

Iwona A. Trzebiatowska

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Zakład Powszechnych Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Gdańsku

Orzecznictwo lekarskie w zaburzeniach psychicznych. Część 2

Medical jurisdiction in mental disorders. Part 2

Abstract

Medical jurisdiction about long-term disability is one of the most common aspects of every day medical practice. Knowledge about medical law is physicians' duty not only to insured patients but also to Social Insurance Institution. The article gives legislative and practical aspects of medical jurisdiction especially in mental disorders.

Psychiatry 2010; 7, 4: 168–172

key words: *incapacity for work, medical jurisdiction, law regulation*

Wstęp

W przeciwieństwie do orzekania o czasowej niezdolności do pracy, które pozostaje ustawowo w rękach lekarzy bezpośrednio leczących pacjentów, orzekanie o długotrwałej niezdolności do pracy leży w gestii lekarzy orzeczników. Nie oznacza to jednak, że lekarze prowadzący nie odgrywają żadnej roli w tym procesie. Lekarz orzecznik opiera swoją decyzję nie tylko na osobiście przeprowadzonym badaniu oraz wynikach badań podstawowych, ale również na dokumentacji medycznej. Zaświadczenie o stanie zdrowia stanowi bardzo ograniczone źródło informacji i bardzo rzadko orzecznik rezygnuje z analizy dokumentacji źródłowej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych może domagać się wydania całości dokumentacji (w oryginale lub poświadczonej kopii) zarówno z leczenia ambulatoryjnego, jak i szpitalnego od prowadzącego ją podmiotu. Wydłuża to jednak proces orzecznicy (co jest wyraźnie niekorzystne dla ubezpieczonego pozbawionego na czas jego trwania świadczenia). Korzystniejszą sytuacją jest ta, kiedy pacjent może się zgłosić na badanie orzecznicze z kompletem powyższych dokumentów. Jeżeli z jakiegoś powodu lekarz nie chce przeka-

zywać dokumentacji pacjentowi, może ją przesłać do ZUS na dzień badania.

Długotrwałą niezdolność do pracy stwierdza się, gdy stan zdrowia ubezpieczonego uniemożliwia mu częściowo lub całkowicie aktywność zawodową na okres dłuższy niż pół roku. Definicja pojęcia niezdolności do pracy znajduje się w ustawie o emeryturach i rentach (17.12.1998 r.) — osobą niezdolną do pracy jest ta, która utraciła częściowo lub całkowicie zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po jej przekwalifikowaniu [1]. Należy pamiętać, że samo stwierdzenie niezdolności do pracy nie jest równoznaczne z przyznaniem świadczenia pieniężnego. Niezdolność do pracy stwierdza lekarz orzecznik na podstawie stanu zdrowia. Uprawnienie do świadczenia pieniężnego stwierdza właściwy organ ZUS na podstawie obowiązujących przepisów (przepracowania odpowiednio długich okresów składkowych oraz powiązania okresu powstania niezdolności z okresem pracy bądź nauki). I tak, aby uzyskać świadczenie renty socjalnej, całkowita niezdolność do pracy musi pozostawać w związku z naruszeniem sprawności organizmu przed 18. rokiem życia lub przed 25. rokiem życia w czasie trwania nauki. Brak takiej przesłanki uniemożliwia ubezpieczonemu uzyskanie świadczenia pieniężnego. Una-

Adres do korespondencji:
dr n. med. Iwona A. Trzebiatowska
Klinika Chorób Psychiczych
i Zaburzeń Nerwicowych GUMed
ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk
e-mail: itrzeb@gumed.edu.pl

ocznia to ważkość dokumentacji źródłowej i umieszczanych tam zapisów.

Biorąc pod uwagę specyficzność zaburzeń psychicznych oraz niewielki odsetek lekarzy orzeczników ze specjalizacją z zakresu psychiatrii, trudno przecenić dostęp do pełnej dokumentacji źródłowej. Nabiera to szczególnej wagi, gdy kontakt z badanym jest utrudniony, brak jest możliwości przeprowadzenia wywiadu obiektywnego, a zachodzi konieczność ustalenia (niekiedy bardzo odległej w czasie) daty powstania niezdolności.

Orzekanie o niezdolności do pracy (również w chorobach i zaburzeniach psychicznych) opiera się nie na rozpoznaniu, lecz na stanie klinicznym. Jednym słowem nie ma chorób bezwzględnie „dających rentę” oraz takich, które od niej dyskwalifikują. Każdy pacjent musi być oceniany indywidualnie z uwzględnieniem wielu istotnych czynników, takich jak wiek, wykształcenie, zawód, charakter i przebieg choroby, dominujące objawy oraz ich wpływ na funkcjonowanie, zdolności adaptacyjne, stosowane leczenie, objawy niepożądane, współistnienie innych chorób itp. [2].

