

**Tomasz Zyss**

## **Błędy dokumentacji lekarskiej jako przyczyna negatywnych orzeczeń rentowych**

### **Errors in medical records as the cause of negative expert decisions regarding disability pensions**

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medium UJ w Krakowie  
Kierownik: prof. dr hab.. med. A. Zięba

Zburzenia natury psychicznej nierzadko powodują, iż pacjent staje się niezdolny do wykonywania zatrudnienia. Ocenia się, iż schorzenia psychiatryczne stanowią trzecią pod względem rozpowszechnienia przesłankę w zakresie orzekania o niezdolności do pracy – w rozumieniu renty inwalidzkiej. Niestety nie wszyscy pacjenci są pozytywnie weryfikowani, tj. otrzymują w ogóle świadczenia rentowe, bądź też otrzymują świadczenia rentowe na poziomie niższym od wnioskowanego.

Praca opisuje przesłanki – jakimi kierują się lekarze ZUS i biegli sądowi w trakcie badania pacjentów, którzy podejmują starania o świadczenia rentowe.

Część pacjentów weryfikowana jest pozytywnie – już w trakcie pierwszego kontaktu z nimi. Sposób zachowania, funkcjonowania, mówienia – nie pozostawia większych wątpliwości – co do znacznego nasilenia występujących u nich zaburzeń psychicznych.

W takim przypadku niezwykle pomocne znaczenie ma dokumentacja lekarska pacjenta. W ocenie dokumentacji lekarskiej zwraca się uwagę na takie aspekty jak regularność i systematyczność leczenia, oraz rodzaj stosowanej farmakoterapii. Dość krytycznie ocenia się przerywanie leczenia na długi okres tuż po otrzymaniu świadczeń i powrót do leczenia niedługo przed kolejnym badaniem kontrolnym. Rzadkie wizyty w rodzaju 1-2 razy w roku nie uznaje się za korespondujące z istnieniem nasilonych i uciążliwych zaburzeń psychiatrycznych. Ocenie poddaje się także długość leczenia przed podjęciem starań o świadczenia rentowe.

Autor dokonuje prezentacji przypadków w kontekście zasad etycznych i deontologicznych.

Psychiatric disorders frequently make the patient unable to perform their work. It is estimated that psychiatric disorders are the third most frequent reason for an expert's decision

concerning long-term inability to work justifying the granting of a disability pension. Unfortunately, not all patients are certified positively, i.e. are granted disability pension or receive disability benefits in the expected amount; usually, they are lower than those they applied for.

The paper discusses the premises applied by the Social Insurance Institution (ZUS) physicians and court appointed experts in their examination of patients applying for disability benefits.

Some patients are positively certified already at the time of the initial contact. Their mode of behavior, functioning and patterns of speech leave no doubt as to the significant exacerbation of their mental disturbances. Another group of patients manifests situational "exacerbation" connected with the stressful nature of a meeting with an expert physician. In such cases, the patient's medical records are of great importance. Evaluation of medical records takes into account regular and systematic character of treatment, as well as the kind of pharmacotherapy applied in the treatment. The patient's discontinuation of treatment just after having been granted disability benefits and restarting it a short time before check-up examination is regarded rather critically. Rare appointments taking place once or twice a year are not recognized as corresponding with the existence of intense and debilitating mental disorders. Duration of treatment before applying for disability pension is also evaluated.

The author discusses particular cases in the context of ethical and deontological principles.

**Słowa kluczowe:** dokumentacja lekarska, orzecznictwo rentowe, błędy

**Key words:** medical documentation, pension jurisdiction, errors

## WPROWADZENIE

Krótkotrwały i jednorazowy charakter spotkania diagnostycznego – jakim jest badanie pacjenta przez organ ZUS oraz badanie przeprowadzone przez biegłych sądowych – przesądza o tym, iż stan psychiczny pacjenta w trakcie takiego badania (w sytuacji stresowej dla osoby badanej) wielokrotnie nie jest wystarczający do przyjęcia określonego stanowiska orzeczniczego. Oczywiście istnieje pewna grupa pacjentów, których wygląd, zachowanie oraz sposób mówienia i wypowiedane treści – pozwalają dojść szybko na postawienie określonego rozpoznania i przypisanie mu określonego znaczenia orzeczniczego. W większości zaburzeń psychiatrycznych wyniki badań dodatkowych nie odgrywają żadnego znaczenia lub tylko niewielkie. Stąd też olbrzymią rolę w procesie orzeczniczym pełni analiza zapisków z dokumentacji medycznej [9, 10].

Można zapewne przyjąć, iż znamienita część tej dokumentacji prowadzona jest przez kolegów lekarzy rzetelnie i sumiennie – oddając rzeczywisty stan zdrowia w trakcie każdej wizyty. Niestety analiza dokumentacji lekarskiej dokonywana przez autora niniejszej pracy na przestrzeni minionych lat wykazuje jednak, iż w nie tak nielicznych przypadkach dokumentacja prowadzona jest w sposób wadliwy i nierzetelny, a nawet ulega niekiedy zniekształcaniu – żeby nie powiedzieć fałszowaniu.

