

**Promowanie
włączającej
i kompetentnej opieki
zdrowotnej dla osób
LGBTI**



**RAPORT
KRAJOWY**

2020



Promoting Inclusive
and Competent Health Care
for LGBTI People



Tytuł: **Promowanie włączającej i kompetentnej opieki zdrowotnej dla osób LGBTI**

Autor raportu: **Hubert Pajęczkowski**

Korekta: **Elena Togni, Giacomo Viggiani**

Opracowanie graficzne: **Zsolt S. Szabó**

Wydawca: **Stowarzyszenie Lambda Warszawa**

Data publikacji: **12.10.2020**



This publication was produced as part of the project, *Open Doors: Promoting Inclusive and Competent Health Care for LGBTI People* co-funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020).

The content of this publication represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.



This publication may be downloaded free of charge from opendoorshealth.eu.

Spis treści

Spis treści	3
1. Streszczenie	4
2. Kraj w skrócie	5
3. Ramy prawne	6
4. Wsparcie i usługi opieki zdrowotnej dla osób LGBTI	10
5. Badania, programy, strategie	11
6. Kompetencja osób pracujących w obszarze ochrony zdrowia	13
6.1 Wiedza	15
6.2 Postawy	17
6.3 Doświadczenie i stosowane praktyki	19
6.4 Szkolenia	24
Wnioski	26
Rekomendacje	27
Bibliografia	28

1. Streszczenie

Chociaż polskie prawo deklaruje konieczność świadczenia wysokiej jakości usług zdrowotnych, to w rzeczywistości usługi obszaru ochrony zdrowia pozostawiają wiele do życzenia.

Brakuje ogólnych regulacji prawnych, które zabraniałyby dyskryminacji ze względu na orientację psychoseksualną, tożsamość płciową lub zróżnicowany rozwój płciowy. Zakaz terapii konwersyjnych i operacji przeprowadzanych na interseksualnych niemowlętach (o ile ich życie bądź zdrowie nie jest zagrożone), a także godna procedura uzgodnienia płci czy dodanie do kodeksu karnego przepisów chroniących przed mową nienawiści to kluczowe kwestie przemawiające za zmianą obecnie istniejących rozwiązań legislacyjnych. Jedną z ważniejszych kwestii, na którą zwracają udział osoby ankietowane podczas badania to duże braki wiedzy personelu ochrony zdrowia. Przede wszystkim to już podstawa programowa na poziomie szkolnym i uniwersyteckim nie zawiera treści dotyczących praw człowieka czy edukacji antidyskryminacyjnej. Ponadto brakuje przekazania informacji na temat specyficznych potrzeb zdrowotnych osób LGBTI. Często pracownicy ochrony zdrowia muszą zdobywać tego rodzaju informacje na własną rękę i samemu się doszkalać w tym zakresie. Przyszli lekarze nie są przygotowani do zajmowania się nieheteronormatywnymi pacjentami i pacjentkami i nie wiedzą jakiego języka wobec nich użyć. Co więcej, często błędnie ich diagnozują. Dodatkowo ich własne przekonania i uprzedzenia mogą mieć duży wpływ na sposób, w jaki traktują swoich pacjentów przychodzących do gabinetu.

Osoby uczestniczące w badaniu zwracają uwagę na to, że istnieje duże zapotrzebowanie na szkolenia dla studentów medycyny i kierunków pokrewnych, dla lekarzy oraz dla personelu administracyjnego placówek medycznych. Zagadnienia poruszane podczas takich szkoleń powinny dotyczyć takich kwestii, jak podstawowa terminologia, inkluzywny język, stres mniejszościowy oraz proces korekty płci. Osoby decyzyjne w placówkach medycznych nie zapewniają swoim pracownikom podobnych szkoleń. Organizacje pożytku publicznego natomiast starają się udostępniać własne materiały, organizować własne szkolenia, warsztaty i wystąpienia. Niestety takie inicjatywy mają miejsce głównie w większych miastach i są tylko kroplą w morzu potrzeb.

2. Kraj w skrócie

System ochrony zdrowia w Polsce znacznie się zmienił w okresie transformacji ustrojowej. Odstąpiono od socjalistycznej scentralizowanej koncepcji na rzecz budowy systemu ubezpieczeniowego uwzględniającego mechanizmy rynkowe. Funkcje zarządcze, finansowania oraz nadzoru i kontroli podzielone są obecnie między Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz samorządy terytorialne. W wielu międzynarodowych rankingach porównujących systemy ochrony zdrowia polski system zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Natomiast opinia społeczeństwa dotycząca jego funkcjonowania, znajdująca odzwierciedlenie w wynikach badań opinii publicznej jest w większości negatywna.

Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, **każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.** Jednak według badań opinii publicznej CBOS opublikowanych w 2018 roku **66 % obywateli** naszego kraju negatywnie ocenia funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia. Równocześnie to właśnie **zdrowie** jest oceniane przez **57 % Polaków** jako ta **najważniejsza wartość ceniona w życiu**, tuż obok rodziny ¹.

Plan finansowania systemu ochrony zdrowia zdecydowanie wymaga reformy. Spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej Polska zajmuje „zaszczytne” trzecie miejsce od końca w przeznaczanych na niego finansach. Nakłady te wynoszą ok. **4.6% PKB** ².

