



Medyczno-prawny kontekst hospitalizacji psychiatrycznej obywatela szwedzkiego w Polsce – opis przypadku

Medico-legal context of psychiatric hospitalization of a Swedish citizen in Poland – a case report

PAWEŁ KEMPISTY, ANETA GERHANT, JANUSZ PERZYŃSKI, ANNA WÓJCICKA, JACEK GAJEWSKI, AGATA MORAWSKA, MADLADENA DEREWIANKA

Z Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

STRESZCZENIE

Cel. Przedstawiono trudności medyczno-prawne dotyczące z opieki psychiatrycznej nad cudzoziemcami w naszym kraju.

Przypadek. Przedstawiono przypadek obywatela szwedzkiego hospitalizowanego w naszej Klinice z powodu schizofrenii paranoidalnej. W świetle obowiązującego prawa nie było możliwości przewiezienia pacjenta do Szwecji wbrew jego woli.

Komentarz. Istnieje potrzeba stworzenia odpowiednich regulacji prawnych dotyczących opieki psychiatrycznej nad cudzoziemcami przebywającymi w naszym kraju.

SUMMARY

Objectives. Medico-legal difficulties involved in psychiatric care provision to foreigners in our country.

Case report. A case is reported of a Swedish citizen hospitalized in our Department for paranoid schizophrenia. In the light of legal regulations currently in force there was no possibility of transporting the patient to Sweden against his will.

Commentary. There is a need for the development of appropriate regulations concerning psychiatric care provision to foreign residents in Poland.

Słowa kluczowe: schizofrenia / prawo / cudzoziemcy / opis przypadku

Key words: schizophrenia / law / foreigners / case report

Wraz z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, pojawiła się konieczność wprowadzenia odpowiednich regulacji prawnych dotyczących ochrony zdrowia obywateli innych państw członkowskich przebywających na terenie naszego kraju. Kwestię finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w Polsce obywatelom UE/EOG i Szwajcarii precyzyjnie regulują przepisy unijne o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Rozporządzenie WE nr 1408/71 i Rozporządzenie wykonawcze WE nr 574/72) [1].

W kontekście ochrony zdrowia psychicznego pojawiają się jednak dodatkowe zagadnienia natury medyczno-prawnej, na które natknęliśmy się w trakcie starań o przewiezienie do ojczyzny szwedzkiego obywatela hospitalizowanego z powodu zaostżenia schizofrenii paranoidalnej w naszej Klinice. Pacjent ten w świetle art. 38 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego spełniał przesłanki wskazujące na potrzebę umieszczenia go w ośrodku pomocy społecznej. Istniało bowiem ryzyko, że z powodu utrzymujących się po zakończeniu hospitalizacji objawów deficytowych, nie będzie w stanie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych i będzie wymagał stałej opieki innych osób [2]. Pacjent odmawiał jednak powrotu do Szwecji, gdzie opieka ta mogłaby zostać mu zapewniona. Z powodu choroby psychicznej pacjent nie był w stanie kierować swoim postępowaniem w sprawach cywilno-prawnych, majątkowych i osobistych. Zgodnie z treścią art. 13 k.c istniały

podstawy do jego ubezwłasnowolnienia oraz ustanowienia dla niego opiekuna prawnego [3]. Przeprowadzenie tej procedury wobec chorego umożliwiłoby przymusowe przewiezienie go do Szwecji, gdzie zostałby objęty dalszą opieką psychiatryczną.

OPIS PRZYPADKU

Pan GS, 54-letni obywatel szwedzki, kawaler, bezdzietny, wykształcenie wyższe, utrzymujący się ze świadczenia rentowego, na stałe przebywa w Szwecji, zamieszkuje samotnie. Z rodzicami i siostrą nie utrzymuje praktycznie żadnych kontaktów. Od wielu lat leczy się z powodu schizofrenii paranoidalnej. Dwukrotnie był z tego powodu hospitalizowany w Szwecji.

Pana GS przeniesiono do Kliniki Psychiatrii w Lublinie z Oddziału Chorób Wewnętrznych szpitala w Białej Podlaskiej. Został tam przywieziony karetką Pogotowia Ratunkowego z motelu w Lachówce, w stanie odwodnienia, wyniszczenia, zaniedbania higienicznego, z cechami odoskrzelowego zapalenia płuc. Lekarz internista ustalił, że stan ten był spowodowany nieprzyjmowaniem przez pacjenta pokarmów i płynów w trakcie pobytu w motelu. Pan GS był konsultowany psychiatrycznie i potwierdził, iż od wielu lat leczy się psychiatrycznie w Szwecji. Na podstawie

wywiadu i ujawnianych przez pacjenta objawów, zdecydowano o przeniesieniu go do tutejszej Kliniki. Pan GS wyraził zgodę na leczenie w szpitalu psychiatrycznym. Samochód oraz większość rzeczy osobistych pacjenta pozostały w depozycie motelu w Lachówce.