Lekarze ZUS i biegli doskonale zdają sobie sprawę z realiów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ogólnej sytuacji gospodarczej, w której otrzymanie świadczeń rentowych jest dla licznych pacjentów ucieczką od sytuacji bezrobocia. Chęć pomocy pacjentowi przez lekarza prowadzącego (niezależnie od motywacji – altruistycznej czy merkantylnej) nie może jednak prowadzić do „preparowania” dokumentacji lekarskiej – tak aby zwiększyć szanse pacjenta na otrzymanie świadczeń rentowych. I tak znamienita część zaburzeń psychicznych ma przebieg falowy czy też fazowy – zdarzają się okresy pogorszenia (niekiedy bardzo długo trwające) oraz okresy remisji, kiedy to zaburzenia ustępują lub też zmniejszają swoje nasilenie, jak również poprawia się zdolność pacjenta do ponownego podjęcia zatrudnienia. W przypadku pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, np. depresją – może dość do poprawy nastroju – jego wyrównania, zmniejszenia dawki lub wycofania leków, poprawy w zakresie ogólnej aktywności, itp. Zapiski o poprawie będą jednak „wykorzystane przeciw” pacjentowi w trakcie badania ZUS czy badania sądowego – zgodnie z zasadą: brak choroby = odzyskanie zdolności do zatrudnienia. O niezdolności do pracy decyduje

bowiem nie sama nazwa choroby, na którą pacjent choruje (niezależnie od tego jakie potencjalnie mogłaby osiągnąć nasilenie i jak ciężki mogłyby być potencjalne przebieg choroby), lecz aktualny stan zdrowia. Zgodnie z powyższym lekarz odnotowujący w dokumentacji lekarskiej fakt poprawy zmniejsza szansę na otrzymanie przez pacjenta świadczeń rentowych, lub nawet niekiedy jej pozbawia. Lekarz „chcący pomóc” swojemu pacjentowi „nie może” odnotowywać w dokumentacji lekarskiej stanów poprawy. Stąd też dosyć często stwierdza się historie choroby, które przykładowo potwierdzają permanentne „utrzymywanie się” nasilonej depresji przez cła lata, bądź „wykazują” pogorszenie stanu pacjenta na 1-3 miesiące przed kolejnym badaniem kontrolnym ZUS.

Profesor Marek w pracy „Błąd medyczny” [4] wymienił trzy przyczyny bezzasadnego wydawania pacjentom zaświadczeń, które w tym miejscu mogą służyć do pozyskania nienależnych świadczeń rentowych:

- 1) lekarze „leczący” zwykle słabo znają przepisy dotyczące orzecznictwa i zwykle czują się „bezkarni” w orzeczniczym zakresie swej działalności; statystyki zdają się dowodzić, iż z kolei przepisy karne o sankcjach za wystawienie fałszywego dokumentu należą do grupy „martwych”;
- 2) lekarze zbyt łatwo ulegają prośbom i naciskom pacjentów, a przede wszystkim uważają, że w wydaniu tego rodzaju zaświadczenia nie ma nic nagannego;
- 3) przesłanką dla tego rodzaju aktywności lekarza nie jest postawa altruistyczna czy chęć rzeczywistej pomocy pacjentowi, lecz nastawienie czysto komercyjne, tj. chęć uzyskania dodatkowych, nienależnych korzyści.

Szczególnie ta ostatnia sytuacja budzi pejoratywne nastawienia – tym bardziej, iż wynika ona z wykorzystywania przez lekarza parającego się procederem wydawania „lewych druków rentowych” sytuacji gospodarczej w kraju, dużego bezrobocia i monopolu na wydawanie określonych zaświadczeń, które mogą przemienić się w przypadku pacjenta w określone świadczenia rentowe. Indywidualny zysk jawi się być ważniejszym, niż poczucie odpowiedzialności związane z faktem otrzymywania przez część pacjentów nienależnych im świadczeń i obciążanie budżetu państwa [1, 3].

## SYTUACJE

Rzeczą zrozumiałą jest, iż opiniowanie w sprawach rentowych nie jest ograniczone do czystego

wypowiedzenia się w zakresie stanu zdrowia pacjenta i wywiedzenia określonych implikacji orzeczniczych. Wtórnie lekarze ZUS, jak i biegli sądowi oceniają dokumentację lekarską. Bywa, że narażają się wówczas (w sytuacji nie przyznania pacjentowi renty) lekarzowi prowadzącemu. Uwagi krytyczne względem prowadzonej dokumentacji lekarskiej muszą być bowiem zawarte w tekście opinii. Z kolei o zarzutach ze strony kolegów z ZUS pacjent może zaznajomić się w sekretariacie Sądu Pracy.

Szczególnie trudną jest sytuacja, kiedy to pacjent – niezadowolony otrzymanym orzeczeniem lub opinią – podnosi lekarzowi orzecznikowi lub biegłemu zarzut zachowań nieetycznych, kiedy to jedyną obroną może być pismo wyjaśniające lekarza opiniującego.

Niejednokrotnie lekarz prowadzący nie jest skłonny „na spokojnie” przyjąć treści opinii, czy też np. pomóc pacjentowi w sporządzeniu pisma z zarzutami do opinii, co do których biegły będzie się musiał wypowiedzieć. W części przypadków lekarze prowadzący traktują negatywną decyzję ZUS lub biegłych sądowych jako afront skierowany do siebie, dezawuowanie ich jako lekarzy czy wreszcie sprawę osobistą.

Analiza dokumentacji lekarskiej pozwala znaleźć zapiski, w których lekarz prowadzący niepochlebnie wyraża się o lekarzach ZUS lub biegłych sądowych, którzy nie przyznali jego pacjentowi prawa do odpowiednich świadczeń. W tym miejscu autor przytacza wypowiedź lekarza psychiatry, który w sytuacji nieprzyznania jego pacjentce świadczeń rentowych (skądinąd pojawiającej się w jego gabinecie z częstotnością 1-2 wizyt w roku) sporządził pismo sądowe z następującym tekstem: „aż ciśnie się na usta porównanie uporu biegłych na korzyść metod hitlerowskich”.

Zdarza się – co jawi się jako niedopuszczalne, iż lekarze z rejonu dzwonią do biegłego, by ustnie wyrazić swoje niezadowolenie. Zdarza się, iż lekarz prowadzący posuwa się jeszcze dalej, a mianowicie – idzie wręcz na skargę do położonych biegłego w jego macierzystym zakładzie pracy, gdzie przedstawia „jak to biegły źle potraktował jego pacjenta”. Zasadność zarzutów schodzi zwykle na plan dalszy, a podnoszone jest nieetyczne zachowanie biegłego, brak koleżeńskości, itp. Niekiedy pojawiają się również sugestie wyciągnięcia konsekwencji służbowych.

