

Iwona A. Trzebiatowska

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
Zakład Powszechnych Ubezpieczeń Społecznych, Oddział w Gdańsku

Orzecznictwo lekarskie w zaburzeniach psychicznych. Analiza przypadków

Medical jurisdiction in mental disorders. Case analysis

Abstract

Medical jurisdiction about disability is one of the very 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 practical aspects of medical jurisdiction in mental disorders by presenting typical and problematic cases.

Psychiatry 2010; 7, 5: 198–202

key words: incapacity for work, medical jurisdiction, law regulation, case analysis

Wstęp

Każdy lekarz przygotowuje się do pracy poprzez długotrwały i żmudny proces dydaktyczny, w trakcie którego najpierw przyswaja podstawy teoretyczne, a następnie praktyczne pod nadzorem nauczyciela lub bardziej doświadczonego kolegi. Te dwa elementy stanowią nierozłączną całość stanowiącą podstawę samodzielnej pracy. Dostęp do źródeł teoretycznych jest praktycznie nieograniczony — podstawę orzekania stanowi Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa [1], zwłaszcza w zakresie znajomości zasad orzekania czasowej niezdolności do pracy [2]. Jednak bez tak zwanych „przykładów z życia” wiele osób nie jest w stanie dobrze zapamiętać materiału lub wykorzystać go później w rozwiązywaniu problemów klinicznych. Analiza przypadków pozwala wypełnić lukę pomiędzy podręcznikiem a samodzielną praktyką. W szczególności dotyczy to rzadkich problemów wymagających specyficznej wiedzy [3].

Przypadek 1

Pacjent K.M., lat 19, nigdy nie pracował i z tego względu złożył wniosek o przyznanie mu renty so-

cialnej. Przed 3 miesiącami został wypisany ze szpitala psychiatrycznego, gdzie trafił w trybie nagłym z powodu silnego niepokoju wynikającego z przeżyć psychotycznych. Wypisano go z oddziału z diagnozą schizofrenii paranoidalnej. Aktualnie przyjmuje risperidon 6 mg oraz fluoksetynę 10 mg na dobę. W czasie badania orzeczniczego lekarz stwierdził obniżony napęd psychoruchowy, nikłe napięcie dążeń, prawidłową orientację, świadomość jasną, błąd afekt o zawężonej modulacji, zubożeniu nastrojów, wzmoczoną senność, myśli rezygnacyjne i cechy rozpadu osobowości. Badany zaprzecza omamom, nie wypowiada halucynacji, ma prawidłowe łaknienie. W ocenie orzecznika aktualny stan psychiczny całkowicie uniemożliwia mu podjęcie aktywności zawodowej. Stwierdza więc całkowitą niezdolność do pracy. Jednocześnie, opierając się na dostępnej dokumentacji, za początek uznaje luty 2010 roku, ponieważ:

- pacjent był hospitalizowany w okresie marzec–czerwiec 2010 roku; przy przyjęciu odnotowano, że nigdy wcześniej nie leczono go psychiatrycznie; został przyjęty w trybie nagłym po jednorazowej konsultacji w Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) w dniu 4 marca 2010 roku;
- w wywiadzie zebrany w PZP znalazła się informacja, że objawy chorobowe trwają od 2 tygodni.

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

Tym samym nie stwierdzono naruszenia sprawności organizmu przed ukończeniem 18. roku życia, co skutkuje niemożnością przyznania świadczenia pieniężnego. Wywiad zebrany od badanego i jego matki wskazuje, że objawy chorobowe mogły narastać przez co najmniej pół roku, poprzedzając wybuch psychozy — pacjent miał problemy z koncentracją, wycofał się praktycznie ze wszystkich relacji, izolował się nawet od najbliższych. Jednak informacje te nie znalazły żadnego odzwierciedlenia w materiałach źródłowych, jakimi były historie choroby z poradni i szpitala. Coś, co wydaje się oczywiste z medycznego punktu widzenia (psychoza była poprzedzona okresem objawów prodromalnych), w procesie orzeczniczym musi się opierać na informacjach udokumentowanych w trakcie całego procesu leczniczego. Niewystarczająco szczegółowe zebranie wywiadu chorobowego (które może się wydawać mało istotne w momencie wybuchu ostrej psychozy i konieczności niezwłocznej interwencji medycznej) może w niedalekiej przyszłości zaważyć na istotnych potrzebach opisywanego pacjenta.

