

Wybrane aspekty prawne w ginekologii wieku rozwojowego

Legal aspects in pediatric and adolescent gynecology

Sowińska-Przepiera Elżbieta^{1,2}, Jarząbek-Bielecka Grażyna¹, Andrysiak-Mamos Elżbieta², Syrenicz Anhelli², Friebe Zbigniew¹, Kędzia Witold¹, Pawlaczyk Michał¹

¹ Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii UM w Poznaniu, Polska

² Klinika Endokrynologii, Chorób Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Polska

Streszczenie

Ginekologia wieku rozwojowego jest specjalistycznym działem ginekologii ogólnej, który ściśle związany jest z pediatrią, endokrynologią, chirurgią dziecięcą, dermatologią, psychiatrią, genetyką i seksuologią.

Wiele zagadnień ginekologii wieku rozwojowego ściśle wiąże się z problemami prawnymi.

W Polsce brakuje jednoznacznego stanowiska środowisk medycznych i prawnych procedur postępowania z nieletnią pacjentką, która podjęła współżycie płciowe i oczekuje od lekarza ginekologa porady, badania ginekologicznego i niejednokrotnie prosi o przepisanie tabletek antykoncepcyjnych.

Procedury te muszą uwzględniać fakt, że w Polsce do osiemnastego roku życia nieletni funkcjonuje w obszarze władzy rodzicielskiej lub władzy opiekuna prawnego oraz, że zgoda na świadczenie zdrowotne, oprócz zgody opiekuna prawnego, wymaga również zgody nieletniego, który ukończył 16. rok życia i staje się pełnoprawnym pacjentem.

Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do samodecydowania o sobie, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej, oraz do poszanowania prywatności, a udział przedstawiciela ustawowego po 16. roku życia dotyczy w zasadzie współdecydowania o wykonaniu świadczenia zdrowotnego. Tym samym, informacje uzyskane od takiego nieletniego pacjenta w badaniu podmiotowym i przedmiotowym, nie muszą być przekazywane przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli tajemnicy domaga się nieletni pacjent, i jeśli nie ma to wpływu na jego zdrowie oraz planowane procedury medyczne (np. konieczność wykonania operacji).

Znajomość procedur postępowania wobec nieletniej pacjentki, jako podmiotu prawa, umożliwi lekarzowi świadomy wybór postępowania oraz udzielenie świadczenia lub tylko w większości przypadków porady, bez konieczności naruszania obowiązującego w Polsce prawa (warto w tej kwestii zdać sobie sprawę z istniejących przepisów kodeksowych).

Słowa kluczowe: **ginekologia / wiek rozwojowy / prawo /**

Adres do korespondencji:

Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii UM w Poznaniu
60-535 Poznań, ul. Polna 33, Polska
tel.: 61 841 92 78, fax: 61 841 90 42
e-mail: grajarz@tlen.pl

Otrzymano: 12.07.2012
Zaakceptowano do druku: 15.01.2013

Abstract

Childhood and adolescent gynecology is an emerging specialty, at the intersection of pediatrics, pediatric endocrinology, gynecology, pediatric surgery, dermatology, psychiatry, public health medicine and genetics, and in fact addresses many legal issues.

Poland lacks a uniform standing of medical and legal environments on how to deal with a juvenile patient who has become sexually active and seeks the advice of a gynecologist, gynecologic examination and requests to be prescribed contraceptives.

It needs to be taken into account that in Poland a parent or a legal guardian has legal guardianship, custody and control of a child until 18 years of age but once a juvenile reaches the chronological age of 16 years, and is given full rights of a patient, both parties need to consent to medical care.

According to the Act on Health Care Institutions, a patient has the right to self-determination, respect for physical and mental integrity, as well as privacy, whereas, after the patient reaches the age of 16 years, the legal representative becomes in practice a mere co-decision maker to have medical services performed. Therefore, information obtained from a juvenile patient during physical test and medical interview does not have to be revealed to a legal representative, if the patient requests confidentiality and on condition it does not affect patient health and/or the planned medical procedures (e.g. the need to perform an operation).

Knowledge about procedures for juvenile patients shall enable doctors to make conscious choices about conduct and care or, in most cases, only advice, without the risk of breaching the Polish law.