Istnienie opisanych sytuacji potwierdza z drugiej strony, iż lekarzy opiniujących stać na pewnego rodzaju obiektywizm w opiniowaniu i nie kierowanie się koniunkturalizmem czy zależnościami koleżeńskimi.

Zgodnie z artykułem 41 Kodeksu Etyki Lekarskiej [1] treść dokumentu (a więc: dokumentacji, zaświadczenia o stanie zdrowia, zwolnienia lekarskiego, itp.) powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona sformułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści. Nierzadko lekarze ZUS oraz biegli sądowi znajdują jednak mniejsze lub większe niedociągnięcia, wadliwości czy wręcz nierzetelności tej dokumentacji. Do biegłych sądowych trafia zapewne jedynie ułamek dokumentacji lekarskiej – ocenianej wcześniej przez kolegów w ZUS – stąd trudno jest się zorientować w rzeczywistych rozmiarach tego problemu. Do najczęstszych uwag względem nierzetelności dokumentacji lekarskiej zalicza się:

- 1) podnoszenie w drukach rentowych istnienia u pacjenta schorzeń w rzeczywistości nie istniejących u niego (np. rozpoznawanie cerebrastenii czy encefalopatii pourazowej w sytuacji gdy dokumentacja powypadkowa nie potwierdzała faktu doznania urazu głowy);
- 2) wywodzenie utrzymywania się zaburzeń w nasileniu większym niż realnie istniejącym, np. przyjmowanie rozpoznania psychozy – jakby nadal utrzymywały się czynne objawy chorobowe – w sytuacji wieloletniej dobrej remisji;
- 3) podawanie innych, zwykle wcześniejszych, dat rozpoczęcia leczenia (tak aby spełnić pozamedyczne warunki ustawowe konieczne do otrzymania świadczeń rentowych);
- 4) podnoszenie w drukach rentowych regularności leczenia – czego jednak nie potwierdza oryginalna dokumentacja lekarska;
- 5) powoływanie się na zasadę „post hoc, ergo propter hoc” (wszystko co się stało po zdarzeniu, jest skutkiem tego zdarzenia; np. wywodzenie, iż dekompensacja psychotyczna mająca miejsce po upadku z wysokości – lecz bez doznania urazu głowy – jest psychozą pourazową, przy równoczesnym bagatelizowaniu faktu kontaktów pacjenta z halucynogennymi narkotykami).

Analiza akt sprawy pozwoliła wielokrotnie zidentyfikować sytuacje – polegające na tym, że ten sam lekarz sporządzał druk rentowy, a potem pozytywnie orzekał u pacjenta określone świadczenia – jako lekarz ZUS czy też lekarz konsultant ZUS. Z sytuacjami tymi związane były niekiedy okoliczności dodatkowe, jak to, iż np. karta informacyjna leczenia szpitalnego nie zawierała pieczęci lekarza, aby mógł być on lekarzem orzekającym w sprawie. Kiedy indziej lekarz prowadzący scedował na kolegę zadanie wypełnienia druku rentowego – aby móc później orzekać na ZUS u tegoż samego pacjenta

(należy nadmienić, iż lekarz wypełniający druk rentowy nie dokonał choćby jednego wpisu w dokumentacji lekarskiej).

W innej sprawie lekarz prowadzący dokonywał wpisów w datach będących wcześniejszymi niż data wydrukowania druków karty ambulatoryjnej (z informacji w stopce tejże dokumentacji). Lekarz prowadzący wytłumaczył to faktem, iż odtworzył zagubioną przez pacjenta dokumentację z prywatnych zapisków. Odtworzona dokumentacja nie zawierała jednak żadnej informacji, iż jest wtórnikiem czy duplikatem, a sama sprawa dotyczyła problemu dalekiego (o wiele lat wstecz) antydatowania powstania u pacjenta niezdolności do pracy.

## IMPLIKACJE PRAWNE I OGRANICZENIA

Powstaje pytanie o implikacje wynikające ze stwierdzenia przez lekarza ZUS czy też biegłego wadliwości dokumentacji lekarskiej czy też wcześniejszego orzekania rentowego. Zapewne w niemal wszystkich tego rodzaju przypadkach u pacjenta dochodzi do obniżenia poziomu świadczeń rentowych lub ich całkowitego cofnięcia. Z całą pewnością nie sposób przejść do porządku dziennego nad zidentyfikowaną wadliwością dokumentacji. Można w tym wypadku mówić o potwierdzaniu w drukach rentowych czy w dokumentacji lekarskiej nieprawdy, wprowadzaniu w błąd władzy publicznej vel instytucji państwowej, czy fałszowaniu dokumentacji lekarskiej [2, 5]. Z całą pewnością informacja o poczynionych spostrzeżeniach, uwagach, wątpliwościach czy podejrzeniach powinna znaleźć się w dokumentacji badania ZUS czy w opinii lekarskiej. Odmowa przyznania świadczeń lub ich obniżenie nie jest bowiem związane w tym przypadku z oceną aktualnego stanu zdrowia osoby opiniowanej, lecz ze stwierdzeniem wadliwej dokumentacji lub podważeniem zasadności wcześniejszych orzeczeń KIZ/ZUS. Zarówno orzeczenie ZUS jak i opinia sądowno-lekarska winny mieć rozbudowaną część uzasadnienia, w której powinno znaleźć się wyjaśnienie dla jakich to przesłanek przyjmowane jest dane stanowisko orzecznicze. Stwierdzając jawną wadliwość dokumentacji trudno jest się silić na poetyckie eufemizmy, które by z jednej strony opisały na czym polega wadliwość i nierzetelność dokumentacji lekarskiej, a z drugiej strony nie „dotknęły” samego lekarza prowadzącego.

