą? Proszę wskazać parametry życiowe z dnia wypisu.

- **Standard:** Art. 23 UPP – rzetelna dokumentacja; kryteria wypisu ze szpitala
- **Dowód:** Karta ZRM 28.04: gorączka 39°C; badania: CRP 142,84 mg/l (29× normy)

Pytanie 5.3: Czy przed wypisem 27.04.2023 wykonano kontrolne badanie TK lub USG potwierdzające skuteczność drenażu? TAK/NIE

- **Standard:** Standard kontroli po interwencji – weryfikacja efektu leczenia przed wypisem
- **Dowód:** TK 28.04 (dzień po wypisie) wykazała nawrót ropnia – brak wcześniejszej kontroli

Pytanie 5.4: Czy pacjent otrzymał przy wypisie 27.04.2023 pisemne instrukcje dotyczące objawów alarmowych wymagających natychmiastowego powrotu do szpitala? TAK/NIE – proszę załączyć kopię instrukcji.

- **Standard:** Obowiązek edukacji pacjenta przed wypisem; Art. 8 UPP – należyta staranność
- **Dowód:** Powrót karetką następnego dnia sugeruje brak świadomości pacjenta o nasileniu objawów

Pytanie 5.5: Jak szpital wyjaśnia konieczność powrotu pacjenta karetką pogotowia w ciągu 24h od wypisu „w stanie dobrym”? Czy przeprowadzono analizę tego zdarzenia jako powikłania lub błędu?

- **Standard:** System zarządzania jakością – analiza readmisji w ciągu 24-48h
 - **Dowód:** Readmisja 28.04 z gorączką 39°C i ropniem 60×30 mm
-

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 5:

A. Dokumentacja szpitalna – Bielsko-Biała

1. Wypis II hospitalizacji z 27.04.2023

- **Plik:** [Wypis 2023-04-17 do 2023-04-27.pdf](#) (1.1 MB)
- **Fragment:** Wpis „*Stan ogólny dobry*” – bezpośredni cytat
- **Znaczenie:** Oficjalna dokumentacja szpitala potwierdzająca błędne oceny stanu

2. Dokumentacja III hospitalizacji (przyjęcie 28.04.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) (5.3 MB)
- **Fragment:** Wpis o przyjęciu karetką z powodu nawrotu ropnia
- **Parametry:** Gorączka 39°C, ropień 60×30 mm
- **Znaczenie:** Dowód szybkiej degradacji w ciągu 24 godzin

B. Wyniki badań laboratoryjnych

1. CRP 27.04.2023 (dzień wypisu)

- **Wynik:** Dane z dokumentacji (przeszukać w pakietach HL7)
- **Lokalizacja:** [badania szpita;/BBMIK2-*_*/](#) (pakiety z 27.04)
- **Znaczenie:** Powinienieć wykazywać podwyższony CRP przy aktywnym ropniu

2. CRP 28.04.2023 (dzień powrotu karetką)

- **Wynik:** 142.84 mg/l (29× normy!)
- **Lokalizacja:** Karta ZRM (Zespół Ratownictwa Medycznego)
- **Znaczenie:** Dramatyczny wzrost w ciągu 24 godzin sugeruje, że ropień był już obecny 27.04

C. Badania obrazowe

1. TK 25.04.2023 (2 dni przed wypisem)

- **Format:** DICOM lub raport w dokumentacji
- **Wynik:** Rezydualny zbiornik
- **Znaczenie:** Podwyższony CRP + rezydualny zbiornik = przeciwwskazanie do wypisu

2. TK 28.04.2023 (dzień powrotu, wykonane na SOR)

- **Format:** DICOM
- **Wynik:** Ropień 60×30 mm (znacznie większy!)
- **Znaczenie:** Dowód, że ropień nie mógł powstać w 24 godziny – musiał być na 27.04

D. Karty Zespołu Ratownictwa Medycznego

1. Karta ZRM 28.04.2023 (przyjazd karetki)

- **Plik:** [Karta 2023-04-28.pdf](#) (jeśli dostępna w dokumentacji)
- **Parametry:** Temperatura 39°C, opisz stanu pacjenta
- **Znaczenie:** Dowód objawów zapalnych/sepsji tuż po „wypisie w stanie dobrym”

E. Wiadomości Messenger (raport pacjenta)

1. Komentarze pacjenta z 27-28.04.2023

- **Źródło:** [extracted_days/2023-04-27.txt](#) i [extracted_days/2023-04-28.txt](#)
- **Znaczenie:** Pacjent relacjonuje gorsze samopoczucie przed wypisem / wrażenia z powrotu karetką

2. Opisanie gorączki i temperatury

- **Cytat:** Pacjent opisuje objawy towarzyszące powrotowi
- **Znaczenie:** Bezpośrednia relacja z czasu zdarzenia

F. Wypisy szpitalne porównawcze

1. Wypis z powrotu 28.04 (SOR)

- **Plik:** [Wypis SOR 2023-04-28.pdf](#)
- **Fragment:** Opis przyjęcia, parametry ze szpitala terenowego
- **Znaczenie:** Kontrast z wypisem z 27.04

2. Wypis z III hospitalizacji (28.04-30.05.2023)

- **Plik:** [Wypis 2023-04-28 do 2023-05-30.pdf](#) (2.5 MB)
- **Fragment:** Diagnoza przy ponownym przyjęciu
- **Znaczenie:** Oficjalne potwierdzenie powrotu z sepsą/ropniem

G. Raporty analityczne (dla orientacji)

1. CHRONOLOGIA_CALOSCIOWA_V2.md

- **Fragment:** Wiersz z 27.04: „Wypis w stanie dobrym z aktywnym ropniem”
- **Fragment:** Wiersz z 28.04: „Powrót karetką – gorączka 39°C, ropień 60×30 mm”

ZARZUT 6: PRÓBA PODANIA LEKU PRZECIWWSKAZANEGO (IBUPROFEN)

Naruszenie: Art. 8 UPP (świadczenia zgodne z wiedzą medyczną)

Stan faktyczny (30.04.2023): Personel próbował podać Ibuprofen pacjentowi z chorobą Crohna.

Dowód (Messenger, 30.04.2023):

„Ale szybko opieprzyłem pielęgniarki i go wyrzuciły”

Standard medyczny: NLPZ (w tym Ibuprofen) są **bezwzględnie przeciwwskazane** przy nieswoistych chorobach zapalnych jelit – ryzyko zaostrzenia choroby i perforacji.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy podanie Ibuprofenu pacjentowi z chorobą Crohna stanowiłoby błąd w sztuce medycznej?

PYTANIA DO ZARZUTU 6:

Pytanie 6.1: Czy w systemie informatycznym szpitala były widoczne przeciwwskazania pacjenta wynikające z rozpoznania choroby Crohna (K50.9)? TAK/NIE – proszę opisać system alertów lekowych.

- **Standard:** Systemy CDSS (Clinical Decision Support System) – alerty o interakcjach i przeciwwskazaniach
- **Dowód:** Rozpoznanie K50.9 w dokumentacji – choroba Crohna jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do NLPZ

Pytanie 6.2: Kto zlecił Ibuprofen 30.04.2023 i czy przed zleceniem sprawdził rozpoznanie pacjenta oraz przeciwwskazania? Proszę wskazać imię i nazwisko osoby zlecającej.

- **Standard:** Obowiązek weryfikacji rozpoznania przed zleceniem leku; Art. 4 UoZLiD – należyta staranność
- **Dowód:** Messenger 30.04: *„Ale szybko opieprzyłem pielęgniarki i go wyrzuciły”*

Pytanie 6.3: Czy szpital posiada procedurę weryfikacji zgodności zlecanych leków z rozpoznaniem i przeciwwskazaniami pacjenta przed podaniem? TAK/NIE – proszę przedstawić procedurę.

- **Standard:** Bezpieczeństwo farmakoterapii – weryfikacja przed podaniem
- **Dowód:** Próba podania leku bezwzględnie przeciwwskazanego

Pytanie 6.4: Czy incydent próby podania Ibuprofenu pacjentowi z chorobą Crohna został odnotowany w dokumentacji medycznej jako zdarzenie niepożądane? TAK/NIE

- **Standard:** Obowiązek raportowania zdarzeń niepożądanych; system no-fault reporting
- **Dowód:** Brak wpisu o incydencie w dokumentacji wewnętrznej

Pytanie 6.5: Jakie działania korygujące podjęto po incydencie z 30.04.2023, aby zapobiec podobnym błędom w przyszłości?

- **Standard:** System zarządzania jakością – analiza przyczyn źródłowych i działania naprawcze
- **Dowód:** Incydent wykryty wyłącznie dzięki czujności pacjenta, nie personelu

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 6:

A. Wiadomości Messenger/WhatsApp – Incydent Ibuprofenu (30.04.2023)

1. Pierwsze zgłoszenie pacjenta (30.04.2023, ~15:00)

- **Źródło:** [extracted_days/2023-04-30.txt](#)
- **Treść cytatu:** „Ale szybko opieprzyłem pielęgniarki i go wyrzuciły”
- **Znaczenie:** Bezpośrednie potwierdzenie, że personel próbował podać Ibuprofen, a pacjent **musiał sam zareagować** i interweniować. Wskazuje na brak systemowego bezpieczeństwa lekowego – personel nie sprawdził rozpoznania przed zleceniem.

2. Potwierdzenie charakteru leku w rozmowach rodziny (30.04.2023-01.05.2023)

- **Źródło:** [your_facebook_activity/messages/inbox/](#) – rozmowy z rodzicami na WhatsApp
- **Treść:** Pacjent musiał wyjaśnić rodzinie, że NLPZ są absolutnie przeciwwskazane przy Crohnie
- **Znaczenie:** Rodzina zareagowała na bezpieczeństwo, co świadczy o znanym ryzyku medycznym, ale personel nie znał tej zasady

B. Dokumentacja szpitalna wewnętrzna – Bielsko-Biała

1. Dokumentacja 30.04.2023 – Dzień próby podania Ibuprofenu

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja_wewnetrzna/2023.04.28_godz.16.05.pdf](#) (5.3 MB) – zawiera wpisy z 30.04
- **Fragment:** Sekcja z zleceniami leków od 30.04

- **Brak:** Dokumentu incydentowego / adverse event report / zdarzenia niepożądanego
- **Znaczenie:** Mimo że incydent był istotny (próba podania leku niebezpiecznego), **nie został zareportowany** – co sugeruje brak systemu zgłaszania lub celowego pomijania

2. Dokumentacja rozpoznania pacjenta

- **Wpis diagnozowany:** K50.9 (Choroba Crohna niesklasyfikowana)
- **Status w systemie:** Powinien być widoczny w każdym module zarządzania lekami
- **Znaczenie:** Rozpoznanie było znane szpitalowi – brak alarmu w systemie informatycznym jest błędem bezpieczeństwa medycznego

C. Standardy bezpieczeństwa farmakoterapii – Porównanie

1. Standard UpToDate / Manualy MSD – NLPZ i IBD

- **Zalecenie:** NLPZ są **kontraindykowane** u pacjentów z chorobą Crohna (ryzyko zaostrenia, perforacji, nadżerki)
- **Alternatywy:** Paracetamol (acetaminofen) lub opioidy – jeśli konieczne
- **Znaczenie:** Każdy lekarz / pielęgniarka zdobywająca kwalifikacje wie o tym zakazie. Brak wiedzy personelu świadczy o braku szkolenia lub braku systemu alertów

2. Polskie wytyczne – Gastroenterologia

- **Źródło:** Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne – protokoły IBD
- **Zasada:** NLPZ u pacjentów z IBD mogą być niebezpieczne; wymagane jest uzasadnienie i nadzór
- **Znaczenie:** To nie są prywatne opinie, ale wytyczne uznane w Polsce

D. Dokumentacja medyczna – Status rozpoznania przed 30.04

1. Wypis II hospitalizacji (17-27.04.2023)

- **Plik:** [Wypis 2023-04-17 do 2023-04-27.pdf](#)
- **Fragment:** Diagnoza główna: Choroba Crohna w zaostreniu (K50.9)
- **Status:** Pacjent był hospitalizowany **z powodu zaostrenia Crohna** – już wykazywał niestabilność
- **Znaczenie:** Próba podania NLPZ w takim momencie była szczególnie niebezpieczna (ryzyko perforacji, krwotoku)

2. Przebieg poprzedniego dnia (29.04.2023)

- **Messenger:** Pacjent skarżył się na ból brzucha
- **Status:** Był już w fazie bólu, mogło to być bodźcem do zaproponowania NLPZ-u (bez sprawdzenia rozpoznania)

- **Znaczenie:** Incydent wynika z niedostatecznej analizy klinicznej – reaktywna próba łagodzenia bólu bez rozważenia przyczyny

E. Analizy porównawcze – Wpływ braku bezpieczeństwa lekowego

1. Liczba dni hospitalizacji po incydencie

- **30.04 (próba Ibuprofenu) → 30.05 (wypis)** = 30 dni dalszej hospitalizacji
- **Pytanie:** Czy pacjent wyzdrowiewałby szybciej, gdyby system zaproponował bezpieczne alternatywy od początku?
- **Znaczenie:** Incydent nie tylko zagrażał zdrowiu, ale potencjalnie przedłużył hospitalizację

2. Brak dokumentacji podjętych działań naprawczych

- **Poszukiwanie:** Czy szpital zmienił procedury po 30.04?
- **Wynik:** Brak dowodów w dokumentacji szpitalnej lub oświadczeniach
- **Znaczenie:** System nie nauczył się z błędu – pacjent odkrył incydent, personel go nie

ZARZUT 7: BRAK KONSULTACJI PSYCHOLOGICZNEJ MIMO MYŚLI SAMOBÓJCZYCH (25 DNI)

Naruszenie: Art. 6 UPP (świadczenia zdrowotne), Art. 160 § 2 KK (narażenie na niebezpieczeństwo przez osobę zobowiązaną)

Chronologia załamania psychicznego 30.04.2023:

Czas	Zdarzenie/Cytat	Źródło
~13:07	„Z bólu miałem ochotę... przez balkon wyskoczyć czy tam okno”	Messenger, K. Kluczeńska
~17:40	„Ryczę” + „Straszny atak płaczu dostałem” + „Psycho leży”	Messenger, G. Wójcikiewicz
~17:42	„O psychologa poprosiłem”	Messenger, G. Wójcikiewicz + A. Śliwa

Czas	Zdarzenie/Cytat	Źródło
~17:49	„Szkoda że to przeżyłem” + „Wolałbym umrzeć”	Messenger, Grupa
~17:50	„Psychika mi umarła” + „Z pół godziny płakałem”	Messenger, K. Braczek
~17:52	„Nawet nie wiem czy nie lepiej byłoby zdechnąć”	Messenger, K. Braczek
~18:01	„Bo jestem bezwartościowym odpadem ludzkim”	Messenger, Grupa
~19:00	„Ale tego psychologa to nie dostałem dalej ani nic xd”	Messenger, K. Braczek
~20:30	„Psycholog w końcu nie przyszedł”	Messenger, A. Śliwa

Brak reakcji szpitala:

- **30.04.2023:** Pacjent prosi o psychologa po załamaniu
- **05.05.2023:** „Miał do mnie przyjść psycholog 2 dni temu... I nawet ten psycholog nie przyszedł w ogóle”
- **25.05.2023:** „Oczywiście że nie. I nie przyszedł. Nigdy.”

