

List do Redakcji

Uwagi na temat orzekania w chorobach nowotworowych

Orzekanie o stanie zdrowia należy do jednego z ustawowych obowiązków lekarskich. Dotyczy ono orzekania o krótkotrwałej niezdolności do pracy (czyli wydawania zwolnień lekarskich), oraz orzekania o długotrwałej lub stałej niezdolności do pracy (w organach rentowych: ZUS i KRUS oraz w charakterze biegłych przed Sądami Pracy i Ubezpieczeń Społecznych). Kwestia wydawania zwolnień lekarskich nie budzi w przypadku chorób nowotworowych większych dyskusji. Dyskusję budzi natomiast orzekanie o długotrwałej lub stałej niezdolności do pracy albo do samodzielnej egzystencji u chorych onkologicznych. W literaturze dotyczącej tematu brak jest jednoznacznych wytycznych, normujących zagadnienia orzecznictwa w chorobach nowotworowych. Wydane dotychczas w Polsce podręczniki orzecznicze [1, 2] kwestii orzecznictwa w chorobach onkologicznych nie wyodrębniają w osobnym rozdziale, ani też nie podają ogólnych zasad, jakimi należy się w tych przypadkach kierować. Temat orzecznictwa nie jest także dostatecznie mocno podkreślany w nauczaniu przed- i podyplomowym medycyny. O ile nie każdy onkolog będzie pracował jako orzecznik na rzecz ZUS lub KRUS, lub jako biegły przed Sądami Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, o tyle prawie każdy wystawia pacjentom druki „Zaświadczenia o stanie zdrowia”. To powoduje, że powinien znać ogólne zasady orzekania dla celów rentowych w chorobach nowotworowych.

Kwestią budzącą wiele wątpliwości jest jednolite definiowanie, czym jest renta i jakie są kryteria jej otrzymania. Renta w swoim założeniu ma zrekompensować choremu wynagrodzenia, jakich nie może uzyskać z powodu choroby. Nie powinna natomiast spełniać roli zasiłku z pomocy społecznej. Dlatego orzekanie powinno odbywać w oparciu o przesłanki merytoryczne. Lekarz biegły sądowy jest jedyną osobą powołaną do pełnej oceny zarówno względów medycznych, jak i socjalno-bytowych pacjenta (wiek, zawód, zdolność do przekwalifikowania, etc.). Dążenie do tworzenia jasnych reguł orzekania nie oznacza, że decyzja biegłego winna być podejmowana schematycznie. Na ogół w orzecznictwie mamy do czynienia ze skomplikowanymi sytuacjami, dlatego też ocena orzecznicza winna zawsze być indywidualizowana. Jeżeli jednak orzekanie ma zasadniczo opierać się na kryteriach nie *stricte* medycznych, lecz poza merytorycznych (młody wiek, bezrobocie, samotna matka, etc.), to miejsce lekarza w procesie orzekania z powodzeniem może zająć pracownik opieki społecznej.

Tekstem niniejszym chcielibyśmy zainicjować dyskusję na temat orzekania w chorobach nowotworowych, gdyż

brak odpowiednich standardów powoduje, że obecnie pacjenci z jednakowym schorzeniem, o tym samym zaawansowaniu oraz po identycznym leczeniu, w jednym mieście uznawani są np. za osoby niezdolne do pracy, a w drugim – za niezdolne do samodzielnej egzystencji; w jednym mieście okresowo, w innym – na stałe. Rodzi to u pacjentów niezrozumiałe dla nich wątpliwości; czasami także wywołuje komentarze, iż wysokość uznanego świadczenia może zależeć nie tylko od czynników merytorycznych.

Jak wiadomo, o stopniu niezdolności do pracy lub do samodzielnej egzystencji decyduje nie tyle samo rozpoznanie, czy zastosowana metoda leczenia, co skutek, jaki określone schorzenie i jego leczenie pozostawiły u danego pacjenta, ograniczając mu zdolność do pracy lub do samodzielnej egzystencji. Ocena orzecznicza zawsze zatem musi być zindywidualizowana. Ta indywidualizacja orzekania nie zwalnia nas jednocześnie z próby standaryzacji poglądów orzeczniczych.

