

Tomasz Zyss¹

Orzecznictwo rentowe z zakresu psychiatrii – z perspektywy biegłego sądowego

Expert decisions concerning disability pensions in the area of psychiatry – in view of a court-appointed expert

Z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ
Kierownik: prof. dr hab. A. Zięba

Niewydolność służb społecznych w zakresie zagwarantowania osobie niepracującej minimalnego zabezpieczenia ekonomicznego oraz wysokie bezrobocie powodują, iż otrzymanie świadczeń rentowych jawi się być jedyną formą ucieczki od problemów egzystencjalnych. Po dość liberalnej polityce orzeczniczej organu ZUS w pierwszej połowie lat 90-tych nastąpiło zaostrzenie kryteriów przyznawania świadczeń – poprzez zastąpienie dawnych rent inwalidzkich pojęciem niezdolności do pracy. Autor dokonuje oceny teorii i praktyki orzeczniczej z perspektywy ponad 10-letniej pracy orzeczniczej biegłego Sądu Okręgowego w Krakowie.

Schorzenia psychiczne zajmują trzecie miejsce co do częstości wśród zaburzeń będących powodem orzekania o długotrwałej niezdolności do pracy. Schorzenia psychiatryczne, jak mało które schorzenia innych specjalności – nie wymagają posługiwania się nowoczesnymi metodami diagnostyki instrumentalnej. Jedynym obszarem wspierającym diagnostykę kliniczną są badania psychologiczne – szczególnie w obszarze oceny głębokości deficytów intelektualnych.

Kliniczna diagnoza w psychiatrii ma charakter deskryptywny: „jak lekarz psychiatra w rejonie widzi lub chce widzieć pacjenta w trakcie wizyty – tak też go opisuje w dokumentacji lekarskiej”. Problemem staje się weryfikacja realnego nasilenia zaburzeń psychicznych w trakcie krótkiego badania – jakim jest badanie lekarza orzecznika ZUS, czy biegłego sądowego. Szczególne znaczenie orzecznicze należy przypisać dokumentacji lekarskiej:

w tym systematyczności leczenia, stosowanej farmakoterapii, leczeniu szpitalnemu i jego długości, itp.

Inability of social services to provide a non-working person with the necessary minimal financial support as well as a high unemployment rate make acquiring of a disability pension appear the only means of coming to terms with existential problems. After the fairly tolerant decision policy of the Social Insurance Institution (ZUS) in the first half of the 1990s, the criteria of granting disability pensions has since been made stricter – through replacing of the former disability pensions by the concept of inability to work. The author evaluates the theory and practice of experts' decision-making in the prospect of his over ten year experience as an expert appointed by the Regional Court of Law in Cracow.

Mental disorders are rated third among disturbances most frequently indicated as the reason for deciding about long-term inability to work. Psychiatric disorders, unlike most illnesses from other domains of medicine – do not require the use of modern methods of instrumental diagnostics. The only instrument supporting the clinical diagnosis is a psychological examination – especially in regards to the assessment of the depth of intellectual deficit.

In psychiatry, clinical diagnosis is of a descriptive character: “As the district psychiatrist perceives or wants to perceive the patient during the examination – so does he describe this patient in the medical documentation”. It is verification of actual intensity of mental disorders

¹ Tekst niniejszej pracy został oparty o ponad 10-letnie obserwacje poczynione przez autora jako biegłego Sądu Okręgowego w Krakowie.

during a short examination – here the examination by a Social Insurance Institution's expert physician or an expert appointed by court – that becomes a problem. Of special importance in decision making must be prescribed to medical documentation, including regularity of treatment, applied pharmacotherapy, hospital treatment and its duration, etc.

Słowa kluczowe: orzecznictwo rentowe, zaburzenia psychiczne

Key words: disability pension, expert's decisions, psychiatric disturbances

WSTĘP

Psychiatria sądowa jest częścią psychiatrii klinicznej wykorzystującą specjalistyczną wiedzę psychiatryczną na potrzeby wymiaru sprawiedliwości. Historycznie psychiatria sądowa kojarzy się i wiąże z wydawaniem opinii na potrzeby spraw karnych, związanych zasadniczo z oceną stanu poczytalności sprawcy w chwili popełniania przestępstwa. Wiedza psychiatryczna jest wykorzystana również w sprawach cywilnych: orzekanie o zdolności do testowania (zdolność do świadomego podejmowania decyzji i swobodnego wyrażania woli), orzekanie w zakresie ubezwłasnowolnienia, zdolności do sprawowania władzy rodzicielskiej itp.

Jeszcze do niedawna zaniedbywanym obszarem orzecznictwa psychiatrycznego było opiniowanie w sprawach rentowych i pochodnych (zasadność wydawanych zwolnień lekarskich – tzw. czasowej niezdolności do pracy, orzekanie o stopniu niepełnosprawności, itp.). Problem ten nie był właściwie poruszany w opracowaniach specjalistycznych. Dopiero w podręczniku „Psychiatrii” z 2003 roku znajdujemy opracowanie problematyki opiniowania na potrzeby orzecznictwa rentowego. Pierwszym autorem tego opracowania jest profesor Anna Wilmowska-Pietruszyńska – Naczelną Lekarkę Zakładu Ubezpieczeń Społecznych [8].

Orzecznictwo rentowe na tle przemian ostatniej dekady

Orzecznictwo rentowe ma w Polsce wyraźnie tło społeczno-gospodarcze. W sytuacji formalnego braku bezrobocia do 1989 r. – otrzymywanie świadczeń rentowych nie odgrywało takiej roli jak obecnie. Sytuacja całkowicie zmieniła się po tej dacie. Zmiana ustrojowa wprowadziła nie tylko wolność i demokrację, lecz również masowe upadki zakładów pracy z następczym bezrobociem sięgającym

obecnie do 20% i będącym największym w Europie. Wobec niewydolnej Pomocy Społecznej – pozyskanie renty stało się dla wielu osób jedyną ucieczką od stanu bezrobocia [4].

Wydaje się, iż w pierwszym okresie transformacji ustrojowej (pierwsza połowa lat 90-tych) – ZUS dawał „ciche” przyzwolenie na stosunkowo łatwe przyznawanie rent inwalidzkich. Celem tego zabiegu było „ukrycie” bezrobotnych w grupie rencistów i inwalidów, jak i ich pewne zabezpieczenie materialne – w okresie upadania wielu dużych zakładów pracy. Dla banalnych dolegliwości kręgosłupowych czy nerwicy można było otrzymać świadczenia rentowe.