Specyficzność orzecznictwa w zaburzeniach psychicznych

Samo stwierdzenie organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (potwierdzone badaniami obrazującymi, badaniem elektroencefalograficznym czy badaniem psychologicznym) nie jest wystarczającą przesłanką do stwierdzenia niezdolności do pracy. Podłoże organiczne musi być oceniane łącznie z prezentacją kliniczną. Te z kolei wymagają analizy w kontekście wyuczonego zawodu i wykonywanego zatrudnienia. Łagodne upośledzenie funkcji poznawczych nie będzie więc podstawą do stwierdzenia niezdolności do pracy u niewykwalifikowanego pracownika, lecz nauczycielowi może nie tylko utrudniać, ale nawet uniemożliwiać wykonywanie pracy.

Generalnie samo uzależnienie bez istnienia powikłań dotyczących stanu psychicznego (na przykład zespołu amnestycznego czy przewlekłej halucynozy) lub fizycznego (na przykład niewydolności wątroby) nie jest zazwyczaj wskazaniem do stwierdzania niezdolności do pracy.

Szczególnie duże trudności sprawia orzekanie w przypadkach zaburzeń nerwicowych. Z jednej strony mają one charakter czynnościowy i potencjalnie całkowicie usuwalny. Jednak ich przewlekłość oraz stosowane mechanizmy obronne często wpływają na znaczne ograniczenie funkcjonowania, w tym zawodowego. Dlatego też w niektórych przypadkach,

w szczególności o długotrwałym przebiegu, utrwalonych objawach i współistnieniu cech organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego lub schorzeń somatycznych, może mieć uzasadnienie orzeczenie częściowej niezdolności do pracy.

Zazwyczaj przyjmuje się, że nawet znaczny stopień zaburzeń osobowości nie powoduje obniżenia zdolności do zarobkowania, chociaż funkcjonowanie w środowisku pracy i wypełnianie obowiązków zawodowych może być w jakiejś mierze upośledzone. Upośledzenie umysłowe lekkie zazwyczaj nie stanowi podstawy do stwierdzenia nawet częściowej niezdolności do pracy. Dzieje się tak jednak w przypadku współistnienia innych zaburzeń psychicznych (zaburzeń zachowania czy nawarstwień nerwicowych) oraz całej gamy zaburzeń somatycznych (nie dowidzenie, upośledzenie słuchu i tym podobne) utrudniających adaptację. Osoby z upośledzeniem umysłowym umiarkowanym mogą odpowiednio przygotowane wykonywać proste czynności zawodowe w warunkach chronionych. Jeżeli osoba z upośledzeniem umysłowym umiarkowanym nigdy nie rozpoczęła pracy zawodowej, wchodząc w tak zwany system składkowy, może zostać uznana za całkowicie niezdolną do pracy i nabyć prawa do renty socjalnej. Jeżeli jednak „weszła w system” z takim poziomem upośledzenia, to dopiero jego pogłębienie stworzy sytuację całkowitej niezdolności. Pacjenci z upośledzeniem znacznym i głębokim są nie tylko całkowicie niezdolni do pracy, ale też niezdolni do samodzielnej egzystencji. Jednak świadczenie pieniężne związane z niezdolnością do samodzielnej egzystencji nie przysługuje w związku z rentą socjalną, a jedynie z rentą „zwykłą” i rodzinną (orzecaną przy całkowitej niezdolności do pracy w związku z naruszeniem sprawności organizmu powstałym przed 16. rż.).

Niezdolność do samodzielnej egzystencji

Poza częściową i całkowitą niezdolnością do pracy (w starej nomenklaturze nazywanych odpowiednio II i III grupą) orzecznik może stwierdzić, że badany nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji. Często (szczególnie w przypadkach chorób psychicznych) pojęcie to jest mylnie rozumiane. Pacjent lub jego rodzina uważają, że potrzeba pomocy w załatwieniu spraw urzędowych, robieniu zakupów, nadzoru nad finansami osoby chorej jest równoznaczna z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Tymczasem niezdolność taka oznacza konieczność pozostawiania pod opieką osoby drugiej przez cały lub większość dnia i zależność w takich kwestiach jak poru-

szanie, jedzenie, ubieranie się, czynności wydalnicze i higieniczne. Do oceny niezależności wykorzystuje się skalę Bartel, a niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się przy punktacji poniżej 60. Oczywiście zaznacza się wyraźną specyfikę pacjentów psychiatrycznych najczęściej (poza otępieniem i upośledzeniem umysłowym) w pełni zdolnych do samoobsługi, jednak z innych powodów wymagających stałego nadzoru i pomocy osób drugich — długotrwałe utrzymujące się pobudzenie, agresja, głęboka izolacja czy zaniedbywanie własnych potrzeb.