Key words: **legal aspects / gynecology / adolescent /**

Wstęp

Historia praw dziecka nie jest zbyt długa, bowiem dopiero na przełomie XVIII i XIX wieku w świadomości ludzi ukształtowało się przekonanie, że dziecko potrzebuje specjalnej opieki i ochrony.

Osobą, której tragiczna historia zapoczątkowała w XIX w. działalność międzynarodowego ruchu na rzecz ochrony praw dzieci była 8-letnia dziewczynka, Mary Ellen Wilson z Baltimore, bita regularnie przez matkę. Pomoc uzyskała od osób należących do lokalnego oddziału stowarzyszenia przeciwdziałania okrucieństwu wobec zwierząt. Pod wpływem tamtego wydarzenia od roku 1874 w USA powstało ponad 200 różnych lokalnych stowarzyszeń, których celem była ochrona dzieci przed przemocą. Zaczęto traktować najmłodszych obywateli jak pełnowartościowych ludzi, którzy jako osoby jeszcze niedorosłe potrzebują szczególnego traktowania, opieki i warunków życia, które mogą zapewnić im możliwość prawidłowego rozwoju. Państwo, samorządy i organizacje społeczne postawiły sobie za cel działanie na rzecz dobra dzieci i przestrzegania ich praw do godziwego życia. Od 1880 r. w Europie powstawały towarzystwa międzynarodowe (kryminologów, sędziów dla nieletnich, opieki nad dziećmi porzuconymi i bezdomnymi), które pracowały nad łagodzeniem prawa karnego dla nieletnich, zakładaniu placówek wychowawczych i opiekuńczych dla dzieci itp.

Po raz pierwszy prawa dziecka zapisano w Deklaracji Genewskiej z 1924 roku, jednak najważniejszym, kompleksowym dokumentem określającym prawa dziecka jest Konwencja o Prawach Dziecka uchwalona w 1989 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, nazywana często światową konstytucją praw dziecka. Jest to pierwszy międzynarodowy dokument dotyczący dzieci, który uwzględnia ich prawa i wolności osobiste.

Do chwili obecnej dokument ratyfikowała rekordowa liczba 192 państw co świadczy o jego uniwersalizmie. Polska ratyfikowała Konwencję w 1991 roku.

Warto tutaj wspomnieć, że to Polska była inicjatorem i pomysłodawcą powstania Konwencji o Prawach Dziecka, toteż ciąży na nas szczególna odpowiedzialność, by w naszym kraju prawa najmłodszych były znane i przestrzegane.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości” (1). Rada USA do spraw Informacji i Edukacji o Seksualności (*Sexuality Information and Education Council of the United States*) podkreśliła przydatność tego stanowiska do okresu dojrzewania (2). Określenie pokwitania i okres dojrzewania jest często używany zamiennie w odniesieniu do stadium rozwojowego, przejścia od dzieciństwa do dorosłości.

Według definicji przyjętej w krajach anglosaskich – za pokwitania (*puberty*) uważa się okres rozwoju człowieka, w którym zachodzą zmiany hormonalne i somatyczne prowadzące do osiągnięcia biologicznej dojrzałości płciowej. W piśmiennictwie anglosaskim szerzej niż *puberty* rozumiany jest termin *adolescence* – czyli okres młodości, (adolescencji-dojrzewania). Oznacza on okres rozwoju człowieka prowadzący nie tylko do osiągnięcia dojrzałości gonad, zmian w budowie ciała, ale i rozwój psychiczny prowadzący do osiągnięcia dojrzałości psychospołecznej i emocjonalnej (dorastanie).

Człowiek najwcześniej osiąga dojrzałość seksualną w sferze biologicznej. (3, 15).

Podejmowanie współżycia płciowego przez młodzież w okresie adolescencji na różnym etapie rozwoju somatyczno-płciowego, z uwagi na swą powszechność, staje się coraz częściej realnym problemem prawnym, medycznym i społecznym.

Pedagodzy, studiując przyczyny tego zjawiska, zwracają uwagę na symptomy niedostosowania społecznego jak i na naturalny skutek akceleracji rozwojowej [4, 5, 15]. Seksuolodzy badają tempo i fazy dojrzewania psychoseksualnego dziewcząt i chłopców. Ginekolodzy wieku rozwojowego koncentrują się na

czysto medycznych, endokrynologicznych, zakaźnych czy połączonych skutkach przedwczesnego podejmowania współżycia płciowego.

