

НАЦИОНАЛЕН ДОКЛАД: БЪЛГАРИЯ



Обучаване на здравните
специалисти как да
подобрят достъпа до
здравеопазване на ЛГБТИ
хората в България



Promoting Inclusive
and Competent Health Care
for LGBTI People



Заглавие: **Насърчаване на приобщаващо и компетентно здравеопазване за ЛГБТИ хора в България**

Автори: **Моника Писанкънева, Пол Найденов**

Коректор: **Лили Драгоева**

Графичен дизайн: **Пол Найденов**

Издател: **Фондация Ресурсен център Билитис**

Дата: **Октомври 2020**



Тази публикация е създадена като част от проекта „Отворени врати: Насърчаване на приобщаващо и компетентно здравеопазване за ЛГБТИ хора в България“ (Open Doors: Promoting Inclusive and Competent Health Care for LGBTI People), съфинансиран от Програмата на Европейския съюз за права, равенство и гражданство (2014-2020).

Съдържанието на тази публикация представлява единствено възгледите на авторите и те носят пълна отговорност. Европейската комисия не поема каквато и да било отговорност за използването на информацията, която се съдържа в публикацията.



Настоящата публикация може да бъде изтеглена безплатно от opendoorshhealth.eu.

Съдържание

Поглед върху държавата	4
Резюме на главата	5
Правна рамка	6
Изследвания, програми и стратегии	10
Подкрепа и услуги за ЛГБТИ пациенти	12
Признаване на необходимостта да се използва „неутрален“ език	14
Информираност за специфични здравни нужди	15
Липса на медицински проучвания за специфичните здравни нужди на транс и интерсекс хората	15
Гласно отхвърляне на необходимостта от специфични компетенции по отношение на здравните нужди на ЛГБТИ хората	16
Признаване на съществуването на силни предразсъдъци, които пречат на професионализма	17
Специалисти и изграждане на капацитет	18
Познаване на ЛГБТИ идентичностите	19
Отношение към ЛГБТИ хората	19
Опит и практики	21
Нужди от обучение	23
Обучението по медицина не обхваща ЛГБТИ идентичностите	24
Как трябва да изглежда обучението по ЛГБТИ въпроси за здравни специалисти	26
Закljučения и препоръки	28
Препоръки	29
Българската държава трябва:	29
Приложение 1: Отговори в онлайн проучването	30

Поглед върху държавата

Българската здравна система остава силно централизирана с един платец, който администрира социалното здравно осигуряване (Националната здравноосигурителна каса). По отношение на основните здравни показатели (продължителност на живота и детска смъртност) България изостава от средното за ЕС и здравната система изостря вече съществуващото социално-икономическо неравенство (Димова, А. и др., 2018 г.)¹. Ниската ефективност на централно организираното здравно осигуряване се доказва от много високите разходи на населението за здравни услуги (47,7% през 2015 г. според същия доклад). Достъпът до адекватни здравни грижи е затруднен в малките градове и села и се съобщава за влошаване през последните години. Здравните специалисти са съсредоточени в градските райони, където ръстът на частните здравни грижи, които само частично работят с Националната здравноосигурителна каса или изобщо не го правят, е значителна тенденция, която води до съществено неравенство в достъпа до здравни грижи за хората от групи в неравностойно социално положение.

Прегледът на неофициалните медицински публикации, проведен от Ресурсен център „Билитис“ през 2016 г. в рамките на проекта Health4LGBTI², показва, че ЛГБТИ хората не се споменават никъде като специфична уязвима група по отношение на достъпа до здравеопазване. Само групата на MSM е спомената като високо рискова група в брошури и доклади на Националната програма за превенция на ХИВ/СПИ, която преди това беше финансирана от Глобалния фонд за СПИН. Наскоро публикуван анализ на достъпа до здравни грижи за конкретни популации, направен през 2018 г.³, обръща внимание на ромите, затворниците и бежанците, както и полицейския и военния персонал. ЛГБТИ хората не са разглеждани като специфична уязвима група при анализа на националната здравна система. Противно на това, проучването на FRA за ЛГБТИ от 2019 г. показва, че ЛГБТИ хората са уязвими при опит за достъп до здравни услуги: 19% от всички ЛГБТИ респонденти от България са се почувствали дискриминирани поради това, че са лесбийки, гей мъже, бисексуални, трансжендър или интерсекс от здравни или социални служби през последните 12 месеца.⁴ Този процент е по-висок в сравнение с резултатите от проучването на FRA за ЛГБТ от 2012 г., което показва, че 9% от българските респонденти са се чувствали дискриминирани от здравния персонал през последните 12 месеца поради това, че са лесбийки, гей мъже, бисексуални или трансжендър.⁵

¹ Димова, А. и др., България. Анализ на здравната система, 2018 г.. Здравни системи в преход, том 20, № 4, 2018 г.

² Проект Health4LGBTI, достъпен на: https://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en#fragment2

³ Димова, А. и др., България. Анализ на здравната система, 2018 г.. Здравни системи в преход, том 20, № 4, стр. 167, 2018 г.

⁴ Проучване на FRA за ЛГБТИ от 2019 г., открито на: <https://fra.europa.eu/en/data-and-maps/2020/lgbti-survey-data-explorer>

⁵ Проучване на FRA за ЛГБТИ от 2012 г., открито на: <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-fundamental-rights-lesbian-gay-bisexual-and>

Резюме на главата

- Националният здравен закон не посочва ЛГБТИ хората като уязвима група;
- Няма писмени здравни политики, насочени към нуждите на ЛГБТИ хората, с изключение на политиките и Националната програма за превенция на ХИВ/СПИ, която предвижда мерки за превенция за MSM като високо рискова група;
- Добрите практики за равно третиране на ЛГБТИ пациентите (където ги има) се базират на добрата воля на здравните специалисти в дадено звено и не се основават на закони или политики и обикновено са ограничени до сферата на частното здравеопазване;
- Обучението по медицина в националните университети се основава на остарели парадигми за ЛГБТИ, които засилват негативните стереотипи, което пречи на предоставянето на адекватни здравни грижи на ЛГБТИ пациенти;
- Няма външно предоставени лицензирани курсове за обучение на студенти по медицина или практикуващи здравни специалисти по ЛГБТИ въпроси;
- Повечето здравни специалисти, участвали в проучването на място по проекта OpenDoors, са били свидетели на негативно отношение към ЛГБТИ пациентите, вариращо от шеги до унижения и отказ на здравни услуги;
- По-голямата част от участниците в проучването на място разпознават необходимостта от обучение по ЛГБТИ въпроси и теми, вариращи от основни познания за ЛГБТИ идентичностите и приобщаващия език до законодателство за ЛГБТИ семействата, процедури за утвърждаване на пола и законно признаване на пола и услугите, предоставяни от ЛГБТИ неправителствени организации;
- Положителната страна е, че по-голямата част от респондентите се интересуват от участие в интерактивно обучение по ЛГБТИ въпроси и горните теми както онлайн, така и офлайн.

Правна рамка

Анализът на българската правна рамка, която регулира достъпа до здравеопазване, води до общото заключение, че ЛГБТИ хората нямат равен достъп до здравни грижи, като различните подгрупи са засегнати по различен начин (транс и интерсекс хората са най-уязвими) и пресечеността играе много важна роля за създаването на допълнително утежняване на неравностойното положение, произтичащо от социалния статус, етническият произход, физическите възможности и т.н. на човека. Политики и процедури, гарантиращи правата на ЛГБТИ пациентите, са необходими и признати за важни от здравните специалисти, участвали в проучването на място по проекта OpenDoors, но те трябва да се основават на дълбоки промени в националните закони, които гарантират семейните права за ЛГБТИ хора и правата на телесна неприкосновеност и законно признаване на пола за транс и интерсекс хората.

На 16 септември 2003 г. българското Народно събрание приема обширен антидискриминационен закон, който влиза в сила от 1 януари 2004 г. Законът забранява дискриминацията по редица основания, включително раса, пол, религия, увреждания, възраст и сексуална ориентация. Той предвижда, че в случаите на дискриминация *prima facie*, ответникът носи тежестта да докаже, че не е възникнала дискриминация. Законът създава Комисия за защита от дискриминация, състояща се от девет члена – петима избрани от Народното събрание и четирима назначени от президента, със специализирани подкомисии за расова и полова дискриминация, която ще има правомощията да получава и разследва жалби и да постановява задължителни решения, както и да налага значителни глоби на извършителите. Законът включва такива разпоредби, че повече от една жертва може да се присъедини към жалба в случаите, когато дискриминационното насилие вреди на групи хора.

През април 2015 г. изменение на Закона за защита от дискриминация включва „промяна на пола“ като допълнително основание, на което е забранена дискриминацията. Тази нова разпоредба е поискана от Комисията за защита от дискриминация за разширяване на защитата на транс хората, но все още не е създадена широка правна практика, в която се използва тази нова разпоредба.

Българският антидискриминационен закон осигурява защита срещу дискриминация във всички сфери на живота, включително здравната сфера. Това е основният закон, гарантиращ недискриминация в здравеопазването и защита на правата на пациентите. Конкретните разпоредби относно равния достъп до здравни грижи, включени в Закона за здравето, произтичат от общите антидискриминационни принципи, гарантирани от Закона за защита от дискриминация.

Законът за здравето (с последна редакция, обнародвана в Държавен вестник, брой 41 от 2009 г., в сила от 2.06.2009 г.) подчертава равен достъп до здравни услуги за всички лица (чл. 2, т. 1). В този правен документ няма изрично споменаване на ЛГБТИ хората. Законът предоставя специална здравна защита на следните групи: деца, бременни жени, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства. Чл. 85 гласи, че на пациента се оказва здравна помощ независимо от неговата възраст, пол, произход, език, национална, расова или политическа принадлежност, образование, убеждения, културно равнище, сексуална ориентация, лично, обществено или материално положение, увреждане и вид и причина на заболяването.

Горните разпоредби не се затвърждават последователно на практика по отношение на ЛГБТИ хора. Националните организации за ЛГБТИ права (Билитис, ГЛАС, Действие) са получили многобройни доклади от ЛГБТИ хора за нарушения на правото им на равен достъп до здравеопазване. Основните видове нарушения са: 1) законодателството за асистирана репродукция не изключва самотни жени, но има два докладвани случая на отказан достъп до публичния фонд за асистирана репродукция (който субсидира ин витро процедури) на лесбийски двойки с репродуктивни проблеми, когато последните ясно са заявили типа на своето семейство (т.е. еднополово семейство); 2) забавяне на спешна здравна помощ за транс и интерсекс хора (много докладвани индивидуални случаи), когато има несъответствие между правния и физическия пол на индивида; 3) липса на адекватни здравни услуги за транс и интерсекс хора, по-конкретно поради липсата на компетенции на общопрактикуващите лекари за това как да лекуват такива пациенти и поради неадекватно насочване към специализирани здравни грижи (ендокринолози, генетични специалисти); 4) няма законодателство относно лечение за утвърждаване на пола, което отговаря на нуждите на транс и интерсекс хората; следователно някои основни здравни нужди като ХЗТ и хормонални тестове не се покриват от Националната здравноосигурителна каса и трябва да бъдат покрити със собствени средства; 5) няма законова забрана за ненужни операции на интерсекс деца, което води до процедури за осакатяване на тялото със съгласието на родителите; интерсекс децата, отглеждани в институции, често са обекти на ненужни (експериментални) хирургически процедури; и не на последно място, родителите на интерсекс деца не винаги получават актуална научна информация за интерсекс състоянията; 6) невъзможност да се предостави статут на „близък роднина“ на съжителстващ партньор за хора, живеещи в еднополови семейства, което води до неравен достъп до здравна информация и процедури, изискващи съгласие на кръвен роднина/законен партньор (със сериозни последици за достъпа до здравни грижи и за децата от еднополови семейства, при които небиологичният родител няма никакви права върху детето); 7) липса на достъп до сурогатно майчинство и осиновяване за еднополови семейства: липса на достъп до осиновяване за самотни мъже,

независимо от тяхната сексуална ориентация; сурогатното майчинство е забранено през 2019 г. след парламентарен дебат, основан на религиозни аргументи и на довода, че жените не са „машини“ за раждане на деца.

Нуждите на ЛГБТИ пациентите не се разглеждат в Етичните кодекси или други медицински стандарти, които съществуват в писмена форма. Гражданските права на ЛГБТИ хората по отношение на здравеопазването са предвидени в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване. Основните ограничения произтичат от липсата на юридическо признаване на някои идентичности (по-конкретно транс и интерсекс) и някои видове семейства. Последното води до ограничения в достъпа до здравни грижи, което е трудно да се разреши по правен път на базата на съществуващото законодателство. Неравното третиране на ЛГБТИ хората често се оправдава с факта, че здравният закон трябва да предоставя еднаква защита на всички, където „еднаква“ се разбира като „равна“.

Когато се анализира достъпът до здравни грижи за ЛГБТИ хора в България в сравнителна перспектива, трябва да подчертаем, че националната здравна система като цяло има много слаби механизми за защита на правата на пациента. Правата на адекватни здравни грижи при много хора не се зачитат и има широко разпространено лошо отношение, което засяга непропорционално хората, които страдат от различни неблагоприятни условия, свързани предимно със социалния статус, а също и в резултат на дискриминация, основана на идентичност.

В рамките на проучването на място, проведено от изследовател от Фондация „Ресурсен център Билитис“, са интервюирани общо 10 медицински специалисти, като 5 от интервютата бяха проведени под формата на фокус група. Половината от хората вече са практикуващи медицински специалисти. Другата част са студенти по медицина в последната година на обучението си, но те вече имат опит като лекари или медицински консултанти в различни здравни заведения. Всички интервюирани са запознати с темата за ЛГБТИ и повечето от тях открито споделят впечатленията си от работата си с ЛГБТИ пациенти. Двама от интервюираните са част от ЛГБТИ общността. Като такива, те показват повече информираност по ЛГБТИ въпросите, здравето и правата.

Първият извод от проучването на място е, че равният достъп до здравни грижи за ЛГБТИ хора не може да бъде гарантиран, докато правата на ЛГБТИ хората не бъдат ефективно защитени от националните закони. Правата на правно признаване на пола (за транс и интерсекс) и телесна неприкосновеност (за интерсекс) и семейните права (за всички ЛГБТИ хора) играят важна роля за осигуряването на равен достъп до здравни грижи. Трима от интервюираните здравни работници подчертават, че партньорите

на ЛГБТИ пациенти нямат право да получават важна здравна информация, да вземат спешни и изключително важни решения, които по закон се вземат само от член на семейството, както и решения за трансплантация и донорство на органи. Никой от интервюираните здравни специалисти не е запознат със специфични здравни политики и разпоредби относно здравето на ЛГБТИ хората. Тази гледна точка е обобщена по следния начин: „ако има такива, никой не знае за тях“. Всички респонденти споделят мнението, че такива закони и политики трябва да съществуват, но конкретни примери за това какво точно трябва да бъде включено в тях не са дадени.

На въпрос дали има някакви политики или механизми за докладване на дискриминационно отношение в болницата и дали има къде да се докладва, един от лекарите сподели следното (*медицински консултант, Център за спешна медицинска помощ, София и CheckPoint, София, 26 г., мъж*): „В продължение на 6 години никога не съм бил свидетел на дискриминация срещу ЛГБТИ пациент. Абсолютно никога не е имало такъв случай. Нямаме конкретен и строго разработен регламент или процедура, защото това просто не е необходимо.“ Когато са му зададени някои последващи въпроси, за да се изясни как са третирани ЛГБТИ пациентите в центъра, където той работи, се оказва, че той е слабо запознат с ефекта на езика върху ЛГБТИ хората, които идват в центъра за спешна помощ, и той не обръща особено внимание на неформалните разговори между здравните работници или на използването на „шеги“ и други коментари, които може да се почувстват като обидни от пациента.

Пример за добра практика по отношение на равното третиране е докладван от здравни работници, които са запознати с практиката в частните родилни болници. Известно е, че някои частни родилни болници в София третират лесбийските двойки по същия начин, по който се отнасят към женените или съжителстващи хетеросексуални партньори. Няколко респонденти съобщиха, че от лични контакти с лекари от тези родилни болници знаят, че втората майка обикновено има право да присъства при раждането на бебето и няма ограничения по отношение на посещението на родилката или достъпа до важна здравна информация. Услугите в тези болници обаче са скъпи и достъпни само за хора с високи доходи.

Само един интервюиран е на мнение, че Законът за защита от дискриминация и Законът за здравето осигуряват достатъчна база за равен достъп до здравни грижи, но те не са прилагани последователно. (*микробиолог, Национален център по заразни и паразитни болести, София, 34 г., жена*). Останалите респонденти не са доволни от законовата база за правата на пациентите в България като цяло и се съгласяват, че съществуващите добри практики са до голяма степен резултат от лична инициатива (на конкретна болница или конкретен здравен специалист, който ръководи частна практика).