W drugiej połowie lat 90-tych nastąpił odwrót od tendencji łatwego przyznawania świadczeń rentowych [9]. Cezurą stała się reforma – wprowadzona ustawą z 28.08.1996 r., która zlikwidowała grupy inwalidzkie i wprowadziła pojęcie niezdolności do pracy (trzecia grupa została zastąpiona częściową niezdolnością do pracy, druga grupa inwalidzka – całkowitą niezdolnością do pracy; z kolei niezdolność do samodzielnej egzystencji zaczęła odpowiadać dawnej pierwszej grupie inwalidzkiej). Wydaje się, iż głównym celem wprowadzonej reformy było zaostrzenie kryteriów (podwyższenie poprzeczki) przyznawania świadczeń rentowych. Wskutek tego schorzenia, które wcześniej były wystarczającą przesłanką do otrzymania świadczeń rentowych nie czyniły pacjenta choćby częściowo niezdolnym do zatrudnienia. Efektem działań ZUS stał się hałas medialny o „uzdrawianiu” inwalidów [2].

Szczegółowe wytyczne orzecznicze

Ustawa o emeryturach i rentach z FUS nie zawiera żadnych wytycznych dotyczących orzekania w poszczególnych jednostkach chorobowych czy grupach schorzeń psychiatrycznych. Orzeczenie końcowe zależy od wielu czynników w tym nasilenia objawów chorobowych, głębokości naruszenia ogólnej sprawności ustroju, ograniczenia funkcjonowania społecznego, rodzinnego i zawodowego itp. Pewnymi przesłankami orzeczniczymi może być intensywność leczenia (regularność wizyt, rodzaj i dawki stosowanych leków, fakt i długość hospitalizacji, stosowanie bardziej obciążających postaci terapii jak np. leczenie elektrowstrząsowe).

Zaburzenia psychotyczne – rozpoznawane u opiniowanej osoby – należą do ciężkich schorzeń psychiatrycznych, które prowadzą do znaczącego ograniczenia sprawności ustroju, nasilonej dezorganizacji życia psychicznego pacjenta i jego głębokiej inwalidyzacji. Zwyczajowo czynne zaburzenia psychotyczne stanowią przesłankę pozwalającą na

Tabela I. Przyjmowane zwyczajowo orzeczenia (pola zaciemnione) dla głównych grup zaburzeń psychicznych.

ROZPOZNANIA	ZDOLNOŚĆ DO PRACY	CZEŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI
otępienie				
organiczny zespół amnestyczny				
majaczenie organiczne				
org. zab. psychiczne				
org. zab. osobowości i zachowania				
używanie substancji psychoaktywnych	nadużywanie bez szkod narządowych i zaburzeń psychicznych		psychozy alkoholowe	zespół Korsakowa
schizofrenia		objawy prodromalne długotrwała remisja w psychozie nie- schizofrenicznej?		częste hospitalizacje, defekt
zaburzenia nastroju	długotrwała remisja?			ciężkie przebiegi, z objawami psychotycznymi
zaburzenia nerwicowe			nerwica natręctw	
zespoły behawioralne			ciężkie postaci zaburzeń odżywiania się	
zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych				
upośledzenia umysłowe		lekkie	umiarkowane	znaczne, głębokie
zaburzenia rozwoju psychicznego	dysleksja, dysgrafia			autyzm
zab. zachowania i emocji okresu dzieciństwa i wieku młodzieńczego				ciężka choroba tików

orzeczenie u pacjenta od razu całkowitej niezdolności do pracy.

Ustąpienie ostrych objawów wytwórczych nie musi być równoznaczne z wystąpieniem poprawy pozwalającej na orzeczenie jedynie częściowej niezdolności do zatrudnienia. Uwaga ta dotyczy szczególnie rozpoznania schizofrenii.

Z kolei występujące niejednokrotnie wiele lat przed ostrą dekomensacją psychotyczną objawy prodromalne (rozmaite zaburzenia emocjonalne i zachowania, dolegliwości nerwicowe, problemy szkolne itp.) nie mogą być uznane za orzecznictwo tożsame z czynnymi objawami psychozy, a tym samym trudno jest uznać, aby czyniły one pacjenta aż całkowicie niezdolnym do zatrudnienia.

Liczne hospitalizacje psychiatryczne w związku z rozpoznaniem psychozy, brak remisji objawowych czy ujawnienie się defektu (po)psychotycznego – potwierdzają wyjątkowo ciężki przebieg choroby i mogą być powodem do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Brak leczenia u pacjentów z wcześniejszym rozpoznaniem psychozy – nie zawsze może być tłumaczony przyczynami chorobowymi, tj. brakiem poczucia choroby, bezkrytycyzmem i zaprzeczaniem choroby, lecz bywa wynikiem dobrej remisji objawowej.

Wydaje się, iż dobra remisja objawowa, brak wystąpienia objawów tzw. defektu (po)psychotycz-

nego i informacje o dobrym funkcjonowaniu społecznym pacjenta mogą być przesłanką do stwierdzenia poprawy i uznania, iż badany pacjent jest aktualnie jedynie częściowo, a nie całkowicie niezdolny do zatrudnienia.

Wprowadzenie 10 wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób utrudnia obecnie zorientowanie się czy podnoszone w druku rentowym rozpoznanie zaburzeń depresyjnych, odnosi się do dawnej nerwicy depresyjnej czy też depresji w przebiegu choroby afektywnej. Pierwsze z rozpoznań – w zależności od nasilenia – może być przesłanką do orzeczenia od braku do częściowej niezdolności do pracy; drugie z kolei rozpoznanie może ograniczać ogólną sprawność ustroju na poziomie częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy.

Zespoły obsesyjno-kompulsyjne mogą być przykładem zaburzeń nerwicowych, które ze względu na swoje nasilenie mogą być przesłanką medyczną do orzeczenia nawet całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Samo nadużywanie alkoholu nie może być powodem do orzekania o niezdolności do pracy. Dopiero wystąpienie poważnych poalkoholowych szkód narządowych (uszkodzenie wątroby, nerek,

serca, nerwów obwodowych) czy też nasilonych zaburzeń psychicznych (organicznych zaburzeń nastroju, osobowości i zachowania, psychoz alkoholowych, otępienia), może być powodem orzekania o niezdolności do pracy. W przypadku szkód narządowych – niewystarczającym jest np. stwierdzenie podwyższenia poziomu enzymów wątrobowych, lecz wykazanie istnienia niewydolności narządu.