Dojrzewanie psychoseksualne wiąże się z dojrzewaniem biologicznym, psychicznym i społecznym. Wraz z wystąpieniem pierwszej miesiączki – średnio w Polsce około 13. roku życia, można mówić o osiągnięciu pewnego etapu rozwoju płciowego. Dojrzałość psychiczna jest to moment, gdy cel seksualny jest jasno odczuwalny, czyli następuje wyraźne przejście z homofilnej do heterofilnej fazy rozwoju [5]. Dojrzałość społeczna to zdolność do odpowiedzialnego podejmowania decyzji. Uważa się, że dziewczęta osiągają tak pojętą dojrzałość pomiędzy szesnastym a siedemnastym rokiem życia. Harmonijny przebieg tych trzech procesów zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania dojrzałości seksualnej [5].

Prowadzone w Polsce badania wykazały, że podejmowanie współżycia płciowego przed ukończeniem osiemnastego roku życia jest zjawiskiem powszechnym. Zaledwie 20% nieletnich nie podejmuje współżycia płciowego. Blisko 15% uczniów szkół średnich regularnie współżyje płciowo, około połowa nieletnich współżyje regularnie, większość uczniów rozpoczyna współżycie pomiędzy 17.–18. rokiem życia, a niemal 8% nieletnich podejmuje aktywność seksualną przed piętnastym rokiem życia [5, 13, 14].

W Polsce brakuje ujednoczonego, jednoznacznego stanowiska środowisk medycznych i prawnych wobec procedur postępowania z nieletnią pacjentką, która podjęła współżycie płciowe i oczekuje od lekarza ginekologa porady, diagnozy, leczenia i domaga się przepisania tabletek antykoncepcyjnych. Procedury te muszą uwzględniać fakt, że dopiero od szesnastego roku życia nieletnia uzyskuje prawa pacjenta, a do tego czasu prawa te reprezentuje przedstawiciel ustawy [6, 7, 15].

Zgodnie z konwencją praw dziecka nieletni mają prawo do ochrony i opieki w zakresie, jaki jest konieczny dla ich dobra, mogą swobodnie wypowiadać swoje poglądy, ich zdanie powinno (lub musi) być uwzględniane w sprawach, które ich dotyczą, w odpowiedni sposób, uwzględniający wiek i stopień dojrzałości [8]. Jednakże w Polsce do osiemnastego roku życia nieletni funkcjonuje w obszarze władzy rodzicielskiej lub władzy opiekuna prawnego [7], a zgoda na świadczenie zdrowotne, oprócz zgody opiekuna prawnego, wymaga również zgody nieletniego, który ukończył 16. rok życia [6].

Procedury postępowania z nieletnim pacjentem w Izbie Przyjęć szpitala w momencie przyjęcia go na oddział szpitalny są jednoznaczne i zwykle egzekwowane rutynowo przez personel. Rodzic lub opiekun prawny wyraża swoim podpisem zgodę na leczenie nieletniego w szpitalu. Dodatkowej zgody wyrażonej podpisem wymaga leczenie operacyjne lub zastosowanie inwazyjnej procedury diagnostycznej. O zgodę na diagnostykę i leczenie w warunkach szpitala pacjent nieletni zwykle nie jest pytany.

W warunkach ambulatoryjnych w poradniach rodzinnych, kiedy pacjent nieletni zgłasza się po poradę bez opiekuna prawnego, lekarz zwykle pacjenta bada, udziela porady, zapisuje leczenie mając w świadomości domniemane pozwolenie matki na takie czynności, skoro dziecko jest chore a lekarz działa w dobrej wierze na rzecz pacjenta i zgodnie z zasadą etyki lekarskiej. Jednak szczególnej roztropności i znajomości przepisów prawa wymaga postępowanie lekarza ginekologa w warunkach ambu-

latoryjnych wobec nieletniej pacjentki, która domaga się badania ginekologicznego, porady dotyczącej inicjacji seksualnej lub współżycia płciowego lub zapisania środka antykoncepcyjnego. Jest to problem trudny, gdyż antykoncepcja jest w Polsce od lat przedmiotem wielu kontrowersji. W sprawach „za” lub „przeciw” używana jest argumentacja ze sfery etyki, prawa, medycyny jak i przekonań religijnych. Spory dotyczące przepisywania przez lekarza ginekologa tabletek antykoncepcyjnych nieletnim są szczególnie poddawane krytyce różnych środowisk. Strony sporu używają argumentów z różnych obszarów wiedzy i przekonań, co zaciemnia problem i utrudnia ustalenie jednolitych procedur postępowania w stosunku do nieletnich pacjentek.