Половината от интервюираните здравни специалисти съобщават, че са били свидетели на дискриминационно третиране на ЛГБТИ пациенти, което включва унизителни коментари и забележки, както и дискриминация, която пряко засяга медицинското обслужване, предоставяно от здравното звено (например забавяне на лечението или небрежност към пациент, който е транс или гей, живеещ с ХИВ/СПИН – примери са дадени в следващата глава). Същите респонденти се съгласяват, че въпреки че ситуации на дискриминация срещу ЛГБТИ пациенти се срещат относително често, не съществува ефективен механизъм за докладване на подобни инциденти и няма конкретен орган, който да се занимава с тях. Никой не споменава ролята на пациентските сдружения, които са много активни в застъпничеството за правата на определени групи пациенти, като например пациенти с онкологични заболявания, които не получават пълния пакет от здравни услуги, който е гарантиран от Националната здравноосигурителна каса. Може да се направи извод, че дискриминация, основана на идентичност, не се разглежда често от организациите, застъпващи се за правата на пациентите. Механизмите за защита на правата на пациентите, предвидени в закона, не обхващат ефективно всички уязвими групи, включително ЛГБТИ хората, а здравните работници не са запознати със случаи, в които инцидент на дискриминация срещу лице, което е лесбийка, гей мъж, бисексуален, транс или интерсекс, е адресиран адекватно.

Изследвания, програми и стратегии

В България практически не съществуват научни изследвания за здравни нуждите на ЛГБТИ хората. ЛГБТИ хората като специфична уязвима група се споменават само в информационни материали относно превенцията на ХИВ/СПИ. Групата за МСМ е ясно идентифицирана като група с висок риск в Националната програма за превенция и контрол на ХИВ/СПИ за 2017-2020 г. Здравните специалисти, които искат да разширят знанията си за здравните нужди на ЛГБТИ хората, търсят такава информация най-вече онлайн и от международни научни източници.

В България не съществуват нито национални здравни проучвания, нито система, която измерва удовлетвореността на пациентите от обществените здравни услуги. Някои частни здравни заведения може да имат вътрешни системи за измерване на удовлетвореността на пациентите, но тези практики не са широко известни.

ЛГБТИ неправителствени организации: Ресурсен център „Билитис“, който е партньор по проекта Health4LGBTI (2016-2017), редовно събира информация за достъпа до здравни услуги за транс и

интерсекс хора, които са членове на групата за взаимопомощ Транс, интерсекс и съюзници (ТИА). Групата дава възможност за споделяне на личен опит с добре настроени към ЛГБТИ хора здрави специалисти пред нейните членове. „Билитис“ предоставя насочване към добре настроени към ЛГБТИ хора здрави специалисти за транс и интерсекс хора при поискване. Фондациите „ГЛАС“ и „Сингъл степ“ работят най-вече върху предоставянето на подкрепа на хора, живеещи с ХИВ/СПИН.

Единствената национална политика, която обхваща определена подгрупа на ЛГБТИ общността, е Националната политика за Превенция на ХИВ/СПИН и СПИ за 2017-2020 г.⁶, в която изрично се споменават МСМ (мъже, които правят секс с мъже) като високо рискова група. Предвиждат се специфични мерки за превенция на ХИВ и СПИ сред МСМ, включително повишаване на осведомеността относно използването на превенция и пакет от услуги (безплатно тестване, консултации, повишаване на осведомеността).

На въпрос дали има проучвания, проекти или публикации, посветени на здравето на ЛГБТИ хората в България, четирима от интервюираните отговарят, че знаят за такива и че те са предимно резултат от работата на неправителствени организации като Центъра за безплатно изследване за ХИВ и хепатит - CheckPoint София, който освен тестване издава информационни брошури и организира осведомителни кампании. Кампаниите, провеждани от Центъра, са предимно посветени на Световния ден за борба срещу ХИВ, които не са насочени директно към ЛГБТИ хората, въпреки че обхващат също и тази група.

Същите респонденти, които знаят за публикации, свързани със здравето на ЛГБТИ хора, споделят, че само ЛГБТИ организации, които работят с такива хора в България, са запознати със здравните проблеми, а споменатите организации са Фондация „ГЛАС“, Фондация „Билитис“ и Фондация „Сингъл степ“.

Като цяло интервюираните здравни специалисти споделят мнението, че теми като здравето, правата и дискриминацията на ЛГБТИ хората не са често срещан предмет на изследване в България. Те смятат, че няма актуални научни данни и информация, на които медицинските специалисти да разчитат при работа с хора от ЛГБТИ общността. Ето защо често някои медицински специалисти, които чувстват необходимостта да научат повече, започват да търсят информация онлайн, за да разберат особеностите на работата с конкретни пациенти и подходящия език, който да използват. Намирането на необходимата информация обаче е трудно, тъй като много онлайн източници предлагат неточна или непълна или целенасочено грешна информация. Онлайн източниците, които описват ЛГБТИ хората като

⁶ Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България 2017-2020 г., открита на: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1226>.

психично болни и предоставят невярна статистическа информация от псевдоизследвания, понастоящем са лесни за откриване онлайн поради масираната „антиджендър“ кампания, организирана в България през 2018 г., която доведе до процъфтяването на онлайн медии, разпространяващи фалшиви новини. В същото време надеждните източници на научна информация за здравните нужди на ЛГБТИ хората на български език са много ограничени и здравните работници, които не са запознати с организациите за правата на ЛГБТИ хората, не могат лесно да открият такива източници. Това създава общ дефицит на лесни за намиране надеждни научни източници на информация за здравните нужди на ЛГБТИ хората на националния език.

Подкрепа и услуги за ЛГБТИ пациенти

Идентифицирани са недостатъци на познания, съчетани с ниско ниво на информираност относно специфичните здравни нужди на ЛГБТИ хората, най-вече по отношение на транс и интерсекс пациенти. Силното влияние на личните нагласи към ЛГБТИ хората върху качеството на услугите ясно личи от информацията, събрана от интервютата. Дадени са примери за някои крайни случаи, при които негативното отношение на здравния персонал може да застраши живота на пациента. Само групата на MSM сред всички ЛГБТИ подгрупи е получавала трайно внимание и услуги, предвидени в националните здравни програми. Услугите, предоставяни от неправителствени ЛГБТИ организации (Ресурсен център „Билитис“, ГЛАС, Сингъл степ) на специфични уязвими групи – транс и интерсекс хора и ЛГБТИ хора, живеещи с ХИВ, се основават на самоподдържане и обмен на лично проверена информация за добре настроени към ЛГБТИ хора здравни работници и здравни заведения.

Няма протоколи за утвърждаване на пола, промяна на пола и хормонално-заместителна терапия за транс и интерсекс пациенти. Лесбийки, гей мъже, бисексуални, транс или интерсекс хора не се признават за нуждаещи се от специфично здравеопазване или имащи специфични нужди.

Единствените идентифицирани позитивно насочени към ЛГБТИ общността услуги са тези за превенция на ХИВ за групата на MSM, които според наличните данни са обхванали 78,79% от групата през 2012 г. (при едва 28,64% през 2006 г.)⁷. Подходът на Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и СПИ за 2017-2020 г. към предоставянето на услуги на тази група може да се разглежда като адекватен,

⁷ [1] Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България 2017-2020 г. стр. 12, параграф 3, открита на: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1226>.

тъй като се фокусира върху предоставянето на подходящи за МСМ услуги от неправителствени организации, работещи на близко до обикновените хора ниво. Теренните работници установяват отношения на доверие в групата на МСМ, преди да предоставят някои от услугите (безплатно тестване, консултации или насочване към лечение). Националната програма предвижда продължаване и поддържане на услуги по превенция за тази рискова група, които се администрират в цялата страна с помощта на местни НПО. Тя също така предвижда обучение на здравни работници от системата на общественото здравеопазване за специфичните нужди на групата на МСМ.

Когато се потвърди ХИВ статусът на човек, той незабавно се съветва да започне антиретровирусна терапия. Терапията е безплатна за всички, независимо от здравноосигурителния им статус. Българското Министерство на здравеопазването се присъедини към медицинския консенсус за „неоткриваем = не предаваем“ през 2018 г. В своята практика някои лекари споменават това на своите пациенти, други не, но има плакат Н = Н в Отделението за лечение на придобита имунна недостатъчност. Повечето дейности за повишаване на осведомеността за Н = Н се инициират от НПО сектора.

PrEP и PEP се предлагат в България. PrEP се предлага в три аптеки в България – една в София, една в Пловдив и една във Варна (аптеки СУБРА). За да се закупи PrEP е необходима стандартна рецепта от лекар. Рецептата трябва да съдържа медицинското наименование на PrEP “Emtricitabine/Tenofovir disoproxil”. За получаване на PEP трябва да се отиде в Отделението за лечение на придобита имунна недостатъчност в София или в ХИВ отделението в Пловдив. PrEP и PEP не са безплатни. PEP е безплатен само за медицински работници, които са били изложени на риск на работното си място и може да са били заразени с ХИВ. Една опаковка PrEP - 30 таблетки струва 140 лева (70 EUR), а един курс PEP, който трябва да се приеме в рамките на един месец, струва 450 лева (230 EUR), което може да се смята за скъпо за българските стандарти.

Понастоящем няма дискриминация на ЛГБТИ хората за кръводаряване. Националният център по трансфузионна хематология обяснява, че всеки здрав човек на възраст от 18 до 65 години може да дари кръв⁸.

Законопроект за сурогатното майчинство е изготвен през 2018 г. и обсъден през 2019 г., но той е отхвърлен. Основните аргументи срещу закона са изведени от православната религия и не са изрично

⁸ Национален център по трансфузионна хематология, раздел „Често задавани въпроси“, открит на: <https://ncth.bg/kak-da-pomogna/fag>

свързани с ЛГБТИ хора, но имплицитно ги дискриминират, като се фокусират върху намеса в естествения (създаден от Бог) ред.

В България асистираната репродукция за жени е достъпна както за самотни, така и за омъжени жени. Законът не споменава сексуалната ориентация като ограничение за получаване на услуги за асистирана репродукция. Изкуственото осеменяване в частни клиники не дискриминира лесбийките (самотни или с партньори). Достъпът до субсидирани ин витро процедури за лесбийки, които открито декларират еднополовите си партньорства, досега е бил отказван. През октомври Върховният административен съд потвърди решенията на предходните съдебни инстанции, които не констатират дискриминация по делото на лесбийска двойка, на която Центърът за асистирана репродукция отказа покриването на разходите за процедурата им за ин витро оплождане. Младежката ЛГБТ организация „Действие“ сезира със случая Европейския съд по правата на човека⁹.

Проучването на място потвърждава основните констатации от документалното проучване във връзка с предоставянето на здравни услуги на ЛГБТИ хората.

Някои от интервюираните медицински специалисти работят предимно с ЛГБТИ хора, а други работят с всякакви пациенти. Всички интервюирани могат да се сетят за случаи, когато е трябвало да лекуват и да работят пряко с ЛГБТИ пациенти. Всички интервюирани професионалисти с изключение на един споделят мнението, че ЛГБТИ хората са група със специфични нужди от здравеопазване и има разлики в телата (на транс и интерсекс хората) и в начина на живот (на лесбийките, гей мъжете и бисексуалните хора), които трябва да се вземат предвид при необходимост.

Признаване на необходимостта да се използва „неутрален“ език

Един от интервюираните специалисти – лекар, който работи в Националния център по заразни и паразитни болести в София, споменава, че през годините е трябвало да работи с ЛГБТИ пациенти, но в началото ѝ е било непознато и трудно да се обръща към тях с неутрални език: „Като цяло в началото ми беше естествено странно да говоря на такива теми, защото те са интимни. Но в един конкретен случай, спомням си един мъж, той не беше първият, но един от първите гей пациенти, които срещнах, и го попитах дали е женен (дали има жена) и той ми се ядоса: “е, защо питате, не възнамерявам да се женя”. Не знаех какъв език да използвам с гей хора. Питам всички дали са женени. От този конкретен момент

⁹ Годишен преглед на ИЛГА Европа за 2020, България, открит на: <https://www.ilga-europe.org/annualreview/2020>.

използвам малко по-неутрален език, например не питам жена “имате ли съпруг/приятел”, а използвам думата “партньор”.

Информираност за специфични здравни нужди

По-голямата част от интервюираните изразяват мнението, че ЛГБТИ хората имат специфични здравни нужди, свързани с техния начин на живот (сексуални практики) или общо здравно състояние в случай на пациенти с ХИВ. Що се отнася до хората, живеещи с ХИВ, първостепенно значение като пречка за получаване на адекватни здравни грижи се отдава на ХИВ статуса, а не на тяхната сексуална ориентация или полова идентичност. Предразсъдъкът, че повечето ЛГБТИ хора имат ХИВ, не е идентифициран като много разпространен в българския контекст, вероятно защото разпространението на ХИВ в страната през 90-те и началото на 2000-те години се дължи най-вече на групата хетеросексуални мъже, работещи в чужбина, и на интравенозни наркозависими. Последните статистически данни показват категоричен ръст на броя на хомосексуалните мъже (или MSM), положителни за ХИВ, но те все още са малко над 50% от всички пациенти с ХИВ в страната.

Една от интервюираните (*доктор по заразни болести, Болница „Лозенец“, София и ВМА София, 33 г., жена*) споделя: „Мисля, че те имат различни нужди, разбира се, особено когато става въпрос за инфекции, които са различни по отношение на начина им на живот. Това изисква по-специфични знания и откритост от пациентите към медицинския персонал и знания от страна на лекарите за специфичните нужди на конкретния пациент. Пациентите са ми казвали за изключително негативни срещи с колеги лекари и за отхвърляне. Един от основните проблеми е, че тези хора не могат лесно да идентифицират своя личен лекар, тъй като личният лекар трябва да е наясно със ситуацията на пациента, с неговата сексуална ориентация и поведение и неговите заболявания. Знам за случай на млад пациент, получил инсулт, и неговият лекар, който е отговорен да му предостави направление за рехабилитация, е написал тези три букви (ХИВ), което автоматично е затворило вратите на всички рехабилитатори в София. Те не са искали да предоставят никакви услуги на пациент с ХИВ.“

Липса на медицински проучвания за специфичните здравни нужди на транс и интерсекс хората

Само един респондент е действително наясно със специфичните здравни нужди на транс и интерсекс хората и подчертава това в отговорите си (*медицински консултант и лекар стажант в Отделението по урология на Многопрофилна болница за активно лечение, Добрич, 26 г., жена*): „Транс и интерсекс хората имат специални нужди. Цялата медицина за съжаление се базира на тялото на хетеросексуален човек,

а вероятно когато става въпрос за сексуалност, то се основава на хетеро връзката на цис мъж и цис жена. Няма достатъчно наблюдения и изследвания за каквото и да било друго. Да не говорим, че до преди около 15 или 20 години е имало проучване върху женската хормонална система, проведено сред мъже от професор мъж. Това е изследване на хормоните и матката, което се провежда само сред мъже, а не жени. Трябва да има повече изследвания и прозрачност, за да се идентифицират ясно нуждите на ЛГБТИ хората.“

Същият респондент говори за трудностите, с които се сблъскват транс и интерсекс хората, когато търсят адекватни здравни услуги: „Те (лекарите) са напълно неподготвени, защото не е нормално в 21 век да има толкова много транс хора, които се чудят къде да отидат и с кого да се консултират за основни проблеми (тук говорим за хормонални въпроси, странични ефекти от терапията и т.н.). От друга страна не съм сигурна до каква степен ХИВ позитивните пациенти могат да получат адекватна помощ и терапия. За съжаление в България лекарите са от по-стари поколения, младите лекари са или в чужбина, или решават да работят в частния сектор. Но проблемът идва от факта, че сексуалността се възприема като табу или нещо странно и ексцентрично, за което може да се говори само у дома.“

Гласно отхвърляне на необходимостта от специфични компетенции по отношение на здравните нужди на ЛГБТИ хората

Въпреки че интервюираните здравни работници, които смятат, че ЛГБТИ хората нямат специфични здравни нужди, са малцинство, някои от тях са много гласни и пламенно защитават своите възгледи. Един от тях изненадващо е лекар, който работи пряко с ЛГБТИ пациенти в CheckPoint София (*медицински консултант, Център за спешна медицинска помощ, София и CheckPoint, София, 26 г., мъж*): „Не, не мисля, че имат специфични здравни нужди. Всички хора, които имат 18 години, независимо от тяхната сексуална ориентация, не трябва да бъдат разделяни по никакъв начин, нито здравен, нито хуманен, така че на практика съм сигурен, че няма такива допълнителни нужди.“ По въпроса дали лекарите могат да предоставят адекватни медицински грижи и консултации на ЛГБТИ пациенти и дали са подготвени и имат капацитет за това, същият човек споделя следното: „Разбира се, че са добре подготвени. Те не само са добре подготвени, но пак казвам, ние по никакъв начин не разделяме хората. Винаги има проценти.“

Признаване на съществуването на силни предразсъдъци, които пречат на професионализма

Относително голям брой интервюирани здравни работници (4 от 10) признават, че предразсъдъците и негативното отношение към ЛГБТИ хората са основните пречки, които застрашават равния достъп до здравеопазване за тази уязвима група.

Когато негативните нагласи не бъдат отприщени, достъпът до здравни услуги за ЛГБТИ хора може да бъде съвсем нормален, въпреки липсата на политики. Един от интервюираните споделя следната история в потвърждение на това (*лекар в Отделението по хирургия, Пета многопрофилна болница за активно лечение, София, 26 г., жена*): „Имаше жена с рак на гърдата и нейната приятелка беше там всеки ден, така че колегите в болницата знаеха, че тя е гей и че това е нейната приятелка и нямаше проблем с нейното присъствие и споделяне на лична информация. Тя беше там през цялото време и никой не отказваше информация. Не бях чула коментари за тях и аз бях окей, но и двете бяха доста интелигентни жени със стабилни професии и се държаха доста добре.“ Равното третиране обаче зависи много от личното отношение на здравните специалисти и климатът в дадено здравно звено може бързо да се промени, ако се смени персоналът.