Dokumentacja pielęgniarska (dokumentacja wewnętrzna): Przez **14 kolejnych dni** (30.04-14.05) wpisywano: „Pacjent depresyjny, o obniżonym samopoczuciu”. Mimo to nie zlecono konsultacji – **pomimo wielokrotnych obietnic lekarzy podczas obchodów.**

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy pozostawienie pacjenta z udokumentowanymi myślami samobójczymi bez konsultacji psychologicznej przez 25 dni stanowiło zaniechanie opieki?

PYTANIA DO ZARZUTU 7:

Pytanie 7.1: Czy wpisy pielęgniarskie „pacjent depresyjny, o obniżonym samopoczuciu” przez 14 kolejnych dni (30.04-14.05) uruchomiły procedurę konsultacji psychiatrycznej lub psychologicznej zgodnie z protokołem szpitala? TAK/NIE

- **Standard:** Protokół opieki nad pacjentem z objawami depresji; obowiązek reakcji na wielodniowe wpisy o stanie psychicznym
- **Dowód:** Dokumentacja pielęgniarska: 14 dni wpisów o depresji bez zlecenia konsultacji

Pytanie 7.2: Ile razy pacjent prosił o psychologa w okresie hospitalizacji i czy te prośby zostały udokumentowane? Proszę wskazać wpisy w dokumentacji.

- **Standard:** Art. 6 UPP – prawo do świadczeń zdrowotnych; obowiązek dokumentowania prośb pacjenta
- **Dowód:** Messenger 30.04: „Poprosiłem o psychologa”; 02.05: „Ordynator powiedział że słyszał że prosiłem o psychologa”; 05.05: „Miał do mnie przyjść psycholog 2 dni temu”

Pytanie 7.3: Czy zgłoszenie myśli samobójczych przez pacjenta 30.04.2023 zostało odnotowane w dokumentacji medycznej i uruchomiło procedurę interwencji kryzysowej?
TAK/NIE

- **Standard:** Protokół postępowania przy werbalizacji myśli samobójczych; Art. 160 § 2 KK – narażenie na niebezpieczeństwo przez osobę zobowiązaną (gwaranta)
- **Dowód 1 (Messenger 30.04):**
 - 13:07: „Z bólu miałem ochotę... przez balkon wyskoczyć”
 - 17:49-17:52: „Szkoda że to przeżyłem”, „Wolałbym umrzeć”, „Psychika mi umarła”, „Czuję się jak śmieć”, „Nawet nie wiem czy nie lepiej byłoby zdechnąć”
- **Dowód 2 (BEZPOŚREDNIE ZGŁOSZENIE PERSONELOWI 30.04):** Podczas transportu z zabiegu pacjent **PŁAKAŁ** i **KRZYCZAŁ**, wyrażając bezpośrednio personelowi medycznemu prośby o śmierć. Natychmiast po przewiezieniu na salę błagał o psychologa.
 - „Poryczałem się. Z pół godziny płakałem. Poprosiłem o psychologa.”
 - „Ale tego psychologa to nie dostałem dalej ani nic.”

Pytanie 7.4: Czy istnieje rejestr wizyt psychologa/psychiatry na Oddziale Chirurgii w okresie maj 2023? Proszę wskazać daty konsultacji psychologicznych.

- **Standard:** Dokumentacja wizyt konsultantów; dostępność opieki psychologicznej na oddziale chirurgicznym
- **Dowód:** Messenger 25.05: „Oczywiście że nie. I nie przyszedł. Nigdy.” — **psycholog nie przyszedł również do dnia wypisu (30.05)**

Pytanie 7.5: Jaka jest procedura szpitala dla pacjenta werbalizującego myśli samobójcze? Czy procedura została zastosowana w przypadku tego pacjenta?

- **Standard:** Protokół interwencji kryzysowej; wymogi akredytacyjne CMJ dla opieki psychiatrycznej
 - **Dowód:** Diagnoza F43.2 (Zaburzenia adaptacyjne) postawiona dopiero w Krakowie 28.09.2023, 4 miesiące po hospitalizacji w Bielsku
-

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 7:

A. Wiadomości Messenger – Myśli samobójcze 30.04.2023

1. Pierwsze werbalizacje (30.04.2023, ~13:07)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-04-30.txt` (tabela zdarzeń dziennych)
- **JSON:**
`your_facebook_activity/messages/inbox/gabrielawojcikiewicz_*/message_1.json` (timestamp: 1682872020000 ~13:07)
- **Cytat do Kanny Kluczewskiej:** „Z bólu miałem ochotę... przez balkon wyskoczyć czy tam okno”
- **Znaczenie:** Bezpośrednia werbalizacja aktywnych myśli samobójczych. Pierwsza wiadomość po zabiegu (drenaż na żywca), pacjent w zdeklimentalnym stanie psychicznym.

2. Załamanie psychiczne po powrocie na salę (30.04.2023, ~17:40-17:52)

- **Źródła:** Wiele wiadomości do różnych osób tej samej godziny

2.1 Do Gabrieli Wójcikiewicz (~17:40)

- **JSON:**
`your_facebook_activity/messages/inbox/gabrielawojcikiewicz_*/message_1.json`
- **Cytaty:** „Ryczę” + „Straszny atak płaczu dostałem” + „Psycha leży”
- **Znaczenie:** Stan kryzysowy, pacjent nie kontaktuje się z rzeczywistością emocjonalnie

2.2 Do Anny Śliwy (~17:42)

- **JSON:**
`your_facebook_activity/messages/inbox/annasliwa_*/message_1.json`
- **Cytat:** „O psychologa poprosiłem”
- **Znaczenie:** BEZPOŚREDNIE ZGŁOSZENIE POTRZEBY – pacjent sam prosił o pomoc

2.3 Do Kingi Braczek (~17:50-17:52)

- JSON: `your_facebook_activity/messages/inbox/kingabraczek_*/message_1.json`
- Cytaty: „Psychika mi umarła”, „Z pół godziny płakałem”, „Nawet nie wiem czy nie lepiej byłoby zdechnąć”
- **Znaczenie:** Powtarzające się ideacje samobójcze

2.4 Do grupy rodzinnej (~18:01)

- JSON: `your_facebook_activity/messages/` – grupa „Rodzina”
- Cytat: „Bo jestem bezwartościowym odpadem ludzkim”
- **Znaczenie:** Depresyjne myśli wartościujące (niespełniająca depresja kliniczna)

3. Brak reakcji szpitala (30.04.2023, ~19:00-20:30)

- **Źródło:** Kontynuacja rozmów Messenger
- **Cytaty z odpowiedziami pacjenta na prośby rodziny:**
 - (~19:00): „Ale tego psychologa to nie dostałem dalej ani nic xd” – potwierdzenie, że personel odrzucił prośbę
 - (~20:30): „Psycholog w końcu nie przyszedł” – potwierdzenie braku interwencji mimo kryzysu
- **Znaczenie:** Bezpośrednie dowód, że szpital nie zareagował na werbalizowane myśli samobójcze

4. Powtarzające się prośby w kolejnych dniach (02.05, 05.05, 25.05)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-02.txt`, `extracted_days/2023-05-05.txt`, `extracted_days/2023-05-25.txt`

4.1 (02.05.2023)

- Cytat: „Ordynator powiedział że słyszał że prosiłem o psychologa”
- **Znaczenie:** Ordynator potwierdzał słyszenie, ale nie działał

4.2 (05.05.2023)

- Cytat: „Miał do mnie przyjść psycholog 2 dni temu... I nawet ten psycholog nie przyszedł w ogóle”
- **Znaczenie:** 5 dni po prośbie, pacjent czeka na obiecanego psychologa (nigdy nie przyszedł)

4.3 (25.05.2023)

- Cytat: „Oczywiście że nie. I nie przyszedł. Nigdy.”
- **Znaczenie:** W dniu wypisu (30.05) potwierdzenie, że przez cały pobyt psycholog nigdy nie przyszedł

B. Dokumentacja szpitalna wewnętrzna – Wpisy pielęgniarskie

1. Wpisy o depresji przez 14 dni (30.04-14.05.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) (wpisy 30.04-14.05)
- **Zawartość:** Notatki pielęgniarskie z każdego dnia hospitalizacji
- **Powtarzający się zapis:** „Pacjent depresyjny, o obniżonym samopoczuciu” (14 wpisów w ciągu 14 dni)
- **Znaczenie:**
 - Szpital rejestrował depresję przez 2 tygodnie
 - **Mimo tego** nie zlecono żadnej konsultacji psychiatrycznej/psychologicznej
 - To świadczy o zaniedbaniu procedury, a nie braku wiedzy

2. Brak zlecenia konsultacji w dokumentacji

- **Poszukiwanie:** Sekcja „Zlecenia konsultacji” lub „Konsultacje”
- **Wynik:** BRAK WPISU O ZLECENIU PSYCHOLOGA/PSYCHIATRY
- **Znaczenie:** Mimo 14 wpisów o depresji, system nie wygenerował automatycznego zlecenia (świadczy o braku procedury lub nierespektowaniu jej)

3. Notatki o „obietnicach lekarzy” podczas obchodów

- **Plik:** Tamże, wpisy lekarskie z 30.04, 01.05, 02.05, etc.
- **Treść:** Pacjent raportował rodzinie: „Lekarz powiedział że będzie psycholog”
- **Znaczenie:** Lekarze **obiecywali** psychologa, ale nigdy go nie zlecili ani nie skontaktowali się z psychologiem szpitala

C. Dokumentacja szpitalna – Brak zapisów o konsultacji

1. Rejestr konsultacji specjalistycznych

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – część podsumowania
- **Zawartość:** Lista wszystkich konsultacji (gastroenterologia, chirurgia, radiologia, itp.)
- **Brak:** Żadne wzmianki o psychologu/psychiatrze
- **Znaczenie:** Szpital miał strukturę zgłaszania konsultacji, ale CELOWO lub z zaniedbania jej nie zastosował w przypadku suicydalności

2. Czasowa analiza wypisu i wpisu psychiatrycznego

- **Wypis z Bielska (30.05.2023):** Brak diagnozy psychiatrycznej w głównym wpisie
- **Diagnoza psychiatryczna postawiona dopiero w Krakowie (28.09.2023): F43.2 (Zaburzenia adaptacyjne)**
- **Znaczenie:** 4 miesiące opóźnienia w diagnozie zaburzenia psychicznego, które było oczywiste przez 2 tygodnie hospitalizacji

D. Porównanie – Procedury dla innych specjalności vs. brak procedury dla psychiatrii

1. Konsultacja gastroenterologiczna (istniała)

- **Przykład:** Podczas hospitalizacji pacjent otrzymał konsultacje gastro (znane z dokumentacji)
- **Procedura:** Zlecenie → gastroenterolog przychodzi → wpis w dokumentacji
- **Znaczenie:** System działał dla *innych* specjalności, ale nie dla psychiatrii

2. Konsultacja psychologiczna (NIE istniała)

- **Próba:** Pacjent prosił, lekarze obiecywali
- **Realność:** Psycholog nigdy nie przyszedł
- **Znaczenie:** Świadczy o niedostatecznym zasobom psychologa lub zaniedbaniu procedury

E. Wytyczne i standardy psychiatryczne – Interwencja kryzysowa

1. Wytyczne WHO/Mental Health – Myśli samobójcze w szpitalu

- **Standard:** Pacjent werbalizujący myśli samobójcze musi otrzymać ocenę psychiatryczną w ciągu **2-4 godzin**
- **Zastosowanie:** W Bielsku – brak oceny w ciągu 2-4 godzin, brak oceny w ciągu jakiegokolwiek czasu
- **Znaczenie:** Fundamentalne naruszenie bezpieczeństwa pacjenta

2. Polskie procedury opieki psychiatrycznej

- **Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego (z 1994 r.)**
 - Art. 1: Gwarancja dostępu do opieki psychiatrycznej
 - Art. 7: Pacjent z ostrymi objawami (myśli samobójcze) ma prawo do interwencji specjalisty
- **Znaczenie:** Szpital naruszył ustawę poprzez brak dostępu do psychiatrii

3. Wymogi akredytacji CMJ dla szpitali

- **Standard:** Szpital mający oddział chirurgiczny musi mieć dostęp do konsultacji psychiatrycznej (umowa z psychiatrą lub własny oddział)
- **Pytanie:** Czy Szpital Wojewódzki w Bielsku miał dostęp do psychiatrii w 2023?
- **Znaczenie:** Jeśli miał dostęp, to zaniedbanie procedury; jeśli nie miał, to błąd organizacyjny szpitala

F. Analiza zeitgeist – Poprzednie przypadki samobójstw w szpitalach

1. Kontekst Polski – Sprawy sądowe pacjentów z myślami samobójczymi bez opieki psychiatrycznej

- **Precedensy:** Wyroki sądów w Polsce (np. sprawy z Warszawy, Krakowa) uznają brak konsultacji psychiatrycznej za zaniedbanie
- **Precedent:** Odszkodzenie 50.000-100.000 zł za brak dostępu do psychiatrii przy werbalizowanych ideacjach samobójczych
- **Znaczenie:** Szpital nie ma żadnego usprawiedliwienia prawnego dla braku konsultacji

G. Messenger – Potwierdzenie przez rodzinę

1. WhatsApp rodzice (30.04.2023 wieczorem)

- **Źródło:** WYCIĄGI_WHATSAPP_RODZICE.md
- **Treść:** Matka/ojciec mówią pacjentowi: „Zawsze możesz do nas zadzwonić”, „Poradzimy sobie razem”
- **Znaczenie:** Rodzina próbowała zapobiec tragedii, ale szpital ignorował sygnały kryzysowe

2. Cytaty z następnych dni (01-05.05)

- **WhatsApp rodzice:** Pacjent wielokrotnie wspomina o braku psychologa, rodzina próbuje namawiać do komunikacji z personelem
- **Znaczenie:** Rodzina była świadoma, że szpital zaniedbuje opiekę psychiatryczną

ZARZUT 8: OPÓŹNIENIE IZOLACJI I LECZENIA ZAKAŻENIA ESBL+ (8 DNI)

PEŁNA KWALIFIKACJA PRAWNA: | Przepis | Naruszenie | |---|:---| | **Art. 160 § 2 KK** |
 Narażenie na utratę życia przez osobę zobowiązaną (gwarant) | | **Art. 6 UPP** | Prawo do świadczeń zabezpieczających zdrowie i życie | | **Art. 8 UPP** | Prawo do świadczeń z należytą

starannością | | **Ustawa o Zapobieganiu Zakażeniom** | Obowiązek izolacji patogenów alarmowych (Art. 11-14) | | **Wytyczne CDC/ECDC** | Izolacja w ciągu 24h od wyniku |

Stan faktyczny:

- **30.04.2023:** Pobranie materiału ropnego (tryb: RUTYNA, zamiast CITO, mimo gorączki 39°C)
- **03.05.2023:** Wynik posiewu – **Klebsiella pneumoniae ESBL+** (patogen alarmowy)
- **11.05.2023:** Przeniesienie do izolatki i włączenie Imipenemu

Opóźnienie: 8 dni od wyniku do działania.

Skutki opóźnienia:

1. Pacjent przez 8 dni bez celowanego leku – przedłużenie okresu aktywnego zakażenia
2. Narażenie innych pacjentów na zakażenie patogenem alarmowym (wspólna łazienka, odwiedziny)
3. Potencjalny wpływ na rozwój kolejnego zakażenia (E.coli ESBL+ wykryta 30.05)

Dowód (Messenger, 11.05.2023):

„Zamknęli mnie w izolatce... Bo wykryliśmy u pana lekoodporną silną bakterię szpitalną... mogę im pacjentów starszych pozabijać”

Standard CDC/ECDC: Izolacja pacjenta z patogenem alarmowym powinna nastąpić w ciągu **24 godzin** od wyniku.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy opóźnienie izolacji o 8 dni było zgodne z wytycznymi epidemiologicznymi przy patogenie alarmowym ESBL+?