Poniżej przedstawiamy propozycję takich procedur, opracowaną na podstawie obowiązującego w Polsce prawa, dotyczącego dziecka do osiemnastego roku życia, oraz naszego doświadczenia w pracy z nieletnimi w ginekologii dziecięcej.

W opracowaniu ograniczono argumentację ze sfery etyki, z wyjątkiem problemu zachowania tajemnicy lekarskiej, oraz wyeliminowano argumentację światopoglądową jako nieprzystającą do przedmiotu opracowania, sporządzonego wyłącznie według zgodnych z prawem medycznych procedur postępowania. Brak takich procedur powoduje że lekarz, działając nieświadomie, w dobrej wierze, narusza obowiązujące w Polsce prawo, traktując nieletnią jako pełnoprawnego pacjenta, lub odmawia świadczenia nieletniej ze względu na brak zgody opiekuna prawnego nie wiedząc, że w niektórych, szczególnych przypadkach może świadczenia zdrowotnego udzielić. Znajomość procedur postępowania wobec nieletniej pacjentki, jako podmiotu prawa, umożliwi ginekologowi świadomy wybór postępowania oraz udzielenie świadczenia lub tylko w większości przypadków porady, bez konieczności naruszania obowiązującego w Polsce prawa. Opracowanie to nie ma na celu udzielenia wszechstronnej odpowiedzi na pytanie, jak ma postąpić lekarz, ale zwrócenie uwagi na przepisy prawne, i w ich świetle ułatwić lekarzowi dokonanie świadomego wyboru postępowania.

Nieletnia pacjentka jako podmiot prawa w Polsce

Prawa dziecka wynikają z godności i niepowtarzalności dziecka jako jednostki ludzkiej i przysługują każdemu dziecku. Praw nie można dziecko pozbawić. Prawa dziecka dotyczą relacji władza - jednostka, w związku z tym Państwo musi zapewnić dziecku możliwość korzystania z przysługujących mu praw.

Najważniejszym dokumentem określającym prawa dziecka jest Konwencja o Prawach Dziecka, nazywana światową konstytucją praw dziecka. Konwencja została uchwalona 20 listopada 1989 r przez zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. Polska ratyfikując Konwencję o Prawach Dziecka w 1991 roku zobowiązała do realizacji postanowień i respektowania praw dziecka w niej zawartych. W świetle prawa człowieka nieletnia osoba jest dzieckiem a dziecko jest każdą istotą ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat. Prawa dziecka są pojęciem z kategorii praw człowieka i wynikają z godności i niepowtarzalności dziecka jako jednostki ludzkiej. Prawa dziecka to prawa człowieka, tyle że z niektórych praw dzieci korzystają w miarę dojrzewania i stosownie do posiadanej umiejętności rozeznania swojej sytuacji [8].

W polskim systemie prawnym doprowadzenie osoby poniżej piętnastego roku życia do obcowania płciowego, poddania się innej czynności seksualnej lub wykonanie takiej czynności

uznaje się za zgwałcenie bez względu na fakt, że czynność seksualna odbywa się za zgodą obu stron [10]. Ustawodawca przyjął że każdy, kto podejmuje z osobą małoletnią (poniżej 15 lat) czynności seksualne, narusza tym samym jej wolność seksualną nie dlatego, że narusza jej wolę w tym względzie (małoletni może bowiem na czynności takie zezwalać, a nawet je inspirować), lecz dlatego, że ofiara takiego czynu nie jest w stanie wyrazić ważnej prawnie decyzji w przedmiocie przyzwolenia na te czynności [11].

W przepisach prawa polskiego dziecko do szesnastego roku życia nie może samodzielnie realizować praw pacjenta, ponieważ konieczny jest tu udział, w decyzji o diagnostyce i leczeniu, przedstawiciela ustawowego (rodzica bądź opiekuna prawnego). Dziecko, które ukończyło szesnaście lat, a nie ukończyło osiemnastego roku życia, może we wskazanym zakresie samodzielnie realizować prawa pacjenta, ale pod kontrolą przedstawiciela ustawowego. Od szesnastego roku życia dziecko uzyskuje prawo do bezpośredniego udziału w podejmowaniu decyzji (w stosowaniu procedur medycznych), co do wyboru i zgody na świadczenie zdrowotne w odniesieniu do swojej osoby [6].