Upośledzenia umysłowe zdają się być jedyną grupą „zaburzeń psychicznych”, dla której ustawodawca stworzył dokładne wytyczne orzecznicze. Wykładnią orzeczniczą jest tu (formalnie już zawieszone) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15.05.1989 roku w sprawie uprawnień do wcześniejszej emerytury pracowników opiekujących się dziećmi wymagającymi stałej opieki [6]. Według rozporządzenia dopiero upośledzenie umysłowe na poziomie przynajmniej umiarkowanym stanowi samodzielnie przesłankę do orzeczenia drugiej grupy inwalidzkiej (obecnie: całkowitej niezdolności do pracy) (§1. 3. ustęp 2). W przypadku lekkiego upośledzenia umysłowego – orzeczenie takie może być przyjęte dopiero przy współobecności innych ciężkich schorzeń – bardzo poważnie upośledzających sprawność ustroju. Innymi słowy lekkie upośledzenie umysłowe jest przesłanką do orzeczenia jedynie częściowej niezdolności do pracy. Idąc dalej tym tokiem rozumowania mniejsze deficyty intelektualne, jak: pogranicze upośledzenia (dolny zakres dawnej ociążałości umysłowej) czy inteligencja po-

niżej przeciętnej (górny obszar dawnej ociążałości umysłowej) – nie powinny być formalnie przesłankami do orzeczenia choćby częściowej niezdolności do pracy.

Konieczna dla uzyskania np. świadczeń renty socjalnej całkowita niezdolność do pracy może być więc osiągnięta np. w przypadku współwystępowania u badanego innych ciężkich schorzeń psychiatrycznych – nie mówiąc o somatycznych – jak psychoza, zaburzenia depresyjno-lękowe, nasilone zaburzenia charakteropatyczne; należy jednak podnieść, iż nie każde zaburzenia emocjonalne towarzyszące upośledzeniom osiągają nasilenie i znaczenie orzecznicze.

Biegły jest przekonany, iż przytoczone powyżej Rozporządzenie jest pewnego rodzaju *lex specialis*, które wymienia *expresis verbis* kilka schorzeń – w tym również psychiatrycznych (jakimi są upośledzenia umysłowe) – i przypisuje im określone znaczenie orzecznicze.

Celem tego rozporządzenia było wytyczenie pewnego rodzaju schematów orzeczniczych – mających na celu ukrócenie dowolności orzeczniczej. Nie może być bowiem sytuacji, kiedy np. lekkie upośledzenie umysłowe będzie przez jednych lekarzy, i w określonych sytuacjach, oceniane jako schorzenie nie mające znaczenia orzeczniczego, a przez innych lekarzy, czy w innej sytuacji, uznawane za przesłankę do orzeczenia np. całkowitej niezdolności do pracy czy niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Tabela II. Wytyczne orzecznicze dla poszczególnych poziomów deficytu intelektualnego.

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	→

całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji

całkowita niezdolność do pracy

częściowa niezdolność do pracy

brak orzeczniczego znaczenia

Ustawodawca uznał za słuszne i przyjął regułę, według której lekkie upośledzenie umysłowe stanowi przesłankę do orzeczenia częściowej niezdolności do pracy.

Ponieważ powyżej przytoczone Rozporządzenie dotyczy schorzeń powstałych u dziecka do 18 roku życia – możliwe jest więc, iż deficyt intelektualny pochodzi u nich nie z okresu wczesnego dzieciństwa (np. powstał w wyniku urazu okołoporodowego), lecz ujawnił się np. w 15-17 roku życia – w wyniku doznanego poważnego urazu głowy w trakcie wypadku komunikacyjnego, na skutek przebycia zapalenia opon mózgowych lub mózgu, z powodu zatrucia czadem itp.

O ile jeszcze właśnie u pacjentów w podeszłym wieku problem otępienia nie powinien budzić wątpliwości – oczywiście poza oceną jego głębokości – to podnoszenie rozpoznania zespołu psychoorganicznego u pacjentów w wieku 30-50 lat obowiązkowo musi być weryfikowane badaniem psychologicznym – zasadniczo testem Wechslera. Wyniki w tzw. testach organicznych (test Benton, test Bender, test Graham-Kendal) mają znaczenie bardziej kliniczne niż orzecznicze. Na podstawie wyników tych testów można potwierdzić co najwyżej organiczne podłoże stwierdzanych zaburzeń czynnościowych, a nie udowodnić istnienie mającego znaczenie orzecznicze zespołu otępiennego (dementywnego). Stwierdzanie otępienia u osób nie mających podeszłego wieku – metodami orientacyjnymi (żeby nie powiedzieć „na oko”), jawi się w dzisiejszych czasach jako wadliwość dokumentacji medycznej.

W tym miejscu należy wyraźniej podkreślić, iż również wyniki badań tomografii komputerowej głowy, MRI czy EEG mają obecnie jedynie pomocnicze znaczenie. Istnienie zaników tkanki mózgowej w obrazie TK nie musi skutkować istnieniem mierzalnych lub też mających znaczenie orzecznicze deficytów intelektualnych. Z kolei znaczenie orzecznicze charakteropatycznej postaci zespołu psychoorganicznego (dziś: organicznie warunkowanych zaburzeń osobowości i zachowania) jest zwyczajowo mniejsze niż postaci otępiennej zespołu psychoorganicznego [5].

Zmiany w czynności bioelektrycznej mózgu EEG, jak np. czynność napadowa nie jest uznawana za tożsamą z klinicznym rozpoznaniem padaczki. Ponadto w chwili obecnej nawet rozpoznanie padaczki nie zawsze jest wystarczającą przesłanką do orzeczenia o niezdolności do zatrudnienia. I tak padaczka o niewielkiej częstotliwości napadów u sprzedawczynie czy pracownika biurowego nie bywa uznana za przyczynę do orzeczenia o niezdolności do zatrudnienia. Przesłanką taką staje się jednak padaczka u malarza, elektryka, osoby pracującej na wysoko-

ści, osoby pracującej z urządzeniami mechanicznymi w ruchu (ślusarz, tokarz) czy wreszcie u kierowcy.

Pewnym problemem jest oznaczanie czasu trwania orzekanej niezdolności do pracy. Wydaje się, iż dawniej częściej orzekano dłuższe okresy niezdolności do pracy niż obecnie. Oczywiście możliwym jest i obecnie – dla zaburzeń psychotycznych, dla dobrze udokumentowanych zaburzeń afektywnych, dla schorzeń z licznymi pobytami szpitalnymi itp. – orzekanie niezdolności do pracy na dłuższe (3-letnie) okresy. Krótkie, jednoroczne okresy orzekanej niezdolności do pracy byłyby chyba niepotrzebnym nękanie pacjenta. Z drugiej jednak strony – niekiedy krótki, roczny okres do następnego badania kontrolnego ZUS, może być, u niektórych pacjentów z nie najlepszym compliance (współpracą) w zakresie leczenia, elementem stymulującym (żeby nie powiedzieć wymuszającym) bardziej regularne leczenie – co może mieć duże znaczenie terapeutyczne.

Dość rzadko orzeka się w ostatnim okresie świadczenia rentowe na stałe. Zapewne nie wynika to z postępów medycyny, lecz z pewnej zachowawczości orzeczniczej lekarzy ZUS i biegłych sądowych.