Липсата на санкции за неподходящо поведение, произтичащо от предразсъдъци, се смята за отблъскваща от същите интервюирани, които признават ефекта на негативните стереотипи в сферата на здравеопазването. От един от респондентите е споделена шокираща история от нейната практика (*медицински консултант и лекар стажант в Отделението по урология на Многопрофилна болница за активно лечение, Добрич, 26 г., жена*): „Едно от преживяванията ми беше доста крайно и негативно и се случи около Коледа. Млад мъж на 32 години с тромбоза на крака беше хоспитализиран в рамките на една седмица преди Коледа. Оказа се, че той има имен ден и рожден ден, които прекара в болницата. Той също така беше ХИВ позитивен и е бил лекуван в Америка за ХИВ две години по-рано. Преди навечерието на Нова година отидох да го посетя и разговарях с него и той каза, че медицинските сестри се отнасят с него много добре, но дежурните лекари преди мен са се отнасяли с него зле, почти са се опитвали да го изпишат, въпреки че той все още се нуждаеше от интензивно медицинско лечение. Мина Нова година и друг млад човек с хепатит и ХИВ беше приет в друго отделение в болницата. Изведнъж беше решено и двамата да бъдат настанени в една стая, което е в силно противоречие с медицинските правила. Изключително опасно е да се съберат в една стая човек с ХИВ и слаба имунна система с човек с други инфекциозни заболявания. Една от моите колеги, 34-годишна млада лекарка като мен, каза „сложи този с хепатита със спинозния педал“. И в този момент ѝ се противопоставих. А

тя добави, че не може да понася хора като него, защото той все още е тук и че е време да го пуснем. „Той просто трябва да си отиде или просто да се разболее от хепатит и да умре вече.“ А пациентът беше супер интелигентен - инженер, писател и много повече. Всички много го харесваха, той по никакъв начин не заслужаваше това отношение“.

Общото заключение от дискусиата относно предразсъдъците и стереотипите е, че личното отношение на здравните работници към ЛГБТИ хората играе много важна роля за качеството на лечението, което се предоставя на такива пациенти. В същото време няма механизъм за проверка на нагласите и установяване на строги правила, които трябва да се спазват, за да се предотврати нанасянето на вреда в резултат на предразсъдъци.

Специалисти и изграждане на капацитет

По-голямата част от здравните специалисти, участвали в изследванията на място, признават необходимостта от допълнително обучение по ЛГБТИ въпроси като съществена за изграждането на ЛГБТИ приобщаваща здравна среда. Понастоящем такова обучение не се предоставя нито като част от основната учебна програма в медицинските университети в България, нито като работна възможност за практикуващи здравни специалисти. Има известно несъответствие между нивото на признаване на необходимостта от обучение по ЛГБТИ теми и нивото на осъзнаване на личните нужди от такова обучение, тъй като повечето от респондентите смятат, че са достатъчно подготвени да осигурят адекватно здравно обслужване на ЛГБТИ пациенти. Приобщаващият език обикновено се определя като основна бариера пред установяването на отношения на доверие с ЛГБТИ пациентите и повечето респонденти съобщават за трудности при използването на такъв език. Най-тревожните констатации от изследването за изграждане на капацитет на специалистите са свързани със съществуването на остарели парадигми в днешната медицинска учебна програма и учебници, които подсилват негативните стереотипи, които могат да причинят вреда. Положителната страна е, че по-голямата част от здравните работници, участвали в изследването, изразяват интерес да участват в интерактивно обучение както онлайн, така и офлайн, и да надграждат знанията си за ЛГБТИ хората и техните нужди в сферата на здравеопазването.

Проучването е попълнено от 51 респонденти, 21 от които съобщават, че са завършили обща медицина, 6 са медицински сестри, 6 са здравни специалисти, 4 са психолози, 4 - социални работници и 10 не уточняват. Всеки от респондентите има различен опит и работи в различни области на здравната

система. Мнозинството (37) респонденти отговарят, че са работили пряко с пациенти или клиенти. Повече от половината (30) посочват, че са завършили през последните 5 години. Двадесет и шест посочват, че имат повече от 3 години опит в областта, в която работят в момента.

Познаване на ЛГБТИ идентичностите

Трябва да се отбележи, че въпреки че ЛГБТИ идентичностите не се изучават в дълбочина като част от задължителната медицинска програма и по-важното – някои от идентичностите се третират като видове здравни разстройства в остарелите учебници, мнозинството от анкетираните (33 от 51) показват правилно разбиране на разликата между сексуална ориентация, полова идентичност и полови характеристики и заявяват, че те не са непременно свързани. По-малък брой (18) смята, че изброените са различни неща, но са взаимно свързани. Същото мнозинство също има ясна представа за това какво е транс жена (33 от 51); 43 души правилно дефинират бисексуалността, а 32 души имат правилно разбиране за интерсекс. Мнозинството от анкетираните също е наясно с по-високия процент на самоубийства сред ЛГБТИ младежите в сравнение с други млади хора. По отношение на познанията за достъп до правно признаване на пола за транс/интерсекс хора, само 21 от 51 отговарят правилно, че промяна на законния пол е възможна в България, докато относително голям брой (18 от 51) смятат, че това не е законно възможно, а 12 респонденти отговарят, че не знаят. Фактът, че повече от половината от здравните специалисти, участващи в проучването, или не знаят за възможността за правно признаване на пола, или смятат, че това не е възможно, много явно показва липсата на компетенции за работа с транс и интерсекс хора така, че да се отговаря на техните нужди, и обяснява многобройните откази за здравни консултации във връзка с хормонално-заместителна терапия и друго лечение за утвърждаване на пола (въз основа на самоидентификация), които транс и интерсекс хората получават.

Отношение към ЛГБТИ хората

Нивото на приемане, че ЛГБТИ хората трябва да имат равни права с всеки друг член на обществото, е високо (41 от 51). Все пак трябва да се отбележи, че има здравни специалисти, които са категорично несъгласни (3 от 51), че ЛГБТИ хората трябва да имат същите права като всички останали. Силно проблематично и опасно е, ако такова разбиране сред здравните работници остане, колкото и малки да са числата, защото това може да доведе до необратима вреда за здравето, ако тези специалисти се занимават пряко с ЛГБТИ пациенти в своята клинична практика. Както се вижда и от документното проучване и интервютата, правата на пациентите в България са силно проблемна сфера и личното отношение на здравните специалисти към пациенти от уязвими групи е от голямо значение за предоставянето на адекватни здравни услуги. След въпроса за признаването на правата на ЛГБТИ

хората, следващият въпрос за разбирането, че ЛГБТИ хората имат уникални здравни рискове и здравни нужди, показва още по-голямо разделение на разбирането/нагласите. Седемнадесет от 51 са несъгласни или категорично несъгласни с това твърдение. Това е тревожно високо ниво на отхвърляне на специфичните рискове за здравето, пред които са изправени ЛГБТИ хората като уязвима група, което води до недостатъци в достъпа до здравни грижи. Необходимо е последователно осведомяване, за да се подобри разбирането на специфичните нужди на ЛГБТИ хората като пациенти, да се премахнат негативните нагласи (без значение колко малък е броят на здравните специалисти, които ги изразяват) и да се контролира/предотврати вредата.

Различното отношение към различните подгрупи личи и от въпросите, свързани с естеството на сексуалната/половата идентичност. По-голямата част от анкетираните смятат еднополовото привличане за естествено за хората (37), докато по-малък брой (24) смятат, че транс хората не трябва да се третират като хора с психични разстройства. Това по-ниско ниво на разбиране на транс идентичностите в сравнение с лесбийските/гей идентичностите може да се обясни с липсата на актуални научни данни, включени в учебната програма по медицина, както и с по-ниското ниво на видимост на транс хората в обществото. Различните нива на знания за различните подгрупи логично водят до различни нива на „чувство на комфорт“ в работата с ЛГБ и транс/интерсекс хора като пациенти. 48 осем от 51 респонденти се чувстват абсолютно комфортно да работят с ЛГБ пациенти; 35 - с транс пациенти, и 37 - с интерсекс.

По отношение на знанието за сексуалната ориентация, половата идентичност или половите характеристики на пациента, много повече респонденти смятат, че да знаят за последните две е необходимо (29 смятат, че е необходимо да се знае дали човек е транс, 36 – интерсекс), докато да се знае за сексуалната ориентация не се смята за много необходимо: почти половината от анкетираните отговарят, че не е необходимо да знаят за това, когато вземат медицински решения. Това логично се свързва с обсъденото по-горе убеждение, че хомосексуалната ориентация е естествена и относително често срещана, докато транс и интерсекс идентичностите не са толкова често срещани (естествени). Това също дава сигнал за по-силна тенденция към медикализация на последните. В същото време мнозинството от здравните специалисти се затрудняват да говорят с пациентите за тяхната сексуална ориентация, полова идентичност или полови характеристики (36 от 51 намират това за трудно, докато 6 не го намират нито за трудно, нито за лесно). В съответствие с това твърдение, по-голямата част от анкетираните заявяват, че рядко или никога не са срещали ЛГБТИ пациент, което може да се обясни с

липса на информираност за ЛГБТИ статуса на пациента. Положителната страна е, че 45 от 51 респонденти смятат, че е необходимо да се създаде приобщаваща ЛГБТИ хората здравна среда.

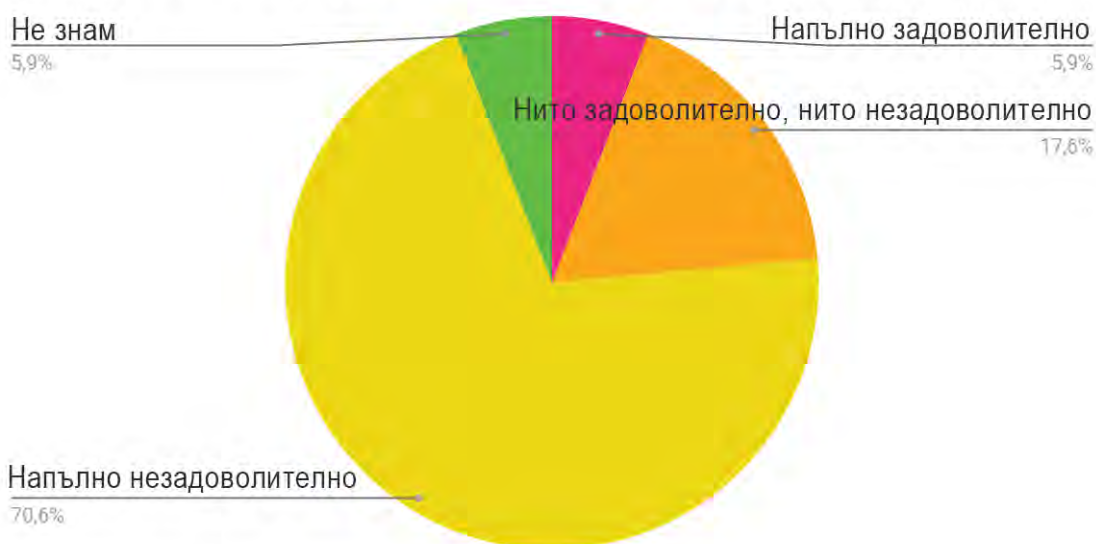
Опит и практики

Настоящата здравна среда далеч не е приобщаваща към ЛГБТИ пациентите. Мнозинството от анкетираните: 33 от 51 често и много често са чували шеги за ЛГБТИ хора в непосредствената си работна среда, а 6 – понякога. На унижение и сплашване на ЛГБТИ пациенти често и много често са били свидетели 8 от анкетираните, а понякога – други 8 души (25% от анкетираните са били лично свидетели на такъв тип поведение), докато 5 често и доста често са били свидетели на отхвърляне/отказ на медицинска услуга, тъй като пациентът е ЛГБТИ, а 3 – понякога. Тези числа са доста притеснителни. Мнозинството от анкетираните не биха попитали лично за сексуалната ориентация (38), половата идентичност (35) или половите характеристики (34) на пациента, което в известен смисъл помага да се поддържа климат „не питай – не казвай“ в сферата на здравеопазването и възпрепятства развитието на доверие между здравния работник и ЛГБТИ пациентите. Положителната страна е, че мнозинството от анкетираните биха използвали неутрален език, когато питат за семейните отношения на пациента, а 37 от 51 души също така биха наричали човек с предпочитаното име и пол независимо от това, което пише в документите му.

По отношение на академичната подготовка и обучението за повишаване на квалификацията за работа с ЛГБТИ пациенти, преобладаващото мнозинство от анкетираните ги смятат за незадоволителни. 34 от 51 души споделят, че нито темата за ЛГБТИ терминологията, нито приобщаващият език са били включени в който и да било етап от предишното им обучение или образование, а 27 споделят същото по темата за социалните предразсъдъци срещу ЛГБТИ хората. Четиридесет и двама респонденти никога не са учили за бариерите пред достъпа до здравни грижи, които преживяват ЛГБТИ хората. Подобен е броят на хората, които казват, че никога не са изучавали теми като закони за еднополово партньорство, сексуално предавани инфекции и психично здраве на ЛГБТИ хората, ЛГБТИ хора и уязвимости, процедури за проверка на половата идентичност и др. Като цяло нито една от темите, които биха допринесли за повишаване на осведомеността на здравните специалисти относно ЛГБТИ идентичностите, нуждите и специфичните здравни нужди, не е обхваната в стандартизираната учебна програма по медицина в българския университет, нито в курсове за повишаване на квалификацията от публични или частни лицензирани доставчици на обучение. Ето защо 43 от 51 респонденти избират отговори, които варират от напълно незадоволително до средата на скалата, когато оценяват качеството на своето образование и обучение във връзка с ЛГБТИ проблемите (вж. Фиг. 1 по-долу).

Фигура 1

Като цяло как бихте определили качеството на обсъждането на ЛГБТИ здравни въпроси в образованието, което сте получили досега?

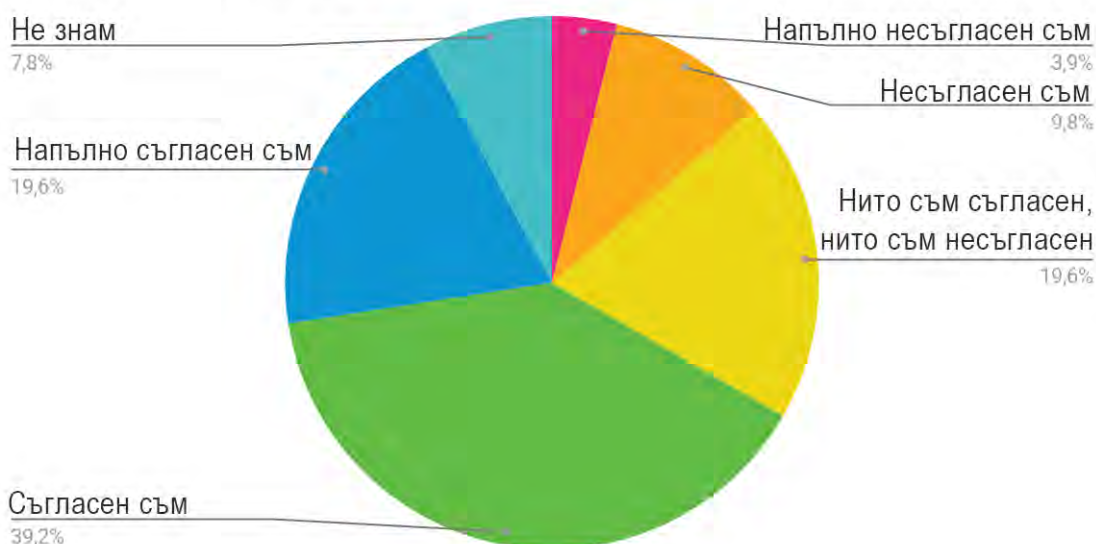


Необходимостта от включване на ЛГБТИ перспективата в задължителното обучение на здравни специалисти е призната от 36 от 51 респонденти. На тази база е изненадващо, че 30 от 51 смятат, че са достатъчно подготвени да предоставят качествени здравни услуги на ЛГБТИ пациенти. Това може да е или резултат от безкритична самооценка на тяхната практика, или резултат от любознателност, която е накарала много от респондентите да търсят сами информация по теми, свързани с ЛГБТИ. Въз основа на предишните отговори, които сигнализират, че повечето респонденти няма да се чувстват напълно комфортно да работят с ЛГБТИ и по-специално с транс и интерсекс хора, можем да заключим, че е валиден по-скоро първият вариант, отколкото вторият. По-голямата част от анкетираните не са наясно със собствените си ограничения на практика при работа с ЛГБТИ пациенти. (вж. Фиг. 2 по-долу)

Фигура 2

Имам знанията и уменията на предоставям качествено обслужване на ЛГБТИ пациенти или клиенти

Имам знанията и уменията на предоставям качествено обслужване на ЛГБТИ пациенти или клиенти



Нужди от обучение

Когато е поставен въпрос за конкретните теми, които трябва да бъдат включени в обучението на медицинските специалисти, по-голямата част от респондентите изразяват интерес към всички теми, предложени от проучването. 43 от 51 смятат, че подобно обучение трябва да обхваща различията в половото развитие (интерсекс), 39 - лечение за утвърждаване на пола, 41 - насоки и протоколи за здравето на ЛГБТИ хората, 38 - законодателство за еднополовите партньорства, 31 - законодателство за правно признаване на пола, и 37 - ЛГБТИ организации и техните услуги. Мнозинството от респондентите (29) посочват, че биха участвали в обучение или курсове, посветени на горните теми.