Akceptacja świadczenia zdrowotnego wymaga tzw. zgody równoległej (podwójnej): oprócz zgody samego niepełnoletniego pacjenta niezbędna jest zgoda przedstawiciela ustawowego. Brak którejkolwiek z nich powoduje bezprawność świadczenia zdrowotnego. Zgoda, co do zasady, może być udzielona ustnie a nawet w sposób domyślny (brak sprzeciwu), to jest przez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Zgoda na operację oraz leczenie o podwyższonym ryzyku wymaga zgody pisemnej.

Lekarz w swym postępowaniu wobec pacjenta nieletniego, po 16. roku życia, powinien wiedzieć, że również tych nieletnich dotyczą wszystkie prawa pacjenta ujęte w polskim prawie. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do samodecydowania o sobie, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej, oraz do poszanowania prywatności, a udział przedstawiciela ustawowego (po 16. roku życia) dotyczy w zasadzie współdecydowania o wykonaniu świadczenia zdrowotnego [9]. Tym samym, np. informacje uzyskane od takiego nieletniego pacjenta w badaniu podmiotowym i przedmiotowym, nie muszą być przekazywane przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli tajemnicy domaga się nieletni pacjent, i jeśli nie ma to wpływu na jego zdrowie oraz planowane procedury medyczne (np. konieczność wykonania operacji).

Jeśli więc lekarz uzyska informację, że pacjentka ponad 16-letnia miała kontakty seksualne, to zgodnie z obowiązującym polskim prawem nie musi udzielać takiej informacji rodzicom, jeżeli pacjentka tego sobie nie życzy.

Opracowanie procedury postępowania wobec pacjentki po szesnastym roku życia, która odmawia współdziałania opiekuna prawnego w decyzji o świadczeniu zdrowotnym, powinno uwzględniać analizę, czy działanie to narusza obszar władzy rodzicielskiej. Władza rodzicielska wobec dziecka w Polsce obowiązuje od urodzenia do osiemnastego roku życia, i określona jest, co do obszaru funkcjonowania, w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym.

Kodeks ten nie zawiera szczegółowej definicji i zakresu władzy rodzicielskiej. Doktryna prawna definiuje ją jako ogół praw i obowiązków rodziców względem dziecka, mających na celu

zapewnienie mu należytej pieczy i strzeżenia jego interesów.

Władza rodzicielska obejmuje w szczególności [7, 15]:

- obowiązek i prawo do wykonywania pieczy nad osobą dziecka;
- prawo do wychowywania dziecka, zarządzania majątkiem dziecka i reprezentowania dziecka.

Władza rodzicielska jest wykonywana w interesie dziecka, a więc dobro dziecka stanowi nadrzędne wskazanie, które rozstrzyga o treści jak też o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej. Opiekunowie dziecka powinni sprawować władzę rodzicielską uwzględniając w swoich decyzjach stopień jego dojrzałości. W relacjach rzeczywistych dziecko – rodzic, zwłaszcza w okresie dojrzewania dziecka, pojawiają się napięcia i konflikty, co do zakresu i sposobu sprawowania tej władzy. Ponadto, niestety, nie jest tradycją polskiej rodziny szanowanie autonomii dziecka i jego prawa do współdecydowania o sobie. Pokutuje (nieuzasadnione prawnie) przekonanie i szkodliwe dla rozwoju psychoemocjonalnego, że dziecko jest własnością rodziców. Organizacje pozarządowe zabiegają o zmianę pojęcia „władzy rodzicielskiej” w Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym na „pieczę”, jak również o ochronę więzi uczuciowej i tożsamości dziecka.

Czy wobec tego dojrzewająca młodzież ma prawo traktować podjęcie współżycia płciowego, samodzielnej wizyty u lekarza ginekologa, domagania się zapisania środków antykoncepcyjnych – jako prawa obowiązującego poza obszarem władzy rodzicielskiej? Jeżeli relacje rodzic – dziecko są zachwiane bądź wręcz patologiczne, trudno mówić o skutecznym i obiektywnym funkcjonowaniu władzy rodzicielskiej. Optymalnym dla lekarza rozwiązaniem jest wspólne podjęcie decyzji opiekuna i nieletniej o wizycie u ginekologa.