Z całą jednak pewnością jako stałe można uznać świadczenia rentowe w związku z rozpoznaniem upośledzeń umysłowych – wywodzących się z okresu dzieciństwa.

DOŚWIADCZENIA PRAKTYCZNE

Opiniowanie – nie tylko rentowe – ze względu na brak określonych norm orzeczniczych jest dziedziną obciążoną pewnym elementem subiektywności i uznaniowości. Oprócz ogólnych ram prawnych, zarysowanych powyżej, każdy biegły powinien stworzyć sobie określone kryteria orzecznicze, które pozwolą wyciągać – z krótkiego badania przedmiotowego, oraz analizy akt sprawy i dokumentacji lekarskiej – określone wnioski orzecznicze. Wskazany jest, aby kryteria prezentowane przez różnych biegłych nie różniły się rażąco.

Poniżej autor opisuje swoje 10-letnie doświadczenia orzecznicze w związku z opiniowaniem w sprawach dla Sądu Okręgowego w Krakowie Wydziałów Ubezpieczeń Społecznych (później zamiennie z Sądem Pracy). Doświadczenia te opierają się głównie na znalezionej wadliwości leczenia psychiatrycznego czy też dokumentacji lekarskiej. Autor nie zakłada przy tym, iż osoba czytająca zgodzi się ze wszystkimi tezami, sugestiami czy wytycznymi przedstawionymi poniżej.

Pacjent i jego lekarz prowadzący

Trzeba wyraźnie stwierdzić, iż dla znacznej większości pacjentów podjęcie leczenia psychiatrycznego nie może być uznane za tożsame z osiągnięciem takiego poziomu ograniczenia sprawności ustroju, które odpowiada stanowi się choćby częściowo niezdolnym do zatrudnienia. Wydaje się, iż podjęcie przez lekarza decyzji o skierowaniu pacjenta na rentę powinno być poprzedzone kilkumiesięcznym regularnym leczeniem ambulatoryjnym oraz, że sporządzanie zaświadczenia o stanie zdrowia na 2-4 wizycie – po 1-2 miesiącach leczenia – jest dla większości przypadków przedwczesne i medycznie nieuzasadnione. Wyjątkiem mogą być np. zaburzenia psychotyczne, fakt wcześniejszej hospitalizacji psychiatrycznej, bądź świeżo przebyty ciężki uraz głowy itp.

Pacjent nie ma ani obowiązku, ani też możliwości znać wszystkie ustawy czy rozporządzenia dotyczące starania się o określone świadczenia rentowe. Stąd też na lekarzu prowadzącym leży obowiązek poinformowania pacjenta np. o przysługujących terminach składania określonych wniosków rentowych (np. aby nie przekroczyć ustawowych 18 miesięcy od ustania zatrudnienia).

Oczywiście w przypadku niektórych zaburzeń (psychozy, zespoły maniakalne, ciężkie depresje, zespoły otępienne) możliwe jest, że ZUS czy biegły sądowy antydatuje powstanie u opiniowanego niezdolności do pracy przed datą sporządzenia druku rentowego. W przypadku regularnego leczenia ambulatoryjnego może powstać jednak pytanie: dlaczego to lekarz prowadzący wcześniej nie kierował swego pacjenta na rentę? Najprostszą odpowiedzią na to pytanie jest to, że pacjent wcześniej nie kwalifikował się na świadczenia rentowe.

Przeglądając dokumentację ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego można stwierdzić, że kierowanie pacjenta na świadczenia rentowe następuje niemal automatycznie po kilku miesiącach prowadzenia terapii.

Do całkowitej rzadkości zaliczyć można wpisy lekarzy psychiatrów, którzy nawet po kilkuletnim okresie terapii – w sytuacji gdy sam pacjent zapytuje o możliwość starania się o świadczenia rentowe – stwierdzają brak przesłanek do wystawienia pacjentowi druku rentowego. Znacznie częściej druki rentowe są zaświadczeniami wydawanymi „na prośbę pacjenta”, tj. wówczas gdy lekarz nie jest przekonany do zasadności kierowania pacjenta na rentę, a jednak czyni to dla „świętego” spokoju. W takiej sytuacji jednak pacjent jest przekonany co do zasadności swoich roszczeń rentowych, lekarz w rejonie staje się tym dobrym doktorem, podczas gdy lekarz orzecznik ZUS, a za nim biegły są zlymi

lekarzami – którzy nie chcą „dać renty”. Z drugiej strony takie rozwiązanie zdaje się być i tak lepsze od sytuacji, kiedy lekarz prowadzący „generuje” rozpoznania schorzeń nie istniejących u pacjenta.

W obszarze relacji lekarz prowadzący a jego pacjent – biegły jest zmuszony do podniesienia jeszcze jednej sprawy. Analiza wielu tysięcy spraw pozwoliła zidentyfikować biegłemu liczne przypadki wydawania pacjentowi wadliwego orzeczenia świadczeń rentowych. Wnikliwa analiza dokumentacji lekarskiej, dokumentacji ZUS oraz akt sądowych – pozwoliła na stwierdzenie, iż lekarzem w dawnych KIZach, w ZUS, a nawet biegłym sądowym, który orzekł niezdolność do pracy (wcześniej – grupę inwalidzką) był ten sam lekarz (w przypadku biegłego – nie chodziło o biegłego z zakresu psychiatrii), który prowadził danego pacjenta w tzw. rejonie. W dokumentacji ZUS znaleźć można np. druki rentowe sporządzone przez dr. X, i ten sam dr. X był członkiem komisji KIZ, lub też specjalistą konsultantem ZUS, który orzekł „swojemu” świadczenia rentowe. Biegły zna również taki przypadek, kiedy to specjalista konsultant ZUS za tzw. drugim podejściem (za pierwszym razem sam wystawiał druk rentowy) – musiał prosić innego lekarza psychiatrę o sygnowanie druku rentowego – by samemu móc pozytywnie zaopiniować wniosek „swojego” pacjenta. Należy w tym miejscu dodać, iż lekarz sporządzający druk rentowy nigdy wcześniej nie leczył tego pacjenta, zapewne go nie znał i nie dokonał w dokumentacji lekarskiej bodaj ani jednego zapisu lekarskiego. Biegły zidentyfikował również sytuacje, w których to informacja o np. leczeniu szpitalnym znajduje się jedynie w druku rentowym, a pacjent nie przedkładał do ZUS karty informacyjnej, gdyż ordynatorem oddziału był ten sam lekarz, który orzekł w KIZ (inną wersją tej sytuacji jest dostarczanie kopii karty informacyjnej podbitej przez lekarza asystenta – podczas gdy oryginalna karta informacyjna jest sygnowana przez tego samego lekarza co lekarz orzekający o inwalidztwie).