Pojawia się w tym miejscu pytanie – czy lekarz ZUS oraz biegły sądowy w ogóle ma prawo do oceny na jakości dokumentacji lekarskiej oraz do podnoszenia wadliwości tej dokumentacji? Jeżeli jednak nie oni – to kto miałby pełnić tego rodzaju

funkcje monitorujące czy kontrolne. Trudno sobie wyobrazić, aby tego rodzaju działalnością miał zajmować się urzędnik i nie-lekarz.

Lekarz – za wadliwe prowadzenie dokumentacji lekarskiej czy nierzetelne sporządzanie zaświadczeń lekarskich – podlega odpowiedzialności karnej za tzw. fałsz intelektualny przy wystawianiu dokumentu, która przewidziana jest w artykule 271 kodeksu karnego. Przepięstwo to może być popełnione jedynie z winy umyślnej. Przez dokument rozumie się przy tym „każdy przedmiot lub zapis na komputerowym nośniku informacji, z którym jest związane określone prawo albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne (artykuł 115 § 14 k.k.). Definicję tę spełnia znamienita większość druków i zaświadczeń lekarskich [2].

Doświadczenie praktyczne potwierdza, iż zidentyfikowana wadliwość dokumentacji lekarskiej skutkuje jedynie i co najwyżej brakiem pozytywnego orzeczenia dla pacjenta. Można sobie wyobrazić, iż ani lekarze ZUS, ani też biegli nie czują się „śledczymi pościgowymi”, których zadaniem jest tropienie wad, błędów i nierzetelności dokumentacji lekarskiej i zgłaszaniem tych faktów do uprawnionych instytucji [6, 7].

Pewnym samoograniczeniem są również korporacyjne przepisy regulujące wzajemne stosunki między lekarzami (artykuł 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej) [1]. Według tych przepisów lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek, przy czym szczególny szacunek i względy należą się seniorom i byłym nauczycielom (punkt 1). Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, a w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób (punkt 2). Według punktu 3 – uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli jednak interwencja okaże się nieskuteczna – konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej. Poinformowanie organu izby lekarskiej o zauważonym naruszeniu zasad etycznych i niekompetencji zawodowej lekarza nie stanowi naruszenia zasad etyki (punkt 4).

Szczytne, przytoczone powyżej zasady etyczne zdają się być jednak mało realistyczne i nie przystawać do realiów praktyki orzeczniczej. Jako mało możliwą (ze względu na ilość przypadków?) jawi się być sytuacja, w której lekarz ZUS czy biegły – mieliby informować lekarza z rejonu o zidentyfikowanej wadliwości prowadzonej przez niego

dokumentacji medycznej. Jak miałyby to formalnie wyglądać: uwagi o dostrzeżonych błędach miałyby być przekazywane telefonicznie czy listownie? Lekarz orzecznik ZUS czy biegły miałby odwiedzać lekarza prowadzącego w jego miejscu pracy, czy też zapraszać go na spotkanie? Czy lekarz, w którego dokumentacji zostałyby zidentyfikowane błędy ma / miałby prawo do odmowy odbycia rozmowy czy spotkania? W jaki sposób lekarz ZUS czy biegły sądowy w randze lekarza medycyny mógłby pozwolić sobie na zwrócenie uwagi lekarzowi w randze samodzielnego pracownika naukowego – docenta czy profesora?

Można rozważyć również problem związany z ostracyzmem środowiskowym wobec lekarza ZUS czy biegłego, gdyby ten zajmował się informowaniem organu izby lekarskiej o coraz to kolejnych lekarzach, którzy to miałby w sposób wadliwy i niekompetentny prowadzić dokumentację lekarską [8].

Wydaje się, iż ze względu na wagę problemu i jego rozpowszechnienie – omawiane powyżej zagadnienie winno stać się przedmiotem szerokiej dyskusji środowiskowej i przyjęciem przez izbę lekarską bardziej realistycznych i dopracowanych zasad postępowania. Aktualne przepisy są często również poddawane krytyce za sprzeczności z rozwiązaniami prawnymi wyższej rangi, jak i za podtrzymywanie zasad – społecznie źle odbieranej – lojalności zawodowej.

Trudno się bowiem zgodzić z twierdzeniem, iż to ujawnianie przypadków nierzetelnej pracy i ich środowiskowe napiętnowane miałyby być czymś nieetycznym – w porównaniu z „siedzeniem cicho” (co w swym czasie zalecał Polsce prezydent Francji – Jaques Chirac), bagatelizowaniem i niezwracaniem uwagi na nieprawidłowe praktyki kolegów lekarzy.

Powstaje ponadto jeszcze jeden problem orzeczniczy. Stwierdzenie, iż dokumentacja lekarska na podstawie której pacjent otrzymał wcześniej świadczenia rentowe była wadliwa i nierzetelna – rzutuje ujemnie na jej aktualną ocenę. Lekarz ZUS i biegły nie mogą stwierdzić lub zidentyfikować, kiedy to lekarz w „rejonie” prowadził dokumentację „dla celów rentowych”, a kiedy to zaczął już wiarygodnie opisywać stan pacjenta – są zmuszeni do poddania w wątpliwość całej dokumentacji. Po zidentyfikowaniu wadliwości dokumentacji lekarskiej z zakresu danego schorzenia/specjalności – pacjent nie ma większych szans na uzyskanie świadczeń rentowych właśnie z zakresu tej specjalności.

Przykłady podobnej niestaranności, niesumienności, niekompetencji czy braku wiedzy, a nierzadko nieuczciwości w ocenie psychiatryczno-psychologicznej osób starających się o różne świadczenia (nie tylko rentowe) można mnożyć. O tzw. aferach psychiatrycznych rozpisywała się dość szeroko codzienna prasa.