Според участниците в проучването някои от най-важните теми, които да бъдат включени в бъдещо обучение по ЛГБТИ въпроси в здравеопазването, са терминологията, социалните предразсъдъци, пречките и бариерите в достъпа до адекватни здравни грижи, психичното здраве, позицията на психиатрията по отношение на ЛГБТИ хората, сексуално предаваните инфекции, ЛГБТИ организации и услуги. Един участник в проучването предлага друга тема, а именно семейната динамика в еднополовите партньорства или динамиката в семейство с ЛГБТИ деца, както и партньорствата с транс или интерсекс хора. Двадесет и два души споделят, че е много важно подобно обучение да се

провежда онлайн и на живо. Повечето от анкетиранияте смятат, че един от основните методи за обучение трябва да бъде обсъждането на казуси (38 души), последван от обсъждане на дискутирани въпроси (36 души) и представяне на резултати от изследвания (33 души).

Резултатите от интервютата и документното проучване потвърждават основните констатации от онлайн проучването. Няма официални политики, които да изискват от здравните специалисти да се запознаят със специфичните нужди на ЛГБТИ пациентите. Има някои теми в програмата по сексология на студентите по медицина, които се отнасят до сексуалната ориентация, но не се изучава нищо за половата идентичност или за интерсекс като спектър от състояния, а не като нарушение на половото развитие. Здравните специалисти, които се интересуват от тези теми, трябва сами да открият обучителни програми и обучители, които могат да ги снабдят с необходимите знания. Повечето здравни специалисти, които са запознати с нуждите по-специално на транс и интерсекс пациентите, имат известен опит в Западна Европа или други страни, в които има съвременни здравни практики, свързани с процедурите за утвърждаване на пола (включително психологически консултации, ХЗТ и операции за утвърждаване на пола).

Обучението по медицина не обхваща ЛГБТИ идентичностите

Половината от интервюираните споделят общоприетото мнение, че медицинските специалисти в България нямат капацитета и необходимите знания да консултират, лекуват и осигуряват адекватни здравни грижи на своите ЛГБТИ пациенти. Разбира се, има и такива, които, както беше споменато по-горе, търсят и намират информация сами, когато и ако изпитват нужда.

Много медицински специалисти в България, въпреки честия и пряк опит с ЛГБТИ хора, не чувстват необходимостта да научат повече за спецификата на работата с тях просто защото не вярват, че такива пациенти имат различни нужди. Повечето от здравните работници в България все още са от по-възрастните поколения, завършили преди 1990 г. Като цяло това са хора с по-малко отворено мислене и са учили по изключително остарели учебници, в които хомосексуалността или не е била споменавана, или е била наричана болест.

За съжаление студентите по медицина все още учат по учебници, които засилват предразсъдъците срещу ЛГБТИ хората, вместо да ги адресират и деконструират. Както споменава един от интервюираните студенти по медицина (*Медицински университет, София, 24 г., мъж*), „Много често хомосексуалността се използва като синоним на промискуитет и рисков начин на живот“. Друг респондент (*доктор по*

заразни болести, Болница „Лозенец“, София и ВМА София, 33 г., жена) ни каза следното: „В учебниците по психиатрия, публикувани отдавна, хомосексуалността се представя като болест. Там не се обсъждат теми за смяна на пола и половата самоидентификация, която се различава от биологичния пол, се категоризира като психично заболяване. Същото е потвърдено от още един респондент (*студент в Медицински университет, София, 24 г., мъж*): „В учебника по съдебна медицина, публикуван преди 15 години, хомосексуалност се използва като синоним на педерастия“.

Повечето интервюирани признават, че обучението по медицина не помага за изграждането на приобщаваща ЛГБТИ хората здравна среда, разчита на остарели парадигми и засилва стереотипите. Учебниците са остарели и включват твърдения за хомосексуалните и трансджендър хора, които са били отхвърлени от Световната здравна организация отдавна или в по-близкото минало. По-новите учебници изобщо не засягат ЛГБТИ теми. Силно се почувства необходимостта от следдипломно обучение и обучение за повишаване на квалификацията. Както подчертава един от респондентите (*микробиолог, Национален център по заразни и паразитни болести, София, 34 г., жена*). „Завърших преди около 10 години в София, но не помня да се е обсъждала подобна тема по нито един от предметите; така че студентите по медицина са оставени да вярват на каквото решат. Освен това трябва да има следдипломно обучение, защото нещата се променят. Специалистите трябва да получават актуална информация и да имат достъп до актуални изследвания на български език.“ Същото мнение споделя и друг респондент (*доктор по заразни болести, Болница „Лозенец“, София и ВМА София, 33 г., жена*). Тя вярва, че обучението е единственият начин за справяне с вярванията и нагласите, които дискриминират някои групи от пациенти. Девет от десетте интервюирани смятат, че теми като ЛГБТИ и сексуалното образование трябва да бъдат въведени в училище и трябва да бъдат изучавани по-задълбочено в друг контекст. Двама от интервюираните заявяват, че родителите също трябва да участват в такова обучение.

Важността на обучението по ЛГБТИ въпроси за студенти в първите години на обучението по медицина е силно подчертана от един от респондентите, докато друг посочва, че липсата на такова обучение създава сериозна пропаст между образованието и реалната практика за здравните работници. „Трябва да се случва в училище, в университета и след това. Не е необходимо да се отдели цял предмет в училище само за ЛГБТИ теми, а те да бъдат част от учебната програма, да се обсъжда какви са тези хора, с какви проблеми се сблъскват и как да се включим в справянето с тях, какво казва модерната наука по въпроса. Не е нормално сега 25-26-годишните, които завършват медицина, да нямат представа какво е транс или интерсекс човек.“ (*медицински консултант и лекар стажант в Отделението по урология на Многопрофилна болница за активно лечение, Добрич, 26 г., жена*).

Само един от 10-те интервюирани здравни работници заявява, че не смята, че би имало смисъл да се изучават ЛГБТИ теми в училище и университета (*медицински консултант, Център за спешна медицинска помощ, София и CheckPoint, София, 26 г., мъж*): „Не, няма абсолютно никакъв смисъл, защото така или иначе в университетите се изучават всички болести и тяхната основна профилактика, освен това и случаите, в които се предават. Учебниците по медицина и университетите имат много буквален, теоретичен и практически акцент върху това и няма нужда от допълнително обучение за студентите по медицина.“

Как трябва да изглежда обучението по ЛГБТИ въпроси за здравни специалисти

Що се отнася до това как трябва да изглежда обучението по ЛГБТИ въпроси за здравни специалисти – дали трябва да бъде задължително или доброволно, дали трябва да бъде на живо или онлайн, има различни мнения. Някои от респондентите смятат, че такова обучение трябва да бъде неразделна част от основната програма по медицина, докато други смятат, че такова обучение трябва да бъде под формата на избираем предмет или обучение за повишаване на квалификацията, свободно избрано от здравните специалисти, които се нуждаят от него. Последните не вярват, че да се направи обучението по ЛГБТИ въпроси задължително ще увеличи ефекта му. Общото мнение е, че подобно обучение трябва да бъде достъпно за всички здравни специалисти. Повечето от интервюираните се съгласяват, че липсата на обучение за нуждите на ЛГБТИ хората води до логичния извод, че тези хора нямат специфични здравни нужди, а когато здравните специалисти се срещат с такива пациенти в своята практика, те не могат да реагират адекватно.

Ето какво каза един от интервюираните (*медицински консултант и лекар стажант в Отделението по урология на Многопрофилна болница за активно лечение, Добрич, 26 г., жена*): „Обучението по ЛГБТИ въпроси трябва да се провежда по същия начин, по който се провежда обучението за тялото, за сексуалния контакт и за сексуалността като цяло“. Същият респондент отправя критичен поглед към опита си: „Имам чувството, че думата „педофилия“ е по-често споменавана, което няма нищо общо с ЛГБТИ темите, отколкото самите ЛГБТИ теми и въпроси“.

Според някои от интервюираните такова обучение трябва да започне с приобщаващ език и да изгради постепенно разбиране за многообразието, включено в съкращението ЛГБТИ. Предложено е ЛГБТИ хората да бъдат информирани и за факта, че повечето здравни специалисти (които не са ЛГБТИ) се стремят да намерят правилния подход в работата с такива пациенти. „Нещата трябва да се правят стъпка по стъпка. Както ЛГБТИ общността трябва да бъде приета и хората трябва да се отнасят с

разбиране и толерантност, така и ЛГБТИ хората трябва да имат разбирането и толерантността, че хетеросексуалните хора нямат такъв интензивен опит като тях и отнема време, размисъл и може би няколко поколения, докато се установи приобщаващ език. Мисля, че всеки медицински специалист трябва да говори възможно най-неутрално, но да говори с приятелски тон и открито.“ - *медицински консултант и лекар стажант в Отделението по урология на Многопрофилна болница за активно лечение, Добрич, 26 г., жена*

Друг респондент споделя (*студент по медицина, Медицински университет, София, 24 г., мъж*): „Според мен една задължителна форма на обучение по тези въпроси би имала по-скоро обратен ефект. Ако е доброволно, би било полезно, въпреки че имаме по-критичен подбор на информация. Самата организация на такова обучение би повишила осведомеността и би била стъпка в правилната посока.“
Още двама интервюирани (*студенти по медицина, 24, мъж, и 25, жена*) споделят, че доброволната форма е по-подходяща, защото дава право на избор и ще има по-дълбоко въздействие върху тези, които са избрали да я посещават.

Девет от 10 респонденти подчертават колко е важно обучението да бъде интерактивно и интересно за участниците: „Най-важното за мен е обучението да е интерактивно, защото има някои случаи, в които участниците са просто пасивни слушатели и след известно време започват да мислят за други неща. Просто трябва да бъде ангажиращо по един или друг начин - да има практически фокус, някакви задачи.“ - (*микробиолог, Национален център по заразни и паразитни болести, София, 34 г., жена*).

Един от интервюираните препоръчва модулно обучение, съчетаващо лекции с практика на живо, като последното се смята за подходящо най-вече за студенти от университетско ниво. Що се отнася до това кой трябва да участва в такова обучение, 3 от 10 души казват, че всички хора като цяло трябва да са добре запознати с тези теми на базисно ниво. Вследствие на това те предлагат основно обучение по ЛГБТИ въпроси да бъде предоставено на всички студенти по медицина, тъй като обикновено се смята, че би било трудно да се промени отношението и перспективата на по-възрастен лекар, който вече има метод на работа.

По отношение на темите, темата за приобщаващия език и терминология се смята за първостепенна от всички интервюирани здравни специалисти, тъй като те съобщават, че са срещали първоначална бариера там. Изброени са и други теми като права на ЛГБТИ хората, биология (по-специално многообразие на тялото при интерсекс хората), здравни специфики и нужди, социална медицина и закони.



Понастоящем ЛГБТИ организациите не предоставят редовно обучение на здравни специалисти. Пилотно обучение по методология, разработана от проекта Health4LGBTI, е проведено от „Билитис“ през 2017 г. пред малка група здравни работници в София. Обратната връзка е използвана за прецизиране на методологията на обучението. „Билитис“ също така провежда лекции по интерсекс въпроси пред Асоциацията на студентите-медици и пред различни курсове на студенти по медицина в Медицинските университети в София и Пловдив по тяхно искане. Такива лекции са проведени под формата на гост-лектори като част от различни курсове за обучение. Учебната програма по медицина зависи от университета, който предоставя обучението. ЛГБТИ организациите могат да предлагат курсове извън учебната програма без лицензиране. Тези курсове ще се смятат за дейност за повишаване на осведомеността, а не като част от обучението за придобиване на медицинска квалификация. Лицензирането на такъв курс не би било възможно, освен ако той не бъде разработен и предложен от акредитиран медицински университет.

Заключения и препоръки

Остарелите учебни програми и учебници по медицина водят до ниско ниво на информираност на здравните специалисти относно специфичните нужди на ЛГБТИ хората като пациенти и създават пречки пред равния достъп до здравни грижи за ЛГБТИ хората в България. Отрицателните стереотипи и предразсъдъци срещу ЛГБТИ хората често пречат на професионализма, но неподходящото поведение остава несанкционирано поради липсата на ефективен механизъм за защита на правата на пациентите като цяло (и по-специално на уязвимите групи). Повечето здравни специалисти не са в състояние да установят отношения на доверие с ЛГБТИ пациентите, тъй като не са наясно какво означава приобщаващ език по отношение на ЛГБТИ хората. Положителната страна е, че здравните специалисти осъзнават необходимостта да научат повече за нуждите и специфичните рискове за здравето на ЛГБТИ пациентите и са отворени за неформално обучение, което ще им даде необходимите знания. Създаването на приобщаваща здравна среда за ЛГБТИ хората в България ще изисква законови промени, съчетани с повишаване на осведомеността на здравните специалисти. Предоставянето на леснодостъпни курсове за повишаване на осведомеността по ЛГБТИ теми за здравните работници е необходима първа стъпка в този процес.

Препоръки

Българската държава трябва:

- 1 Да въведе цялостна учебна програма по медицина, която освен всичко друго предоставя научна информация на студентите по медицина за транс и интерсекс хората и техните здравни нужди.
- 2 Да забрани ненужните коригиращи операции за смяна на пола на интерсекс деца, които се извършват без съгласието на интерсекс човека.
- 3 Да включи ХЗТ и друго лечение за промяна на пола в рамките на покритието на Националната здравноосигурителна каса, за да отговори на нуждите на транс хората, които кандидатстват за правно признаване на пола.
- 4 Да повиши осведомеността на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и здравните работници като цяло относно необходимостта да се използва приобщаващ език, който не затвърждава хетероцис рамките в медицинския дискурс.
- 5 Да повиши осведомеността на общопрактикуващите лекари и другите здравни работници относно специфичните здравни нужди на лесбийките, гей мъжете, бисексуалните, транс и интерсекс пациентите, свързани с начина им на живот и социалния натиск, който трябва да преодолеят, т.е. проблемите, свързани с малцинствения стрес.

Приложение 1: Отговори в онлайн проучването

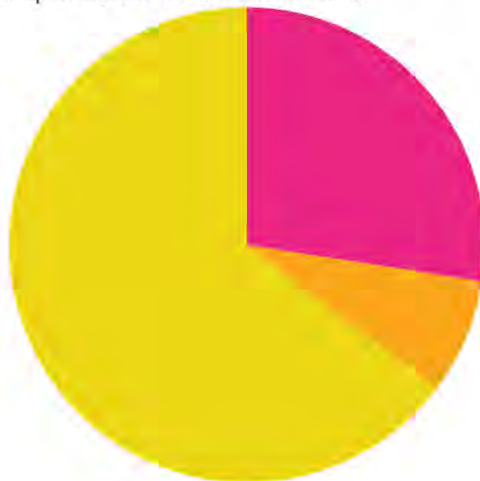
30 души посочват, че са завършили през последните 5 години. 26 от 41 души, които избират да отговорят, посочват, че имат повече от 3 години опит в областта, в която работят в момента.

По отношение на специфичните знания за ЛГБТИ общността 33 от 51 души разбират разликата между сексуалната ориентация, половата идентичност и половете характеристики и казват, че те не са непременно свързани.