Opisane sytuacje jawią się jako absolutnie niedopuszczalne: lekarz leczący pacjenta i kierujący tegoż pacjenta na rentę – nie może równocześnie orzekać o zasadności przyznania takich świadczeń. Opisana sytuacja przeczy podstawowej zasadzie obiektywności i niezależności w zakresie podejmowania kluczowych decyzji orzecznicznych.

Dokumentacja lekarska i stawiane rozpoznania

W przeciwieństwie do badań sądowo-psychiatrycznych w sprawach karnych, które mogą trwać przez wiele godzin, a nawet dni, badanie lekarskie w sprawach rentowych jest dość krótkie i ma po-

stać zwykle 20-30 minutowego kontaktu pacjenta z biegłym sądowym. Można zadać sobie pytanie – w jaki sposób biegły (a wcześniej lekarz orzecznik ZUS – dysponujący podobnym a niekiedy i krótszym czasem) może zweryfikować stan zdrowia pacjenta – w szczególności zakwestionować dane zawarte w druku rentowym i odmówić badanemu przyznania wnioskowanych świadczeń rentowych. Odpowiedź brzmi: może i musi.

Olbrzymie znaczenie orzecznicze ma tu dokumentacja lekarska – głównie leczenia ambulatoryjnego, a niekiedy również i leczenia szpitalnego. Wraz z zaostrzeniem się przepisów rentowych – praktycznie niewystarczającym stało się sporządzone *ad hoc* zaświadczenie lekarskie; kluczowe znaczenie w tej sytuacji ma jedynie pełna oryginalna historia choroby. Głównymi elementami w badanej dokumentacji są: regularność wizyt, opisy stanu pacjenta w trakcie wizyt, oraz stosowana farmakoterapia (rodzaj i dawki leków).

Psychiatria, jak mało która specjalność medyczna – nie musi „posiłkować się” licznymi badaniami dodatkowymi. Jak lekarz psychiatra w rejonie „widzi lub chce widzieć” pacjenta w trakcie wizyty – tak też go opisuje w dokumentacji lekarskiej. Ocena rzetelności prowadzenia tej dokumentacji w opinii lekarzy ZUS czy też biegłych sądowych – wydaje się być niezwykle trudna, jeżeli w ogóle możliwa.

Lekarz psychiatra ma prawo do przepisania pacjentowi leków na maksymalny okres trzech miesięcy. Tym samym pacjent potrzebujący leków na regularne i systematyczne leczenie – powinien pojawić się na około czterech wizytach rocznie. Nie można zaakceptować wyjaśnień pacjenta, który twierdzi, że leki psychiatryczne przepisywał mu lekarz internista, domowy, rodzinny, neurolog itp. Oczywiście dozwolone jest, aby leki „psychiatryczne” przepisywał lekarz nie psychiatra. Wydaje się to jednak możliwe w przypadku łagodnych schorzeń np. nerwicowych. Nie można zaakceptować jednak faktu, aby lekarz nie psychiatra mógł, potrafił, oraz aby było mu wolno prowadzić pacjenta z nasilonymi zaburzeniami psychiatrycznymi o znaczeniu orzeczniczym. Tym samym rzadka intensywność leczenia lub jego przerwanie – musi być uznane za ustąpienie dolegliwości chorobowych lub też daleko idące zmniejszenie się ich nasilenia – a tym samym za poprawę stanu zdrowia z utratą przesłanek do orzeczenia o niezdolności do pracy.

Oczywiście można tu wymienić niektóre rozpoznania, jak psychozy, otępienie, upośledzenia – w przypadku których ocena regularności leczenia psychiatrycznego nie odgrywa (nie musi odgrywać) jakiegóż szczególnego znaczenia. W innych przy-

padkach regularność leczenia ma określoną wartość orzeczniczą, lecz niewystarczającą.

Nie sposób zgodzić się z sugestiami niektórych kolegów, iż jedna wizyta jest wystarczająca do sporządzenia zaświadczenia lekarskiego o znaczeniu orzeczniczym. Jak to zostało już wcześniej napisane – przed sporządzeniem druku rentowego – pacjent powinien znajdować się w dłuższej obserwacji i leczeniu – nie tylko dla wykluczenia zjawiska symulacji.

Analizy licznych historii chorób potwierdzają, iż część pacjentów pojawia się na wizytach lub też intensyfikuje leczenie – w okresie poprzedzającym złożenie druku rentowego czy też przed kolejnymi badaniami kontrolnymi ZUS, aby następnie po otrzymaniu świadczeń rentowych przerwać to leczenie. W przypadku niektórych pacjentów tego rodzaju „schematy leczenia” mogą powtarzać się kilkakrotnie.

Sytuacja taka może być oczywiście zidentyfikowana na podstawie analizy pełnej dokumentacji lekarskiej.

W tym kontekście jako wadliwe, a nawet wprowadzające w błąd, można uznać druki rentowe, które – w przypadku opisanego powyżej „leczenia” – zawierają sformułowanie, iż pacjent pozostaje w leczeniu od ... do nadal. Określenie „do nadal” sugeruje nie wprost, że leczenie pacjenta było regularne i że nie przerywał on leczenia na dłuższe okresy. Oryginalna historia choroby często przeczy danym podnoszonym w druku rentowym. Taki sam charakter zdaje się mieć sformułowanie „przewlekle” w przypadku zaledwie kilkumiesięcznego leczenia i niechorowania psychiatrycznego osoby opiniowanej w okresie wcześniejszym.

Biegłemu znanych jest kilka przypadków pacjentów, którzy przez dobrych kilka lat leczyli się w PZP. Głównie z powodu rozpoznań psychiatrycznych otrzymywali świadczenia rentowe, by wreszcie po 7-9 latach otrzymać orzeczenie niezdolności do pracy na trwałe. Po kilku następnych latach, kiedy podejmowali staranie o otrzymanie wyższych świadczeń rentowych (np. w związku z innymi schorzeniami somatycznymi), okazywało się, iż z chwilą otrzymania trwałego orzeczenia o niezdolności do pracy – zarzucali leczenie psychiatryczne. Orzeczenie przyznające rentę na stałe trudno jest uznać tu za remedium i złoty środek na zaburzenia psychiczne; opisany fakt zdaje się stawiać w niekorzystnym świetle wcześniejsze leczenie psychiatryczne i sugeruje jego małą rzetelność.