Jak każde świadczenie, renta może być przyznana na okres od 6 miesięcy do trwale. Obecnie możliwość trwałego przyznania świadczeń jest bardzo ograniczona (m.in. koniecznością uzyskania zgody Głównego Lekarza Orzecznika) i w praktyce ograniczona do zaawansowanych schorzeń o charakterze genetycznym (na przykład zespół Downa) bądź organicznych (głębokie otępienie lub upośledzenie umysłowe).

Przewlekłe zaburzenia psychotyczne i afektywne są najczęstszą przyczyną psychiatryczną długotrwałej niezdolności do pracy. Wynika to nie tylko z objawów klinicznych tych schorzeń, często dokuczliwego leczenia i długich okresów hospitalizacji, ale również z obniżonych możliwości adaptacyjnych chorych. Pacjent we względnej remisji w sytuacji bezpiecznej, z ograniczonym dostępem bodźców przy próbie uaktywnienia zawodowego łatwo się dekompensuje pod wpływem stresu. Jednak z drugiej strony należy pamiętać, że podjęcie pracy zawodowej może być ważnym elementem w procesie rehabilitacji i leczenia i automatyczne orzekanie całkowitej niezdolności do pracy w celu „zapewnienia bytu” chorej osobie, zwłaszcza na początku procesu chorobowego, nie jest w jej dobrze pojętym interesie.

Rehabilitacja psychosomatyczna

Jednym z rodzajów działań w ramach prewencji rentowej ZUS jest rehabilitacja psychosomatyczna [3]. Ma ona zastosowanie zarówno wobec ubezpieczonych korzystających ze świadczenia czasowej niezdolności do pracy (zwolnienia lekarskiego), jak i świadczenia rehabilitacyjnego oraz długotrwałej niezdolności do pracy (renty). Celem jej wdrożenia jest odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do aktywności zawodowej. Kandydatami do tego typu rehabilitacji są przede wszystkim osoby z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną (kategorie rozpoznawcze F40–48 według klasyfikacji *International Classification of Diseases, Tenth revision*), które zagrożone są utratą zdolności do pracy bądź też rokują odzyskanie powyższej zdolności po inten-

syfikacji działań leczniczych w szczególności o charakterze psychoterapeutycznym i psychoedukacyjnym. Szczególny nacisk kładzie się na poprawę funkcjonowania i korektę postaw społecznych, usprawnienie mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach stresowych, wdrożenie zachowań prozdrowotnych. Szczególną przydatność działań rehabilitacyjnych stwierdza się u osób po utracie zatrudnienia, kiedy dochodzi do utraty motywacji do poszukiwania pracy i utrwalania się poczucia niewydolności.

Przeciwwskazania do rehabilitacji psychosomatycznej stanowią:

- niski potencjał intelektualny;
- znacznego stopnia organiczne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego;
- uzależnienie od środków psychoaktywnych poza fazą abstynencji;
- zaburzenia psychotyczne;
- tendencje samobójcze.

Konsultacje specjalistyczne

Orzecznikiem w ZUS są lekarze specjaliści przede wszystkim w zakresie chirurgii i ortopedii, chorób wewnętrznych, psychiatrii, neurologii oraz medycyny pracy. Nie wyczerpuje to szerokiego zakresu schorzeń, z jakimi zgłaszają się ubezpieczeni celem stwierdzenia długotrwałej niezdolności do pracy. Lekarz orzecznik wydaje orzeczenie na podstawie badań własnych i dokumentacji medycznej czasem niezależnie od posiadanej specjalizacji. W przypadkach, które uzna za uzasadnione, wolno mu zasięgnąć opinii specjalisty z innej gałęzi medycyny. W tym celu Zakład Ubezpieczeń Społecznych zawiera umowy z lekarzami posiadającymi drugi stopień specjalizacji (między innymi onkologami, neurochirurgami, dermatologami, okulistami czy laryngologami) lub też psychologami. Celem konsultacji jest pogłębiona analiza stanu zdrowia w świetle niezdolności do pracy, w szczególności stopnia ograniczenia możliwości do aktywności zawodowej. Istotne jest, aby lekarze konsultanci kierowali się tymi samymi zasadami opiniowania opartymi na obowiązujących przepisach.