Przypadek 2

Badana (75 lat), która ma ustalone prawo do świadczenia emerytalnego, ubiega się o stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Zaświadczenie o stanie zdrowia (druk N9) zostało wystawione przez lekarza rodzinnego. Stwierdził on u pacjentki nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca z przebyciem przed 5 laty zawałem. Z dokumentacji medycznej (historia choroby z POZ oraz wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych) wynika, że nadciśnienie tętnicze zostało wykryte przed 15 laty, jest prawidłowo kontrolowane lekami przeciwnadciśnieniowymi i nie doprowadziło do żadnych powikłań narządowych. Podobna sytuacja dotyczy cukrzycy — proces od dawna ustabilizowany, bez powikłań. Przebyty zawał serca nie doprowadził do powstania znaczącej niewydolności krążenia, wynik wykonanego przed rokiem badania ECHO nie uwidoczniał ograniczeń hemodynamicznych. W badaniu orzeczniczym nie uwidoczniiono również znaczących ograniczeń w zakresie narządu ruchu. W skali Bartel badana uzyskała 75 punktów (niezdolność do samodzielnej egzystencji stwierdza się w przypadku punktacji niższej niż 60). Jednocześnie uwagę orzecznika zwrócił stan psychiczny pacjentki. Mimo że nie była ona pod opieką psychiatryczną czy neurologiczną, sprawiała wrażenie zagubionej, nie znała odpowiedzi na wiele pytań. Poproszony na rozmowę syn potwierdził, że

mama od roku ma poważne problemy z pamięcią — gubi się po samodzielnym opuszczeniu domu, potrafi zostawić na noc zapalony gaz, wymaga stałego nadzoru nad przyjmowaniem leków, gdyż albo o nich zapomina, albo myli preparaty czy dawki. Z tego powodu 6 miesięcy wcześniej zamieszkała z nim. Orzecznik skierował pacjentkę na konsultację psychologiczną, która potwierdziła zaawansowany proces otępienny. W związku z tym przyznano świadczenie, o które ubiegała się orzekana.

W potocznej opinii niezdolność do samodzielnej egzystencji kojarzy się z potrzebą udzielania pacjentowi różnego rodzaju pomocy, na przykład w załatwianiu spraw urzędowych, robieniu zakupów, pracach porządkowych i tym podobnym. Tymczasem przepisy mówią, że świadczenie takie jest przyznawane osobie, która praktycznie całą dobę potrzebuje opieki, gdyż nie jest w stanie zaspokajać podstawowych potrzeb życiowych lub (co najczęstsze u pacjentów leczonych psychiatrycznie) wymaga dozoru z uwagi na zachowania agresywne lub autoagresywne czy też zaburzenia pamięci. Wiek osoby pacjenta nie jest elementem istotnym w procesie orzeczniczym.

Przypadek 3

Badany (26 lat) 2-krotnie hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym (w wieku 17 lat z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji oraz osobowości kształtującej się nieprawidłowo oraz w wieku 24 lat z rozpoznaniem osobowości chwiejnej emocjonalnie). W wywiadzie stwierdzono 6 prób samobójczych (ostatnia przed 3 tygodniami poprzez zatrucie lekami) oraz samookaleczenia. Badany odbywa nieregularne wizyty u psychiatry. Ostatnio zalecano mu risperidon 1 mg, którego nie przyjmuje od 2 miesięcy. Podejmował wielokrotne próby psychoterapii. Nie zakończył żadnego z zawartych kontraktów psychoterapeutycznych. W wykonanych badaniach dodatkowych (EEG, badanie tomokomputerowe głowy) nie stwierdzono cech patologii. Stan psychiczny w czasie badania orzeczniczego:

- napęd psychoruchowy w normie;
- orientacja pełna, świadomość jasna;
- tok myślenia zwarty;
- bez znaczących zaburzeń funkcji poznawczych;
- inteligencja na podstawie badania orientacyjnego w normie;
- bez ostrych objawów psychotycznych;
- afekt dostosowany;
- nastrój labilny z elementami dysforii;
- sen i łaknienie w normie;
- deklarowane myśli samobójcze;

- osobowość nieprawidłowa;
- utrudniona kontrola impulsów,
- szkodliwe używanie alkoholu.