Analiza dokumentacji lekarskiej pozwala zidentyfikować również czas „zachorowania”. Nie tak rzadko leczenie psychiatryczne opiniowany zaczyna niedługo przed ukończeniem zatrudnienia (zwo-

nienia, redukcje) lub też niedługo po tym zdarzeniu, niekiedy nawet – już po złożeniu druku odwoławczego. Najczęstszym stawianym przez lekarza psychiatrę rozpoznaniem bywa zespół depresyjny. Jego sytuacyjne podłoże jawi się wyraźne i ponad wszelką wątpliwość. Ujawnienie się objawów przynębnienia, obaw czy niepokojów w sytuacji utraty miejsca pracy jawi się być niemal naturalną reakcją każdej osoby na stresową sytuację. Czy jednak tego rodzaju sytuacyjnie warunkowane zaburzenia adaptacyjne, o obrazie depresyjnym, mogą być wystarczającą przesłanką do orzekania o niezdolności do pracy? Podobna sytuacja może mieć również miejsce w sytuacji, gdy po kilku latach otrzymywania świadczeń rentowych z powodu schorzeń somatycznych – renta ta zostaje cofnięta. Również wówczas może pacjent podjąć terapię psychiatryczną – dylemat orzeczniczy pozostaje jednak ten sam.

Jeszcze do niedawna pobyt w szpitalu był uważany – z orzeczniczego punktu widzenia – za bardziej „wartościowy” niż wyłącznie leczenie ambulatoryjne; dłuższy (2-3-miesięczny) pobyt zdawał się potwierdzać istnienie zaburzeń czy schorzeń o większym nasileniu niż pobyt krótki (np. 2-tygodniowy). Teza ta uległa jednak znacznemu zdewaluowaniu. Już sam organ ZUS zauważył: „w ostatnim czasie często zdarza się, że determinacja ubezpieczonych otrzymaniem świadczeń rentowych jest tak wielka, że »kładą się« w szpitalu psychiatrycznym na zwykle krótki okres..., aby mieć w ręku kartę informacyjną, która ma stanowić mocny argument przemawiający za niezdolnością do pracy”.

Analiza dokumentacji lekarskiej z leczenia szpitalnego dostarcza niekiedy zaskakujących informacji. Biegłemu znany jest przypadek, kiedy karta informacyjna potwierdziła długi – bo dwumiesięczny okres leczenia w warunkach szpitalnych. Pozyńska oryginalna dokumentacja szpitalna ujawniła natomiast, iż cały pobyt szpitalny trwał zaledwie jeden tydzień, a przez kolejne siedem (!!!) tygodni pacjent przebywał w domu na przepustkach.

Dokumentacja lekarska musi być w określonych sytuacjach udostępniona sądom, prokuraturze czy policji. Znany jest jednak biegłemu przypadek kiedy to lekarz psychiatra, odmawiał wydania Sądowi Pracy dokumentacji lekarskiej prowadzonego przez siebie pacjenta. Jako powód odmowy wydania tej dokumentacji podany został fakt – prowadzenia dokumentacji pod postacią tylko nagrań magnetofonowych, oraz problem łamania tajemnicy lekarskiej. Oba wyjaśnienia jawią się jednak jako trudne do zaakceptowania. Zgodnie z przepisami cały proces leczenia winien mieć potwierdzenie w oficjalnych drukach historii choroby. Czy to w instytucjach państwowych, czy też prywatnych gabinetach –

prowadzenie dokumentacji lekarskiej jest jednym z podstawowych obowiązków i powinności lekarza. Historia choroby jest podstawowym dokumentem potwierdzającym fakt i przebieg terapii. Nawet jeżeli zapiski dokonywane są „w komputerze” – zawsze musi istnieć możliwość ich wydrukowania i przedłożenia w formie pisemnej. Nieprowadzenie dokumentacji lekarskiej stanowi poważne naruszenie obowiązków lekarskich.

Ponadto zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej – przekazanie wyników badań (w tym całej dokumentacji lekarskiej) na zlecenie upoważnionego z mocy prawa organu. Tym samym żaden lekarz nie może odmówić właśnie sądowi, prokuraturze czy policji wydania na żądanie pełnej dokumentacji leczenia.

Implikacją stanowiska lekarza psychiatry, sporządzającego zaświadczenia lekarskie i odmawiającego przedłożenia dokumentacji lekarskiej, było uniemożliwienie organowi ZUS oraz biegłemu sądowym weryfikacji rozpoznania i głębokości podnoszonych zaburzeń psychiatrycznych. Dalszym skutkiem takiej postawy lekarza prowadzącego było wysunięcie przez Głównego Lekarza Orzecznika ZUS zarzutu, iż „zachodzi wręcz uzasadnione podejrzenie poświadczenia nieprawdy”.

Pewne informacje natury orzeczniczej można wyciągnąć ze stosowanej u pacjenta farmakoterapii (*a priori* zakłada się, iż psychoterapia ma mniejsze znaczenie orzecznicze niż farmakoterapia). Trudno jest rozpoznawać u badanego depresję o znacznym nasileniu i znaczeniu orzeczniczym jeżeli ordynowany jest mu np. Doxepin a 10 mg w dawce 1-1-0 czy też Prozac 1-0-0. Czasem lekarz podnosi u pacjenta w druku rentowym rozpoznanie zespołu depresyjnego, a w dokumentacji brak jest informacji o zapisywaniu pacjentowi jakichkolwiek leków przeciwdepresyjnych. Biegłemu znana jest również dokumentacja lekarska pacjenta, który z rozpoznaniem zespołu depresyjnego i depresyjno-lękowego otrzymywał przez całe lata świadczenia rentowe – a przez okres około 7 lat (1995-2002) nie sposób znaleźć wzmianki o jakimkolwiek leczeniu farmakologicznym (choćby zapisków w rodzaju: leki przepisano, leki jak poprzednio, Rp., Rp. idem, powtórzono leki itp.).

Niekiedy zdarza się również, iż lekarz prowadzący w druku rentowym podaje inne rozpoznania niż te, na które leczy pacjenta i których opis znajduje się w dokumentacji lekarskiej. I tak leczony nerwcowy zespół depresyjno-lękowy staje się w druku rentowym psychotyczną chorobą afektywną jedno-biegunową.

Przypadkowe zatrucie środkami ochrony roślin w stanie po spożyciu alkoholu zamienia się na po-

ważną próbę samobójczą w przebiegu zespołu depresyjnego.

Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim z druku rentowego w grudniu 2003 roku staje się dwa miesiące później już umiarkowanym upośledzeniem. Należy podnieść, iż oba rozpoznania zostały postawione bez przeprowadzania odpowiedniego badania psychologicznego, a ponadto między grudniem 2003 i lutym 2004 roku nie doszło u opiniowanego do poważnego urazu głowy, zapalenia opon mózgowych czy mózgu, zatrucia czadem itp., więc nie zaistniały żadne przesłanki, które mogłyby być odpowiedzialne za wystąpienie w przeciągu niecałego kwartału znaczącej psychodegradacji.