Orzekanie o stanie zdrowia z jednej strony służy ustaleniu stopnia i czasu trwania niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji (dla potrzeb organu rentowego – ZUS, KRUS), a z drugiej – jest ważną informacją dla pacjentów. Chorzy onkologiczni są specyficzną grupą chorych, rzadko agrawującą i wymuszającą świadczenie. Chorzy ci oczekują wyleczenia (a nie renty) i często starannie obserwują i analizują reakcje lekarzy, w tym także orzeczenia lekarzy rzeczoznawców. Dlatego też, w miarę możliwości, powinno się unikać orzekania na stałe, gdyż sformułowanie takie odczytywane jest przez chorych jako potwierdzenie ich nieuleczalności ze schorzenia onkologicznego. Naszym zdaniem bezpieczniejszą dla psychiki pacjentów jest wyznaczyć termin badania kontrolnego za 5 czy więcej lat (nawet, gdy pacjent nie rokuje tak długiego przeżycia).

Propozycje w zakresie metodyki orzekania:

Przystępując do orzekania z zakresu onkologii powinno się wziąć pod uwagę sześć zasadniczych czynników:

- Rozpoznanie
- Charakter podjętego leczenia
- Zaawansowanie choroby
- Sposób leczenia
- Czas, jaki minął od zakończenia leczenia
- Skutki anatomiczne i czynnościowe dla organizmu

Rozpoznanie winno być ustalone i sformułowane w sposób nie pozostawiający żadnych wątpliwości co do

rodzaju choroby i w miarę możliwości oparte o wynik badania mikroskopowego (nie zawsze jest on wpisany w druk „zaświadczenia o stanie zdrowia”). Nie powinno się orzekać w oparciu o sam wynik opisu, np. klisz radiologicznych, gdyż przykładowo – opisany na kliszy naciek ściany żołądka nie musi być naciekiem nowotworowym. W sytuacjach szczególnych lepiej jest uznać niezdolność do pracy na okres 6 miesięcy na czas dokończenia diagnostyki. Szczególną uwagę należy zwrócić na zapis „*cellulae neoplasmaticae*”, gdyż rozpoznanie komórek nowotworowych nie przesądza, czy mamy do czynienia z nowotworem łagodnym, czy złośliwym. Z dużą ostrożnością należy także odnosić się do rozpoznań nieprecyzyjnych – np. „rak piersi z przerzutami”. Może tu bowiem chodzić zarówno o przerzuty odległe, jak i zajęcie regionalnych węzłów chłonnych u chorej leczonej radykalnie, tj. z intencją wyleczenia. Dlatego ważne jest krytyczne podejście do stawianych (w druku „zaświadczenia o stanie zdrowia”) rozpoznań i ich wnikliwa analiza. Samemu nie należy także stawiać rozpoznań ogólnych, takich jak: „rak odbytnicy”, lecz raczej przykładowo: „rak odbytnicy stopnia A (w pojedynczym polipie) usunięty drogą polipektomii. Wyleczenie” lub „rak odbytnicy w stopniu C2 po wstępnej radioterapii, leczeniu operacyjnym dnia XYZ i w trakcie uzupełniającej chemioterapii wg schematu 5Fu+LV”. Inny przykład: w miejsce zapisu „rak szyjki macicy” należy napisać „rak szyjki macicy przedinwazyjny, po operacyjnym usunięciu narządu rodnego, bez konieczności dalszego leczenia. Wyleczenie” lub „rak szyjki macicy w stadium Ib, po leczeniu operacyjnym i radioterapii w 1997 roku, z nieoperacyjnym nawrotem miejscowym, przetoką odbytniczo-pochwową, koniecznością wyłonienia stomii moczowych (obu) i jelitowej. Wyniszczenie”. Z powyższych zapisów widać jasno różnice w ciężkości schorzeń. Taki sposób formułowania rozpoznań ułatwia także pracę lekarzowi inspektorowi orzecznictwa oraz ewentualnie lekarzom biegłym sądowym.