Na obronę psychiatrów można jednak podnieść fakt, iż orzecznictwo psychiatryczne nie jest pozbawione pewnego subiektywizmu (wspomniano o tym powyżej). Mimo istnienia niezwykle rozbudowanych systemów diagnostycznych (ICD-10, DSM-IV) postawienie prawidłowego rozpoznania nie jest zawsze łatwe. Dość często określone skargi przedmiotowe i objawy chorobowe są oceniane różnie nawet przez zespoły niezależnych psychiatrów.

W tym miejscu autor pragnie z całą mocą podkreślić, że prawidłowe i sprawiedliwe orzecznictwo rentowe ma duże znaczenie społeczne. Ogromnie ważna jest prawidłowa dokumentacja lekarska o stanie zdrowia pacjenta, na której podstawie powstaje tzw. druk rentowy (czy inne zaświadczenie lekarskie). Nieprawidłowo wypełniony, nieudokumentowany wniosek rentowy powodować może nieprawidłowe decyzje lekarzy orzeczników ZUS i biegłych sądowych. Z jednej strony przyznanie świadczeń rentowych osobie nieuprawnionej powoduje ucieczkę pieniędzy z kasy FUS (naszych wspólnych pieniędzy) do rąk prywatnych. Z drugiej strony nieprzyznanie renty (czy innej postaci zasiłku) osobie uprawnionej powoduje, iż znajdzie się ona w ciężkiej sytuacji życiowej i finansowej – rzeczywiście nie mogąc pracować z powodu choroby.

## OPIS PRZYPADKU

Poniżej autor zaprezentuje przykład mogące stanowić pewne zobrazowanie poruszanej problematyki.

Opiniowany J.P., l. 59, żonaty, ojciec trójki dzieci, bez zawodu – jedynie po szkole podstawowej, przepracował w sumie około 25 lat, oficjalnie zatrudniony był jeszcze do końca 1990 roku. Opiniowany miał wówczas porzucić pracę i pracował dorywczo. Dopiero 8 lat później (sic!) opiniowany podjął starania o otrzymanie świadczeń rentowych. Zaświadczenie o świadczenia rentowe zostało sporządzone w Oddziale Psychiatrycznym w listopadzie 1998 roku i podniosło istnienie u badanego następujących schorzeń: zespół psychoorganiczny charakteropatyczny z komponentą depresyjną, organiczne zaburzenia nastroju.

W grudniu 1998 roku opiniowany został poddany badaniu ZUS. Lekarz ZUS przyjął rozpoznania podniesione w druku rentowym i uznał badanego częściowo niezdolnym

do pracy. Powstanie tej niezdolności zostało antydatowane do września 1990 roku.

Podobne stanowisko zajęł również ZUS w 1999, 2001 i 2003 roku.

Świadczenia rentowe częściowej niezdolności do pracy opiniowany otrzymywał jeszcze do stycznia 2005 roku, kiedy to został poddany kolejnemu badaniu ZUS. Lekarz ZUS stwierdził wówczas brak objawów organicznego uszkodzenia układu nerwowego i nie stwierdził niezdolności do pracy.

Orzeczenie to zostało podtrzymane przez komisję lekarską ZUS w lutym 2005 roku – dla następujących rozpoznań: zaburzenia nastroju i zachowania o niewielkim nasileniu mogące mieć tło organiczne, nadciśnienie tętnicze do obserwacji w okresie wydolności krążenia.

Opiniowany J.P. nie zgodził się ze orzeczeniem ZUS i złożył odwołanie wnosząc o przywrócenie mu prawa do świadczeń rentowych.

W lipcu 2005 roku odwołujący się J.P. został poddany badaniu przeprowadzonemu przez zespół biegłych: neurologa i psychiatrę. Biegli zgodzili się z ostatnim orzeczeniem ZUS i stwierdzili, że rozpoznawane u opiniowanego schorzenia nie czynią go niezdolnym do zatrudnienia.

Biegły neurolog – na podstawie zdjęć RTG – potwierdził istnienie zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa. W odcinku Szyjnym – na wysokości C6-C7 stwierdzono zwężenie przestrzeni międzykręgowej – o cechach dyskopatii. Opisanie zmiany mogą być okresowo powodem dolegliwości bólowych – nie obecnych jednak w trakcie badania sądowego. Biegły nie stwierdził istnienia u badanego objawów korzeniowych, zaników mięśniowych, czy zaburzeń czucia. Sama ruchomość kręgosłupa została uznana za zachowaną. Ponadto biegły nie stwierdził istnienia u opiniowanego cech ogniskowego czy też rozlanego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, w rodzaju objawów deliberacyjnych czy innych.

Schorzenie dla którego opiniowany uzyskał świadczenia rentowe to zaburzenia natury psychiatrycznej. Z ubolewaniem biegły psychiatrę stwierdził, iż dokumentacja lekarska opiniowanego pozostawiała wiele do życzenia. Biegły psychiatrę wyjaśnił Sądowi Pracy swoje wątpliwości.

Zgodnie z przedkładaną dokumentacją lekarską opiniowany miał podjąć leczenie psychiatryczne w dniu 04.09.1990 roku – w prywatnym gabinecie prywatnym. Na pierwszej wizycie lekarz psychiatrę rozpoznał u badanego zespół neurasteniczno-depresyjny oraz cechy rozpoczynającego się zespołu psychoorganicznego.

Już podczas drugiej wizyty w dniu 02.10.1990 roku (sic!!!) lekarz psychiatrę stwierdził, iż opiniowany nie jest w stanie wykonywać żadnej pracy.

W tym kontekście absolutnie nie można było zrozumieć sytuacji, dla której druk rentowy został sporządzony aż 8

lat później. Lekarz, u którego opiniowany podjął leczenie w 1990 roku, leczył również opiniowanego przez kolejne osiem lat – do obecnie. Biegły nie mógł znaleźć wystarczającego wyjaśnienia, dlaczego lekarz psychiatrę, który zapewne musiał wiedzieć o tym że jego pacjent już nie pracuje, i który stwierdzał określone zaburzenia psychiczne – nie kierował pacjenta na rentę.