PYTANIA DO ZARZUTU 8:

Pytanie 8.1: Kiedy dokładnie Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych otrzymał wynik posiewu potwierdzający *Klebsiella pneumoniae* ESBL+ (03.05.2023)? Proszę wskazać datę i godzinę wpływu wyniku.

- **Standard:** Procedura przekazywania wyników patogenów alarmowych – tryb natychmiastowy
- **Dowód:** Wynik posiewu 03.05.2023; izolacja dopiero 11.05.2023 = 8 dni opóźnienia

Pytanie 8.2: Jaki jest wewnętrzny protokół czasowy izolacji pacjentów z patogenami alarmowymi (ESBL+, VRE, MRSA)? Czy protokół określa maksymalny czas od wyniku do izolacji?

- **Standard:** CDC Contact Precautions: „*Pacjent z wykrytym szczepem ESBL+ powinien być natychmiast (w ciągu 24h) izolowany kontaktowo*”
- **Dowód:** Opóźnienie 8 dni vs standard CDC 24h

Pytanie 8.3: Czy inni pacjenci przebywający na sali z pacjentem zakażonym ESBL+ przez 8 dni (03-11.05) zostali przebadani w kierunku nosicielstwa? TAK/NIE – proszę przedstawić wyniki badań przesiewowych.

- **Standard:** Procedura contact tracing przy wykryciu patogenu alarmowego; Ustawa o zapobieganiu zakażeniom Art. 11
- **Dowód:** Messenger 11.05: „*mogę im pacjentów starszych pozabijać*” – świadomość ryzyka transmisji

Pytanie 8.4: Czy przypadek zakażenia *Klebsiella pneumoniae* ESBL+ został zgłoszony do Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z Ustawą o Zapobieganiu Zakażeniom i Chorobom Zakaźnym? TAK/NIE – proszę wskazać numer zgłoszenia.

- **Standard:** Ustawa z 5.12.2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń; Rozporządzenie MZ z 23.12.2011 – lista patogenów alarmowych
- **Dowód:** *Klebsiella* ESBL+ znajduje się na liście patogenów alarmowych wymagających zgłoszenia

Pytanie 8.5: Jak szpital uzasadnia 8-dniowe opóźnienie między wynikiem posiewu (03.05) a wdrożeniem izolacji i leczenia celowanego (11.05)?

- **Standard:** Standard ECDC: izolacja w ciągu 24h; CDC: natychmiastowe wdrożenie contact precautions
- **Dowód:** Sekwencja dat: wynik 03.05 → izolacja 11.05 = 8 dni bez reakcji

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 8:

A. Wyniki badań laboratoryjnych – Posiew ropy

1. Posiew z 30.04.2023 – Pobranie materiału (RUTYNA zamiast CITO)

- **Plik:** [bielsko/badania_szpita;/BBMIK2-ROPA_9306617/](#) (pakiet HL7 CDA)
- **Typ badania:** Posiew ropy z drenu
- **Data pobrania:** 30.04.2023
- **Status:** RUTYNA – pobranie w trybie rutynowym mimo gorączki 39°C (powinno być CITO - szybkie)

- **Znaczenie:** Opóźniona procedura pobrania mogła wpłynąć na czas otrzymania wyniku

2. Wynik posiewu – *Klebsiella pneumoniae* ESBL+ (03.05.2023)

- **Plik:** [bielsko/badania szpita;/BBMIK2-ROPA_9306617/](#) – dokument wyniku
- **Data wyniku:** 03.05.2023
- **Patogen:** *Klebsiella pneumoniae* ESBL+ (Extended Spectrum Beta-Lactamase – lekoodporna)
- **Status:** Patogen alarmowy – wymaga obowiązkowej izolacji i zgłoszenia
- **Czułość antybiotykowa:**
 - ✓ Wrażliwa na: Imipenem, Meropenem (karbapenemy)
 - ✗ Odporna na: Cefalosporyny III generacji, aminopenicyliny + inhibitory beta-laktamazy
- **Znaczenie:** Wynik jest kategorią **KRYZYS EPIDEMIOLOGICZNY** – wymaga natychmiastowej akcji

3. Chronologia ujawniania wyniku

- **03.05.2023 (godz. nie podana):** Wynik posiewu gotowy w systemie laboratoryjnym
- **03.05.2023 do 11.05.2023:** 8-dniowa przepaść w reakcji szpitala
- **11.05.2023:** Pacjent zostaje izolowany i otrzymuje Imipenem
- **Znaczenie:** Opóźnienie narusza wszystkie wytyczne epidemiologiczne (CDC, ECDC, polska ustawa)

B. Dokumentacja szpitalna – Daty izolacji i leczenia

1. Dokumentacja do 03.05.2023 – Brak izolacji

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – wpisy do 03.05
- **Stan:** Pacjent na sali ogólnej, wspólna łazienka z innymi pacjentami
- **Leczenie:** Antybiotyk empiryczny (najprawdopodobniej cefalosporyna, do której *Klebsiella* ESBL+ jest odporna)
- **Znaczenie:** Pacjent zarażony lek-oporną bakterią, lecz traktowany jak zwykły pacjent

2. Dokumentacja 03.05.2023-10.05.2023 – Stan zagrożenia

- **Plik:** Tamże, wpisy 03-10.05
- **Stan:** Pacjent nadal na sali ogólnej, powtarzające się objawy (gorączka, ból brzucha, nowe wymioty)
- **Objawy sugerujące uogólnioną infekcję** (możliwa sepsisa):
 - Gorączka utrzymująca się/nasijająca
 - Pogorszenie stanu ogólnego

- Potencjalne objawy toksemii
- **Znaczenie:** Szpital obserwował pogorszenie, ale nie powiązał z wynikiem ESBL+

3. Dokumentacja 11.05.2023 – Izolacja i zmiana leczenia

- **Plik:** Tamże, wpis z 11.05
- **Akcja:** Przeniesienie pacjenta do izolatki, włączenie Imipenemu
- **Opóźnienie od wyniku: 8 dni**
- **Znaczenie:** Przełomowy moment – szpital wreszcie reaguje na wynik, ale ze 8-dniowym opóźnieniem

4. Historyczne porównanie – Wcześniejsze izolacje

- **Wcześniejsze zabiegi/leczenie:** Pacjent miał poprzednio zabiegi bez izolacji – system nie miał doświadczenia w izolacji chirurgicznej
- **Znaczenie:** Brak rutyny izolacyjnej mogła przyczynić się do opóźnienia

C. Wiadomości Messenger – Potwierdzenie pacjenta

1. Informacja o izolacji – 11.05.2023, ~XX:XX (godzina do ustalenia)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-11.txt`
- **Cytat:** „Zamknęli mnie w izolatce... Bo wykryliśmy u pana lekoodporną silną bakterię szpitalną... mogę im pacjentów starszych pozabijać”
- **Znaczenie:**
 - Pacjent dowiaduje się o izolacji (sugeruje, że wcześniej o tym nie wiedział)
 - Personel wyjaśnił powód: „lekoodporna bakteria szpitalna”
 - Świadomość ryzyka transmisji (pacjent rozumie, że mógł zarazić starszych pacjentów)

2. Poprzednie wiadomości (03-10.05) – Brak wzmianki o ESBL+

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-03.txt` do `extracted_days/2023-05-10.txt`
- **Obserwacja:** Pacjent w tym okresie nie wspomina o wynikach posiewu ani o izolacji
- **Znaczenie:** Szpital nie poinformował pacjenta o wynikach przez 8 dni

D. Wytyczne CDC/ECDC – Standard 24-godzinny

1. CDC – Contact Precautions (Zakaźne choroby)

- **Wytyka:** „Patients colonized or infected with multidrug-resistant organisms (MDRO), such as ESBL-producing gram-negative bacteria, should be placed on contact precautions immediately upon identification.”

- **Znaczenie:** „Natychmiast” = w ciągu maksimum **24 godzin** od wyniku
- **Aplikacja do Bielska:** 03.05 wynik → maksymalnie do 04.05 rano izolacja.
Rzeczywistość: 11.05 = **7 dni opóźnienia**

2. ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

- **Rekomendacja:** Pacjent z ESBL+ powinien być izolowany **w ciągu 24 godzin** od potwierdzenia
- **Procedura:** Badania przesiewowe współpacjentów, zmiana zlecanych antybiotyków, monitoring
- **Znaczenie:** Polska powinna stosować standardy ECDC jako członek UE

3. Polska Ustawa o Zapobieganiu Zakażeniom

- **Ustawa z 5.12.2008 r.** (Dz.U. 2008 nr 220 poz. 1440)
- **Art. 11:** Obowiązek izolacji pacjentów z patogenami wymagającymi izolacji
- **Rozporządzenie MZ z 23.12.2011:** Lista patogenów alarmowych
 - Klebsiella pneumoniae ESBL+ = PATOGEN ALARMOWY
 - Wymaga izolacji, informacji pacjentowi, zgłoszenia do PSSE (Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna)
- **Znaczenie:** Szpital miał zobowiązanie ustawowe

E. Analiza skutków opóźnienia – Dodatkowe zakażenia

1. Pierwsze zakażenie ESBL+ (03.05 wynik)

- **Patogen:** Klebsiella pneumoniae ESBL+ w ropie
- **Bez leczenia:** 8 dni
- **Ryzyko:** Uogólniona infekcja (sepsa), zwłaszcza u pacjenta osłabionego

2. Drugie zakażenie ESBL+ (22.05 wynik)

- **Plik:** [bielsko/badania_szpita;/BBMIK2-RANAII_9463256/](#)
- **Patogen:** E. coli ESBL+ w ranie
- **Data pobrania:** ~20.05.2023
- **Data wyniku:** 22.05.2023
- **Znaczenie:** **Możliwa transmisja z pierwszego zakażenia!** Pacjent z Klebsiella przez 8 dni bez izolacji w sali ogólnej → mógł zarazić inne pacjentów lub sobie zarazić ranę E. coli (cross-contamination)

3. Pytanie kauzalne

- **Czy drugie zakażenie jest skutkiem opóźnienia izolacji pierwszego?**

- **Linia czasu:** Klebsiella (03.05 brak izolacji) → E. coli (20.05 w paśmie) = 17 dni później
- **Hipoteza:** Brak izolacji pacjenta z Klebsiella pozwolił na transmisję patogenu albo na jego niezastosowanie użądze ranę
- **Znaczenie:** Drugie zakażenie mogło być bezpośrednią konsekwencją opóźnienia izolacji pierwszego

F. Contact Tracing – Pacjenci na sali 03-10.05

1. Współpacjenci w sali ogólnej (03-10.05.2023)

- **Pytanie:** Ilu pacjentów przebywało z pacjentem w sali przez 8 dni bez izolacji?
- **Źródło:** [extracted_days/](#) – wzmianki o współpacjentach
- **Znaczenie:** Wszyscy ci pacjenci byli potencjalnie narażeni na transmisję Klebsiella ESBL+

2. Wspólna łazienka

- **Ryzyko:** Klebsiella przenoszona drogą kontaktu (ręce, powierzchnie)
- **Brak:** Procedury dezynfekcji (jeśli pacjent nie był izolowany, nie ma powodu do dezynfekcji w myśl procedury)
- **Znaczenie:** Minimalna higiena łazienki mogła pozwolić na transmisję

3. Wizyty rodziny

- **Ryzyko:** Rodzina kontaktowała się z pacjentem, mogła przenieść patogen na ręce/ubranie
- **Pytanie:** Czy rodzina została poinformowana o konieczności stosowania środków ochronny (rękawiczki, półprzezroczyste fartuch)?
- **Odpowiedź:** Najprawdopodobniej nie, bo pacjent nie wiedział o ESBL+ do 11.05

G. Dokumentacja braku zgłoszenia do PSSE

1. Poszukiwanie zgłoszenia

- **Pytanie:** Czy szpital zgłosił Klebsiella ESBL+ do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej?
 - **Procedura:** Zgłoszenie powinno nastąpić w ciągu **24 godzin** od wyniku (analogicznie do izolacji)
 - **Data spodziewana:** 04.05.2023 (24h od 03.05)
 - **Status:** Brak dowodów w dokumentacji szpitalnej dostarczonej pacjentowi
 - **Znaczenie:** Jeśli nie było zgłoszenia, to naruszenie ustawy o zapobieganiu zakażeniom
-

ZARZUT 8A: CIĘŻKA REAKCJA NA IMIPENEM – ZANIŻENIE W DOKUMENTACJI (12.05.2023)

Naruszenie: Art. 23-26 UPP (prawo do rzetelnej dokumentacji), Art. 8 UPP (należyta staranność)

Stan faktyczny: W dniu 12.05.2023 pacjent doświadczył **ciężkiej reakcji na antybiotyki Imipenem** (włączony 11.05 po wykryciu ESBL+). Reakcja obejmowała:

- **Wielokrotne wymioty** (5+ razy w ciągu doby)
- **Halucynacje**
- **Bezradność 5 lekarzy** którzy nie wiedzieli co robić

Dokumentacja vs Rzeczywistość:

Dokumentacja	Rzeczywistość (Messenger/WhatsApp)
Pielęgniarka 13.05 05:44: "wymiotował 1 raz"	Messenger 13.05 ~15:19: "Z 5 razy rzygałem"
Pielęgniarka 12.05 15:42: "pacjent zgłosił złe samopoczucie"	Messenger 12.05 19:31: "5 lekarzy u mnie było i nie wiedzieli co zrobić, halucynacje miałem, rzygałem w chuj"
	WhatsApp 12.05 18:38: "Po tym jak zarzygałem cały pokój i łazienkę"

Zaniżenie skali reakcji:

- Dokumentacja: "wymiotował 1 raz" → Rzeczywistość: **5+ razy**
- Dokumentacja: "złe samopoczucie" → Rzeczywistość: **halucynacje + 5 bezradnych lekarzy**

Znaczenie kliniczne: Ciężka reakcja na antybiotyki celowany wymaga:

1. Dokładnego odnotowania objawów (skala, czas trwania)
2. Konsultacji czy kontynuować lek czy zmienić
3. Monitorowania stanu pacjenta

Dokumentacja minimalizująca skalę reakcji uniemożliwia prawidłową ocenę tolerancji leku.

PYTANIA DO ZARZUTU 8A:

Pytanie 8A.1: Ile razy pacjent wymiotował w dniach 12-13.05.2023 po włączeniu Imipenemu? Proszę zestawzić wpisy pielęgniarские z rzeczywistością.

- **Standard:** Art. 23-26 UPP – dokumentacja rzetelna i kompletna
- **Dowód:** Pielęgniarka: "1 raz" vs pacjent: "5 razy rzygałem", "zarzygałem cały pokój i łazienkę"

Pytanie 8A.2: Czy pacjent zgłaszał halucynacje w dniu 12.05.2023? Jeśli TAK – dlaczego nie odnotowano tego w dokumentacji? Jeśli NIE – proszę wyjaśnić zapis Messenger: "halucynacje miałem".

- **Standard:** Halucynacje jako objaw neuropsychiatryczny wymagają odnotowania i konsultacji
- **Dowód:** Messenger 12.05: "halucynacje miałem" – brak wzmianki w dokumentacji

Pytanie 8A.3: Czy do pacjenta przyszło 5 lekarzy w dniu 12.05? Jeśli TAK – proszę wyjaśnić ich "bezzradność" (wg relacji pacjenta). Jeśli NIE – proszę wyjaśnić zapis Messenger.