Charakter podjętego leczenia – pojęcie to oznacza ustalenie, czy wdrożono leczenie przyczynowe, czy objawowe – a jeżeli przyczynowe, to czy ma ono charakter postępowania radykalnego, czy paliatywnego.

Zaawansowanie – to kolejny istotny czynnik, który należy brać pod uwagę w pracy orzeczniczej. Jest jasne, że inaczej rokuje rak przedinwazyjny szyjki macicy niż wznowa nowotworu po wyczerpaniu wszystkich metod leczenia. O ile w onkologii obowiązuje zasada generalna, że czym wcześniejsze stadium choroby, tym lepsze rokowanie, to jednak i od tej reguły są wyjątki (np. rak *in situ* pęcherza moczowego, o czym będzie mowa dalej).

Rodzaj leczenia. W praktyce kliniki onkologicznej stosuje się trzy główne metody leczenia nowotworów: chirurgię, radioterapię i chemioterapię. W drukach „zaświadczenia o stanie zdrowia” częstym wpisem lekarzy kierujących pacjentów na badania w celach rentowych jest wpis „pacjent w trakcie chemioterapii”. Sam fakt stosowania chemioterapii nie powinien jednak przesądzać np. o przy-

znaniu dodatku pielęgnacyjnego na okres leczenia chemicznego. W przypadku radioterapii dodatkowym czynnikiem, jaki należy wziąć pod uwagę, są odległe skutki radioterapii (trójfazowy odczyn: wczesny, opóźniony i późny; „*recall phenomenon*”, popromienne zapalenie pęcherza moczowego, etc.). Pacjent po radioterapii z powodu wczesnej postaci raka krtani może być w 8 czy 10 lat po zakończeniu leczenia bez cech czynnej choroby, lecz – z drugiej strony – następstwa popromienne mogą stać się przyczyną niezdolności do pracy. Podobnie przedstawia się sytuacja z odczynami po radioterapii miednicy małej, głównie z przyczyn nowotworów narządu rodnego – nawet wczesne postaci tych raków, leczone tele- i brachyterapią mogą stanowić o inwalidztwie, nie tyle z powodu samej choroby, co powikłań leczenia i to w wiele lat po zakończonym leczeniu. Podobnie o niezdolności do samodzielnej egzystencji nie powinien stanowić sam fakt usunięcia płuca z powodu raka, lecz: zachowane rezerwy wentylacyjne, efekt gimnastyki oddechowej (rehabilitacji), stan układu krążenia, wyniki spirometrii i gazometrii.

Czas od zakończenia leczenia. Ma on znaczenie z przyczyn oczywistych – inaczej należy oceniać stan zdrowia pacjenta leczonego 15 lat temu z powodu ziarnicy (jak wiadomo, jeżeli od zakończenia leczenia ziarnicy minie bezobjawowo 10 lat, przyjmuje się, że ponowne rozpoznanie ziarnicy jest nową chorobą, gdyż prawdopodobieństwo nowego zachorowania jest takie same, jak w populacji zdrowej), niż pacjentki po obustronnej mastektomii z powodu raka, która jest stale niezdolna do pracy.

Skutki anatomiczne i czynnościowe dla organizmu pacjenta obejmują zarówno amputacje lecznicze, skutki operacji, jak i następstwa uszkodzenia mięśnia serca, nerek, wątroby, odczyny popromienne, etc. Każdorazowo skutki te powinny być potwierdzone odpowiednimi wynikami badań (np. zmiany popromienne śluzówki jelit – badaniami endoskopowymi, śluzówki pęcherza moczowego – cystoskopia, kardiotoksyczność – ECHO serca i EKG, etc.).