Sytuacja taka może zdarzać się wyjątkowo przypadku niektórych schorzeń psychotycznych – gdzie pacjent traci krytycyzm, nie ma poczucia choroby, a nawet jej zaprzecza, nie chce się leczyć psychiatrycznie, unika i porzuca leczenie psychiatryczne. W takich przypadkach oczywiście jest możliwe nawet dalekie antydatowanie powstania choroby i wtórnie również powstania niezdolności do pracy.

Opiniowany jednak miał się leczyć psychiatrycznie i zgodnie z dokumentacją było to leczenie bardzo regularne – kolejne wizyty miały miejsce w 1-2 miesięcznych odstępach.

Jeżeli więc istniało u badanego schorzenie psychiatryczne już od 1990 roku – to widocznie nie osiągało ono znaczenia orzeczniczego, a tym samym lekarz psychiatrę nie widział konieczności kierowania pacjenta na rentę. Przecież nie każde leczone w gabinecie prywatnym czy też w Poradni Zdrowia Psychicznego zaburzenia psychiczne mają znaczne nasilenie i osiągają znaczenie orzecznicze. Tym samym antydatowanie powstania u opiniowanego niezdolności do pracy z przyczyn psychiatrycznych o osiem lat do tyłu – co uczynił pierwszy lekarz ZUS w 1998 roku nie znajduje wystarczającego uzasadnienia.

Jeżeli nasilenie zaburzeń psychiatrycznych było wówczas opiniowanego znaczne to powinien mieć on orzeczoną częściową niezdolność do pracy od np. listopada 1998 roku – kiedy to trafił do szpitala psychiatrycznego. Tylko że w tej dacie opiniowany nie spełniałby ustawowych wymogów pozamedycznych: 5 lat przepracowanych w ostatnim 10-leciu, oraz 18 miesięcy od ustania ubezpieczenia.

Data	Wywiad / objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr staży- atyczny chorobowy	Czy stwierdzenie niezdolności do pracy od - do	Niezdolność do pracy od - do
2.10.1990	Nachł. bez objawów popoj. słab. we wzrostu 165cm, m. 60kg, ciśnienie 120/80, brak objawów zaburzenia. Wzrost 165cm, m. 60kg, ciśnienie 120/80			
	Th. Anestezjologia w 20mg 3x1 Relaksacja 25mg 3x1 Niedowidzenie 1000 mg 1x1			
6.11.1990	St. pu. Th. Anestezjologia w 20mg 3x1 Anestezjologia 25mg 3x1 Niedowidzenie 1000 mg 1x1 Niedowidzenie 1000 mg 1x1			

Drugą wątpliwość/zarzut do przedkładanej dokumentacji lekarskiej z prywatnego gabinetu lekarskiego to zmiana pisma lekarza prowadzącego. W okresie od daty 03.01.1995 do daty 22.05.1998 roku zapiski w dokumentacji lekarskiej

dokonywane były wyraźnie innym pismem – choć stemplowane były tą samą pieczęcią lekarską.

Nie sposób znaleźć jest proste wytłumaczenie tego zjawiska.

To że dana osoba zmieniła krój pisma i przez trzy lata używała innego pisma jest nader wątpliwe.

Jeżeli w wymienionym okresie inny lekarz prowadził opiniowanego to powinien podbijać się swoją pieczęcią imienną. W dokumentacji lekarskiej mogą dokonywać wpisu różni lekarze, psychologowie, pracownicy socjalni, czy pielęgniarki – potwierdzając jednakże imiennie – kto dokonywał zapisku w dokumentacji.

Trochę zastanawiające wydaje się przeniesienie leczenia opiniowanego z gabinetu prywatnego do instytucji państwowej w 1998 roku – dokładnie w sytuacji tuż po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Implikacji tego faktu biegły nie chciałby jednak w tym miejscu podnosić.

Również dokumentacja leczenia szpitalnego pozostała do życzenia.

Pierwszy druk rentowy został właśnie sporządzony – jeszcze w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej opiniowanego w Szpitalu Psychiatrycznym.

I tak druk rentowy z 16.11.1998 roku odwoływał się do wyników badań psychologicznych, których nie wymienia karta leczenia szpitalnego (ani też oryginalna historia choroby) sporządzona tydzień później (24.11.1998).

Dziwić to może, że skoro karta informacyjna zawierała informację, iż czynność EEG jest w normie i nie zawierała żadnych danych o przeprowadzonych badaniach psychologicznych – to podniesione były rozpoznania organicznych zaburzeń depresyjnych i organicznych zaburzeń zachowania i osobowości. Dane w druku rentowym muszą zasadniczo wynikać z dokumentacji lekarskiej, a nie być jej „rozszerzeniem”.

Ponadto pierwszy druk rentowy z listopada 1998 roku wyraźnie stwierdził, iż sprawność intelektualna opiniowanego jest na poziomie przeciętnym (norma).

Biegły nie wiedział jak się odnieść do zapisku z pierwszego druku rentowego, iż opiniowany był „leczony internistycznie i hospitalizowany psychiatrycznie od 1990 roku”. Informacja taka sugerowała, iż opiniowany miał być już wcześniej leczony szpitalnie – tym czasem brak było na to jakiegokolwiek dowodu.

Całkowicie niewytłumaczalnym jawił się być fakt psychodegradacji intelektualnej – jakiej opiniowany „uległ” na przestrzeni dosłownie pół roku. I tak jak to zostało już powyżej podniesione – w druku rentowym z listopada 1998 roku stwierdzone zostało, iż sprawność intelektualnego pozostaje na poziomie przeciętnym. Dla osoby która ukończyła szkołę podstawową (lub co najwyżej zawodową), która przepracowała całe swoje życie jako pracownik fizyczny (i to w szkodliwych warunkach) i która ma 52 lata – uzyskany wynik inteligencji przeciętnej jawi się jako bez mała bardzo dobry. Z podanych w zdaniu powyżej predyktorów można byłby bowiem wnosić o istnieniu u badanego niższej sprawności intelektualnej.