Specyficzną formę konsultacji stanowią badania psychologiczne [4]. Ocena psychologiczna w żadnym stopniu nie wchodzi w zakres umiejętności lekarskich niezależnie od specjalizacji (nie można więc utożsamiać i stosować wymiennie badania psychiatrycznego i psychologicznego). Ocena psychologiczna jest szczególnie przydatna:

- w orzekaniu o rencie socjalnej z powodu całkowitej niezdolności do pracy wynikającej z upośle-

dzenia umysłowego. Ustawodawca ustalił, że całkowita niezdolność do pracy wiąże się z co najmniej umiarkowanym stopniem upośledzenia, o ile nie jest to upośledzenie, które ubezpieczony wniósł w zatrudnienie (innymi słowy, jeśli osoba rozpoczęła pracę zawodową już będąc upośledzona w stopniu umiarkowanym, to upośledzenie nie jest podstawą do stwierdzenia całkowitej niezdolności);

- w orzekaniu o potrzebie przekwalifikowania zawodowego.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych korzysta również z badań dodatkowych pozwalających w sposób obiektywny ocenić wydolność:

- wątroby i nerek (badania laboratoryjne);
- układu oddechowego (spirometria);
- układu krążenia (próba wysiłkowa i dobutaminowa, ECHO serca, badanie ciśnienia i EKG metodą Holtera).

Jak słusznie zauważył Zyss [5], „mimo że problemy związane z orzekaniem niezdolności o pracy dotyczą niemal każdego praktykującego lekarza, liczba dostępnych opracowań (...) jest bardzo niewielka”. W programie studiów medycznych problematyka orzecznictwa jest w zasadzie nieobecna. Ewentualnie proponowane zajęcia fakultatywne nie spotykają się z zainteresowaniem studentów (chętniej wybierających tematy interesujące, choć niekoniecznie bardzo przydatne w przyszłej pracy). Praktykujący lekarze często postrzegają działanie związane z orzekaniem jako „administracyjne” i „obciążające”, nie przykładając wystarczającej staranności czy w końcu nie stosując się do obowiązujących uregulowań prawnych. Niniejsze opracowanie w żaden sposób nie wyczerpuje tematyki orzeczniczej, autorka ma jednak nadzieję, że wpisuje się w poprawę znajomości i docenienia istotności problemu.

Streszczenie

Opiniowanie na rzecz długotrwałej niezdolności do pracy stanowi jeden z częstych elementów codziennej praktyki lekarskiej. Znajomość podstaw orzecznictwa oraz obowiązków zarówno w stosunku do ubezpieczonych, jak i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest podstawą prawidłowości powyższego procesu. Niniejszy artykuł przedstawia aspekty prawne i praktyczne właściwego opiniowania i prowadzenia dokumentacji medycznej ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń psychicznych.

Psychiatria 2010; 7, 4: 168–172

słowa kluczowe: niezdolność do pracy, orzecznictwo, przepisy prawne

Pytania

1. Przy ocenie długotrwałej niezdolności do pracy nie bierze się pod uwagę:
 - A. wywiadu zawodowego
 - B. wywiadu chorobowego
 - C. stopnia naruszenia sprawności organizmu
 - D. możliwości znalezienia zatrudnienia na rynku pracy
2. Osoba z upośledzeniem umysłowym lekkim jest uznawana:
 - A. zawsze za zdolną do pracy
 - B. zawsze za częściowo niezdolną do pracy
 - C. zawsze za całkowicie niezdolną do pracy
 - D. za niezdolną do pracy jedynie w przypadku współwystępowania innych ograniczeń możliwości do aktywności zawodowej
3. Przeciwwskazania do rehabilitacji psychosomatycznej nie stanowią:
 - A. głębokie zaburzenia osobowości
 - B. zaburzenia somatyzacyjne
 - C. zaburzenia psychotyczne
 - D. upośledzenie umysłowe
4. Osoba z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej może zostać uznana:
 - A. za zdolną do pracy
 - B. za częściowo niezdolną do pracy
 - C. za całkowicie niezdolną do pracy
 - D. wszystkie z powyższych
5. Rozpoznanie uzależnienia:
 - A. zazwyczaj nie jest podstawą orzeczenia niezdolności do pracy

- B. dyskwalifikuje orzekanego od możliwości uzyskania świadczenia
- C. kwalifikuje do stwierdzenia niezdolności do pracy w zależności od rodzaju i natężenia jego następstw
- D. kwalifikuje do stwierdzenia niezdolności do pracy w zależności od długości jego trwania

Piśmiennictwo

1. Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U., nr 60, poz. 630 z 12 lipca 1999 r.).
2. Frindt-Zajączkowska A. Zasady orzekania o niezdolności do pracy w zaburzeniach psychicznych. W: Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS. Warszawa 2007; 74–100.

Prawidłowe odpowiedzi na pytania z numeru 3/2010
Orzecznictwo lekarskie w zaburzeniach psychicznych. Część 1

Iwona A. Trzebiatowska
1C, 2D, 3A, 4A, 5D

3. Barwicka A. Działania prewencyjne prowadzone w ZUS w zakresie zachowania zdrowia psychicznego. Prewencja i Rehabilitacja 2003; 2.
4. Greń G. Badanie psychologiczne w orzecznictwie lekarskim — metody, adresaci. Orzecznictwo Lekarskie 2005; 1.
5. Zyss T. Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2009.