Propozycje orzecznicze

Jako zasadę generalną przyjąć można zasadę następującą: rozpoznanie nowotworu złośliwego świadczy o całkowitej niezdolności do pracy. Za wyjątki od tej zasady można uznać:

- raka skóry i raka wargi po radykalnym leczeniu, bez operacji odtwórczych,
- przewlekłą białaczkę limfatyczną w okresie długotrwałej remisji,
- raka przedinwazyjnego po radykalnym leczeniu (tu z kolei wyjątkiem jest rak pęcherza moczowego, który pomimo postaci *in situ* może dawać przerzuty do węzłów chłonnych),
- inne nowotwory, w sytuacjach, gdy leczeniem uzyskano całkowitą i trwałą remisję choroby, bez istotnych skutków ubocznych – kwestię ewentualnej pełnej zdolności

do pracy należałoby rozpatrywać indywidualnie w każdym przypadku.

O usankcjonowanych podstawach do uznania stałej niezdolności do pracy (całkowitej lub częściowej) z przyczyn onkologicznych należy mówić wtedy, gdy (nawet pomimo wielu lat obserwacji bez cech czynnej choroby) stwierdzamy:

- stomię (jelitową, moczową, tchawiczą), wyłonioną na stałe,
- przebytą obustronną limfangiektomię pachową (najczęściej po mastektomii) oraz przebytą radioterapię obu okolic pachowych,
- utrwalony obrzęk kończyny po operacyjnie wykonanym usunięciu węzłów chłonnych pachowych lub pachwinowych,
- znaczne, pooperacyjne, ubytki kości pokrywy czaszki,
- znaczne amputacje lecznicze,
- uogólnienie (rozsiew) procesu nowotworowego.

W pozostałych przypadkach bezpieczniej jest orzekać świadczenia okresowe, choćby co 5 lat lub rzadziej.

O sytuacji niezdolności do samodzielnej egzystencji możemy mówić wtedy, gdy:

- stwierdzamy stan obłożności trwający lub przewidywany przez ponad 6 miesięcy,
- stan zdrowia pacjenta stanowi zagrożenie życia dla niego i otoczenia (np. próby samobójcze),
- mamy do czynienia z rozpoznaniem nawrotu miejscowego lub uogólnienia, pozostającymi poza możliwościami leczenia: tak przyczynowego, jak i paliatywnego.

Nie powinno się zatem uznawać *a priori* (z tytułu samej nazwy choroby) za osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji: chorych po laryngektomii, chorych po usunięciu jednego płuca, pacjentek po jednostronnej mastektomii, czy chorych ze stomią. Wskazane jest ustalanie stopnia sprawności chorych, korzystając ze skali: Zubroda lub Karnofsky`ego. Kwestią, budzącą sporo dyskusji, jest ustalenie, po jakim czasie od zakończenia radykalnego leczenia można uznać pacjentów obserwowanych bez cech czynnej choroby (uznanych początkowo za całkowicie niezdolnych do pracy) za częściowo niezdolnych do pracy. W części ośrodków orzecznich przyjmuje się okres 5-letni. Wydaje się jednak, że nie ma tu prostej odpowiedzi generalizującej i orzekanie musi być zindywidualizowane.

Podsumowując stwierdzamy, że temat nadal czeka na swoje całościowe opracowanie.

Robert Wiraszka

Biegły onkolog dla okręgu Sądu Okręgowego w Radomiu
ul. Kusocińskiego 29a, 26-600 Radom

Piotr Koralewski

Biegły onkolog dla okręgu Sądu Okręgowego w Krakowie
ul. Baziaka 5 m. 20, 31-619 Kraków

Piśmiennictwo

1. Adamek-Guzik T. (red.): *Zarys orzecznictwa lekarskiego*. Kraków – Warszawa: Uniwersytet Jagielloński – KRUS, 1999, s. 319.
2. Chmielarczyk W, Granicki O, Kietlińska Z i wsp. *Orzekanie o niezdolności do pracy w chorobach nowotworowych i AIDS*. Warszawa: ZUS, 1994 (zeszyty szkoleniowe ZUS).