Proces chorobowy naruszający sprawność organizmu został udokumentowany przed ukończeniem 18. roku życia. Jednak orzecznik nie stwierdził, aby stan zdrowia badanego powodował całkowitą niezdolność do pracy, nie przyznał więc renty socjalnej. Orzekany odwołał się od tej decyzji, argumentując, że z uwagi na stan zdrowia i rodzaj schorzenia nie jest on w stanie pracować w swoim zawodzie (operator urządzeń mechanicznych), zaś niedawna próba samobójcza wymaga podjęcia intensywnych działań leczniczych. Komisja będąca instancją odwoławczą w procesie orzeczniczym skierowała pacjenta na konsultację psychologiczną. W badaniu psychologicznym potwierdzono obecność cech osobowości nieprawidłowej, stwierdzono prawidłowy poziom inteligencji, nie stwierdzono również cech organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Konsultant uznał, że badany posiada odpowiedni potencjał intelektualny i emocjonalny do przekwalifikowania zawodowego. Komisja podtrzymała decyzje orzecznika, gdyż warunkiem przyznania renty socjalnej jest niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, a nie pracy w zawodzie wyuczonym. Ewentualne leczenie może być prowadzone w ramach czasowej niezdolności do pracy lub świadczenia rehabilitacyjnego [4]. Liczba prób samobójczych oraz czas ich podjęcia nie stanowią automatycznie o ocenie stanu zdrowia i możliwości aktywności zawodowej i zawsze powinny być oceniane w kontekście choroby podstawowej oraz charakteru i przebiegu próby.

Przypadek 4

Badana (29 lat) z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym, nigdy nieleczona psychiatrycznie, nie przyjmuje żadnych leków. Po ukończeniu szkoły zawodowej w trybie specjalnym podjęła pracę jako pomoc kucharza. Z uwagi na restrukturyzację zakładu pracy utraciła zatrudnienie przed 5 miesiącami i nie może znaleźć nowego.

Nie stwierdzono u niej odchyień w stanie somatycznym i neurologicznym. Poza obniżonym po-

tencjałem intelektualnym, a adekwatnie obniżonymi funkcjami poznawczymi nie wykazano innych objawów psychopatologicznych w badaniu psychiatrycznym. Ostatnie badanie psychopatologiczne wykonano w 16. roku życia. Iloraz inteligencji w skali Wechslera wynosił wówczas 55 punktów, co odpowiada górnej granicy upośledzenia umiarkowanego. Orzekaną skierowano na dodatkową konsultację psychologiczną [5]. W wykonanym badaniu uzyskała 58 punktów w skali Wechslera, tym samym poziom upośledzenia określono jako lekki. Orzecznik nie stwierdził, aby aktualny stan zdrowia badanej utrudniał jej możliwość aktywności zawodowej w wyuczonym zawodzie i odmówił świadczenia rentowego.

Warto zaznaczyć, że badana przepracowała 10 lat i nabyła prawo do tak zwanej renty zwykłej. Do przyznania świadczenia wystarczyłoby więc stwierdzenie nawet częściowej niezdolności do pracy. Zgodnie z przyjętymi kryteriami orzeczniczymi, jeżeli orzekany zostanie przyjęty do systemu ubezpieczenia (innymi słowy rozpocznie pracę) z określonym stopniem niepełnosprawności, to ta niepełnosprawność nie stanowi podstawy do stwierdzenia niezdolności do pracy. Całkowitą niezdolność do pracy (i tym samym prawo do renty socjalnej) można orzec u osoby upośledzonej w stopniu umiarkowanym (co zresztą stanowi najczęstsze w naszych warunkach wskazanie), o ile nie podjęła ona pracy zawodowej. Jeżeli rozpoczęła pracę, to tylko pogłębienie stopnia upośledzenia będzie ją do takiego świadczenia kwalifikowało. Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim może stanowić podstawę przyznania świadczenia jedynie w przypadku współistnienia innych poważnych patologii psychiatrycznych lub somatycznych [6].