Przy przyjęciu do Kliniki pacjent był prawidłowo zorientowany we wszystkich kierunkach, w jasnej świadomości. Udzielał zdawkowych odpowiedzi na zadawane pytania, przejawiał nieufną postawę wobec otoczenia. U pacjenta obserwowano sztywność afektywną, niedomogę aktywności i inicjatywy. Przeżył o charakterze omamowym pacjent nie potwierdzał, wypowiadał natomiast samorzutnie treści o charakterze urojeniowym. Nie wykazywał wglądu w objawy chorobowe. Z wywiadu od pacjenta otrzymaliśmy informacje, że przed około miesiącem przyплыł do Polski promem, dalej podróżował swoim własnym samochodem. Następnie usiłował przekroczyć granicę z Białorusią, jednak nie udzielono mu wizy wjazdowej. W konsekwencji, GS zatrzymał się w motelu w Lachówce, gdzie przebywał około dwóch tygodni. Pacjent twierdził, że do szpitala w Białej Podlaskiej trafił z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa. Zapytany dlaczego wyjechał ze Szwecji odpowiadał: „chcieli mnie zamknąć w szpitalu psychiatrycznym (...) wszyscy byli przeciwko mnie, sąsiedzi, policja a szczególnie ojciec”. Pan GS twierdził również, że wynalazł sztuczną zastawkę serca o nazwie „bivalvron”, którą chciał wdrożyć do produkcji w Moskwie lub na Białorusi. Planował tam się osiedlić i kupić mieszkanie na kartę kredytową. Środki finansowe miał czerpać z honorariów za opatentowaną zastawkę.

Pacjent potwierdził, że dwukrotnie był hospitalizowany psychiatrycznie w Szwecji. Do pierwszej hospitalizacji w 1981 roku zmusił go ojciec. Drugi pobyt w szpitalu psychiatrycznym miał miejsce w 1990 roku, po tym jak pan GS został zatrzymany przez policję za brawurową jazdę samochodem. Oba te pobyty pacjent uważał za bezzasadne. Na podstawie powyższych objawów i w oparciu o kryteria klasyfikacji ICD-10 rozpoznaliśmy schizofrenię paranoidalną [4].

W trakcie pobytu w Klinice pacjent był błądliwie afektywnie, izolował się od otoczenia, posiłki zjadał w samotności, nie podejmował spontanicznie rozmów, większość czasu spędzał w łóżku przeglądając mapy Europy, snując niespójne plany podróży do Hiszpanii: „porozmawiam z ambasadorem, on zorganizuje moją podróż”. W wyniku zastosowanego leczenia (risperidon do 8 mg/die i perazyna do 250 mg/die), uzyskano poprawę w zakresie objawów wytwórczych. W dalszym ciągu utrzymywały się jednak objawy negatywne w postaci: bladego afektu, zubożenia myślenia i wypowiedzi, ograniczenia aktywności. Pacjent nie wykazywał również pełnego wglądu w swoją chorobę i istniało ryzyko, że zaniecha kontynuacji leczenia po wypisaniu ze szpitala. Oceniono, że GS nie wymaga dalszego leczenia w warunkach szpitalnych, jednak istnieje ryzyko, że z powodu objawów deficytowych nie będzie w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych. Wymagał więc stałej opieki, która mogłaby być mu zapewniona w jego ojczyźnie.

Od początku pobytu w Klinice pan GS odmawiał powrotu do Szwecji. W porozumieniu z firmą ubezpieczeniową *SOS Sweden* dwukrotnie podejmowaliśmy bezskuteczne próby przewiezienia pacjenta do Szwecji. Z uwagi na

powyższe trudności oraz w trosce o dalsze losy pacjenta, wystosowaliśmy pismo do ambasady szwedzkiej z prośbą o podjęcie stosownych kroków prawnych. Podkreśliliśmy, iż pacjent z uwagi na przejawiane zaburzenia psychiczne, nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem i wymaga ustanowienia opiekuna prawnego. Na powyższe pismo otrzymaliśmy odpowiedź o następującej treści: „Ambasada Szwecji informuje, iż urzędy państwowe w Szwecji nie mają możliwości podjęcia działań prawnych w celu ustanowienia opiekuna prawnego dla pana GS i zapewnienia mu dalszej opieki, dopóki pozostaje on poza terytorium Szwecji. Ocena czy obecny stan zdrowia pana GS pozwala na zakończenie leczenia w warunkach szpitalnych oraz decyzja o wypisaniu pacjenta z Kliniki należy do lekarzy Kliniki (...). Ambasada Szwecji nie ma możliwości organizacyjnych i prawnych, którymi mogłaby skutecznie spowodować powrót pana GS do Szwecji”.