W przypadkach urazów, np. w wypadkach komunikacyjnych, nie zawsze musi dojść do urazu głowy choćby banalnego. Uraz głowy jest tak poważną komplikacją wypadku i może nieść ze sobą określone późne następstwa, że jeżeli tylko miał on miejsce, to jest on rozpoznawany przez lekarzy chirurgów czy ortopedów, do których rąk trafia pacjent bezpośrednio po wypadku. Jeżeli karta informacyjna leczenia na oddziale ortopedyczno-urazowym nie zawiera informacji o przebyłym urazie głowy – nie sposób zgodzić się z sytuacją, w której lekarz psychiatra w okresie późniejszym będzie rozpoznawał u tegoż pacjenta encefalopatię, cerebriestenię czy zespół psychoorganiczny o charakterze pourazowym.

Czasem można znaleźć przykłady wręcz jawnego fałszowania dokumentacji lekarskiej. Biegłemu znana jest dokumentacja lekarska, której formalna wadliwość polegała na wystąpieniu zapisków lekarskich potwierdzających odbycie wizyty na druku historii choroby pochodzącej z okresu późniejszego. Przykładowo wpis lekarski z daty 25.05.1984 roku znalazł się na druku historii choroby wydrukowanym w 1989 r., a wpis lekarski z daty 21.02.1984 roku – na druku karty ambulatoryjnej pochodzącej z 1995 roku. Wadliwość dokumentacji lekarskiej została rozpoznana pierwotnie przez lekarza orzecznika ZUS, którego reakcją było cofnięcie osobie badanej prawa do świadczeń rentowych. Prowadzący lekarz psychiatra, wezwany na rozprawę sądową, opisaną sytuację wyjaśnił jako „odtworzenie z prywatnych zapisków zagubionej przez pacjenta dokumentacji lekarskiej”.

Nierzadko lekarze prowadzący, w wystawianych drukach rentowych, mijają się z prawdą (eufemistycznie mówiąc) nie tylko w zakresie rozpoznań, lecz również dat zachorowania lub ujawnienia się pierwszych objawów chorobowych. Rzeczą oczywistą jest, że czas ujawnienia się pierwszych objawów chorobowych może niekiedy dalece wyprzedzać datę podjęcia leczenia psychiatrycznego.

Sytuacja badania

Kontakt pacjenta starającego się o świadczenia rentowe z lekarzem orzecznikiem ZUS czy później biegłym sądowym, jest oczywiście dla większości odwołujących się sytuacją niezwykle stresującą. To od niej zależy późniejsza sytuacja ekonomiczna pacjenta. Trudno dziwić się, że podczas takich badań pacjenci mogą prezentować się bardziej depresyjnie, w napięciu lękowym, i ogólnie gorzej niż w każdym innym dniu. Oczywiście nie chodzi tu o żadną symulację objawów, lecz sytuacyjnie warunkowane zaostrzenie się wcześniej istniejących dolegliwości chorobowych.

Wydaje się, że kontakt biegłego sądowego (a wcześniej – lekarza orzecznika ZUS) z osobą opiniowaną jest zupełnie innego rodzaju kontaktem niż relacja między lekarzem prowadzącym a jego pacjentem. Biegły musi być oczywiście kulturalny i stonowany, lecz neutralny emocjonalnie wobec pacjenta. Biegły nie musi nawiązywać empatycznego porozumienia z opiniowanym, ani też wczuwać się w problemy osoby badanej. W sposób obiektywny i rzeczowy powinien odpowiedzieć on np. na pytanie czy osoba odwołująca się jest i w jakim stopniu niezdolna do wykonywania zatrudnienia – zgodnie z posiadanym wykształceniem lub też w zakresie zatrudnienia, jakie ta osoba ostatnio wykonywała.

Złą jest sytuacja, kiedy biegły opiniowałby negatywnie wszystkie wnioski osób odwołujących się – stając się „zatwierdzaczem” orzeczeń ZUS. Nie jest również możliwe, aby negował większość orzeczeń ZUS.

W komisjach lekarskich Sądu Pracy w Krakowie nie jest praktykowane, aby biegły przedstawiał się pacjentowi z imienia i nazwiska oraz z reprezentowanej przez siebie specjalności (znamienita większość biegłych pracuje również bez białych fartuchów). Informacje o tym osoba odwołująca się uzyskuje z kopii opinii, którą otrzymuje wraz z wezwaniem na rozprawę – zwykle zamykającą całą procedurę odwoławczą. Być może sytuacja, w której osoba odwołująca się nie wie z kim dokładnie ma do czynienia powinna ulec jakiejś modyfikacji, lecz ma ona również pewne zalety. Pacjent podający informacje do wywiadu, jeżeli nie wie, że rozmawia z psychiatrą – nie zawsze będzie koncentrował się *a priori* na dolegliwościach i rozpoznaniach psychiatrycznych, tylko będzie przedstawiał swoje dolegliwości, np. zgodnie z subiektywnie odczuwaną ich ważnością. I tak pacjent może się koncentrować głównie na dolegliwościach sercowych, „kręgosłupowych” czy gastrycznych – niemal zapominając o fakcie leczenia psychiatrycznego, mimo iż w ostatnich orzeczeniach ZUS rozpoznanie psychiatrycz-

ne było wyznoszone na pierwsze miejsce listy rozpoznań.

Pewnym problemem jest wydawanie opinii indywidualnych i zespołowych. W latach poprzednich Sąd Pracy dawał biegłym dość wolną rękę w zakresie poszerzania składu zespołu orzekającego (tj. do dokooptowania biegłego innej specjalności) – jeżeli odpowiedzenie na określone pytanie Sądu będzie tego wymagało. Jednak ze względu na lawinowo zwiększającą się ilość spraw (i określone z tym obciążenia finansowe Sądu) oraz żeby nie powiedzieć „dziką” kooptację kolegów biegłych – Sąd zaostrzył stanowisko w tej materii. Biegły nie ma już prawa sam dokooptować innego biegłego, lecz wnioskuje o to w swej opinii. Oprócz określonych korzyści dla samego Sądu można wymienić również i wady tego rozwiązania: o kolejne miesiące wydłuża się całe postępowanie odwoławcze, a sam pacjent jest obciążany kolejnymi przyjazdami na badania dalszych biegłych. Największą szkodą jest jednak fakt, iż kilka schorzeń – rozpoznanych przez biegłych różnych specjalności, może niekiedy powodować, iż osiągnięty zostaje próg orzeczniczej ważności, podczas gdy każde schorzenie z osobna nie ma takiego znaczenia. Z drugiej strony należy podnieść, iż niekiedy suma nawet wielu rozpoznań nie osiąga progu orzeczniczej znamienności.