Podsumowanie

Orzecznictwo lekarskie zarówno na poziomie studenta, jak i lekarza praktyka wydaje się mało przydatne i, nie ukrywajmy, nudne. Okazuje się tymczasem, że jest ono równie ważne dla chorego jak proces leczniczy (korzyści finansowe v. medyczne), wymaga odpowiedniej wiedzy i odpowiedzialności. Warto pamiętać, że znajomość reguł i ich przestrzeganie mogą być bardzo istotne (lub okazać się takie w przyszłości) dla ogromnej grupy pacjentów.

Streszczenie

Orzekanie o niezdolności do pracy jest powszechne w codziennej praktyce lekarskiej. Znajomość podstaw orzecznictwa jest gwarantem prawidłowości powyższego procesu. W artykule przedstawiono aspekty praktyczne orzecznictwa lekarskiego zaburzeń psychicznych na podstawie analizy typowych problematycznych przypadków.

Psychiatria 2010; 7, 5: 198–202

słowa kluczowe: niezdolność do pracy, orzecznictwo, przepisy prawne, analiza przypadków

Pytania

1. Najczęstszymi wyznacznikami powodującymi stwierdzenie niezdolności do samodzielnej egzystencji osoby z zaburzeniami psychicznymi jest:
 - A. zaawansowany wiek
 - B. współistnienie schorzeń somatycznych
 - C. potrzeba kosztownego leczenia
 - D. występowanie zachowań agresywnych/auto-agresywnych bądź zaawansowanych zmian otępiennych
2. Podjęcie próby samobójczej bezpośrednio przed rozpatrzeniem wniosku o istnienie niezdolności do pracy:
 - A. zawsze powinno być rozpatrywane indywidualnie
 - B. automatycznie staje się podstawą stwierdzenia całkowitej niezdolności do pracy
 - C. najczęściej świadczy o próbie manipulowania sytuacją
 - D. nie wpływa na proces orzeczniczy
3. Orzekany, u którego stwierdzono głęboki proces schizofreniczny całkowicie uniemożliwiający mu aktywność zawodową, otrzyma świadczenie pieniężne w przypadku, gdy nigdy nie podjął pracy zarobkowej:
 - A. zawsze
 - B. jedynie w przypadku gdy proces chorobowy trwa ponad 5 lat
 - C. jedynie w przypadku gdy naruszenie sprawności powstało przed 18. rokiem życia lub w trakcie nauki
 - D. jedynie w przypadku gdy obydwój rodzice mają prawo do świadczenia emerytalnego
4. Orzekanemu przysługuje prawo do świadczenia pieniężnego, jeżeli:
 - A. stwierdzono czasową niezdolność do pracy
 - B. stwierdzono długotrwałą niezdolność do pracy
 - C. stwierdzono całkowitą niezdolność do pracy
 - D. stwierdzono niezdolność do pracy i prawo do zasiłku
5. Najczęstszym powodem „psychiatrycznym” stwierdzenia całkowitej niezdolności do pracy uprawniającej do otrzymania renty socjalnej jest:
 - A. upośledzenie umysłowe umiarkowane
 - B. proces psychotyczny
 - C. osobowość nieprawidłowa typu *borderline*
 - D. zaburzenia opozycyjno-buntownicze okresu dojrzewania

Prawidłowe odpowiedzi na pytania z numeru 4/2010

Orzecznictwo lekarskie w zaburzeniach psychicznych. Część 2

Iwona A. Trzebiatowska

1D, 2D, 3B, 4D, 5C

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. Jakubski B. Zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich — czasowa niezdolność do pracy. *Gazeta Lekarska* 2005; 11: 4–7.
3. Frindt-Zajęzkowska A. Zasady orzekania o niezdolności do pracy w zaburzeniach psychicznych. W: *Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS*. Warszawa 2007; 74–100.
4. Barwicka A. Orzekanie o okolicznościach uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego oraz potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. *Vademecum Lekarza Orzecznika*, Warszawa 1998; 3: 3–4.
5. Greń G. Badanie psychologiczne w orzecznictwie lekarskim — metody, adresaci. *Orzecznictwo Lekarskie* 2005, 1.
6. Zyss T. *Orzecznictwo rentowe ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii*. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2009.