Lekarz w swym działaniu powinien uwzględnić, że przekroczenie przepisów prawnych dotyczących władzy rodzicielskiej może rodzić skutki prawne nawet wtedy, gdy jest się przekonany, że działanie jest w interesie dziecka. Wybór „mniejszego” zła nie chroni lekarza przed odpowiedzialnością prawną, (ale niewątpliwie łagodzi skutki takiej odpowiedzialności). Lekarz powinien wiedzieć, że władza rodzicielska nie jest nieograniczona i rodzice lub opiekunowie prawni muszą na wszystko wyrażać zgodę, jak i że władza rodzicielska nie może całkowicie ingerować w życie dziecka.

Od trzynastego roku życia dziecko uzyskuje ograniczoną zdolność do podejmowania czynności prawnych uregulowanych przez prawo cywilne (np. kupna towaru czy wykonania usługi). Generalna zasada jest taka, że może ono swobodnie zawierać umowy, które zwiększają jego prawa (np. na gruncie prawa cywilnego – przyjęcie darowizny) albo zmniejszają obowiązki. Jednakże, jeżeli dana umowa uszczupla uprawnienia lub nakłada obowiązki na nieletnią, wtedy umowa musi być zawarta za zgodą przedstawiciela ustawowego takiej osoby. Prawo chroni więc osoby słabsze.

Wobec niepełnoletniego pacjenta istnieje konieczność wyśrodkowania w postępowaniu lekarza między nadmiernym paternalizmem (ograniczeniem autonomii osoby dla powodów mających na celu jej dobro) a próbą przekształcenia partnerskiego układu lekarz – pacjent w usługowy układ lekarz – klient. Ta pierwsza postawa charakteryzuje lekarzy o konserwatywnych poglądach, ta druga zwolenników traktowania usług medycznych jak każdej innej usługi wymagającej jedynie profesjonalizmu

Tabela I. Przestrzeń prawna dziecka w Polsce (wg stanu prawnego na 2009 r.).

prawa nieletnich w Polsce	od chwili urodzenia	13 lat	15 lat	16 lat	18 lat	powyżej 18 lat
osobowość prawna	osobowość prawną uzyskuje człowiek do urodzenia do końca życia					
władza rodzicielska	pełna władza rodzicielska					zakończona
prawo do czynności prawnych	nie posiada	ograniczone prawo do czynności prawnych				pełne prawo
obcowanie płciowe jako przestępstwo*	podejmowanie czynności seksualnych z osobą poniżej 15 lat jest przestępstwem			ustawodawca przyjął, że osoba, która ukończyła 15 lat może za swą zgodą podejmować czynności seksualne		
prawa pacjenta	brak autonomicznych praw pacjenta			ograniczone prawa pacjenta		pełne prawa
prawo do pracy	Nie posiada prawa do pracy			ograniczone prawo do pracy		pełne prawo

*Kodeks Karny, rozdz. XXV; przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności; Art. 200 §1.: *Kto obcuje z małoletnim poniżej 15 lat lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzają do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.*

usługodawcy. W szerszym kontekście przyjętego postępowania powstać mogą niekiedy obawy czy akcentowanie praw nieletnich nie przyczyni się do wzrastania postaw roszczeniowych nastolatków, prowadzących w konsekwencji do zachowań patologicznych. Chcemy jednak pokreślić, że znajomość swoich praw przez nieletnich w większości chroni ich przed zaniedbaniami opiekunów, a lekarza skłania do nieprzekraczania kompetencji zarówno wobec opiekunów jak i nieletnich [15, 16].

Pewna niejednoznaczność polskiego prawa nie pozwala na utworzenie jednorodzących procedur w odniesieniu do zdrowej nieletniej w wieku od szesnastu do osiemnastu lat, która zgłasza się do lekarza po świadczenie zdrowotne: badanie ginekologiczne, zapisanie tabletek antykoncepcyjnych i jednocześnie odmawia współdziałania w decyzji przedstawiciela ustawowego (matki). Niedookreśloność ta wynika z różnej interpretacji zakresu funkcjonowania nieletniej w obszarze władzy rodzicielskiej.