Какво означава следното твърдение? „Мария е транс жена“

Какво означава следното твърдение? „Мария е транс жена“

- Мария се идентифицира като мъж: половата и идентичност е женска
- Мария има както мъжки, така и женски полови характеристики, но е избрала да се идентифицира като жена
- Мария се идентифицира като жена: нейната полова идентичност е женска. При раждане обаче приписаният и пол е бил мъжки



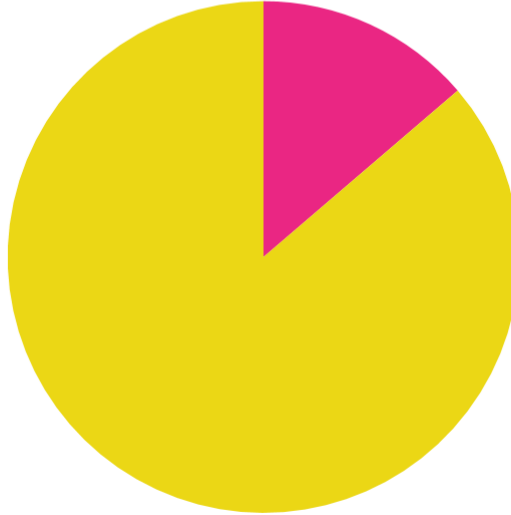
Мария се идентифицира като мъж: половата и идентичност е женска

Мария има както мъжки, така и женски полови характеристики, но е избрала да се идентифицира като жена

Мария се идентифицира като жена: нейната полова идентичност е женска. При раждане обаче приписаният и пол е бил мъжки

Какво означава следното твърдение? „Петър е бисексуален“

- Петър има сексуални отношения с жени и мъже едновременно
- Петър изпитва сексуално привличане както към жени, така и към мъже

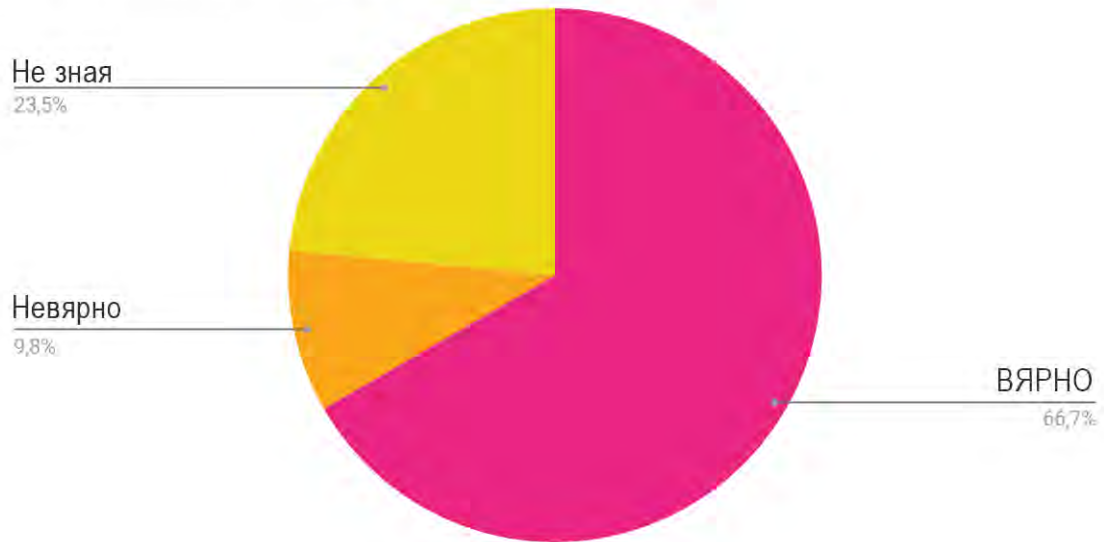


Какво означава следното твърдение? „Лора е интерсекс“

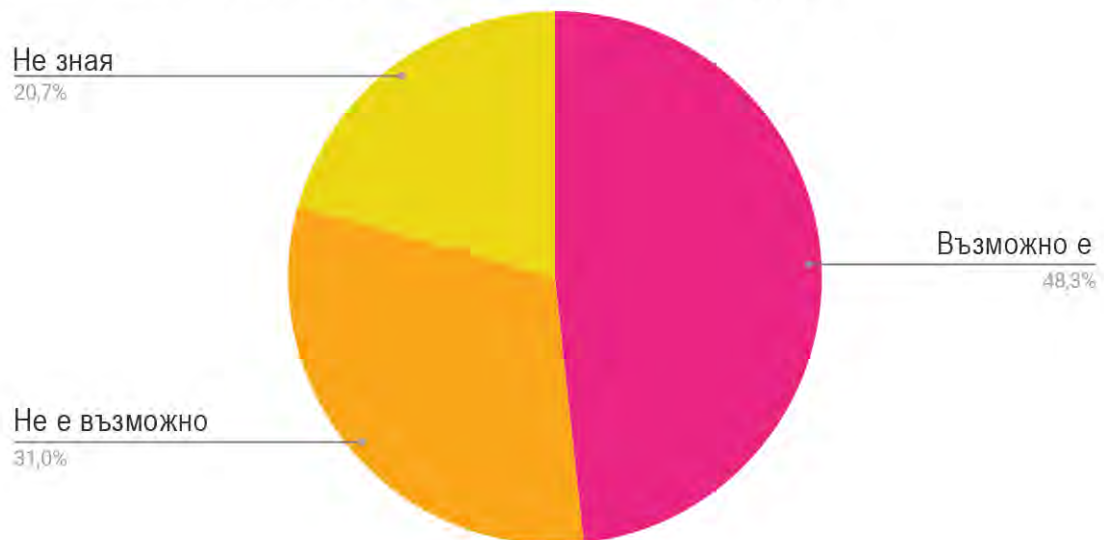
- Лора е родена с полови характеристики, които не отговарят на обичайните определения за мъжко или женско тяло
- Лора не се идентифицира нито като мъж, нито като жена
- Приписаният на Лора пол при раждане е мъжки, тя е започнала преход към женски
- Не знам



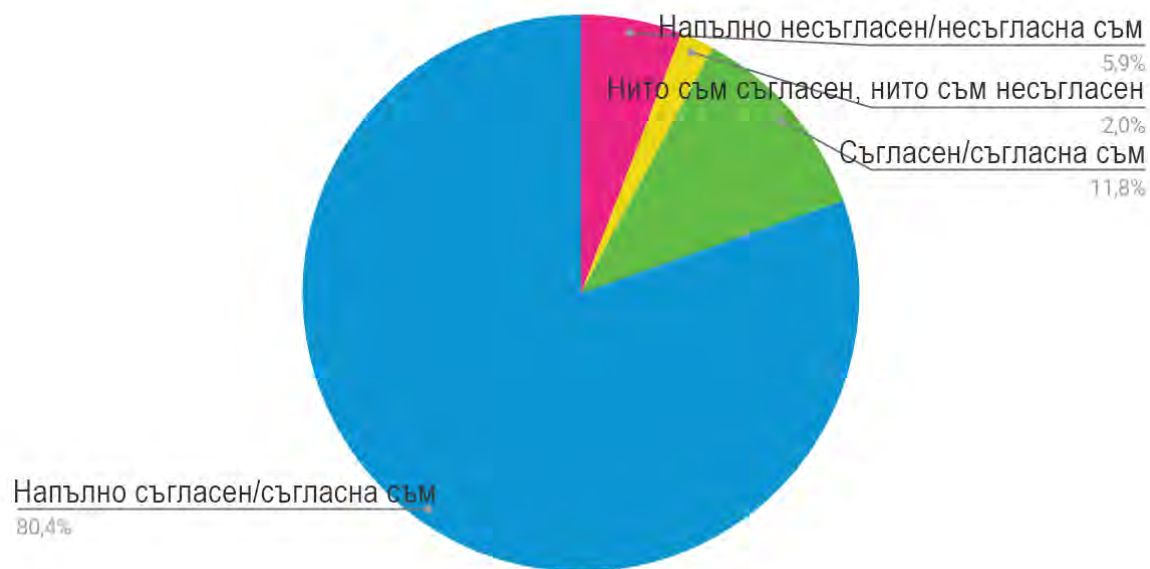
ЛГБТИ младежите имат по-високи нива на суицидност от хетеросексуалните трансгендър младежи



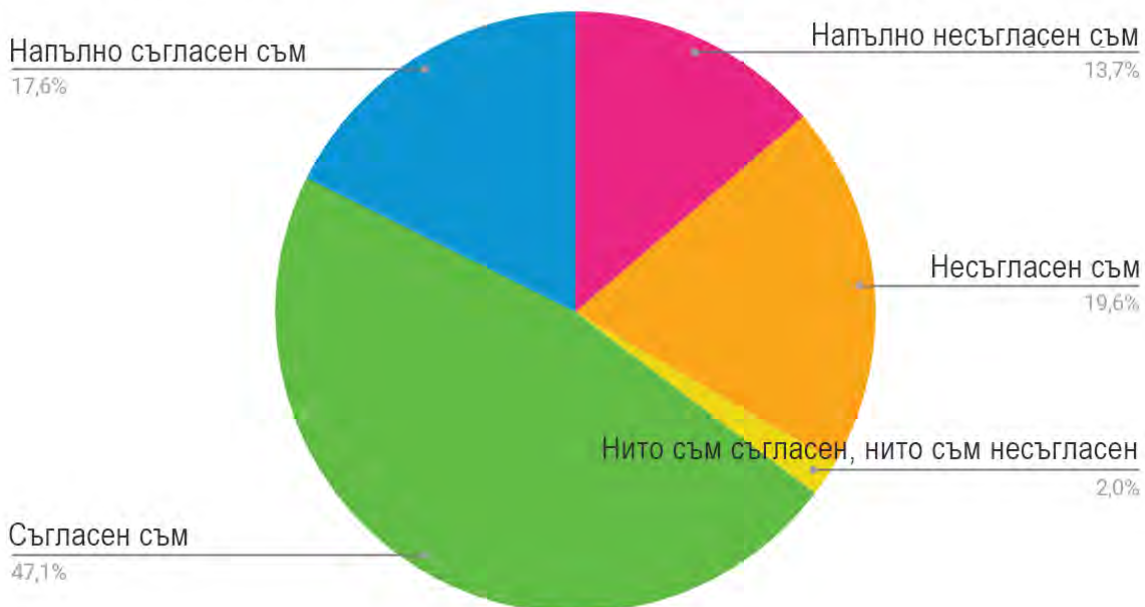
Възможно ли е във Вашата държава човек да смени законово своето име и пол в своите официални документи



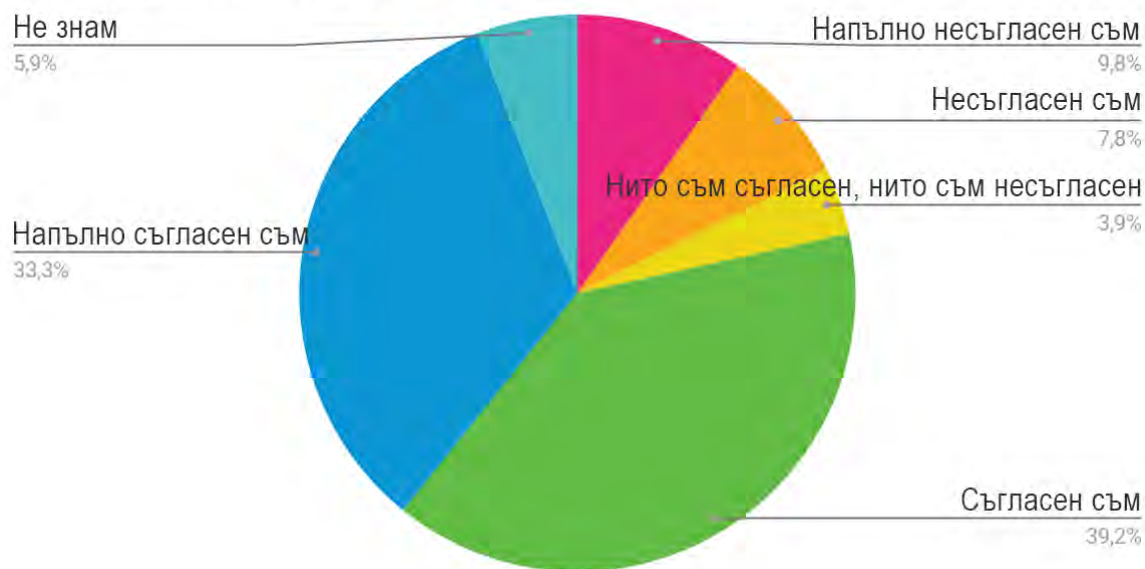
ЛГБТИ хората трябва да имат същите права като всеки друг член на обществото



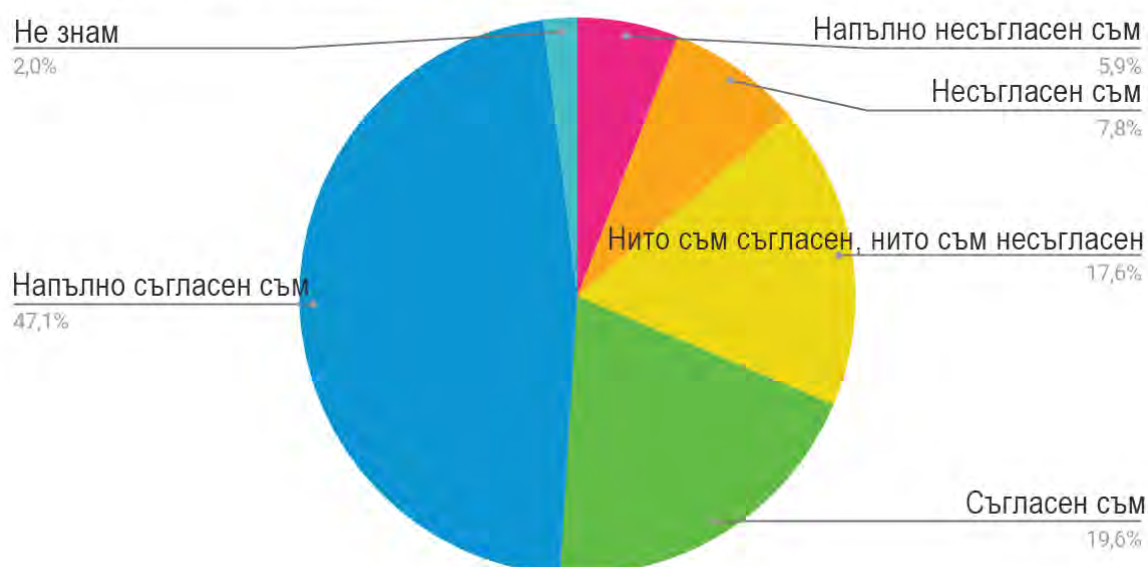
ЛГБТИ хората имат уникални здравни рискове и здравни нужди



Еднополовото сексуално привличане е естествено проявление на сексуалността при хората



Полова идентичност, различна от пола, приписан при раждане, не трябва да се смята за психично разстройство



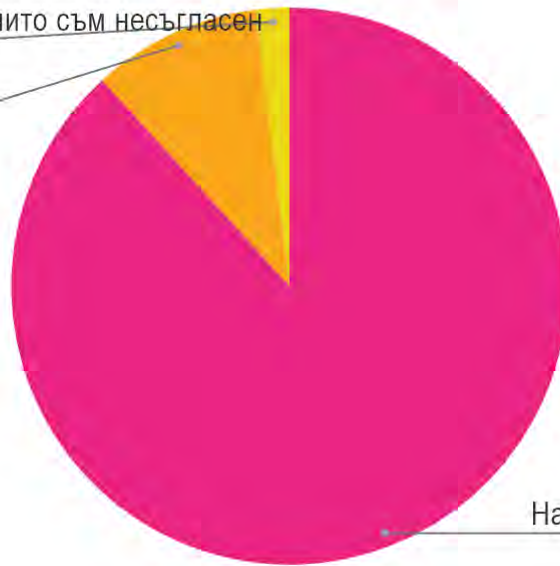
НЕ бих се чувствал/чувствала комфортно да работя с пациент или клиент, който е ЛГБ

Нито съм съгласен, нито съм несъгласен

2,0%

Несъгласен съм

9,8%



Напълно несъгласен съм

88,2%

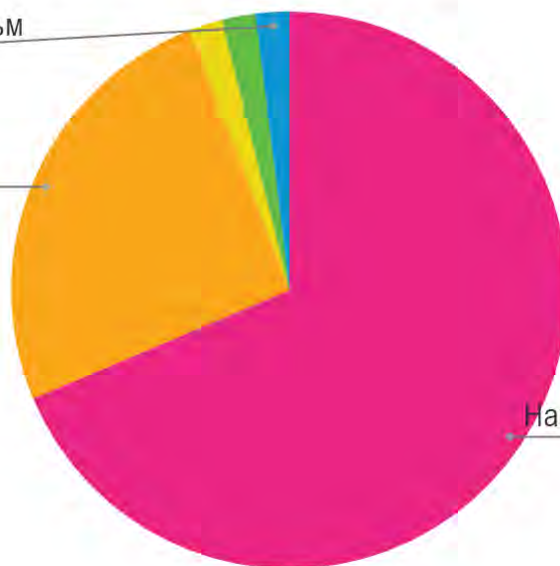
НЕ бих се чувствал комфортно да работя с пациент или клиент, който е трансджендър