Niekiedy osoba odwołująca się zarzuca, iż nie była taka badana – jak sobie to wyobrażała czy życzyła. Biegłym psychiatrom zarzucane bywa, że tylko pytali o jakieś mało ważne rzeczy, i nie przeprowadzali badania somatycznego. Nie sposób nie zgodzić się jednak z wyjaśnieniem, iż podstawowym narzędziem diagnostyki psychiatrycznej jest rozmowa z pacjentem, zbieranie wywiadu wraz z obserwowaniem samego pacjenta. Nie tak rzadko zdarza się, że elokwentny pacjent, bez najmniejszego trudu odpowiadający na pytania, zapodający bez zająknięcia dane życiorysowe, zapytany o dolegliwości natury psychiatrycznej mówi np. o strasznych problemach z pamięcią i zapominaniu się.

W przypadku pozyskiwania informacji o dolegliwościach bardziej przydatne zdają się być pytania otwarte, kiedy to sam pacjent swoimi słowami opowiada o problemach i dolegliwościach, z jakimi zgłasza się do swego lekarza psychiatry. Pytania zamknięte polegające na odpowiadaniu przez pacjenta czy występuje u niego taki, czy inny (podpowiadany mu przez biegłego) objaw zdają się mieć mniejszą wagę.

Absolutnie niedozwolonym jest otrzymywanie przez biegłego od pacjenta jakichkolwiek dowodów wdzięczności (kawy, alkoholu, grzybków w marynacie, czy wreszcie „kopert”). Pacjent powinien być

pouczony o niestosowności swego zachowania, a fakt takiej sytuacji winien być odnotowany w opinii. Zakaz ten dotyczy nie tylko miejsca przeprowadzenia badania sądowego, jak również i okresu późniejszego (a niekiedy i wcześniejszego), kiedy to pacjent szuka kontaktu „pozaprocesowego” z biegłym. Nie wydaje się być również właściwe, aby biegły podejmował za „jakiś” czas leczenie osoby wcześniej przez siebie opiniowanej. Sytuacja taka może rodzić niepotrzebne i niezdrowe wnioski czy komentarze.

Przy panującej obecnie „modzie” na walkę z korupcją w środowisku lekarskim zdarza się, iż również biegli sądowi mogą znaleźć się w trudnej do pozazdroszczenia i obrony sytuacji. Mamy z tym do czynienia wtedy, gdy osoba odwołująca się podnosi zarzut, że sama dała biegłemu określoną korzyść materialną lub też widziała, jak biegły otrzymuje taką korzyść od innego pacjenta.

Nieraz krótkie badanie sądowe nie daje odpowiedzi na naturę prezentowanych przez osobę odwołującą się zaburzeń. Są przypadki, w których trudno jest stwierdzić, czy zaburzenia prezentowane przez pacjenta są objawami pitiatycznymi lub związanymi z zaburzoną strukturą osobowości, czy też już objawami psychotycznymi – a sama dokumentacja lekarska nie pomaga w rozwiązaniu takiego dylematu orzeczniczego. Biegli z zakresu schorzeń somatycznych – w razie wątpliwości – mogą odroczyć termin wydania opinii, wnosząc o przedłożenie określonych badań przedmiotowych, do odbycia hospitalizacji (kardiologicznej, neurologicznej) włącznie. Zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – nie sposób jest jednak kierować pacjenta na hospitalizację psychiatryczną, której celem miałyby być weryfikacja diagnozy do celów rentowych (&).

Inne

Na zakończenie biegły chciałby poruszyć problemy, które rzutują na jego pracę powodując, iż nie zawsze bywa on w pełni swobodny i niezależny w podejmowanych decyzjach orzecznich.

Niekiedy ma on ręce mniej lub bardziej „związane” w pisaniu opinii. Rzecz w tym, że znamienita większość biegłych nie jest wyłącznie biegłymi sądowymi, lecz osoby te zatrudnione są w rozmaitych poradniach czy oddziałach szpitalnych. Tam łączą ich rozmaite zależności koleżeńskie, zawodowe, i podległościowe z innymi lekarzami i przełożonymi. Trudno jest jednoznacznie powiedzieć, czy w każdym przypadku, gdy biegły napotyka w aktach sprawy dokumentację lekarską pochodzącą od swego kolegi z pracy lub przełożonego – powinien odmówić opiniowania. Czy jeżeli podejmie się za-

dania opiniowania – to orzeczenie ma być zawsze po myśli pacjenta (w domyśle: kolegi lub przełożonego) – wydaje się być pytaniem, na które jeszcze trudniej znaleźć odpowiedź. Czy biegłego w ogóle stać na przyjęcie stanowiska odmiennego od tego zawartego w druku rentowym, sporządzonym przez swego kolegę lub przełożonego, a tym samym podważyć poniekąd kompetencje tego drugiego? Są to kolejne pytania bez odpowiedzi.

Ostatnim z problemów, które muszą być poruszone w niniejszym opracowaniu, a na które trudno jest również znaleźć określoną odpowiedź – to odwołujący się pacjenci w rodzaju *casus protectus* (CP). Pacjenci CP to grupa chorych, względem których biegły otrzymuje ustną prośbę o „życzliwe” potraktowanie. Wyrazicielami tych prośb bywają rozmaite osoby znaczące dla biegłego, względem których odmówienie jawi się jako niezwykle trudne czy wręcz niemożliwe.

PIŚMIENICTWO

1. Bąk O.: Kilka uwag o skali inteligencji Wechslera w kontekście diagnozowania upośledzenia umysłowego u dorosłych. *Psychiatria Polska* 2001, 4, 635-646.

2. Dziennik Urzędowy Głównego Urzędu Statystycznego. www.stat.gov.pl

3. Emerytury i renty z funduszu ubezpieczeń społecznych. Wydawnictwo Prawnicze, 1999.

4. Malikowski M., Seruga Z.: Konflikty społeczne w Polsce w okresie zmian systemowych. Wydawnictwo WSP. Rzeszów 2000.

5. Pużyński S., Wiórka J.: Narzędzia oceny stanu psychicznego. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Robakowski J., Wiórka J.: *Psychiatria*, t. I. Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2002, 453-526.

6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 maja 1989 roku w sprawie uprawnień do wcześniejszej emerytury pracowników opiekujących się dziećmi wymagającymi stałej opieki (Dz.U. nr 28, poz. 149).

7. Ustawa z dnia 19.08.1994 o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535).

8. Wilmowska-Pietruszyńska A., Frindt-Zajączkowska A.: Orzecznictwo lekarskie o niezdolności do pracy. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Robakowski J., Wiórka J.: *Psychiatria*, t. III. Wyd. Medyczne Urban & Partner. Wrocław 2003, 420-428.

9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. <http://www.zus.pl/>