Warto zatem raz jeszcze dokonać propozycji zasad postępowania wobec nieletnich pacjentek poradni ginekologii dziecięcej i dziewczęcej – współżyjących płciowo:

I. Wiek – pacjentki poniżej piętnastu lat .

1. Wizyta u lekarza musi bezwzględnie odbyć się w obecności przedstawiciela ustawowego.
2. Badanie ginekologiczne wymaga zgody przedstawiciela ustawowego.
3. Fakt stwierdzenia współżycia płciowego winien być przekazany przedstawicielowi ustawowemu oraz winno być złożone zawiadomienie do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, niezależnie od woli przedstawiciela ustawowego, ale nie poza nim.
4. Lekarz nie może zapisywać tabletek antykoncepcyjnych, nawet jeżeli domaga się tego przedstawiciel ustawowy, ponieważ zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem współżycie płciowe poniżej 15. roku życia jest przestępstwem.

II. Wiek – piętnaście lat ukończone, do szesnastu lat.

1. Wizyta u lekarza winna odbyć się w obecności przedstawiciela ustawowego.
2. Badanie ginekologiczne wymaga zgody przedstawiciela ustawowego.
3. Fakt stwierdzenia współżycia nie powinien być zatajony przed przedstawicielem ustawowym.

4. Przepisanie tabletek antykoncepcyjnych, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych, wymaga zgody przedstawiciela ustawowego (pisemnej odnotowanej w historii choroby) jak i nieletniej, i tylko wówczas, jeśli nieletnia już podjęła bądź ma zamiar wkrótce podjąć współżycie płciowe. Profilaktycznie nie zapisuje się tabletek antykoncepcyjnych z powodu, np.: córka przebywa poza domem w internacie i nie mam nad nią kontroli, lub dlatego że jutro idzie na dyskotekę.

III. Wiek – szesnaście ukończone do osiemnastu lat.

1. Wizyta u lekarza powinna być potwierdzona przez nieletnią, że odbywa się za zgodą przedstawiciela ustawowego. Niekonieczna jest zgoda pisemna, jeżeli pacjentka zgłasza się sama celem przeprowadzenia badania ginekologicznego.
2. Badanie ginekologiczne powinno być przeprowadzone za zgodą pacjentki i niekoniecznie przedstawiciela ustawowego.
3. Stwierdzenie współżycia seksualnego nie musi być przekazane w formie informacji przedstawicielowi ustawowemu, jeżeli pacjentka o to prosi i jeżeli nie ma to wpływu na podjęte dalsze procedury medyczne.
4. Przepisanie tabletek antykoncepcyjnych: odmowa, gdy są bezwzględne przeciwwskazania medyczne; gdy są względne – wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego.

W przypadku gdy:

- pacjentka jest zdrowa (co stwierdzono po wykonaniu badania podmiotowego, przedmiotowego i innych koniecznych badań do potwierdzenia stanu zdrowia),
- odmawia poinformowania przedstawiciela ustawowego, by współuczestniczył w decyzji przepisywania środka antykoncepcyjnego,
- twierdzi, że podjęła współżycie płciowe i nadal będzie współżyła,
- domaga się zapisania środka antykoncepcyjnego, lekarz może podjąć decyzję o zapisaniu tego środka bez informowania przedstawiciela ustawowego, biorąc pod uwagę:
- wiek pacjentki (powyżej 16 lat, czyli uzyskała prawa pacjenta),

- dojrzałość psychoemocjonalną (potwierdzenie więzi emocjonalnej z partnerem),
- uwarunkowania rodzinne (trudny kontakt z matką, bądź z opiekunem prawnym np. dzieci z domów dziecka).

W podejmowaniu decyzji lekarskich wobec nieletnich pacjentów warto mieć świadomość, że istnieje bezwzględny wymóg współdecydowania przez przedstawiciela ustawowego wraz z nieletnim pacjentem [15, 16].

W podsumowaniu należy przytoczyć następujące przepisy kodeksowe:

- § Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy, Rozdział II. Stosunki między rodzicami a dziećmi. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku. Dziennik Ustaw z 1964 roku. Nr 9, poz. 59, z późniejszymi zmianami.
- § Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).
- § Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. z późniejszymi zmianami: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410, Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 123, poz. 849.
- § Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. Dziennik Ustaw Nr 91 z 1991 r. poz. 408.
- § Kodeks Karny, Rozdział XXV. Przepisy przeciwko wolności sumienia i wyznania. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku. Dziennik Ustaw z 1997 roku. Nr 88, poz. 553, Nr 128, poz. 840, z późniejszymi zmianami.
- § Konwencja Praw Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dziennik Ustaw Nr 120 z 1991 r. poz. 526.