Напълно съгласен съм

2,0%

Несъгласен съм

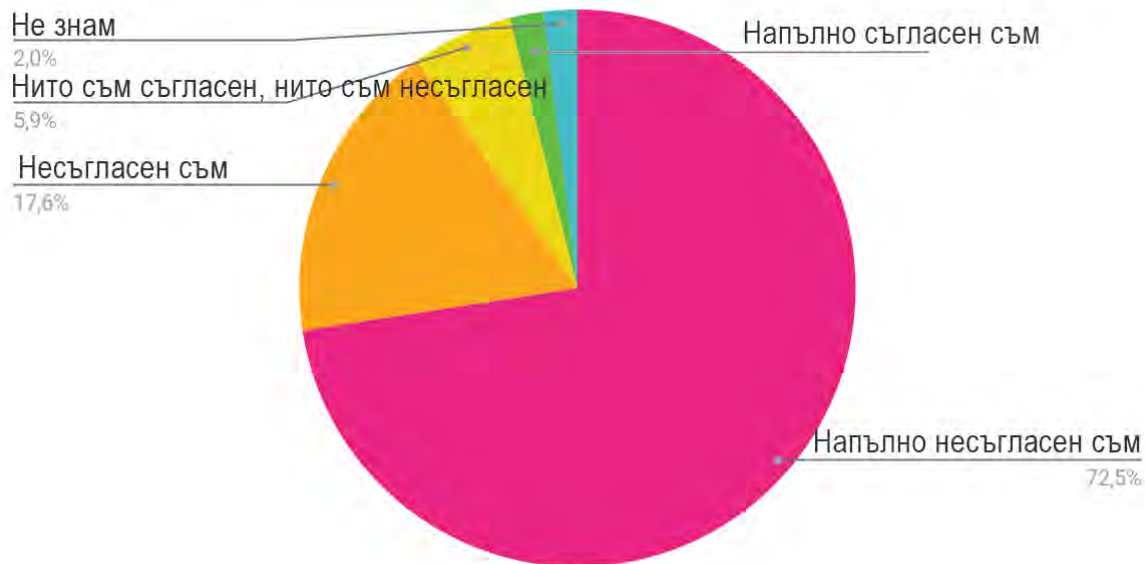
25,5%



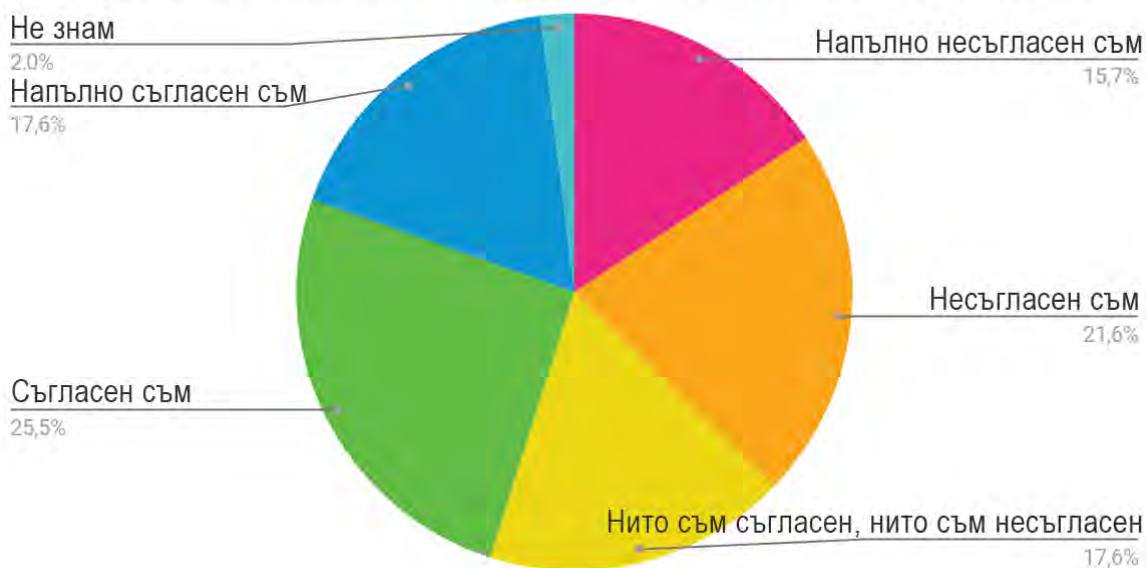
Напълно несъгласен съм

68,6%

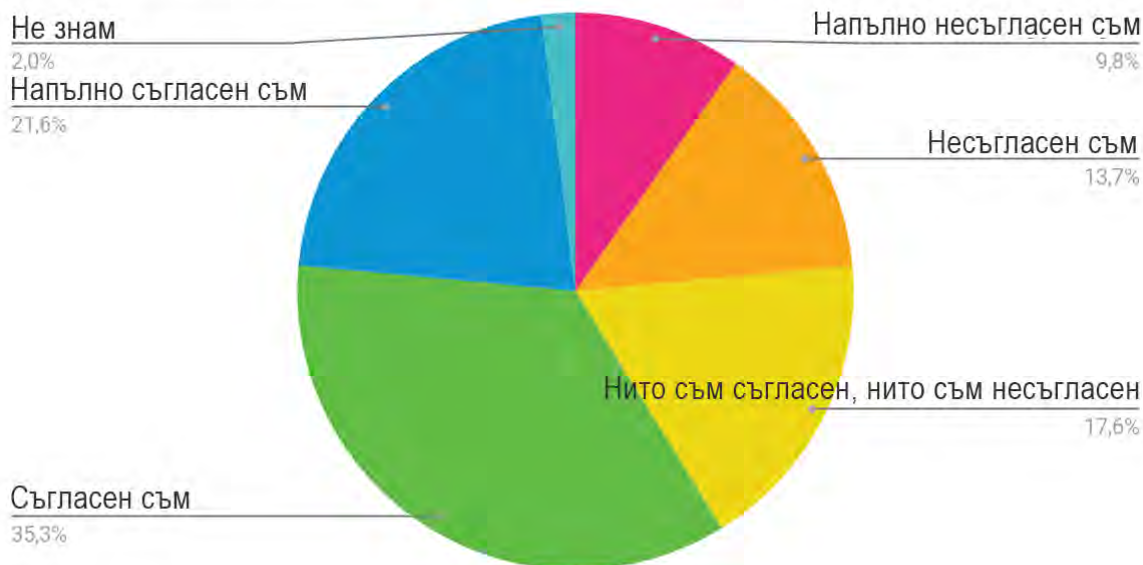
НЕ бих се чувствал комфортно да работя с пациент или клиент, който е интерсекс



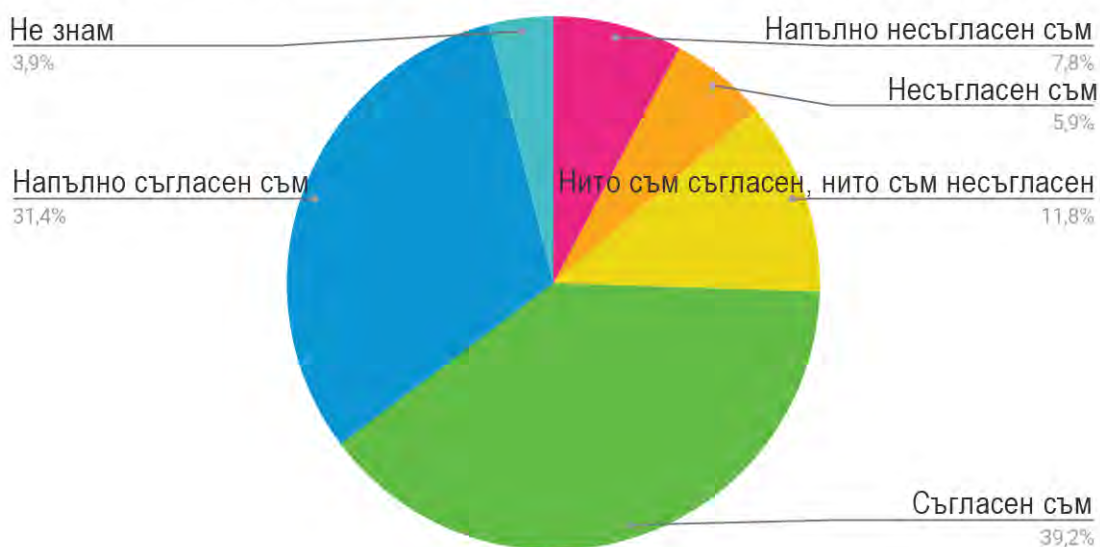
Важно е за здравен специалист да знае за сексуалната ориентация на пациента или клиента, за да му предостави подходящо обслужване



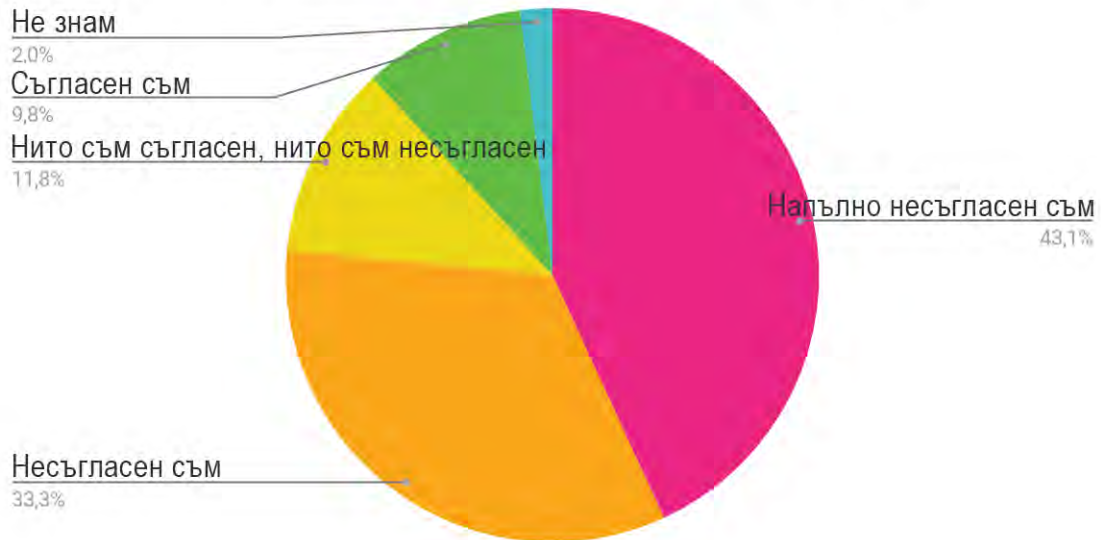
Важно е за здравен специалист да знае за половата идентичност на пациента или клиента, за да му предостави подходящо обслужване



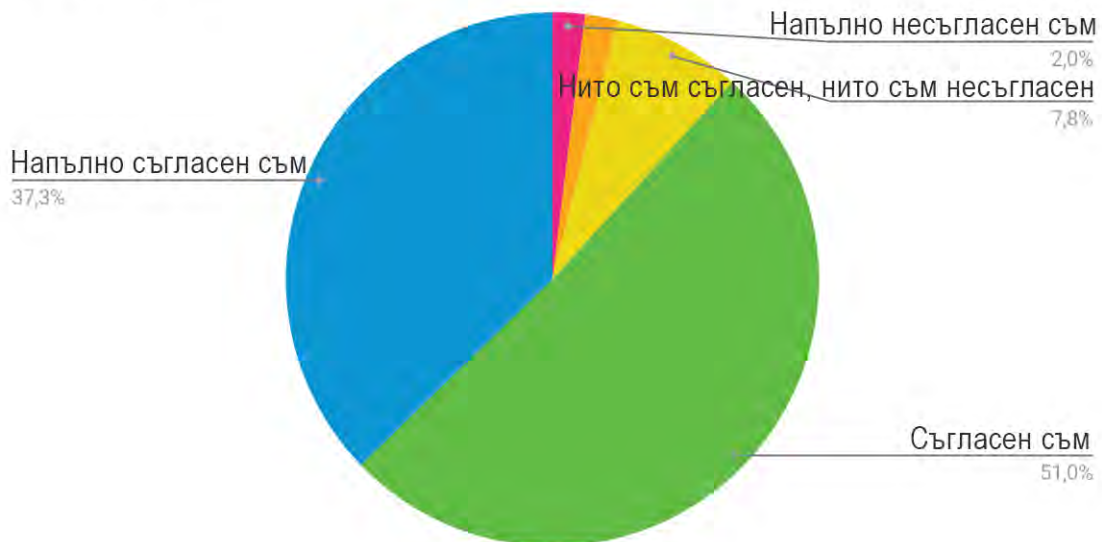
Важно е за здравен специалист да знае за интерсекс статуса на пациента или клиента, за да му предостави подходящо обслужване



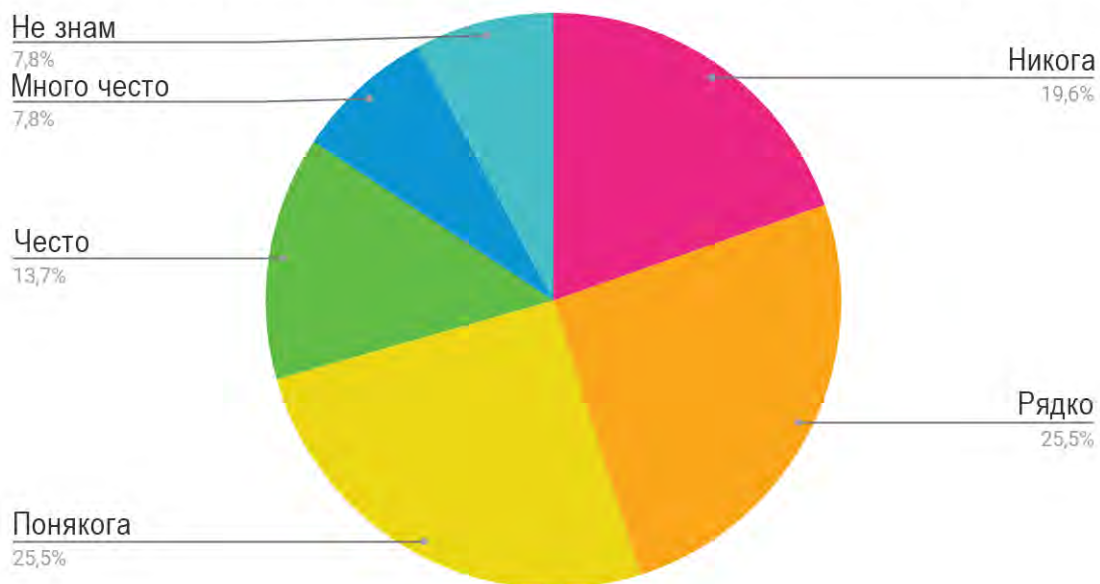
За мен е трудно да говоря за сексуална ориентация, полова идентичност или полови характеристики със своите пациенти или клиенти



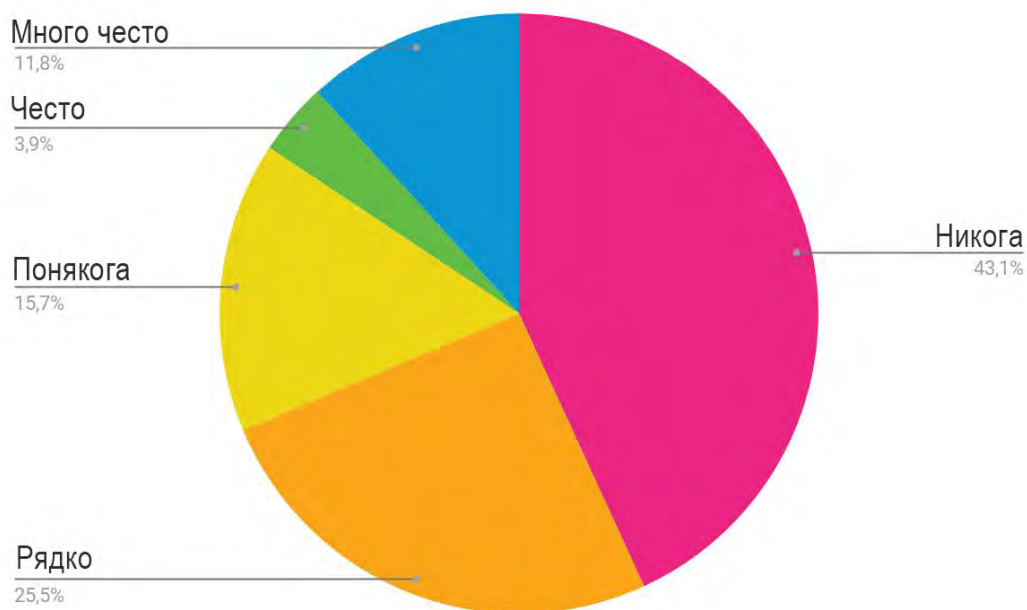
Важно е да се създаде приобщаваща среда за ЛГБТИ пациенти или клиенти



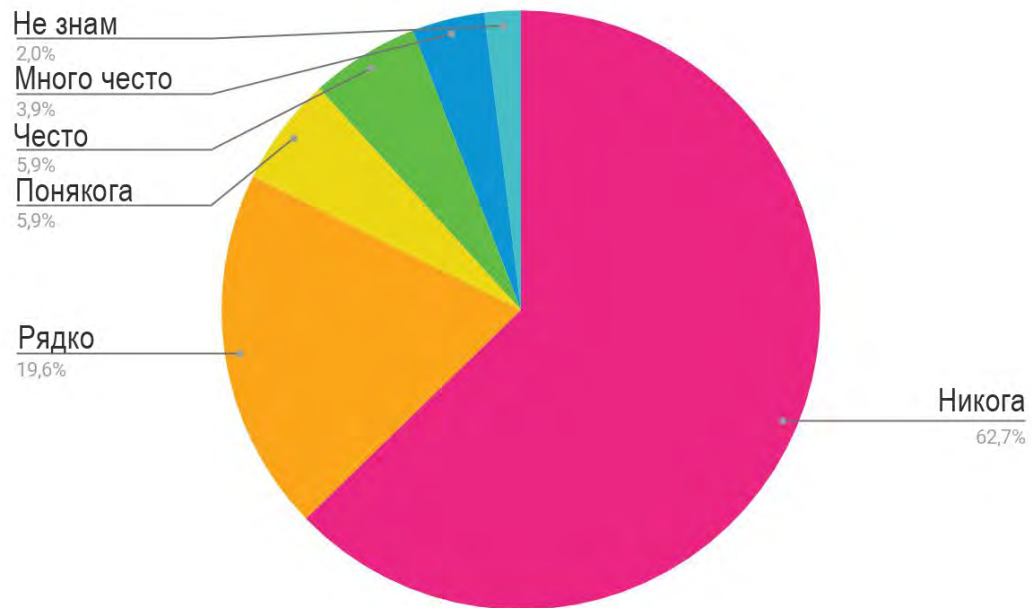
Колко често сте имали пациенти/клиенти, които са били открито ЛГБТИ



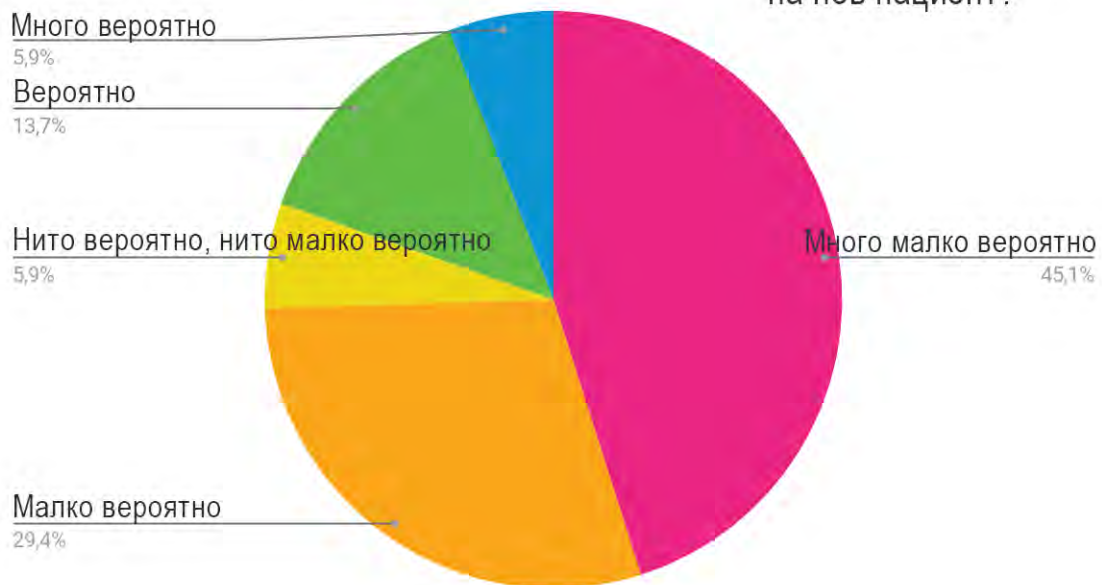
Колко често сте преживявали или чували унижения, заплахи и обиди , основани на сексуална ориентация, полава идентичност или полови характеристики?