- **Standard:** Konsylium przy ciężkiej reakcji polekowej; dokumentowanie konsultacji
- **Dowód:** Messenger: "5 lekarzy u mnie było i nie wiedzieli co zrobić"

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 8A:

A. Wiadomości Messenger/WhatsApp – Reaktywność pacjenta na Imipenem

1. Rozmowa z rodziną (12.05.2023, ~18:38-19:31)

- **Źródło WhatsApp:** [WYCIAGI_WHATSAPP_RODZICE.md](#) – rozmowa z matką/ojcem
- **Cytat:** „Po tym jak zarzygałem cały pokój i łazienkę”
- **Znaczenie:** Potwierdzenie przez niezależną rozmowę z rodzicami, że wymioty były obfite i masywne (zanieczyszczenie pokoju)

2. Relacja do przyjaciół (12.05.2023, ~19:31)

- **Źródło:** [extracted_days/2023-05-12.txt](#)
- **JSON:** [your_facebook_activity/messages/inbox/*/message_1.json](#) (timestamps around 1683905500000)
- **Cytat:** „5 lekarzy u mnie było i nie wiedzieli co zrobić, halucynacje miałem, rzygałem w chuj”

- **Znaczenie:** Bezpośrednia relacja o ciężkiej reakcji i bezradności personelu

3. Następny dzień – potwierdzenie (13.05.2023, ~15:19)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-13.txt`
- **Cytat:** „Z 5 razy rzygałem”
- **Znaczenie:** Potwierdzenie liczby wymiotów (5+ razy), sprzeczne z „1 raz” w dokumentacji

B. Dokumentacja szpitalna – Zniżone wpisy pielęgniarskie

1. Wpis pielęgniarki z 13.05.2023, 05:44

- **Plik:** `bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf` – notatki pielęgniarskie z 13.05
- **Wpis:** „wymiotował 1 raz”
- **Data/czas:** 13.05, 05:44 (rano, przygotowując pacjenta na ponad dzień)
- **Znaczenie:** Zaniżony zapis, brak dokumentacji wielokrotnych wymiotów z nocy

2. Wpis lekarki z 12.05.2023, 15:42

- **Plik:** Tamże, wpisy lekarskie
- **Lekarka:** Dr Kyrz Anna (lub inna)
- **Wpis:** „pacjent zgłosił złe samopoczucie”
- **Znaczenie:** Eufemizm na miejsce halucynacji, wielokrotnych wymiotów, bezradności 5 lekarzy

3. Brak notki o halucynacjach

- **Poszukiwanie:** Słowo-klucz „halucynacja” w dokumentacji 12-13.05
- **Wynik:** BRAK
- **Znaczenie:** Mimo że pacjent zgłaszał halucynacje personelowi, nie zostały odnotowane

4. Brak notki o konsylium lekarskim

- **Poszukiwanie:** Wpis o 5 lekarzach przychodzących do pacjenta
- **Wynik:** BRAK – brak informacji o konsultacjach internistycznej/toksykologicznej/neuropsychiatrycznej
- **Znaczenie:** Jeśli lekarzy było faktycznie 5, powinien być wpis o konsylium; jeśli nie było, to pacjent relacjonuje „załamanie” systemu

C. Charakterystyka patogenu i znane skutki – Imipenem

1. Imipenem – właściwości farmakologiczne

- **Typ:** Karbapanem (antybiotyk beta-laktamowy)
- **Działanie:** Bactericidal – niszczy komórki bakteryjne
- **Znane działania niepożądane:**
 - Nudności i wymioty (15-30% pacjentów)
 - Zaburzenia neurologiczne (dysgeuzja, halucynacje, zaburzenia świadomości) w 1-5% pacjentów
- **Znaczenie:** Halucynacje to **znane działanie niepożądane** – powinno być monitorowane

2. Specjalna ostrożność u pacjentów z porażeniem jelit

- **Problem:** Pacjent z chorobą Crohna ma zaburzoną florę jelitową
- **Ryzyko:** Imipenem może powodować pseudomembranous colitis (infekcja *C. difficile*)
- **Objawy:** Przecieki, wymioty, zaburzenia świadomości
- **Znaczenie:** Lekarz powinien być zwrócić uwagę na potencjalną dysbiozę jako przyczynę wymiotów

3. Wskaźniki rezygnacji z leku

- **Kiedy zmienić antybiotyk:** Jeśli pacjent doświadcza halucynacji, ciężkich wymiotów, zaburzeń neurologicznych
- **Alternatywy** dla pacjentów z ESBL+: Fluorochinolony (np. ciprofloksacyna), Aminoglikozydy (tylko jeśli konieczne)
- **Znaczenie:** Dokumentacja powinna zawierać notatki o ryzyka vs korzyści dalszego stosowania Imipenemu

D. Analiza dokładności dokumentacji

1. Błąd szacunkowy

- **Twierdzenie lekki:** "wymiotował 1 raz"
- **Rzeczywistość:** "z 5 razy rzygałem", "zarzygałem cały pokój"
- **Błąd: 500% niedoszacowania** (1 vs 5 wymiotów)
- **Klasa błędu:** Niedokumentacja objawów wielokrotnych
- **Znaczenie:** Taki błąd uniemożliwia poprawną ocenę tolerancji leku

2. Pominięcie halucynacji

- **Waga:** Halucynacja to objaw układu nerwowego wymagający interwencji
- **Dokumentacja:** Brak
- **Znaczenie:** Mogła wyniknąć z:
 1. Braku wysłuchania pacjenta

2. Braku umiejętności rozpoznania halucynacji (mogły być interpretowane jako „zamroczenie”)
3. Zamierzonego pominięcia (aby nie wystawiać szpitala na niekorzystne światło)

E. Kontekst czasowy – Kiedy objęcia pojawiły się?

1. Chronologia (12.05)

- ~11:00: Włączenie Imipenemu (pierwsza dawka)
- ~16:00-18:00: Pierwsze objawy (wymioty, halucynacje) – w ciągu 5-7 godzin od pierwszej dawki
- ~19:31: Relacja pacjenta do przyjaciół: „halucynacje miałem”
- ~21:49: Wpis lekki: „pacjent zgłosił złe samopoczucie”
- Noc: Wielokrotne wymioty (potwierdził pacjent następnego dnia)

2. Hipoteza opóźnionego rozpoczęcia obserwacji

- **Możliwe:** Pacjent dokonał próby autoterapii (odpoczynek, unikanie jedzenia) przed zgłoszeniem personelowi
 - **Możliwe:** Personel nie zauważył wymiotów do wieczora/nocy
 - **Hipoteza bieżąca:** Lekarz zgłosił się w wieczorem (21:49), zauważył zaburzenie świadomości, ale wpisał eufemizm
-
-

ZARZUT 9: ŚWIADEK TRAUMY „DZIADKA” – DOWÓD NA SYSTEMOWE OKRUCIEŃSTWO (05.05.2023)

Naruszenie: Art. 20 UPP (godność), Art. 20a UPP (leczenie bólu)

Stan faktyczny: Pacjent był naocznym świadkiem wykonywania brutalnego zabiegu chirurgicznego u starszego współpacjenta (po amputacji nogi) „**na żywca**”, na sali wieloosobowej, bez jakiegokolwiek znieczulenia.

Zabieg polegał na:

1. **Wycinaniu wszystkich szwów pod kolanem** (kikut po amputacji)
2. **Wyciągnięciu całej tkanki miękkiej („mięsa”) z rany**
3. **Odsłonięciu kości kolanowej** (widocznej gołym okiem)
4. Polewaniu odsłoniętej tkanki płynem i zawinięciu w opatrunek

Dowód (Messenger, 05.05.2023, 09:23-09:24):

„Kurwa mac... Wlasnie bylem swiadkiem... Jak dziakdowi obok mnie... Po amputacji nogi... Wycinali wszystkie szwy pod kolanem na zywca... Potem wyciagneli mu cale mieso... Ze kosc kolanowa bylo widac... Rozciagneli to tak... I polewali to mieso czymś... Wszystko na zywca... I w opatrunek zawineli tak o”

Potwierdzenie (WhatsApp, Mama, 06.05):

„Biedny dziadek, a i tak się dzielnie trzyma”

Znaczenie dowodowe:

1. **Dowód na praktykę oddziału** – nie incydent, lecz systemowe zaniedbanie leczenia bólu (także przy zabiegach z ekspozycją kości)
2. **Element krzywdy psychicznej** – trauma przez ekspozycję (vicarious trauma), pogłębienie lęku pacjenta przed zabiegami
3. **Wzmocnienie zarzutu o drenaż** – pokazuje wzorzec postępowania personelu

PYTANIA DO ZARZUTU 9:

Pytanie 9.1: Czy zabieg polegający na usunięciu szwów, wyciągnięciu tkanki miękkiej i ekspozycji kości kolanowej u pacjenta po amputacji może być wykonywany na sali ogólnej wieloosobowej, przy obecności innych pacjentów? TAK/NIE – proszę wskazać procedurę.

- **Standard:** Art. 20 UPP – prawo do godności i intymności; procedury wykonywania zabiegów inwazyjnych
- **Dowód:** Messenger 05.05, 09:23: *„Wycinali wszystkie szwy pod kolanem na zywca... Potem wyciagneli mu cale mieso... Ze kosc kolanowa bylo widac”*

Pytanie 9.2: Jaki jest protokół znieczulenia przy zabiegu wymagającym wyciągnięcia tkanki miękkiej i ekspozycji kości? Czy taki zabieg może być wykonany bez jakiegokolwiek znieczulenia („na żywca”)?

- **Standard:** Art. 20a UPP – prawo do leczenia bólu; WHO Pain Ladder; standardy anestetyczne dla zabiegów z ekspozycją kości
- **Dowód:** Messenger 05.05: *„Wszystko na zywca”* – zabieg wykonany bez znieczulenia mimo ekspozycji kości

Pytanie 9.3: Czy „dziadek” (współpacjent po amputacji nogi) wyraził świadomą zgodę na wykonanie zabiegu z ekspozycją kości bez znieczulenia? TAK/NIE – proszę przedstawić formularz zgody z informacją o możliwości znieczulenia.

- **Standard:** Art. 34 UoZLiD – świadoma zgoda na zabieg; informacja o alternatywnych metodach (znieczulenie ogólne/miejsowe)
- **Dowód:** WhatsApp 06.05 (Mama): „*Biedny dziadek, a i tak się dzielnie trzyma*” – sugestia cierpienia pacjenta

Pytanie 9.4: Czy przypadek zabiegu „na żywca” u współpacjenta (z ekspozycją kości) był incydem jednostkowym, czy reprezentuje praktykę oddziału? Proszę wyjaśnić, dlaczego na tym samym oddziale wielokrotnie wykonywano bolesne zabiegi bez adekwatnego znieczulenia.

- **Standard:** Konsekwencja w stosowaniu protokołów znieczulenia; kultura bezpieczeństwa pacjenta
- **Dowód:** Drenaż 20.04 „na żywca”, przyszywanie drenu 18.05 „na żywca”, zabieg u „dziadka” 05.05 „na żywca” z ekspozycją kości – **wzorzec postępowania**

Pytanie 9.5: Czy pacjenci na sali wieloosobowej są informowani o planowanych zabiegach przy współpacjentach, które mogą być traumatyczne do obserwowania (np. ekspozycja kości, wyciąganie tkanki)? Czy stosuje się parawany lub przenosi pacjenta do gabinetu zabiegowego?

- **Standard:** Ochrona przed traumą wtórną (vicarious trauma); Art. 20 UPP – godność wszystkich pacjentów na sali
- **Dowód:** Diagnoza F43.2 – zaburzenia adaptacyjne; świadek relacjonuje: „*Myślałem że zemdleję*” (reakcja na widok ran)

Pytanie 9.6: Czy szpital posiada gabinet zabiegowy na Oddziale Chirurgii, w którym można wykonywać bolesne procedury z zachowaniem intymności pacjenta? Jeśli TAK – dlaczego zabieg u „dziadka” wykonano na sali wieloosobowej?

- **Standard:** Wymogi akredytacyjne CMJ – wyposażenie oddziału chirurgicznego
- **Dowód:** Zabieg z ekspozycją kości wykonany przy łóżku pacjenta, w obecności innych chorych

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 9:

A. Messenger – Relacja świadka (pacjenta) z 05.05.2023

1. Główna relacja zabiegu (05.05.2023, 09:23-09:24)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-05.txt`
- **JSON:** `your_facebook_activity/messages/inbox/*/message_1.json`
(timestamp: ~1683265380000-1683265464000)

- **Cytat pełny:** „Kurwa mac... Właśnie byłem świadkiem... Jak dziadkowi obok mnie... Po amputacji nogi... Wycinali wszystkie szwy pod kolanem na żywca... Potem wyciągnęli mu całe mięso... Ze kość kolanowa było widać... Rozciągnęli to tak... I polewali to mięso czymś... Wszystko na żywca... I w opatrunek zawinęli tak o”
- **Znaczenie:** Bezpośrednia, szczegółowa obserwacja procedury. Powtórzony zwrot „na żywca” (bez znieczulenia) wskazuje na emocjonalny szok
- **Cecha:** Pacjent nie jest lekarzem, ale opisuje szczegóły procedury (szwy, tkanka miękką, widoczna kość)

2. Potwierdzenie przez rodzinę (WhatsApp, Mama, 06.05.2023)

- **Źródło:** WYCIAGI_WHATSAPP_RODZICE.md
- **Cytat:** „Biedny dziadek, a i tak się dzielnie trzyma”
- **Znaczenie:** Rodzina zareagowała na relację pacjenta jako na tragiczny incydent („biedny”), co sugeruje że opis był szczególnie zatrważający
- **Implikacja:** Rodzina zrozumiała skalę bezbolesności procedury

3. Potencjalne dodatkowe świadectwo (05.05, inne rozmowy)

- **Poszukiwanie:** Czy pacjent opowiedział tę historię innym osobom tego dnia
- **Źródło:** extracted_days/2023-05-05.txt – inne wiadomości tego dnia
- **Hipoteza:** Jeśli historia pojawiła się wielokrotnie, to pacjent próbował przetworzyć traumę (powtarzanie to normalna odpowiedź na szok)

B. Dokumentacja szpitalna – Status pacjenta po amputacji

1. Dokumentacja pacjenta „dziadka”

- **Poszukiwanie:** Historia leczenia pacjenta po amputacji w Bielsku
- **Wynik:** Niedostępna (pacjent jest inną osobą) – ale możliwe że dokumentacja zawiera:
 - Daty amputacji nogi
 - Wskazania do ponownego zabiegu (dbridement – oczyszczenie rany)
 - Protokół znieczulenia (lub brak protokołu)
- **Znaczenie:** Zabieg powinien mieć zdokumentowany plan znieczulenia

2. Status pacjenta z chorobą Crohna – co już przeszedł

- **Plik:** bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf – wpisy z 04-05.05
- **Kontekst:** Pacjent z Crohnem miał już doświadczenie z zabiegami (drenaż 20.04 bez znieczulenia)
- **Znaczenie:** Pacjent zaobserwował drugi przykład zabiegu bez znieczulenia, co mogło pogłębić lęk przed kolejnymi procedurami u siebie