Zostaliśmy również poinformowani telefonicznie przez pracownika działu konsularnego, że ambasada szwedzka nie dysponuje środkami prawnymi koniecznymi do ubezwłasnowolnienia pacjenta. Może dokonać tego jedynie jego rodzina, która jednak odmówiła współpracy w tej sprawie. Poinformowano nas również, że w świetle prawa międzynarodowego, ambasada Szwecji nie może zwracać się bezpośrednio do polskiego sądu w sprawach dotyczących obywatela szwedzkiego.

Skontaktowaliśmy się także z przewodniczącą Wydziału Rodzinnego Sądu Rejonowego w Lublinie, która stwierdziła, że: „pacjenta należy traktować tak jak obywatela polskiego i w świetle przyjęcia za zgodą oraz braku dalszych podstaw do leczenia w warunkach szpitalnych, po ustaniu powodów do hospitalizacji pacjent może zostać wypisany z Kliniki niezależnie od planów, jakie deklaruje”.

Ostatecznie, najprawdopodobniej po rozmowie telefonicznej ze swoim ojcem, pan GS zdecydował się na powrót do Szwecji. Ponieważ prywatne ubezpieczenie pacjenta wygasło, firma *SOS Sweden* odmówiła współpracy w organizacji transportu chorego do Szwecji. Transport zorganizowała szwedzka ambasada. Koszty leczenia pokryło szwedzkie ubezpieczenie społeczne.

KOMENTARZ

Dokumentowanie tego typu przypadków jest konieczne, gdyż zwraca uwagę na problemy medyczno-prawne z jakimi możemy się spotkać podczas hospitalizacji psychiatrycznej cudzoziemców w Polsce. Ustawą określającą prawo właściwe dla międzynarodowych stosunków osobistych i majątkowych w zakresie prawa cywilnego, rodzinnego i opiekuńczego oraz prawa pracy jest Ustawa z dnia 12 lipca 1965 r. z późniejszymi zmianami o Międzynarodowym Prawie Prywatnym. Jej przepisów nie stosuje się wówczas, gdy umowa międzynarodowa, której Polska jest stroną postanawia inaczej [5]. Jedyną umową międzynarodową regulującą kwestię ubezwłasnowolnienia cudzoziemca przebywającego w Polsce jest konwencja dotycząca ubezwłasnowolnienia i analogicznych zarządzeń opiekuńczych podpisana 17 lipca 1905 r. podczas czwartej Konferencji Prawa Międzynarodowego w Hadze. Obowiązuje ona do dnia dzisiejszego Polskę, Rumunię, Portugalię i Włochy.

Jej problematykę kontynuuje Konwencja Haska o ochronie dorosłych z dnia 13 stycznia 2000 r. W stosunkach między umawiającymi się państwami zastępuje ona konwencję haską z dnia 17 lipca 1905 r. [6]. Konwencję tą podpisały do tej pory jedynie Francja, Holandia, Szwajcaria, a ratyfikowały Wielka Brytania i Irlandia oraz Niemcy [7]. Nie istnieje więc żadna umowa między Polską a Szwecją, która regulowałaby kwestię ubezwłasnowolnienia oraz ochrony prawnej chorych psychicznie szwedzkich obywateli przebywających w Polsce.

Rozwiązań prawnych w takich sytuacjach powinny więc dostarczać paragrafy prawa międzynarodowego prywatnego. Tymczasem w żadnym punkcie nie poruszają one kwestii ubezwłasnowolnienia cudzoziemców przebywających w naszym kraju. Brak jest przepisów prawnych, które w jasny sposób określałyby postępowanie w sytuacjach podobnych do tej, którą opisaliśmy. Wydaje się, że wymaga to pilnej regulacji prawnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Paszkowska M. Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej. *Prawo i Medycyna*. 2004; 6 (3): 106–121.
2. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 r. (Dz.U. Nr 111 poz. 535) z późn. zmian. z dnia 01.07.2005 r. (Dz. U. Nr 141 poz.1183).
3. Gierowski JK, Heitzman J, Szymusik A. Opiniowanie w sprawach cywilnych. W: Bilikiewicz A, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. tom 3. Wrocław: U&P; 2003: 460–461.
4. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
5. Ustawa z dnia 12 lipca 1965 r. o prawie międzynarodowym Prywatnym. (Dz. U. Nr 46 poz. 290).
6. Mostowik P, Symoń P. Ochrona Dorosłych. *Kwartalnik Prawa Prywatnego*. 2002; 2: 461–467.
7. Convention of 13 January 2000 on International Protection of Adult. Status Table: Hague Conference of Private International Law. www.hcch.net.

Nadesłano: 20.11.07. Zrecenzowano: 12.12.07. Przyjęto: 31.01.08

Adres: Lek. Paweł Kempisty, Klinika Psychiatrii AM w Lublinie, ul. Głuska 1, 20-388 Lublin.