Niejako na życzenie taka też niska sprawność intelektualna została u badanego rozpoznana w trakcie kolejnej hospitalizacji psychiatrycznej (dość krótkiej 2 tygodniowej), która miała miejsce na przełomie maja i czerwca 1999 roku. Tym razem bowiem – u opiniowanego zostało rozpoznane pogranicze upośledzenia umysłowego.

Gdyby nie pierwszy wynik z 1998 roku – drugi wynik byłby łatwiejszy do zaakceptowania. Jednak wobec pierwszego wyniku z obszaru normy – jako niewiarygodna wydaje się być degradacja opiniowanego o dwa poziomy na przestrzeni zaledwie pół roku.

Należy w tym miejscu dodać, iż brak jest jakichkolwiek informacji, aby opiniowany w tym okresie doznał poważnego urazu głowy, zatrut się czadem czy rozpuszczalnikami organicznymi, przeżył zapalenie opon mózgowych lub mózgu, ani też nie chorował na inne schorzenia czy też nie doświadczył żadnych zdarzeń mogących doprowadzić do znacznego uszkodzenia mózgu.

Tego rodzaju bezprzyczynowa psychodegradacja jest medycznie niewytłumaczalna i nie możliwa do zaakceptowania.

Wartości ilorazu inteligencji	Kategorie inteligencji
Poniżej 20	upośledzenie umysłowe głębokie
20–34	upośledzenie umysłowe znaczne
35–49	upośledzenie umysłowe umiarkowane
50–69	upośledzenie umysłowe lekkie
70–79	pogranicze upośledzenia
80–89	inteligencja poniżej przeciętnej
90–109	inteligencja przeciętna
110–119	inteligencja powyżej przeciętnej
120–129	inteligencja wysoka
130 i powyżej	inteligencja bardzo wysoka



wynik z maja-czerwca 1999 r.



wynik z listopada 1998

1/ inteligencja - przeciętna,

Kolejnym punktem wątpliwości biegłego co do przedkładanej dokumentacji jest wizyta opiniowanego z listopada 1998 roku w gabinecie psychiatrycznym. Z przedkładanych kart informacyjnych wynika bowiem, iż pierwsza hospitalizacja opiniowanego miała miejsce w okresie 04.-24.11.1998 roku. Tym czasem analiza dokumentacji leczenia ambulatoryjnego pozwoliła na znalezienie wizyty lekarskiej w dacie 08.11.1998 roku (pierwsza cyfra znacząca odnosząca się do

dnia jest poprawiana – nie jest to zapewne ani cyfra 2 lub 3). Oznaczałoby to, iż w czwartym dniu pobytu w szpitalu opiniowany wybrał się na wizytę do prywatnego gabinetu lekarskiego. Nawet gdyby tak było – to lekarz psychiatra z gabinetu nie odnotował, iż pacjent pozostaje w hospitalizacji psychiatrycznej. Zapisek z tej daty brzmi: stan jak wyżej, terapia jak wyżej. Sytuacja taka jawi się jako mało realna i rzeczywista.

**KARTA INFORMACYJNA LECZENIA SZPITALNEGO**

Imię i nazwisko: [redacted] Data urodzenia: [redacted]  
 Adres: [redacted]  
 Data przyjęcia: 04.11.1998 r. Wypisania: 24.11.1998 r. Hospitalizowany po raz piątkowy.  
 Rozpoznanie: Organiczne zaburzenia depresyjne (F 06.3)  
 Organiczne zaburzenia zachowania i osobowości wywołane uszkodzeniem mózgu.

Przyjęcia: 04.11.1998 r. Wypisania: 24.11.1998 r.

Nazwisko	Wywiad: ogólny, osobowości, lectorski, uwaga i pełna historia	reżymu		Niekolejny wykł.	
		Wzrost	ciężar ciała	Wzrost	ciężar ciała
30.09.1998	Report został w dowodach nowy, dźwięki, uczucia, wzrost - wprost i wprost nasuwać, dźwięki nie pełne świadomości, dźwięki wzrost byłby w dowodach do wyżej op. - Dźwięki nasuwać Szpitalu psychiatrycznym 1/1998				
09.11.1998	09.11.1998 08.11.1998 w dowodach z dowodach opony wyżej hospitalizacji 1/1998 Psychiatrycznym w 1998 roku				

8.11.98 1/1998

Wszystkie powyższe uwagi każyły zastanowić się nad rzetelnością przedkładanej dokumentacji lekarskiej.

W związku z pewnymi wątpliwościami poznawczymi i orzecznymi – w sytuacji niewątpliwego oprotowania opinii biegłych przez osobę odwołującą się – biegły psychiatra zwrócił się do Wysokiego Sądu o pozyskanie i udostępnienie oryginalnej dokumentacji (pełnej historii choroby) leczenia szpitalnego opiniowanego z 1998 i 1999 roku. Dokumentacja ta została pozyskana. Przypuszczenia biegłego znalazły – jak się wydaje – pełne uzasadnienie.