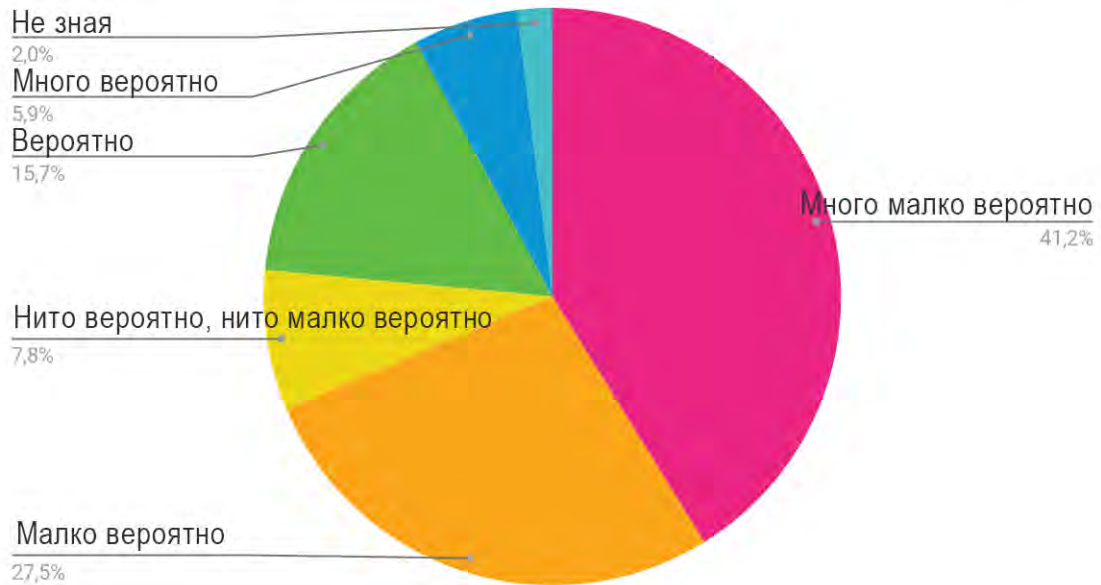
Колко често сте преживявали или чували отказ на услуги въз основа на сексуална ориентация, пола идентичност или полови характеристики?



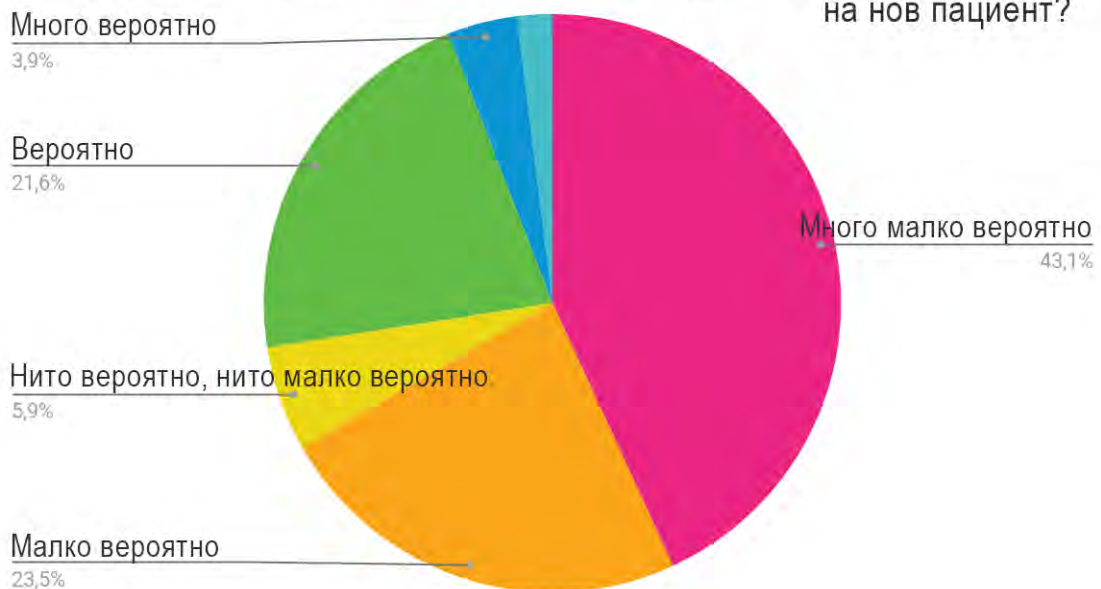
Колко вероятно е да попитате за сексуалната ориентация на нов пациент?



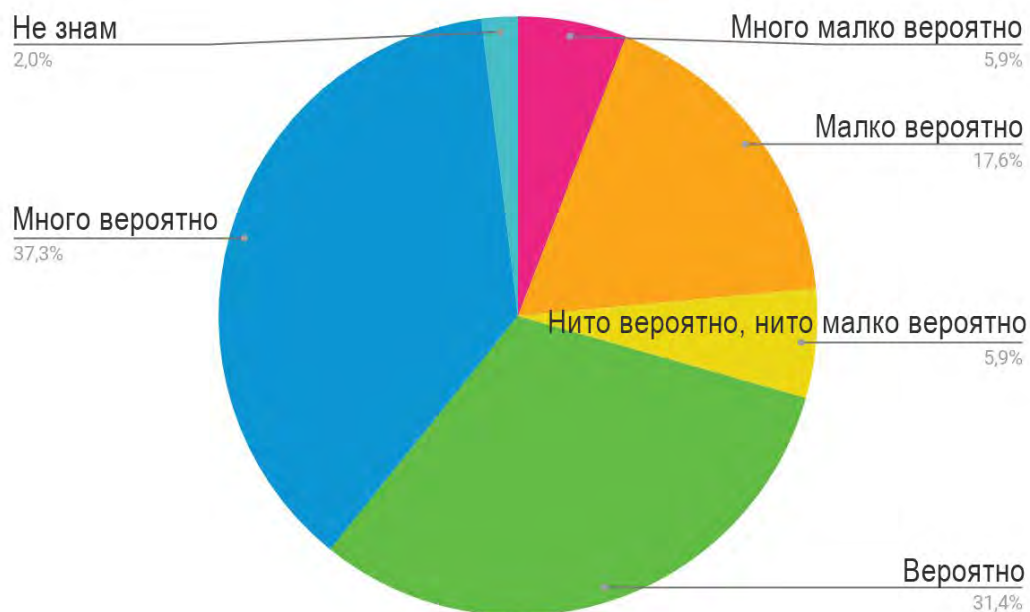
Колко вероятно е да попитате за половата идентичност на нов пациент?



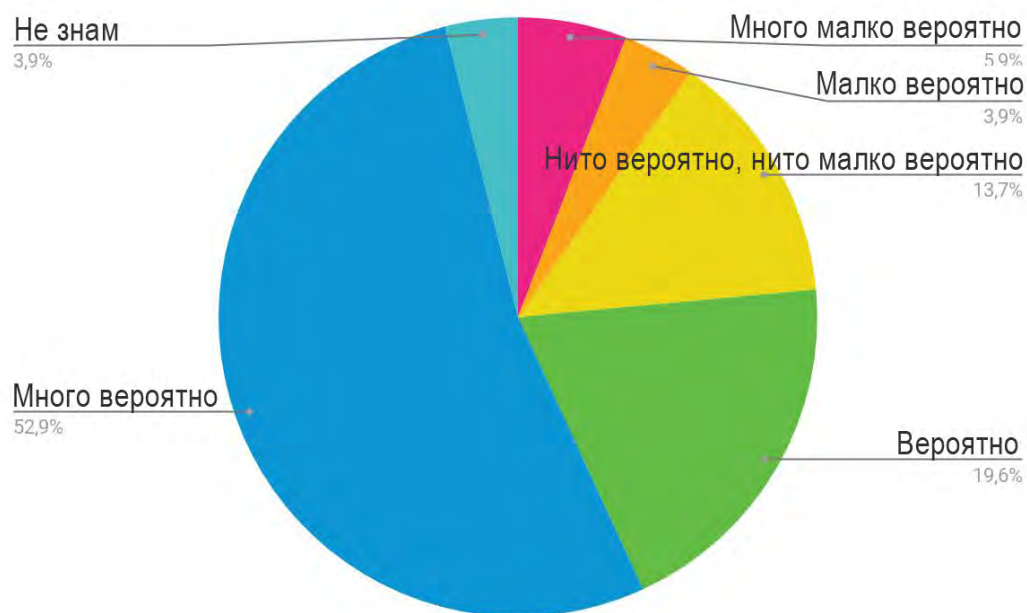
Колко вероятно е да попитате за половите характеристики на нов пациент?



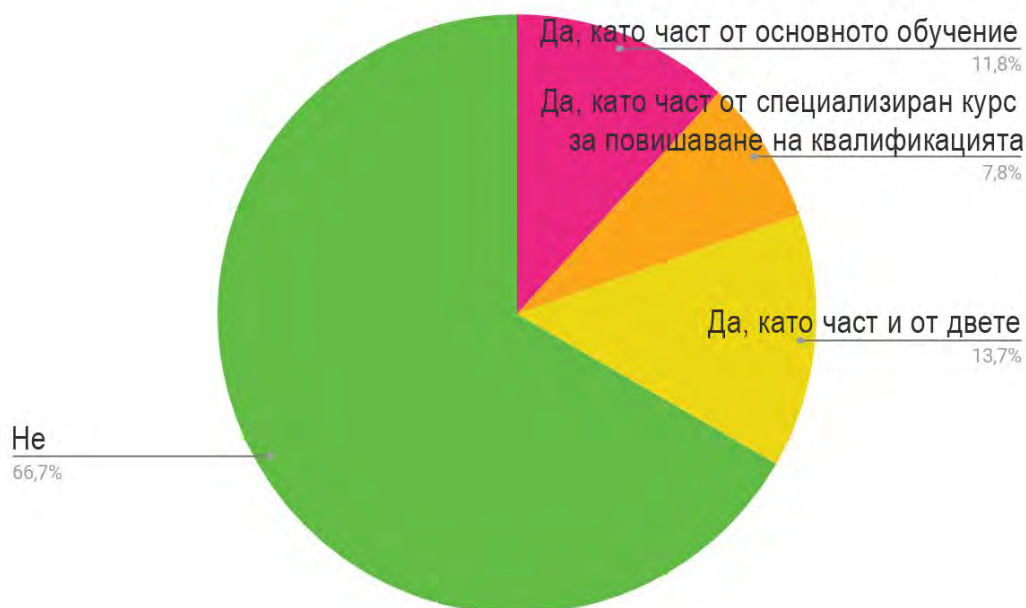
Колко вероятно е да използвате неутрален език, когато питате за семейните отношения на пациенти/клиенти (напр. партньор вместо съпруг/съпруга)?



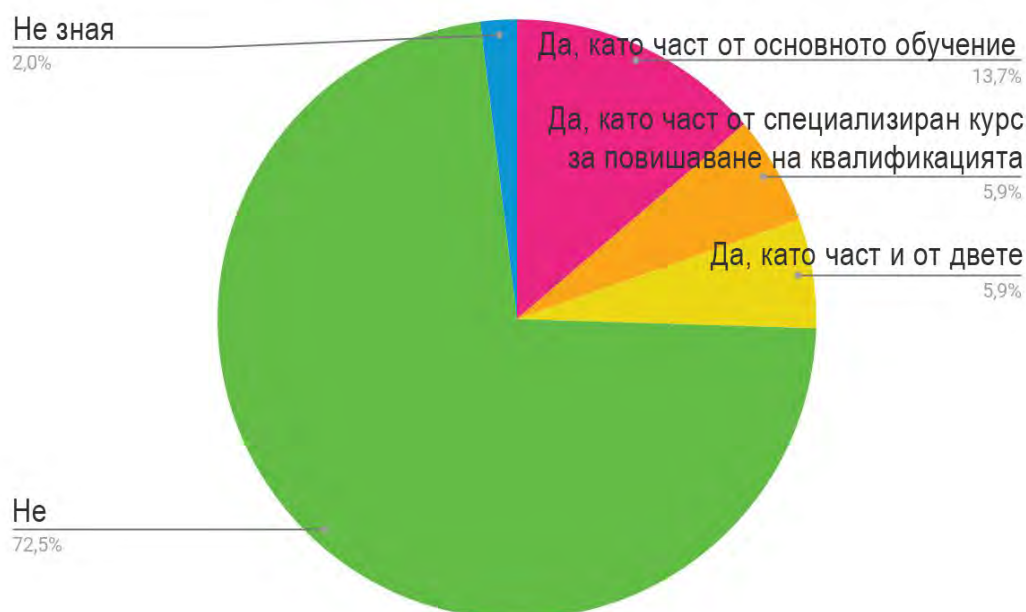
Колко вероятно е да се обърнете към някого с предпочитаното от него име и пол, независимо какво се съдържа в документите му?



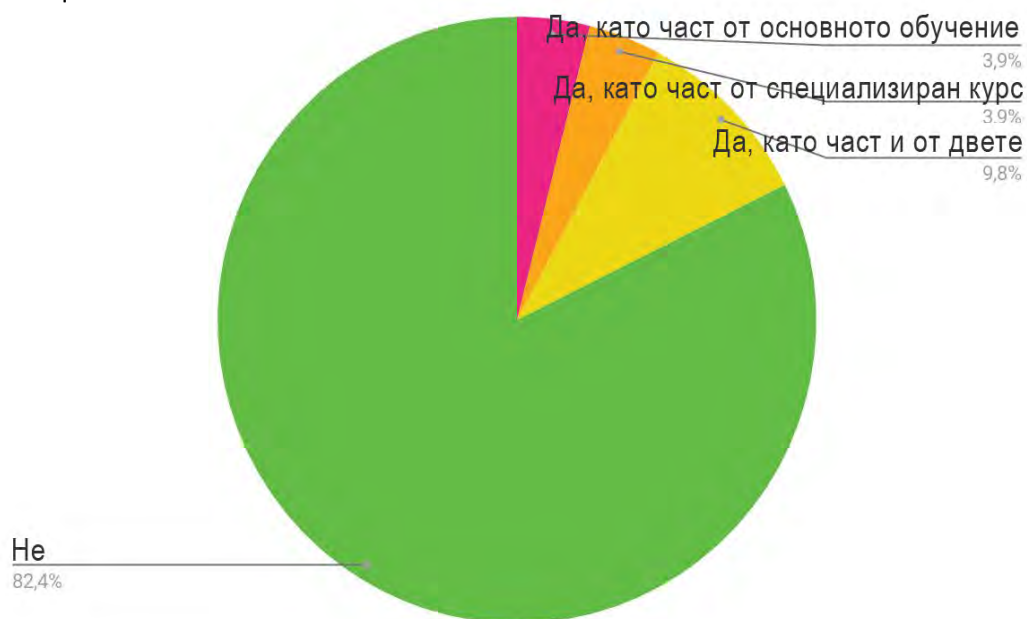
Били ли са обхванати ЛГБТИ понятия и терминология и приобщаващ език от основното ви обучение или по време на специализиран курс за повишаване на квалификацията?