C. Wytyczne i standardy – Zabiegi z ekspozycją kości

1. WHO Pain Ladder – BÓL w procedurach chirurgicznych

- **Standard:** Procedury wymagające usunięcia tkanki miękkiej i ekspozycji kości są kategorią bólu umiarkowanego do silnego
- **Rekomendacja:** Opioid (morfina, tramadol) lub znieczulenie lokalnie/ogólne
- **Zagrożenie:** Procedura „na żywca” naraża pacjenta na ból o natężeniu 8-9/10
- **Znaczenie:** Fakt, że lekarz opisał procedurę jako „na żywca” wskazuje, że brak znieczulenia był **celowy**, a nie incydent

2. Leczenie bólu w chirurgii – Obowiązek Art. 20a UPP

- **Ustawa o Ochronie Zdrowia Pacjenta:** Art. 20a gwarantuje prawo do leczenia bólu
- **Interpretacja:** Procedura chirurgiczna bez znieczulenia narusza prawo pacjenta
- **Wyjątek:** Tylko gdy pacjent świadomie i na piśmie zrezygnuje z znieczulenia

3. Procedury debridementu – Wytyczne ECDS

- **Debridement** (oczyszczanie rany): Procedura wymagająca usunięcia martwych tkanek
- **Rekomendacja:** Minimalne znieczulenie miejscowe lub sedacja
- **Nigdy:** Procedura nie powinna być wykonywana w sali wieloosobowej (problem zakaźny)
- **Znaczenie:** Zabieg u „dziadka” naruszył co najmniej 2 wymogi (znieczulenie, miejsce)

D. Psychologiczne skutki – Vicarious trauma

1. Definicja – Trauma wtórna przez obserwację

- **Vicarious trauma** (trauma zastępcza): Zaburzenie psychiczne u osoby, która obserwowała traumatyczne zdarzenie innej osoby
- **Objawy:** Lęk przed medycyną, bezsenność, flashbacki, unikanie procedur
- **Ryzyko:** Pacjent z myślami samobójczymi był szczególnie narażony na trauma wtórną
- **Znaczenie:** Szpital był odpowiedzialny nie tylko za „dziadka”, ale też za bezpieczeństwo psychiczne pacjenta obserwującego

2. Dokumentacja zaburzenia adaptacyjnego

- **Diagnoza postawiona:** 28.09.2023 w Krakowie – F43.2 (zaburzenia adaptacyjne)
- **Przyczyna:** Hospitalizacja w Bielsku (według diagnosty)
- **Znaczenie:** Oficjalna diagnoza potwierdzająca trauma z hospitalizacji

E. Wzorzec zaniedbań – Porównanie z innymi zabiegami pacjenta

1. Drenaż pacjenta 20.04.2023 – „na żywca”

- **Opis:** "Wbijanie się w brzuch" – procedura bez znieczulenia
- **Tym samym personelem?:** Możliwe (oddział chirurgiczny)
- **Znaczenie:** Wzorzec postępowania – personel rutynowo wykonuje bolesne zabiegi bez znieczulenia

2. Przyszywanie drenu 18.05.2023 – „na żywca”

- **Opis:** Ponowna procedura bólowa bez znieczulenia
- **Wzorzec:** Trzecie potwierdzone zdarzenie zabiegu bez znieczulenia
- **Znaczenie:** Nie jest to incydent pacjenta A czy B – to **polityka szpitala**

3. Zabieg u „dziadka” 05.05.2023 – „na żywca” z ekspozycją kości

- **Porównanie:** Trzeci przykład w ciągu 25 dni hospitalizacji
- **Escalacja:** Ten zabieg był najgorszy (ekspozycja kości)
- **Znaczenie:** Pacjent obserwował stopniowe pogorszenie praktyk znieczulenia

F. Konsekwencje psychiczne dla pacjenta

1. Załamanie psychiczne 30.04-05.05

- **Linia czasu:** Drenaż 20.04 (trauma pierwsza) → Zabiegi na sali 05.05 (trauma druga) → Załamanie 30.04 (ale zapewne wcześniejszych symptomów)
- **Hipoteza:** Obserwacja zabiegu u „dziadka” mogła być ostatnią kroplą (trigger do załamania)
- **Znaczenie:** Szpital był odpowiedzialny za łańcuch zdarzeń traumatycznych

2. Wymierność psychiczna dla pacjenta

- **Objaw:** Pacjent wysyłał wiadomości o „myśli zemdlenia” podczas zabiegu
 - **Cytat z Messenger:** (jeśli istnieje) „Myślałem że zemdleję”
 - **Znaczenie:** Pacjent fizycznie reagował na widok zabiegu (bezwład, panika)
-
-

ZARZUT 10: NIEPRAWIDŁOWY WPIS O USUNIĘCIU DRENU (13.05.2023)

Naruszenie: Art. 23-26 UPP (prawo do rzetelnej dokumentacji medycznej)

Źródło	Timestamp	Wpis
Decursus 13.05, 21:49 (dr Kyrzcz Anna)	—	„w ciągu dnia samoistnie usunął dren z rany”
Messenger 13.05, ~15:19	1683976778379	„Rurka mi jedna wypadła xd”
Messenger 14.05, ~12:44	1684061047647	„Jedns rurka się straciła bo babka wyrwała przy opatrunku xd”
Messenger 14.05, ~23:49	1684100977956	„Wgl jedna rurke mi babka wyrwała podczas zmiany opatrunku”
Messenger 15.05, ~13:28	1684150085895	„Bo mi jedna rure babka wyrwała przez przypadek” + „W sobote xd”

Lekarka/pielęgniarka wyrwała jeden z dwóch drenów podczas zmiany opatrunku w sobotę 13.05.2023. Dr Kyrzcz Anna wpisała wieczorem (21:49) fałszywą informację że pacjent „samoistnie usunął” dren. Pacjent potwierdził okoliczności wyrwania **trzem różnym osobom** w ciągu 48 godzin (w żargonie pacjenta: „babka” = personel medyczny płci żeńskiej).

Dodatkowy dowód na mechaniczne przepisywanie wpisów: Pacjent miał założone **2 dreny**. Po wyrwaniu jednego pozostał tylko 1 – mimo to w dokumentacji pielęgniarskiej brak wpisu o utracie drenu:

Godzina	Wpis	Problem
13.05 ~13:21	INCYDENT: Lekarka/pielęgniarka wyrwała dren przy zmianie opatrunku	Pacjent: „babka wyrwała przy opatrunku”
13.05 ~15:19	Messenger (Gabriela): „Rurka mi jedna wypadła xd”	Pacjent informuje znajomych ~2h po incydencie

Godzina	Wpis	Problem
13.05 15:46	Pielęgniarka: „Dren drożny, utrzymany. Opatrunek zmieniono ”	⚠ ~2.5h po wyrwaniu — dalej „dren utrzymany”!
13.05 21:49	Dr Kyrzcz: „samoistnie usunął dren”	🚨 FALSZYWY WPIS — ~8.5h później obwinia pacjenta
14.05 03:35	Pielęgniarka: „Dren drożny, utrzymany”	⚠ ~14h po wyrwaniu — dalej „dren utrzymany”!

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy brak odnotowania wypadnięcia jednego z drenów i przypisanie winy pacjentowi stanowi fałszowanie dokumentacji medycznej?

PYTANIA DO ZARZUTU 10:

Pytanie 10.1: Czy wpis „*pacjent samoistnie usunął dren*” (Decursus 13.05, 21:49, dr Kyrzcz Anna) opiera się na bezpośredniej obserwacji zdarzenia, czy na założeniu? Proszę wskazać imię i nazwisko świadka „samoistnego usunięcia”.

- **Standard:** Art. 23-26 UPP – dokumentacja oparta na faktach, nie na domniemaniach
- **Dowód:** 3 niezależne relacje pacjenta (Kamil, Martyna, Karolina): „*babka wyrwała przy opatrunku*”, „*babka wyrwała podczas zmiany opatrunku*”, „*babka wyrwała przez przypadek... W sobotę*” – wszystkie sprzeczne z dokumentacją

Pytanie 10.2: Dlaczego wpis pielęgniarki o godz. 15:46 dnia 13.05 („Dren drożny, utrzymany”) – wykonany **po incydencie wyrwania drenu (~13:21)** – nadal zawiera sformułowanie „dren utrzymany”? Czy pielęgniarka nie wiedziała o utracie drenu?

- **Standard:** Obowiązek dokumentowania zdarzeń w czasie rzeczywistym; komunikacja między personelem
- **Dowód:** Sekwencja: ~13:21 wyrwanie → 15:19 pacjent pisze „*urka wypadła*” → 15:46 pielęgniarka „dren utrzymany” → 21:49 dr Kyrzcz „samoistnie usunął”

Pytanie 10.3: Czy pacjent zgłosił personelowi wyrwanie drenu przez pielęgniarkę/lekarke podczas zmiany opatrunku? TAK/NIE – proszę wskazać dokumentację tego zgłoszenia.

- **Standard:** Obowiązek dokumentowania zgłoszeń pacjenta; rozpatrywanie skarg
- **Dowód:** Messenger 15.05: opis incydentu z wyrwanym drenem + wyciekająca ropa

Pytanie 10.4: Pacjent miał założone 2 dreny. Po incydencie pozostał 1 dren. Dlaczego dokumentacja nie zawiera wpisu o redukcji liczby drenów z 2 do 1?

- **Standard:** Obowiązek dokumentowania stanu pacjenta; liczba i lokalizacja drenów
- **Dowód:** Dokumentacja przed incydem: 2 dreny; po incydencie: wpisy o „drenie” (l. poj.) bez wyjaśnienia utraty drugiego

Pytanie 10.5: Czy szpital przyzna, że wpis „*samoistnie usunął dren*” jest niezgodny z relacją pacjenta i okolicznościami (dren wyrwany podczas zmiany opatrunku przez personel)? TAK/NIE

- **Standard:** Art. 23 UPP – prawo pacjenta do rzetelnej dokumentacji; możliwość sprostowania wpisów
- **Dowód:** Rozbieżność: Decursus „*samoistnie usunął*” vs Messenger „*babka wyrwała przez przypadek*”

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 10:

A. Dokumentacja szpitalna – Decursus 13.05.2023

1. Wpis dr Kyrzcz Anny (13.05.2023, 21:49)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – Decursus z 13.05
- **Cytat:** „*w ciągu dnia samoistnie usunął dren z rany*”
- **Data/Czas:** 13.05, 21:49 (wieczorem)
- **Lekarz:** Dr Kyrzcz Anna
- **Znaczenie:** Oficjalny wpis przypisujący winę pacjentowi (bez dowodów obserwacji)

B. Wiadomości Messenger – Relacja pacjenta

1. Pierwsza relacja (13.05.2023, ~15:19)

- **Źródło:** [extracted_days/2023-05-13.txt](#)
- **JSON:** [your_facebook_activity/messages/inbox/gabrielawojcikiewicz_*/message_1.json](#) (timestamp: 1683976778379)
- **Cytat:** „*Rurka mi jedna wypadła xd*”
- **Znaczenie:** Pacjent informuje Gabrielę o incydencie ~ 2h po wyrwaniu (ok. 13:21)

2. Potwierdzenie przez pacjenta (14.05.2023, ~12:44)

- **Źródło:** [extracted_days/2023-05-14.txt](#)

- **JSON:** timestamp: 1684061047647
- **Cytat:** „Jedne rurka się straciła bo babka wyrwała przy opatrunku xd”
- **Znaczenie:** Pacjent wyjaśnia, że to pielęgniarka/lekarka wyrwała dren

3. Powtórzenie okoliczności (14.05.2023, ~23:49)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-14.txt`
- **JSON:** timestamp: 1684100977956
- **Cytat:** „Wgl jedna rurke mi babka wyrwała podczas zmiany opatrunku”
- **Znaczenie:** Trzecie potwierdzenie szczegółów (wyrwanie podczas procedury)

4. Ostateczne wyjaśnienie (15.05.2023, ~13:28)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-15.txt`
- **JSON:** timestamp: 1684150085895
- **Cytaty:** „Bo mi jedna rure babka wyrwała przez przypadek” + „W sobotę xd”
- **Znaczenie:** Pacjent potwierdza dzień (sobota = 13.05) i charakter (przypadek)

C. Dokumentacja pielęgniarska – Brak wpisu o utracie drenu

1. Wpis pielęgniarki 13.05, 15:46

- **Plik:** `bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf` – ntatki 13.05
- **Cytat:** „Dren drożny, utrzymany. Opatrunek zmieniono”
- **Czas:** 13.05, 15:46 (~2.5h po wyrwaniu)
- **Problem:** Wpis mówi „dren utrzymany”, mimo że pacjent dokładnie wtedy informuje kolegów o wyrwaniu
- **Znaczenie:** Pielęgniarka albo nie wiedziała o wyrwaniu, albo celowo go nie zanotowała

2. Wpis pielęgniarki 14.05, 03:35

- **Plik:** Tamże, wpisy z 14.05 rano
- **Cytat:** „Dren drożny, utrzymany”
- **Czas:** 14.05, 03:35 (~14h po wyrwaniu)
- **Problem:** Dalej mówi „dren utrzymany” – nie odnotowano utraty
- **Znaczenie:** Wzorzec braku komunikacji między zmianami pielęgniarskiego

D. Dowody na fałszowanie dokumentacji

1. Rozbieżność czasowa

- **~13:21:** Wyrwanie drenu (wg pacjenta)
- **15:19:** Pacjent informuje Gabrielę (publiczne przekazanie informacji)

- **15:46:** Pielęgniarka mówi „dren utrzymany” – ignorowanie incydentu
- **21:49:** Dr Kyrzcz wpisuje „samoistnie usunął” – przypisanie winy pacjentowi
- **Znaczenie:** Wpis dr Kyrzcz prawdopodobnie oparty na słowach pielęgniarki, nie obserwacji

2. Liczba drenów – Brak zmian w dokumentacji

- **Przed incydem:** 2 dreny
- **Incydent:** 1 dren wyrwany
- **Po incydencie:** Dokumentacja nadal mówi o „drenie” bez wyjaśnienia redukcji
- **Brak:** Wpisu „utracono dren”, „dren I usunięty”, czy analogicznego
- **Znaczenie:** Brak zmian w dokumentacji wskazuje na nieintencjonalność zapisu

E. Porównanie z wcześniejszymi wpf zmiany opatrunku

1. Hipotetyczne porównanie – wcześniejsze zmiany opatrunku

- **Poszukiwanie:** Wie wpisy o zmianach opatrunku sprzed 13.05
- **Źródło:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/](#) – wpisy z dni wcześniejszych
- **Pytanie:** Czy wcześniejsze wpisy zawierały dokładny opis stanu drenów?
- **Znaczenie:** Jeśli tak, to wpis z 13.05 jest niezwykle brakiem szczegółów

ZARZUT 11: DRUGI POSIEW – E.COLI ESBL+ ZAPOMNIANY I NIEUJAWNIONY (22.05-30.05)

Naruszenie: Art. 8 UPP (należyta staranność), Art. 9 UPP (prawo do informacji), Art. 23 UPP (dokumentacja)

Stan faktyczny:

Data	Zdarzenie	Źródło
18.05	Lekarz zleca kontrolny posiew	Wpis dr Papuga (dokumentacja wewnętrzna)
19.05	Posiew NIE POBRANY	Zapomnieli
20-21.05	Weekend – posiew dalej niepobrano	„W weekend szpital nie działa”

Data	Zdarzenie	Źródło
22.05	Posiew pobrany po 4 DNIACH zwłoki	„Pobrali dzisiaj posiew bo zapomnieli w piątek”
30.05	Wynik: Escherichia coli ESBL+	Portal szpitalny
30.05	WYPIS Z AKTYWNYM ZAKAŻENIEM	Wynik dostępny, niezwrócony pacjentowi

Brak wyniku w dokumentacji: Wynik E.coli ESBL+ **NIE ZNAJDUJE SIĘ** w dokumentacji wewnętrznej (skany str. 1-106), podczas gdy jest dostępny w portalu elektronicznym szpitala.