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z, Lew-Starowicz M. Zdrowie seksualne. Psychiatria w praktyce Ogólnolekarskiej. 2003, 3, 1-5.
2. Haffner D. Facing facts: sexual health for America's adolescents: the report of the National Commission on Adolescent Sexual Health. *SIECUS Rep.* 1995, 23, 2-8.
3. Sisk C, Zehr J. Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front Neuroendocrinol.* 2005, 26, 163-174.
4. Izdebski Z. Zachowania seksualne młodzieży. *Remedium.* 2001, 6, 20-23.
5. Łukaszek M. Przedwczesne podejmowanie życia seksualnego przez dzieci i młodzież. *Kwartalnik Edukacyjny.* 2002, 3-4, 54-61.
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Z późniejszymi zmianami: Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410, Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr 123, poz. 849.
7. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy, Rozdział II. Stosunki między rodzicami a dziećmi. Dziennik Ustaw z 1964 roku. Nr 9, poz. 59, z późniejszymi zmianami.
8. Konwencja Praw Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dziennik Ustaw Nr 120 z 1991 r. poz. 526.
9. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. Dziennik Ustaw Nr 91 z 1991 r. poz. 408.
10. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku. Kodeks Karny, Rozdział XXV. Przepisy przeciwko wolności sumienia i wyznania. Dziennik Ustaw z 1997 roku. Nr 88, poz. 553, Nr 128, poz. 840, z późniejszymi zmianami.
11. Filar M. Seksualne wykorzystywanie dzieci w świetle polskiego kodeksu karnego. W: *Wykorzystywanie seksualne dzieci. Teoria, badania, praktyka.* Red. Sajkowska M. Warszawa, 2004, 35-54.
12. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).
13. Witek A, Wilk K, Droszdzol A, [i wsp.]. Aktywność seksualna siedemnastoletniej młodzieży województwa śląskiego. *Ann Acad Med Siles.* 2005, 59, 267-270.
14. Woynarowska B, Izdebski Z, Kołoto H, Mazur J. Inicjacja seksualna i stosowanie prezerwatyw oraz innych metod zapobiegania ciąży przez młodzież 15-letnią w Polsce i w innych krajach. *Ginekol Pol.* 2004, 75, 621-632.
15. Jarząbek-Bielecka G, Durda M, Sowińska-Przepiera E, Kaczmarek M, Kędzia W. Aktywność seksualna dziewcząt- aspekty medyczne i prawne. *Ginekol Pol.* 2012, 83, 801-880.
16. Sowińska-Przepiera E, Andrysiak-Mamos E, Syrenicz A. Nieletnia jako pacjent w poradni ginekologii wieku rozwojowego. *Endokr Pol.* 2008, 59, 412-419.

KOMUNIKAT

KOMUNIKAT



Sekcja Gestozy i Nadciśnienia w Ciąży Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Oddział Lubelski Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej

Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

zapraszają na

XV Sympozjum Sekcji Gestozy i Nadciśnienia w Ciąży Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

CIĘCIE CESARSKIE

które odbędzie się w dniach 31.05 – 02.06.2013r.
w Kazimierzu Dolnym

Na program Sympozjum składać się będą sesje wykładowe. Wystąpią wybitni specjaliści z grona ekspertów w dziedzinie położnictwa, ginekologii i neonatologii. Przedstawione wykłady wydane będą w formie monografii.

Szczegółowe informacje dotyczące Sympozjum dostępne są na stronie internetowej: www.gestoza.umlub.pl

Zgłoszenia udziału należy dokonywać drogą elektroniczną:
gestoza@umlub.pl

Sekretariat Sympozjum:
Zajazd Piastowski, 24-120 Kazimierz Dolny, ul. Słoneczna 3
czynny: 31 maja (piątek) w godzinach 16.00 – 20.00
1 czerwca (sobota) w godzinach 8.00 – 11.00

Adres do korespondencji:
Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii UM w Lublinie
20-954 Lublin
ul. Jaczewskiego 8
tel.: 81-724-48-44