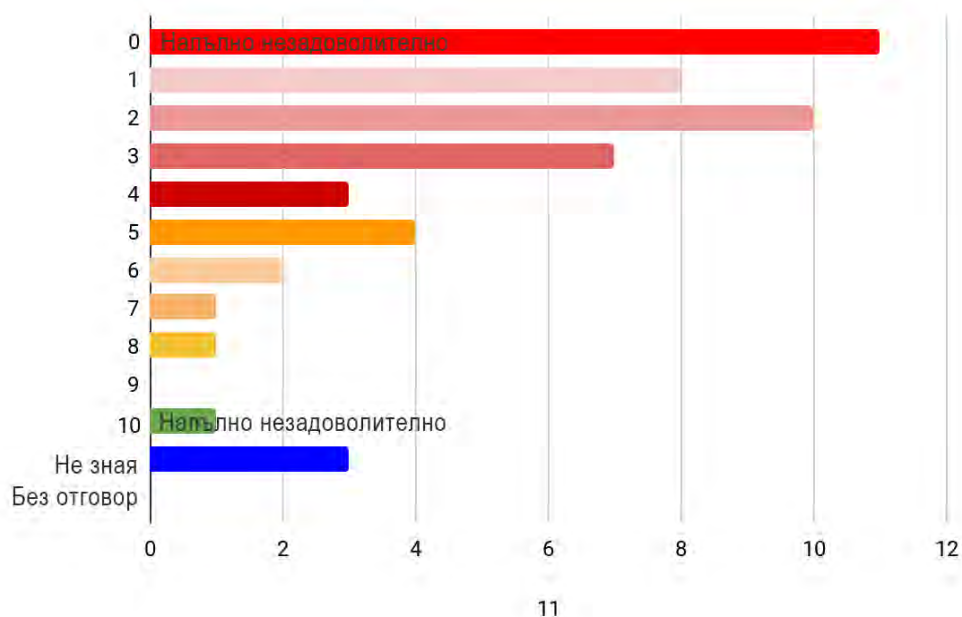
Били ли са обхванати социалните предразсъдъци към ЛГБТИ хората от основното ви обучение или по време на специализиран курс за повишаване на квалификацията?



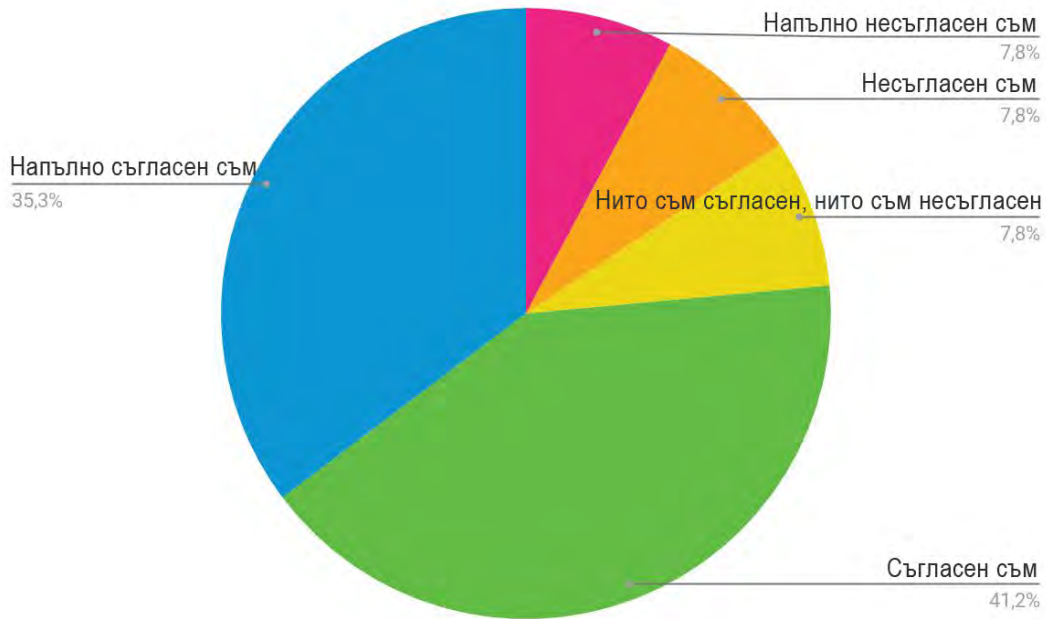
Били ли са обхванати бариерите пред достъпа до здравеопазване за ЛГБТИ хора от основното ви обучение или по време на специализиран курс за повишаване на квалификацията?



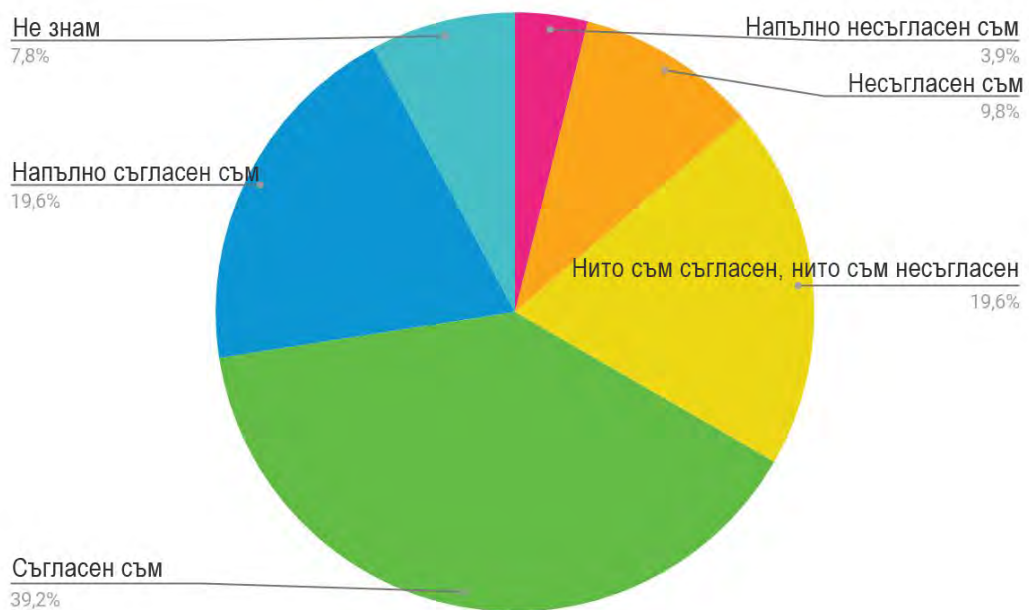
Като цяло, как бихте оценили качеството на покриване на ЛГБТИ здравните проблеми в образованието, което сте получили до момента?



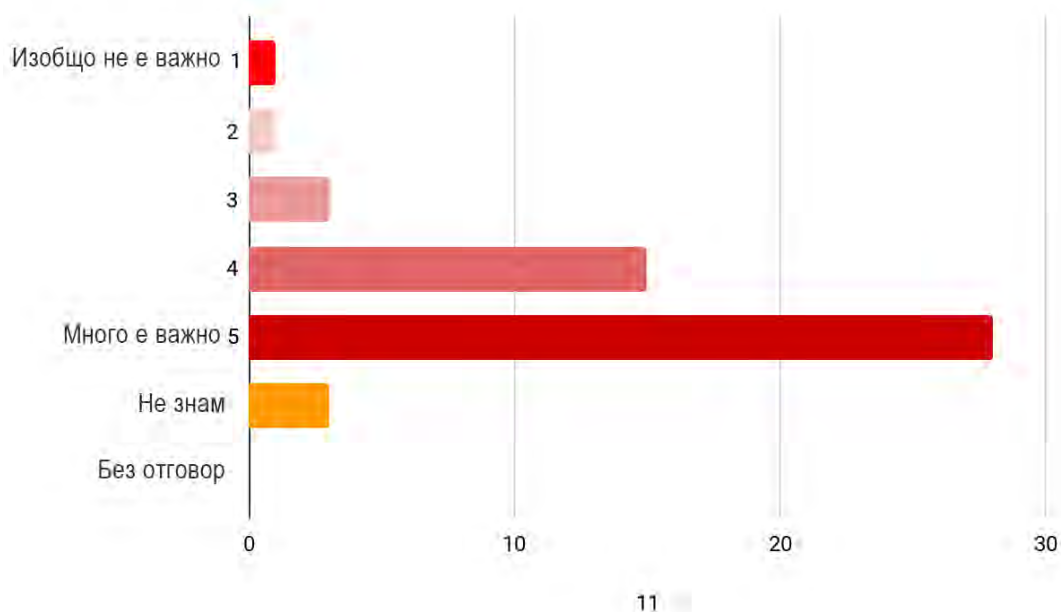
ЛГБТИ перспективата трябва да бъде неразделна част от образователната програма на всички специалисти, работещи в областта на здравеопазването.



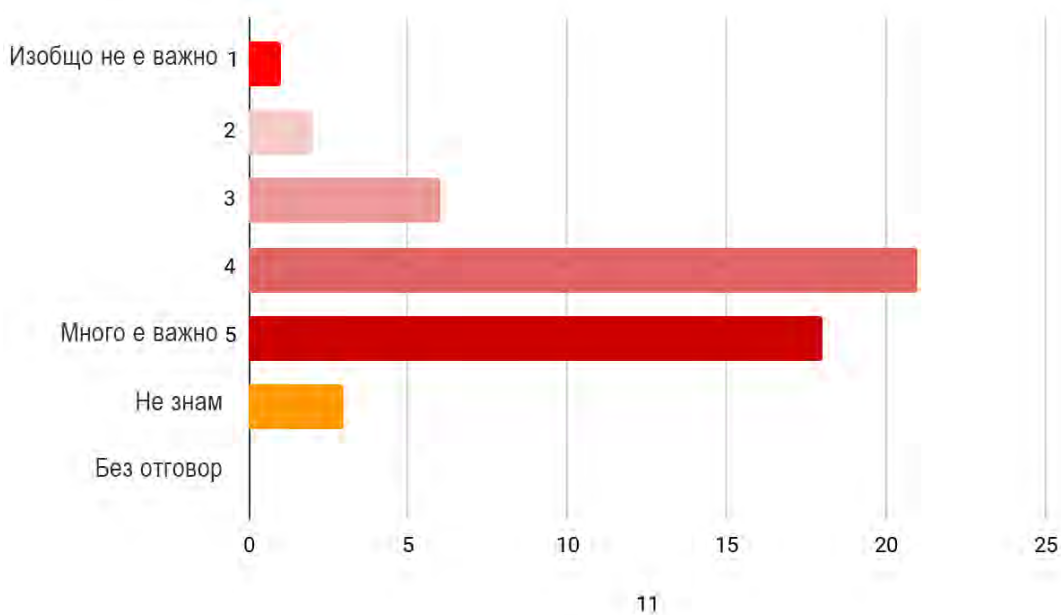
Имам знанията и уменията да предоставям качествени услуги на ЛГБТИ пациенти или клиенти.



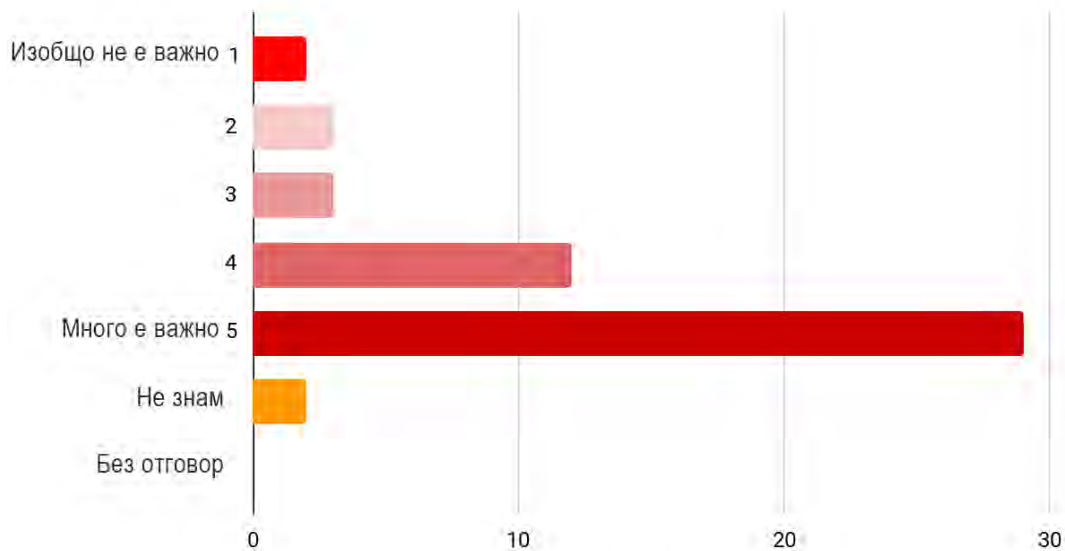
Колко е важно според Вас разликите в половото развитие/интерсекс състоянията да бъдат обхванати в обучение по ЛГБТИ въпроси?



Колко е важно според Вас методите на лечение за утвърждаване на пола да бъдат обхванати в обучение по ЛГБТИ въпроси?

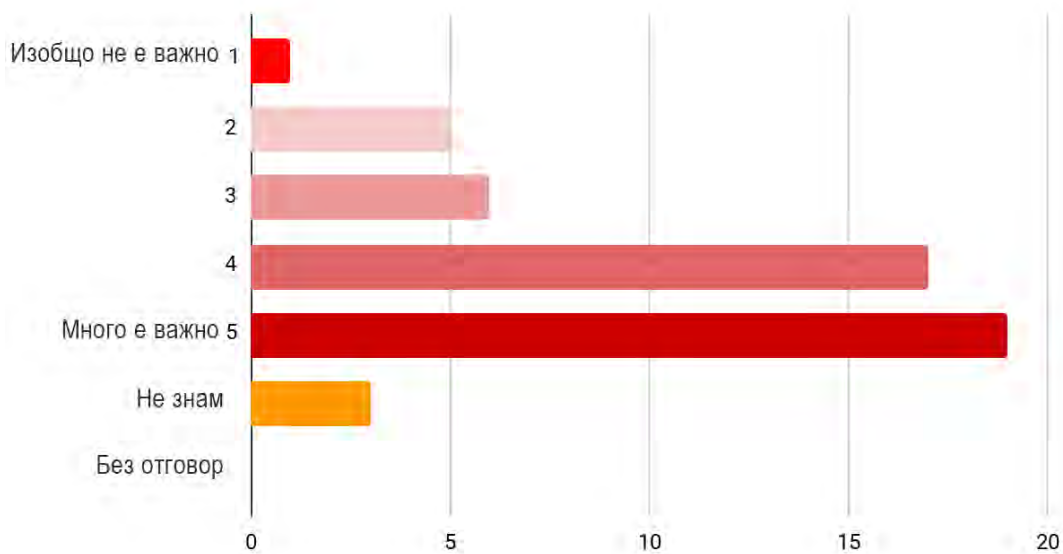


Колко е важно според Вас насоки и протоколи за здравето на ЛГБТИ хората да бъдат обхванати в обучение по ЛГБТИ въпроси?



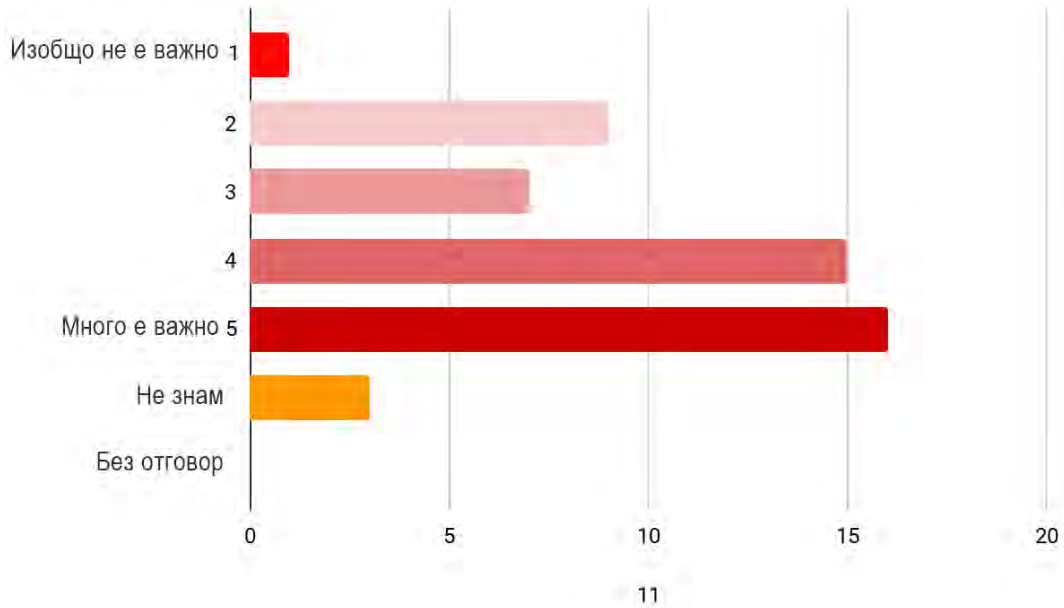
11

Колко е важно според Вас законодателството за еднополовите партньорства и родителство да бъде обхванато в обучение по ЛГБТИ въпроси?



11

Колко е важно според Вас законодателството за правното признаване на пола да бъде обхванато в обучение по ЛГБТИ въпроси?



Колко е важно според Вас ЛГБТИ организациите и техните услуги да бъдат обхванати в обучение по ЛГБТИ въпроси?