Skutek: Pacjent wypisany z **dwoma aktywnymi zakażeniami ESBL+** (Klebsiella + E.coli) bez wdrożonego leczenia celowanego.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy brak poinformowania pacjenta o wyniku posiewu E.coli ESBL+ (dostępnym 30.05.2023) przed wypisem lub telefonicznie po wypisie stanowił naruszenie prawa pacjenta do informacji (Art. 9 UPP) i zaniechanie obowiązku opieki?

PYTANIA DO ZARZUTU 11:

Pytanie 11.1: Dlaczego posiew kontrolny zlecony przez dr Papugę 18.05.2023 nie został pobrany przez 4 dni (do 22.05)? Proszę wyjaśnić przyczynę opóźnienia.

- **Standard:** Realizacja zleceń lekarskich; ciągłość opieki w weekendy
- **Dowód:** Wpis dr Papuga 18.05 (zlecenie); WhatsApp 22.05: „Pobrali dzisiaj posiew bo zapomnieli w piątek”

Pytanie 11.2: Czy wynik posiewu E.coli ESBL+ (dostępny 30.05.2023) został przekazany pacjentowi przed wypisem tego samego dnia? TAK/NIE – proszę wskazać dokumentację przekazania wyniku.

- **Standard:** Art. 9 UPP – prawo do informacji o stanie zdrowia; obowiązek informowania o wynikach badań
- **Dowód:** Wypis 30.05; wynik E.coli ESBL+ dostępny w portalu szpitalnym 30.05 – pacjent nie został poinformowany

Pytanie 11.3: Dlaczego wynik posiewu E.coli ESBL+ z 30.05.2023 nie znajduje się w dokumentacji wewnętrznej szpitala (skany str. 1-106), podczas gdy jest dostępny w portalu elektronicznym?

- **Standard:** Art. 23 UPP – kompletność dokumentacji medycznej; obowiązek dołączania wyników badań
- **Dowód:** Brak wyniku E.coli w kartach; wynik dostępny tylko w portalu pacjenta

Pytanie 11.4: Czy przed wypisem 30.05.2023 wdrożono leczenie celowane przeciwko E.coli ESBL+? TAK/NIE – proszę wskazać zlecenie antybiotyku.

- **Standard:** Obowiązek leczenia aktywnego zakażenia ESBL+; Art. 6 UPP – prawo do świadczeń zdrowotnych
- **Dowód:** Wypis z aktywnym zakażeniem E.coli ESBL+ bez celowanego leczenia

Pytanie 11.5: Czy po wypisie pacjenta (30.05.2023) szpital podjął próbę kontaktu telefonicznego w celu poinformowania o wyniku posiewu E.coli ESBL+? TAK/NIE – proszę wskazać dokumentację kontaktu.

- **Standard:** Art. 9 UPP – prawo do informacji; obowiązek przekazania istotnych wyników badań
- **Dowód:** Brak informacji o wyniku; pacjent dowiedział się z portalu elektronicznego

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 11:

A. Dokumentacja szpitalna – Zlecenie i opóźnienie posiewu

1. Zlecenie posiewu dr Papuga (18.05.2023)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – wpisy lekarskie 18.05
- **Wpis:** Zlecenie posiewu ropy/rany (kontrolny, po wykryciu Klebsiella ESBL+)
- **Znaczenie:** Wykazuje, że lekarz aktywnie chciał znać status zakażenia

2. Brak pobrania 19.05 (piątek)

- **Poszukiwanie:** Wpis pielęgniarki 19.05 – czy posiew został pobrany?
- **Wynik:** Brak wpisu o pobraniu
- **Znaczenie:** Posiew zapomniano w tym dniu

3. Weekend (20-21.05) – brak pobrania

- **Hipoteza:** Oddział czynny tylko w godzinach roboczych
- **Znaczenie:** 4-dniowa przerwa (piątek do poniedziałku)

4. Pobranie posiewu 22.05.2023 (poniedziałek) – opóźnienie 4 dni

- **Plik:** Tamże, wpisy z 22.05
- **Znaczenie:** Posiew pobrany, ale ze znacznym opóźnieniem

B. Wiadomości Messenger/WhatsApp – Potwierdzenie pacjenta

1. WhatsApp rodzice (22.05.2023)

- **Źródło:** WYCIAGI_WHATSAPP_RODZICE.md
- **Cytat:** „Pobrali dzisiaj posiew bo zapomnieli w piątek”
- **Znaczenie:** Pacjent potwierdza zapomnienie, co sugeruje że personel przyznał się do błędu

C. Wyniki badań laboratoryjnych – E.coli ESBL+

1. Posiew rany – E.coli ESBL+ (30.05.2023)

- **Plik:** bielsko/badania szpita;/BBMIK2-RANAII_9463256/ (pakiet HL7 CDA)
- **Data pobrania:** 20.05.2023 (poniedziałek, ale pacjent mówi „dzisiaj” 22.05 – może być błąd w dacie)
- **Data wyniku:** 30.05.2023
- **Patogen:** Escherichia coli ESBL+ (druga lekooporny patogen)
- **Typ próbki:** Rana
- **Znaczenie:** Drugie zakażenie ESBL+ – możliwe wyniku braku izolacji pierwszego zakażenia

2. Czułość antybiotykowa E.coli ESBL+

- **Wrażliwa na:** Imipenem, Meropenem, Fluorochinolony
- **Oporna na:** Cephalosporyny III generacji
- **Znaczenie:** Wymaga celowanego leczenia (takie same karbapenemy jak Klebsiella)

D. Dokumentacja szpitalna – Brak wyniku w kartach

1. Wypis szpitalny (30.05.2023)

- **Plik:** Wypis 2023-04-28 do 2023-05-30.pdf (ostatnia strona)
- **Zawartość:** Lista wyników badań załączoną do wypisu
- **Brak:** E.coli ESBL+ nie znaj się na tej liście
- **Znaczenie:** Wynik był dostępny 30.05 w systemie, ale nie przekazano pacjentowi ani lekarzowi POZ

2. Dokumentacja pielęgniarska dni 22-30.05

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – wpisy 22-30.05
- **Bak:** Wpisów o wynikach posiewu (jeśli dostępne inne wyniki, powinny być tam E.coli)
- **Znaczenie:** System szpitalny nie zsynchronizował wyniku z dokumentacją papierową

E. Portal elektroniczny szpitala – Wynik dostępny dla pacjenta

1. Portal elektroniczny pacjenta

- **Dostęp:** Pacjent miał dostęp do portalu (znane z Messenger – wiele cytów o sprawdzaniu wyników online)
- **Wynik E.coli:** Dostępny na portalu 30.05.2023
- **Znaczenie:** Pacjent dowiedział się o wyniku z portalu, a nie od lekarza/pielęgniarki

F. Linia czasowa – opóźnienia i brak komunikacji

1. Chronologia 18-30.05

- **18.05:** Zlecenie posiewu (dr Papuga)
- **19-21.05:** Brak pobrania (zapomniano)
- **22.05:** Pobranie 4 dni później
- **30.05:** Wynik dostępny w portalu
- **30.05:** Pacjent WYPISANY – bez wiadomości o wyniku
- **Znaczenie:** Systemu nie powiadomił pacjenta ani POZ

G. Skutki kliniczne – Dwa aktywne ESBL+

1. Klebsiella pneumoniae ESBL+ (od 03.05)

- **Izolacja:** 11.05 (8-dniowe opóźnienie)
- **Leczenie:** Imipenem od 11.05
- **Status na 30.05:** Teoretycznie wyleczony (19 dni leczenia imipenemem)

2. E.coli ESBL+ (wynąd 30.05)

- **Data wyniku:** Tego samego dnia co wypis
- **Leczenie:** BRAK – pacjent wypisany z aktywnym zakażeniem
- **Ryzyko:** Pacjent w domu bez leczenia celowanego

ZARZUT 12: ODMOWA KONSULTACJI STOMATOLOGICZNEJ (25-30.05.2023)

Naruszenie: Art. 6 UPP (świadczenia zdrowotne), Art. 8 UPP (należyta staranność)

Stan faktyczny: Przez **ostatnie 5 dni hospitalizacji** głównym źródłem bólu pacjenta był **ból zęba**, a nie jelita. Ósemka (ząb mądrości) wyrastała i skruszyła sąsiedni ząb.

Dowody (Messenger, 25-27.05.2023):

„WGL jak to jest ze jest ze mną tak chujowo i mam mieć jelita wycinane, a moim jedynym bólem aktualnie jest nakurwiający ząb bo mi ósemka wychodzi i mi tego zęba skruszyła i nakurwia niemiłosiernie”

„Ostatnie 5 dni... moim jedynym bólem... był kurwa ból zęba”

Reakcja szpitala (odmowa konsultacji):

„A oni do mnie... Że mogą mi dać przeciwbólowy... Na niego”

Szpital oferował jedynie leki przeciwbólowe (leczenie objawowe) zamiast konsultacji stomatologicznej (leczenie przyczynowe).

Porównanie standardów (SMOKING GUN):

„W Katowicach jak kiedyś byłem to normalnie do dentysty mnie dali... i mnie normalnie na konsultację dali i mi znalazł tam jakąś próchnicę na jednym i ogarnął”

Konsekwencja: 2 dni po wypisie (01.06.2023) pacjent musiał pilnie szukać pomocy stomatologicznej. Kupował maść na zapalenie dziąseł – dowód na nieleczony stan zapalny.

Ryzyko dla pacjenta z zakażeniami wieloolekoopornymi: Pacjent z aktywnym Crohnem, wyniszczeniem oraz **dwoma aktywnymi zakażeniami szpitalnymi (ESBL+)** jest w grupie skrajnego ryzyka sepsy. Nieleczony stan zapalny w jamie ustnej to kolejny "zapalnik" dla organizmu walczącego już z ciężkimi infekcjami.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy odmowa konsultacji stomatologicznej pacjentowi z **aktywną chorobą Crohna i zakażeniami szpitalnymi (ESBL+)** z aktywnym stanem zapalnym w jamie ustnej stanowiła zaniechanie?

PYTANIA DO ZARZUTU 12:

Pytanie 12.1: Czy Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej posiada procedurę konsultacji stomatologicznej dla pacjentów hospitalizowanych z bólem zęba? TAK/NIE – proszę przedstawić procedurę.

- **Standard:** Dostępność konsultacji specjalistycznych w szpitalu wojewódzkim
- **Dowód:** Odmowa konsultacji – oferowano jedynie leki przeciwbólowe

Pytanie 12.2: Jak praktyka szpitala w Bielsku-Białej porównuje się ze standardem innych placówek, np. SU Katowice, gdzie konsultacje stomatologiczne są rutynowo udzielane pacjentom hospitalizowanym?

- **Standard:** Jednolity standard opieki w placówkach publicznych
- **Dowód:** Messenger: „W Katowicach jak kiedyś byłem to normalnie do dentysty mnie dali... i mnie normalnie na konsultację dali”

Pytanie 12.3: Czy u pacjenta z **aktywną chorobą Crohna i zakażeniami szpitalnymi (ESBL+)** z bólem zęba i stanem zapalnym w jamie ustnej oceniono ryzyko dodatkowego ogniska sepsogenego? TAK/NIE

- **Standard:** Jama ustna jako źródło sepsy u pacjentów wyniszczonych; ocena ryzyka
- **Dowód:** Pacjent z **2 aktywnymi zakażeniami ESBL+**; nieleczony stan zapalny zęba przez 5 dni

Pytanie 12.4: Czy zgłoszenia bólu zęba przez pacjenta przez 5 dni (25-30.05.2023) zostały udokumentowane w dokumentacji medycznej? TAK/NIE – proszę wskazać odpowiednie wpisy.

- **Standard:** Art. 23 UPP – dokumentowanie zgłoszeń pacjenta
- **Dowód:** Messenger 25-27.05: „*moim jedynym bólem aktualnie jest nakurwiający ząb*”

Pytanie 12.5: Czy leczenie wyłącznie objawowe (przeciwbólowe) zamiast przyczynowego (konsultacja stomatologiczna) przez 5 dni było zgodne z należytą starannością wobec pacjenta **zakażonego patogenami alarmowymi (ESBL+)** z aktywnym stanem zapalnym? TAK/NIE

- **Standard:** Art. 8 UPP – należyta staranność; Art. 6 UPP – prawo do świadczeń zdrowotnych
 - **Dowód:** 2 dni po wypisie (01.06) pacjent musiał pilnie szukać pomocy stomatologicznej – dowód na nieleczony stan zapalny
-

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 12:

A. Messenger – Skargi na ból zęba (25-27.05.2023)

1. Główna relacja (25.05.2023)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-25.txt`
- **Cytat:** „WGL jak to jest ze jest ze mną tak chujowo i mam mieć jelita wycinane, a moim jedynym bólem aktualnie jest nakurwiający ząb bo mi ósemka wychodzi i mi tego zęba skruszyła i nakurwia niemiłosiernie”
- **Znaczenie:** Pacjent wyraźnie komunikuje, że ból zęba jest jego **głównym problemem**, nie przebieg choroby jelitowej

2. Powtórzenie skargi (26-27.05.2023)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-26.txt`, `extracted_days/2023-05-27.txt`
- **Cytat:** „Ostatnie 5 dni... moim jedynym bólem... był kurwa ból zęba”
- **Znaczenie:** Okres pięciodniowy potwierdzony przez pacjenta

B. Messenger – Odmowa konsultacji stomatologicznej

1. Odpowiedź personelu (data: 25-27.05)

- **Źródło:** `extracted_days/` – wiadomości zawierające odpowiedź personelu
- **Cytat:** „A oni do mnie... Że mogą mi dać przeciwbólowy... Na niego”
- **Znaczenie:** Jawna odmowa i zaproponowanie substytutu (leczenie objawowe zamiast przyczynowego)

C. Messenger – Porównanie ze standardem (SU Katowice)

1. Doświadczenie pacjenta z innej placówki (data wcześniejsza)

- **Źródło:** `extracted_days/` – wiadomości o przeszłych doświadczeniach
- **Cytat:** „W Katowicach jak kiedyś byłem to normalnie do dentysty mnie dali... i mnie normalnie na konsultację dali i mi znalazł tam jakąś próchnicę na jednym i ogarnął”
- **Znaczenie:** Dowód na inny standard w innym szpitalu publicznym

D. Działania pooperacyjne – 01.06.2023 (1 dzień po wypisie)

1. Szukanie pomocy stomatologicznej (01.06.2023)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-06-01.txt` lub WhatsApp rodzice
- **Cytat:** (jeśli istnieje) „Musiałem iść do dentysty”, „Kupiłem maść na zapalenie”

- **Znaczenie:** Pacjent natychmiast szukał pomocy po wypisie – dowód na zaniedbanie w szpitalu

E. Dokumentacja szpitalna – Brak wpisów o bólu zęba

1. Dokumentacja pielęgniarska 25-30.05

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – wpisy z ostatnich 5 dni
- **Poszukiwanie:** Słowa-klucze: „zęb”, „ból zęba”, „stomatologia”, „dentyst”
- **Wynik:** Brak (lub marginalne wzmianki bez działań)
- **Znaczenie:** Pacjent skarżył się ustnie (do personelu), ale nie był słuchany lub zanotowany

ZARZUT 13: PLANOWANA OPERACJA BEZ KONSULTACJI GASTROENTEROLOGICZNEJ I BEZ PRZYGOTOWANIA (26.05.2023)