Z dokumentacji z pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej z listopada 1998 roku wynika, iż około 1992 roku opiniowany doznał poparzenia głowy. Niedługo potem

przestał pracować. Od tego czasu opiniowany miał być zdenerwowany, nie sypiał po nocach, miał lęki, obawy, itp. Nigdzie jednak nie ma choć śladu informacji, iż od kilku lat pozostaje w leczeniu psychiatrycznym. Biegły znalazł cztery miejsca w pierwszej historii choroby, w których lekarz psychiatra odnosi się do danych chorobowych z wywiadu. Biegły nie mógł jednak znaleźć żadnego wytłumaczenia, dlaczego lekarze mieli by nie zapodać, nie uwzględnić, nie odnotować faktu 8 letniego leczenia psychiatrycznego – jeżeli tylko miałyby ono miejsce. Nie wydaje się być również możliwe, żeby sam opiniowany zataił (miał powód zataić) podczas podawania danych życiorysowych dotyczących swej choroby fakt kilkuletniego pozostawania w leczeniu psychiatrycznym.

nie somyrene jone em m...  
 Wzrost i ciężar ciała - Odległy 2 latnie 2000  
 woprosz. Wzrostu nie było. Ciężar ciała 2000  
 Dzieci 10kg - dorosła - uzasadnione 7 latnie  
 Dźwięki wprost. Choroba psychiatryczna w rodzinie  
 nie było - Alkohol i jego dowodach  
 Trzy w dowodach, przypuszczenia - wyżej dowodach  
 w dowodach dowodach w dowodach dowodach  
 dowodach dowodach. Wzrostu dowodach  
 hospitalizacji

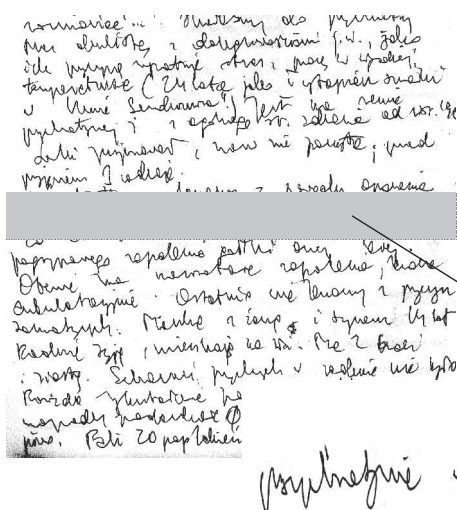
**Dane z wywiadu:** Pierwsza hospitalizacja w tutejszym Szpitalu. Pacjent mówi, że od czasu wypadku ma bóle i zawroty głowy. Występuje okresowa bezsenność i przygnębienie. Jest nadmiernie pobudliwy, miewa stany lękowe. Alkohol pije okazjonalnie.



Kluczowym w niniejszej sprawie był jednak zapisek z drugiej hospitalizacji mającej miejsce na przełomie maja i czerwca 1999 roku. Lekarz zbierający wywiad w dniu 25.05.1999 roku odnotował mianowicie: „... Od ubiegłego roku leczony psychiatrycznie u dra xxxx prywatnie ...”. Zdane to dobitnie potwierdza, iż datą rozpoczęcia leczenia psychiatrycznego

przez opiniowanego nie jest rok 1990, a 1998. Dla tej drugiej daty opiniowany nie spełniał jednak warunków formalnych do otrzymania świadczeń rentowych.

Podane sformułowanie wydaje się być wyjaśnieniem wszystkich powyższych wątpliwości i krytycznych uwag dotyczących badanej dokumentacji lekarskiej.



Z przeprowadzonej analizy dokumentacji wynikało, iż

1. leczenie psychiatryczne opiniowany podjął nie w 1990 roku, a w 1998 roku – niedługo przed podjęciem starań o świadczenia rentowe;
2. dokumentacja leczenia psychiatrycznego z lat 1990-1998 roku nie powstała w rzeczywistości w tym okresie, lecz późniejszym;
3. orzeczenie ZUS z grudnia 1998 roku zapadło w warunkach wadliwości wynikającej z punktów 1 i 2;
4. wadliwość dokumentacji lekarskiej z lat 1990-1998 (punkt 2) rzutuje na wiarygodność dokumentacji z okresu późniejszego; innymi słowy biegły nie może stwierdzić gdzie się kończy wadliwe prowadzenie dokumentacji lekarskiej, a gdzie dokumentacja ta wiarygodnie oddaje stan zdrowia psychicznego opiniowanego.

W sumie biegli zajęli stanowisko, iż stwierdzane u opiniowanego J.P. zaburzenia neurologiczne nie mają znacznego nasilenia, nie upośledzają ogólnej sprawności ustroju i nie czynią go choćby częściowo niezdolnym do zatrudnienia.

Daleko idąca wadliwość dokumentacji leczenia psychiatrycznego nie pozwoliła z kolei na uwzględnianie jej w procesie starań opiniowanego o świadczenia rentowe. Tym samym ostatecznie orzeczenia ZUS ze stycznia i lutego 2005 roku biegli uznali za zasadne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kodeks etyki lekarskiej. Oficyna Wydawnicza NIL Warszawa 1994. ([www.portalmed.pl/xml/prawo/medycyna/komentarze/etyka/kodeks](http://www.portalmed.pl/xml/prawo/medycyna/komentarze/etyka/kodeks)).
2. Kodeks karny. Księgarnia Naukowa, Łódź, 2003.
3. Kubicki L.: Zasady odpowiedzialności prawnej lekarza w świetle nowej ustawy o zawodzie lekarza. Prawo i Medycyna 1999, 1.
4. Marek Z.: Błąd medyczny. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne. Kraków, 1999.
5. Nestorowicz M.: Prawo medyczne. Dom Organizatora TNOiK, Toruń, 1994.
6. Przyzwalamy na korupcję. Służba Zdrowia 2004, 17-20 (3317-3320).
7. Szymusik A.: Problemy etyczne w psychiatrii. Psychiatr. Pol. 1994, 28, 3 293-300.
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza. Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152.
9. Zyss T.: Orzecznictwo rentowe z szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. Krakowskie Wydawnictwo Medyczne. Kraków, 2006.
10. Zyss T.: Problemy medyczne, etyczne i moralne przy opiniowaniu rentowym z zakresu psychiatrii. Prawo i Medycyna, w druku.

Adres pierwszego autora:

Klinika Psychiatrii Dorosłych Collegium Medium UJ  
ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków  
e-mail: mzyss@cyf-kr.edu.pl