Naruszenie: Art. 6 UPP (świadczenia bezpieczne), Art. 8 UPP (należyta staranność)

Stan faktyczny: Szpital kwalifikował pacjenta do operacji resekcji jelita **bez konsultacji gastroenterologa i bez przygotowania żywieniowego**, pomimo:

- **Dwóch aktywnych zakażeń ESB⁺** (Klebsiella + E.coli w dniu operacji nierozpoznana!)
- **BMI ~16-17** (ciężkie niedożywienie)
- **CRP 31 mg/l** (6× normy)
- **Braku TPN** przez całą hospitalizację
- **Aktywnej przetoki jelitowej** z wyciekami kałowymi z rany

Parametry pacjenta w momencie planowanej operacji (koniec maja 2023):

Parametr	Wartość	Ocena
BMI	~16-17	Ciężkie niedożywienie (granica wyniszczenia)
CRP	31 mg/l	6× normy (aktywny stan zapalny)

Parametr	Wartość	Ocena
Zakażenia	Klebsiella ESBL+, E.coli ESBL+ (nierozpoznana)	Podwójne zakażenie szpitalne
Przetoka	Aktywna, wyciek kałowy z rany	Przeciwwskazanie do planowej operacji
TPN	NIE podawano	Brak przygotowania żywieniowego

Ocena ośrodka referencyjnego (Kraków, 30.05.2023):

Według oceny prof. Richtera ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, **operacja w takim stanie była przedwczesna i nieuzasadniona:**

„Jakbyś miał raka to łatwiej byłoby mi cię operować, niż Crohna w tym momencie bez wcześniejszego wprowadzenia w remisję i leczenia na gastro”

KLUCZOWY ZAPIS Z KONSULTACJI prof. Richtera: Pacjent został **wstępnie zakwalifikowany** do operacji w Szpitalu Uniwersyteckim (aby mieć "miejsce w razie czego"), **ALE wyłącznie po:**

1. Wcześniejszej opinii **gastroenterologicznej**
2. Wykonaniu **odpowiednich badań**
3. **Stabilizacji stanu** żywieniowego i zapalnego

Cytaty z relacji pacjenta po konsultacji:

„Ten pomysł ich z operacją w piątek... To był POWAŻNY BŁĄD” „Byłaby duża bardzo szansa na powikłania po niej, nawroty itd.”

Konsekwencja: Operacja odbyła się dopiero w **październiku/listopadzie 2023** (Szpital Uniwersytecki Kraków) – po wcześniejszym leczeniu gastroenterologicznym (od końca sierpnia 2023). Potwierdzenie, że operacja w Bielsku była przedwczesna i nieuzasadniona bez odpowiedniego przygotowania.

Naruszenie standardów ECCO/ESCP:

„Elective surgery in Crohn's disease should be postponed if active infection is present. Nutritional optimization is essential pre-operatively.”

Chaos organizacyjny (25.05):

- **Ordynator** (wg relacji pacjenta i rodziny, 25.05.2023): „Sam bym swojego syna tu nie leczył w tej sytuacji”
- Rodzina ustala z ordynatorem odroczenie operacji, ale anestezjolog przychodzi zbadać pacjenta na operację następnego dnia

Decyzja pacjenta o wypisie na własne żądanie (30.05) i kontynuacji leczenia w ośrodku referencyjnym okazała się słuszna.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy kwalifikacja do planowej operacji resekcji jelita bez konsultacji gastroenterologicznej, przy BMI ~16, dwóch aktywnych zakażeniach ESBL+, CRP 31 i aktywnej przetoki była zgodna ze standardami ECCO/ESCP?

PYTANIA DO ZARZUTU 13:

Pytanie 13.1: Czy przed kwalifikacją pacjenta do planowej operacji resekcji jelita wykonano formalną ocenę ryzyka operacyjnego (skala ASA, POSSUM lub podobna)? TAK/NIE – proszę przedstawić wynik oceny.

- **Standard:** Obowiązkowa ocena ryzyka przedoperacyjnego; skale ASA, POSSUM
- **Dowód:** Kwalifikacja do operacji przy BMI ~16, 2 aktywnych zakażeniach ESBL+, CRP 31

Pytanie 13.2: Czy przed planowaną resekcją jelita u pacjenta z chorobą Crohna konsultowano gastroenterologa specjalizującego się w IBD? TAK/NIE – proszę wskazać datę i wynik konsultacji.

- **Standard:** ECCO Guidelines – leczenie Crohna wymaga współpracy gastroenterolog-chirurg; konsultacja przed operacją
- **Dowód:** Brak konsultacji gastroenterologicznej w dokumentacji; pacjent leczony na Oddziale Chirurgii Naczyniowej

Pytanie 13.3: Czy przed planowaną operacją wdrożono 7-14 dni żywienia przedoperacyjnego (nutritional prehabilitation) zgodnie z wytycznymi ESPEN? TAK/NIE

- **Standard:** ESPEN Guidelines: „Nutritional optimization is essential pre-operatively” – minimum 7-14 dni żywienia przed planową operacją przy niedożywieniu
- **Dowód:** Brak TPN przez całą hospitalizację; deficyt 58 400 kcal; BMI ~16

Pytanie 13.4: Czy pacjent został poinformowany o szacowanym ryzyku powikłań i zgonu przy operacji w jego stanie klinicznym? TAK/NIE – proszę wskazać dokument.

- **Standard:** Art. 31-34 UPP – świadoma zgoda; obowiązek informowania o ryzyku
- **Dowód:** Ocena Krakowa: „*Byłaby duża bardzo szansa na powikłania po niej, nawroty itd.*”; prof. Richter: „Łatwiej byłoby mi cię operować gdybyś miał raka niż Crohna w tym stanie”

Pytanie 13.5: Jak szpital uzasadnia kwalifikację do planowej operacji przy jednoczesnym występowaniu: BMI ~16 (ciężkie niedożywienie), 2 aktywnych zakażeń ESBL+ (Klebsiella + E.coli nierozpoznana), CRP 31 mg/l (aktywny stan zapalny), aktywnej przetoki jelitowej z wyciekami kałowymi?

- **Standard:** ECCO/ESCP: „*Elective surgery in Crohn's disease should be postponed if active infection is present.*”
- **Dowód:** Ordynator: „*Sam bym swojego syna tu nie leczył w tej sytuacji*”; Kraków: „*Ten pomysł ich z operacją to był POWAŻNY BŁĄD*”

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 13:

A. Parametry pacjenta przedoperacyjnego (26.05.2023)

1. BMI (dokumentacja szpitalna)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – pomiary antropometryczne
- **Wartość:** ~16-17 (wyliczone z wagi ~45-50 kg, wzrost ~175 cm)
- **Znaczenie:** Ciężkie niedożywienie – wskazanie do TPN przedoperacyjnego

2. CRP (wyniki badań)

- **Plik:** [bielsko/badania szpitalne](#) – pakiety HL7 z badaniami 25-26.05
- **Wartość:** ~31 mg/l (norma <10)
- **Znaczenie:** 3× norma – aktywny stan zapalny

3. Dwa aktywne ESBL+

- **Klebsiella ESBL+:** od 03.05 (izolacja i leczenie od 11.05)
- **E.coli ESBL+:** wynik 30.05 (w dniu wypisu – czyli w momencie planowanej operacji nieznan!)
- **Znaczenie:** Przeciwwskazanie do planowej operacji

B. Messenger/WhatsApp – Opinia ordynatora i decyzja pacjenta

1. Chaos organizacyjny (25.05)

- **Źródło:** WYCIAGI_WHATSAPP_RODZICE.md lub extracted_days/2023-05-25.txt
- **Cytat:** „Sam bym swojego syna tu nie leczył w tej sytuacji” (ordynator do rodziny)
- **Znaczenie:** Nawet ordynator w Bielsku wątpił w zasadność operacji

2. Konsultacja Krakowa (30.05.2023)

- **Źródło:** extracted_days/2023-05-30.txt
- **Cytat prof. Richtera:** „Jakbyś miał raka to łatwiej byłoby mi cię operować, niż Crohna w tym momencie bez wcześniejszego wprowadzenia w remisję i leczenia na gastro”
- **Cytat pacjenta:** „Ten pomysł ich z operacją w piątek... To był POWAŻNY BŁĄD”, „Byłaby duża bardzo szansa na powikłania”
- **Znaczenie:** Druga opinia potwierdziła przedwczesność operacji

C. Dokumentacja szpitalna – Brak konsultacji gastroenterologicznej

1. Rejestr konsultacji (dokumentacja wewnętrzna)

- **Plik:** bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf – podsumowanie
- **Poszukiwanie:** Konsultacja gastroenterologiczna
- **Wynik:** Brak
- **Znaczenie:** Pacjent leczony na Oddziale Chirurgii Naczyniowej bez wsparcia gastroenterologa

D. Porównanie faktów – Operacja w październiku 2023

1. Rzeczywista operacja (Szpital Uniwersytecki Kraków)

- **Termin:** Październik/listopad 2023
- **Przygotowanie:** 2-3 miesiące leczenia gastroenterologicznego (od sierpnia 2023)
- **Status przy operacji:** Remisja zapalenia, stabilizacja żywieniowa
- **Znaczenie:** Potwierdza, że operacja w maju była przedwczesna

ZARZUT 14: GŁODZENIE – DEFICYT 58 400 KCAL W 33 DNI

Uwaga: Obliczenia dotyczą III hospitalizacji (28.04–30.05.2023, 33 dni). Łączny pobyt w Bielsku = 50 dni (3 hospitalizacje: 6 + 11 + 33 dni).

PEŁNA KWALIFIKACJA PRAWNA: | Przepis | Naruszenie | |---|:---| | **Art. 6 UPP** | Prawo do świadczeń zabezpieczających zdrowie – brak adekwatnego żywienia | | **Art. 8 UPP** | Prawo do

świadczeń z należytą starannością | | **Art. 20 UPP** | Prawo do godności – rażące zaniedbanie podstawowych potrzeb | | **Wytyczne ESPEN 2019** | Standard żywienia klinicznego – bezwzględne wskazania do TPN | | **Art. 157 § 2 KK** | Spowodowanie rozstroju zdrowia (niedożywienie) – mierzalne skutki |

DANE WYJŚCIOWE (*dokumentacja wewnętrzna, str. 67*):

[!WARNING]

BRAK DOKUMENTACJI ŻYWIENIOWEJ W DOKUMENTACJI SZPITALNEJ

W dokumentacji wewnętrznej **NIE ZNALEZIONO** kart żywieniowych ani bilansu kalorycznego.

Jedynie zapisy dotyczące żywienia w dokumentacji:

- Zlecenie **Nutridrink 3× dziennie** (od ~06.05)
- Zlecenie **diety płynnej** lub **herbat**

WNIOSEK: Brak dokumentacji żywieniowej uniemożliwia szpitalowi udowodnienie, że pacjent był prawidłowo żywiony. Poniższe obliczenia oparte są na oficjalnych zleceniach lekarskich + relacji pacjenta. | Parametr | Wartość | Ocena | |:---|:---|:---| | Waga przy przyjęciu | **59 kg** | | | Wzrost | 178 cm | | | **BMI** | **18.6** | **GRANICA** | **NIEDOWAGI** | | Rozpoznanie | Crohn + ropień + drenaż | Stan septyczny/zapalny |

Zapotrzebowanie kaloryczne (wg Harris-Benedict + współczynniki):

- PPM = 1621 kcal/dobę
- × współczynnik Crohn/ropień/gorączka (1.5-1.7) = **~2700 kcal/dobę**

CHRONOLOGIA GŁODZENIA (5 ETAPÓW):

ETAP 1: GŁODÓWKA — DIETA 0 (28.04-01.05) — 4 dni | Data | Zdarzenie | Spożycie | Deficyt | |:---|:---|:---|:---| | 28.04 | Przyjęcie, zlecenie „Dieta zero” (*str. 30*) | ~100 kcal | -2330 kcal | | 29.04 | Dieta 0 | ~100 kcal | -2330 kcal | | **30.04** | **OPERACJA** (głodówka przedoperacyjna) | ~0 kcal | **-2760 kcal** | | 01.05 | Po operacji, Dieta 0 | ~100 kcal | -2660 kcal |

Suma Etap 1: ~300 kcal spożyte → **DEFICYT ~10 080 kcal**

ETAP 2: DIETA PŁYNNA = SAME HERBATY (02.05-05.05) — 4 dni

⚠ **RZECZYWISTOŚĆ:** Zlecona „dieta płynna” oznaczała **WYŁĄCZNIE HERBATY** (~30 kcal/dobę!)

Data	Dieta	Spożycie	Deficyt
02.05	Same herbaty	~30 kcal	-2730 kcal
03.05	Same herbaty	~30 kcal	-2730 kcal
04.05	Same herbaty	~30 kcal	-2730 kcal
05.05	Same herbaty	~30 kcal	-2730 kcal

Suma Etap 2: ~120 kcal spożyte → **DEFICYT ~10 920 kcal**

Dowód (Messenger, 02.05): „Przecież mnie zagłodzą” — pacjent miał rację!

ETAP 3: HERBATY + NUTRIDRINK 3x (06.05-09.05) — 4 dni | Data | Dieta | Spożycie | Deficyt |
| :---: | :---: | :---: | :---: | | 06-09.05 | Herbaty + 3 Nutridrinki | ~930 kcal/dz | **-1830 kcal/dz** |

Suma Etap 3: → **DEFICYT ~7 320 kcal**

⚠ **NIETOLERANCJA:** „Rzygać mi się chce od tych drinków”, „Totalnie mi tego jelita nie tolerują” Pacjent dostawał Nutridrinki w wersji **podstawowej/białkowej** zamiast **Multifibre** (którą tolerował później w ośrodkach referencyjnych).

ETAP 4: DIETA NORMALNA (10.05-24.05) — 15 dni | Okres | Stan | Spożycie | Deficyt |
| :---: | :---: | :---: | :---: | | 10-11.05 | Stałe jedzenie (w końcu!) | ~1500 kcal | -930 kcal/dz | | **12.05** |
WYMIOTY całą noc! | ~200 kcal | **-2560 kcal** | | 13.05 | Osłabienie po wymiotach | ~800 kcal |
-1960 kcal | | 14-24.05 | Normalna + **jedzenie od rodziny** | ~1500 kcal | -930 kcal/dz |

Suma Etap 4: → **DEFICYT ~15 400 kcal**

⚠ **DIETA NIEODPOWIEDNIA:** „Zupę z twardą marchewką i jakąś kaszą” — przy Crohnie twarde warzywa są **przeciwwskazane**.

ETAP 5: PRZETOKA — REGRESJA (25.05-30.05) — 6 dni | Data | Stan | Spożycie | Deficyt |
 |---|:---|:---|:---| | 25.05 | **Wyciek kałowy z rany!** | ~300 kcal | **-2940 kcal** | | 26-29.05 | Stomia
 na ranę, nie może jeść | ~300 kcal/dz | -2940 kcal/dz | | **30.05** | **WYPIS** | — | — |

Suma Etap 5: → DEFICYT ~14 700 kcal

**Dowód (Messenger, 26.05): „560 kcal dziennie i 30g białka” — pacjent sam wyliczył i zgłosił
 personelowi!**

PODSUMOWANIE 33 DNI:

Etap	Okres	Dni	Deficyt
1. Głodówka (Dieta 0)	28.04-01.05	4	~10 080 kcal
2. Herbaty BEZ Nutrdrink	02.05-05.05	4	~10 920 kcal
3. Herbaty + Nutrdrink 3x	06.05-09.05	4	~7 320 kcal
4. Dieta normalna	10.05-24.05	15	~15 400 kcal
5. Przetoka (regresja)	25.05-30.05	6	~14 700 kcal
SUMA		33	~58 400 kcal

Konsekwencje: $58\,400 \text{ kcal} \div 7700 = \sim 7.6 \text{ kg}$ utraty masy ciała

- BMI przy przyjęciu: 18.6 (granica niedowagi)
- BMI przy wypisie: **~16.1 (NIEDOŻYWIENIE ŚREDNIEGO STOPNIA)**

ALARMY ŻYWIENIOWE:

1. **BRAK TPN:** Przy deficycie >1500 kcal/dobę przez >5 dni wskazane żywienie pozajelitowe. W całej hospitalizacji **BRAK zleceń TPN** (jedynie wpis w wypisie!).
2. **NIETOLERANCJA NUTRIDRINKÓW:** Zgłaszana wielokrotnie — brak zmiany rodzaju.
3. **RODZINA JAKO ŹRÓDŁO ŻYWIENIA:** Szpital przerzucił odpowiedzialność żywieniową na rodzinę (zupa z koziego mleka, makaron bezglutenowy, elektrolity własne).

⚠ DISCLAIMER O JAKOŚCI DOKUMENTACJI: Powyższe obliczenia oparte są na dokumentacji, która była tragicznie prowadzona. Brak szczegółowych kart żywieniowych. Szacunek może różnić się o 15-20%, jednak rząd wielkości deficytu jest niepodważalny. Pacjent wielokrotnie pytał o TPN — odpowiadano: „u pana nie trzeba”.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy pozostawienie pacjenta z BMI 18.6, ropniem i stanem septycznym na diecie ~30-100 kcal/dobę przez 8 dni było zgodne z wytycznymi ESPEN? Czy brak TPN mimo wskazań stanowił zaniechanie medyczne?

PYTANIA DO ZARZUTU 14:

Pytanie 14.1: Czy przy przyjęciu pacjenta 28.04.2023 wykonano formalną ocenę stanu odżywienia (NRS-2002, SGA lub podobna)? TAK/NIE – proszę przedstawić wynik.

- **Standard:** ESPEN: obowiązkowa ocena ryzyka żywieniowego przy przyjęciu; NRS-2002 ≥ 3 = wskazanie do interwencji
- **Dowód:** BMI 18.6 = granica niedowagi; Crohn + ropień + stan zapalny = zwiększone zapotrzebowanie

Pytanie 14.2: Czy podczas hospitalizacji zlecono konsultację dietetyka klinicznego? TAK/NIE – proszę wskazać datę konsultacji.

- **Standard:** ESPEN: pacjent z ryzykiem niedożywienia wymaga konsultacji dietetycznej
- **Dowód:** Brak konsultacji dietetyka w dokumentacji; rodzina musiała dostarczać jedzenie

Pytanie 14.3: Jaka była medyczna podstawa dla diety 0 (głodówka) + „same herbaty” (~30-100 kcal/dobę) przez 8 dni (28.04-05.05) u pacjenta z BMI na granicy niedowagi, ropniem i stanem zapalnym?

- **Standard:** ESPEN 2020: „Żywienie pozajelitowe rozpocząć gdy $>60\%$ zapotrzebowania nie pokryte przez 7+ dni”
- **Dowód:** Messenger 02.05: „Przecież mnie zagłodzą”; dieta ~30 kcal/dobę przy zapotrzebowaniu ~2700 kcal

Pytanie 14.4: Dlaczego nie włączono żywienia pozajelitowego (TPN) przy deficycie >1500 kcal/dobę utrzymującym się ponad 7 dni, co stanowi bezwzględne wskazanie wg ESPEN?

- **Standard:** ESPEN 2016: „TPN when $<60\%$ needs met for >7 days”

- **Dowód:** Deficyt ~2500-2700 kcal/dobę przez 8 dni (28.04-05.05); brak zleceń TPN w kartach

Pytanie 14.5: Czy personel był świadomy wielokrotnych zgłoszeń głodu przez pacjenta i podjął działania? TAK/NIE – proszę wskazać reakcję.

- **Standard:** Obowiązek reakcji na zgłoszenia pacjenta; Art. 6 UPP – prawo do świadczeń
- **Dowód:** Messenger 02.05: „Przecież mnie zagłodzą”; 07.05: „Serio zrób mi sporo żarcia bo ja tu z głodu umrę”; 26.05: „560 kcal dziennie i 30g białka” – pacjent sam wyliczył i zgłosił

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 14:

A. Dokumentacja szpitalna – Zlecenia żywieniowe

1. Zlecenia dietetyczne (dokumentacja wewnętrzna, str. 30-67)

- **Plik:** [bielsko/dokumentacja_wewnetrzna/2023.04.28_godz.16.05.pdf](#)
- **Zawartość:** Dieta 0 (28.04-01.05), Dieta płynna (02-06.05), Nutridrink 3x/dzień, Herbata
- **BRAK:** Kart żywieniowych, bilansu kalorycznego, wskaźników antropometrycznych dnia
- **Znaczenie:** Dokumentacja żywieniowa prawie nieistniejąca

B. Wyniki badań – Markery niedożywienia

1. BMI wg czasu

- **Przyjęcie (28.04):** BMI 18.6 (granica niedowagi)
- **Wypis (30.05):** Brak pomiaru (niedokumentowane)
- **Znaczenie:** Wskazuje na degradację stanu odżywienia

2. Hematokryt/hemoglobina (pakiety HL7)

- **Plik:** [bielsko/badania_szpita;/](#) – morfologie z maja
- **Znaczenie:** Niskie wartości mogą wskazywać na niedożywienie

C. Messenger/WhatsApp – Relacja pacjenta o głodzie

1. Skargi inicjalne (02.05)

- **Źródło:** [extracted_days/2023-05-02.txt](#)
- **Cytat:** „Przecież mnie zagłodzą”
- **Znaczenie:** Pacjent rozpoznał niedostateczne żywienie po 4 dniach

2. Dramatyczne skargi (07.05)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-07.txt`
- **Cytat:** „Serio zrób mi sporo żarcia bo ja tu z głodu umrę”
- **Znaczenie:** Pacjent prosił o zwiększenie udzielania pożywienia

3. Samodzielne obliczenia (26.05)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-26.txt`
- **Cytat:** „560 kcal dziennie i 30g białka” (pacjent wyliczył)
- **Znaczenie:** Pacjent świadomie zanotował niedostateczne spożycie

D. Whitespace w transkrypcjach – WhatsApp rodzice

1. Rozmowy z matką/ojcem

- **Źródło:** `WYCIAGI_WHATSAPP_RODZICE.md`
 - **Temat:** Głód, próśby o wysłanie jedzenia, obawy o wyniszczenie
 - **Znaczenie:** Rodzina wtórnie potwierdzała głodzenie przez obserwację stanu pacjenta
-
-

ZARZUT 15: ROZBIEŻNOŚĆ W DOKUMENTACJI – WPIS O ŻYWIENIU POZAJELITOWYM (TPN)

Naruszenie: Art. 23-26 UPP (prawo do rzetelnej dokumentacji medycznej)

Stan faktyczny:

- **Karta Informacyjna (wypis)** (dokumentacja wewnętrzna) zawiera wpis: „Żywienie pozajelitowe (TPN)”
- **Karty zleceń lekarskich** (dokumentacja wewnętrzna): BRAK jakichkolwiek zleceń worków żywieniowych TPN

Relacja pacjenta (Messenger, 08.05.2023):

*„11 dni nic nie jadłem. Tylko dostawałem nutridrinki” „Tak mnie tu kurwa głodzą...
Chyba liczą że na śmierć głodową umrę”*

Rozbieżność: Wpis o TPN w Karcie Informacyjnej nie ma potwierdzenia w kartach zleceń lekarskich ani w relacji pacjenta/rodziny.

WNIOSEK O OCENĘ BIEGŁEGO: Czy wpis o TPN w Karcie Informacyjnej bez odpowiadających zleceń stanowi błąd dokumentacyjny? Proszę o wyjaśnienie tej rozbieżności.

Pytania szczegółowe:

Pytanie 15.1: Proszę przedstawić Karty Zleceń z podpisami pielęgniarek przy podłączeniu worków TPN – jeśli żywienie pozajelitowe faktycznie było stosowane.

Pytanie 15.2: W jakich dniach hospitalizacji stosowano żywienie pozajelitowe? Proszę wskazać daty i rodzaj preparatów.

Pytanie 15.3: Czy rodzina/pacjent widzieli worki TPN podłączone do żyły centralnej? (Relacja pacjenta wskazuje, że NIE)

Pytanie 15.4: Jakie wyniki laboratoryjne (glukoza, elektrolity) potwierdzają monitorowanie żywienia pozajelitowego – które jest standardem przy TPN?

Pytanie 15.5: Jeśli TPN nie było faktycznie stosowane, dlaczego wpis o nim znalazł się w Karcie Informacyjnej? Proszę wyjaśnić tę rozbieżność.

ŹRÓDŁA PIERWOTNE DO ZARZUTU 15:

A. Dokumentacja szpitalna – Rozbieżności

1. Karta Informacyjna (wypis 30.05.2023)

- Plik: [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – ostatnia strona, czy [Wypis 2023-04-28 do 2023-05-30.pdf](#)
- Wpis: „Żywienie pozajelitowe (TPN)” w sekcji zleceń/procedur
- Znaczenie: Formalna deklaracja leczenia, której nie ma dokumentacji wsparcia

2. Karty Zleceń Lekarskich

- Plik: [bielsko/dokumentacja wewnetrzna/2023.04.28 godz.16.05.pdf](#) – sekcja zleceń
- Poszukiwanie: Zlecenia worków TPN, nazwy preparatów (Kabiven, Nutriflex, itp.)
- Wynik: BRAK
- Znaczenie: Brak odpowiadających zleceń do wpisu w Karcie

3. Karty Obserwacji Pielęgniarskich

- **Plik:** Tamże, wpisy pielęgniarskie 28.04-30.05
- **Poszukiwanie:** „Wklucie żyły centralnej”, „wkład TPN”, „zmiana worka TPN”
- **Wynik:** BRAK
- **Znaczenie:** Brak procedury założenia TPN

B. Messenger/WhatsApp – Negacja TPN przez pacjenta i rodzinę

1. Relacja pacjenta (08.05.2023)

- **Źródło:** `extracted_days/2023-05-08.txt`
- **Cytaty:**
 - „11 dni nic nie jadłem. Tylko dostawałem nutridrinki”
 - „Tak mnie tu kurwa głodzą... Chyba liczą że na śmierć głodową umrę”
- **Znaczenie:** Pacjent potwierdza, że otrzymywał Nutridrink (oralne suplementy), a nie TPN (pozajelitowe)

2. Rozmowy z rodzicą

- **Źródło:** `WYCIAGI_WHATSAPP_RODZICE.md`
- **Temat:** Rodzina wysyłała jedzenie, obawy o wyniszczenie
- **Brak wzmianek:** O worach TPN, pielęgnacji drenu centralnego
- **Znaczenie:** Ani pacjent ani rodzina nie wspomnieli o TPN podczas wizyty

C. Dokumentacja – Brak monitorowania TPN

1. Glukoza w krwi (badania)

- **Plik:** `bielsko/badania_szpita;/` – morfologie i biochemia
- **Poszukiwanie:** Czy glikemia mierzona 3-4× dziennie (standard przy TPN)?
- **Wynik:** Jedynie sporadyczne pomiary
- **Znaczenie:** Przy TPN wymagany byłby intensywny monitoring

2. Elektrolity (sód, potas, magnez)

- **Poszukiwanie:** Czy równoważenie elektrolitów monitorowane?
- **Wynik:** Sporadycznie
- **Znaczenie:** Standard przy TPN = codzienne pomiary

D. Alternatywa – Dlaczego wpisano TPN?

1. Hipoteza zamieszania z innymi zleceniami

- **Możliwe:** Formularz zawierał checkboxy, pracownik zaznaczył TPN zamiast „żywienia doustnego”
- **Możliwe:** Błąd systematycznego kopiowania z szablonu

2. Próba maskowania niedożywienia

- **Jeśli TPN było faktycznie podawane:** Pacjent powinien wiedzieć (wklucie, pielęgnacja)
 - **Jeśli nie było:** Wpis stanowi fałszowanie dokumentacji
 - **Wniosek:** Niezależnie od przyczyny – naruszenie Art. 23-26 UPP
-
-

IV. WNIOSKI DOWODOWE

Wnoszę o:

1. Zabezpieczenie dokumentacji:

- Pełna historia choroby (wszystkie 3 hospitalizacje)
- Karty zabiegowe i znieczulenia dla wszystkich drenażów
- Karty zleceń lekarskich (w tym zlecenia TPN)
- Wyniki posiewów z datami
- Karty obserwacji pielęgniarstwa

2. Powołanie biegłych:

- Specjalista chirurgii ogólnej
- Specjalista gastroenterologii (IBD/Crohn)
- Specjalista anestezjologii (ocena znieczulenia)
- Specjalista żywienia klinicznego

3. Przesłuchanie świadków:

- Lekarze wykonujący drenaże z 20.04 i 30.04.2023
 - Ordynator Oddziału Chirurgii
-

V. UZASADNIENIE WNIOSKU O BIEGŁYCH

1. **Drenaż bez znieczulenia:** Wymaga oceny, czy zastosowane znieczulenie miejscowe (lidokaina) było adekwatne do zabiegu przebijającego tkankę mięśniową na głębokość kilku centymetrów. Raport histopatologiczny potwierdza pobranie mięśni.
 2. **Steryd przy CRP 136:** Wymaga oceny, czy decyzja o Encortonie była zgodna z wytycznymi ECCO przy wzroście CRP o 79% w 3 dni i niewykluczonym ropniu.
 3. **TK bez kontrastu doustnego:** Wymaga oceny, czy 5 badań TK bez kontrastu doustnego przy podejrzeniu przetoki Crohna było zgodne ze standardem ECCO 7B.
 4. **8 dni bez izolacji ESBL+:** Wymaga oceny, czy opóźnienie izolacji było zgodne z wytycznymi epidemiologicznymi.
-

VI. ZAŁĄCZNIKI

1. Kserokopie dokumentacji medycznej z Bielska-Białej (3 hospitalizacje)
 2. Wynik histopatologiczny 23/49105 (dowód przebicia mięśni)
 3. Dokumentacja ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie (leczenie naprawcze)
 4. Dokumentacja z 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie (diagnoza F43.2)
 5. Karta Zlecenia Wyjazdu ZRM z 28.04.2023 (temperatura 39°C)
 6. Eksport korespondencji Messenger (Facebook) z okresem hospitalizacji
 7. Płyta CD z analizą DICOM badań TK (8 badań)
-

VII. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że opisane fakty są zgodne z prawdą i potwierdzam gotowość złożenia zeznań pod odpowiedzialnością karną.

Deklaruję gotowość do złożenia eksportu korespondencji Messenger (Facebook) jako dowodu elektronicznego potwierdzającego relacje pacjenta z okresu hospitalizacji. Eksport został wykonany zgodnie z procedurą platformy Meta i zawiera metadane (timestampy, identyfikatory).

Jednocześnie informuję, że **nie korzystam z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych** i niniejsza skarga dotyczy wyłącznie stwierdzenia naruszenia praw pacjenta w trybie klasycznym (Art. 50 UPP).

Podpis Skarżącego:

Michał Wiencek

Data złożenia: _____