Począwszy od lat dziewięćdziesiątych XX wieku Polska poszukuje nowych rozwiązań organizacyjno-prawnych wprowadzając kolejne reformy. Dokonywane zmiany dotychczas nie były jednak zbyt przemyślane, miały raczej charakter doraźny. Zabrakło długookresowej strategii, a przede wszystkim dogłębnej analizy istniejących do chwili obecnej rozwiązań.

Obecny stan systemu jest połączeniem obu przeprowadzonych reform. Można go określić jako model ubezpieczeniowy zważywszy na możliwość wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta, a także na sposób finansowania świadczeń i reguł funkcjonowania świadczeniodawców. Ma on również cechy modelu budżetowego, rozwiązania dające ubezpieczycielowi monopol na decyzje dotyczące warunków umowy i wielkości stawek.

¹ Badanie Centrum Opinii Publicznej 2019: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_046_19.PDF Total general government expenditure on health, 2018 (% of GDP), Source: Eurostat

Niestety dotychczas podejmowane działania w zakresie reformy ochrony zdrowia nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Nie spowodowały poprawy jakości ani dostępności świadczeń zdrowotnych. W kolejnych latach uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne spowodują zdecydowany wzrost potrzeb zdrowotnych pacjentów, a dostęp do świadczeń, przy braku zmian systemowych, może dalej się pogarszać.

Wbrew pierwotnie przyjętym założeniom pacjent nie jest traktowany podmiotowo, o czym świadczą liczne, stwierdzone przez NIK, naruszenia jego praw, a także przypadki odsyłania do innych podmiotów leczniczych.

Liczba i zakres ogólnopolskich programów profilaktycznych jest niewystarczająca. Zła organizacja systemu ochrony zdrowia nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby, a środki finansowe wydatkowane są głównie na leczenie, a nie na zapobieganie chorobom.

3. Ramy prawne

W polskim prawie nie ma żadnych przepisów, procedur bądź protokołów poruszających temat dyskryminacji ze względu na orientację psychoseksualną, tożsamość płciową bądź posiadane cechy płciowe, ani w wymiarze ogólnym, ani w obszarze ochrony zdrowia.

W tym samym czasie kiedy kończyliśmy przygotowywanie niniejszego raportu ILGA Europe opublikowało coroczny ranking państw mierzący poziom równouprawnienia osób LGBT¹. Niestety Polska zajęła niechlubne ostatnie miejsce pośród wszystkich krajów Unii Europejskiej i jednocześnie została okrzyknięta najbardziej homofobicznym krajem EU. W zestawieniu pod uwagę brane były takie czynniki jak: równość i zakaz dyskryminacji, rodzina, wolność zgromadzeń, zrzeszania się i ekspresji, przestępstwa z nienawiści i mowa nienawiści, uzgodnienie płci i integralność cielesna, a także prawo do azylu. Jest to wyraźny spadek Polski w rankingu względem lat poprzednich. Skala przemocy wobec osób LGBTI jest bardzo duża, a polskie prawo dyskryminuje je na wielu płaszczyznach². Osoby LGBTI podobnie jak w innych

¹ ILGA-Europe Rainbow Map and Index 2020 <https://www.ilga-europe.org/rainboweurope/2020>

² Raport o Polsce - Kampania Przeciw Homofobii 2016
<https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2016/08/hnm-raport-pl-www.pdf>

obszarach życia nie mogą liczyć na jakąkolwiek formę ochrony przed dyskryminacją, również w zakresie ochrony zdrowia.

Niestety wciąż pomimo głośnego międzynarodowego stanowiska naukowego mówiącego wyraźnie, że homoseksualność nie jest chorobą i również państwowych zobowiązań do zakazania praktyk terapii konwersyjnych, w Polsce nie są one zabronione. Co prawda trudno jest oszacować ile ludzi i instytucji prowadzi obecnie podobne pseudonaukowe praktyki. Niemniej jednak doniesienia medialne i skargi skierowane do Rzecznika Praw Obywatelskich pokazują, że są one nadal wykorzystywane i promowane³.

W obszarze ochrony zdrowia w momencie doświadczania dyskryminacji pacjent może skierować swoją skargę do dyrektora danej instytucji, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich bądź Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej. Skargi te nie wymagają żadnej szczególnej formy i są wolne od jakichkolwiek opłat.

Rzecznik Praw Obywatelskich to organ państwowy stojący na straży praw i wolności obywateli określonych w konstytucji i innych przepisach prawa. Polskie prawo nakłada na Rzecznika Praw Obywatelskich cztery obowiązki w zakresie praw obywatelskich: zapobieganie, diagnoza, monitorowanie i inwencja. Rzecznik Praw Obywatelskich kontroluje a także podejmuje stosowne czynności jeśli stwierdzi, że z powodu celowego działania lub zaniechania przez organ, organizację lub instytucję zobowiązane do przestrzegania i realizacji wolności człowieka i obywatela nastąpiło naruszenie prawa oraz zasad sprawiedliwości społecznej⁶. Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Misją Biura Rzecznika Praw Pacjenta jest podejmowanie skutecznych działań na rzecz ochrony praw pacjentów, zapewniających trwały wzrost stopnia przestrzegania praw pacjentów w Polsce i podnoszenie poziomu wiedzy o prawach pacjenta. Pacjent ma prawo skierować skargę do Rzecznika Praw Pacjenta w przypadku naruszenia praw pacjenta przez placówkę ochrony zdrowia⁴.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej to niezależny posiadający osobowość prawną organ Naczelnej Izby Lekarskiej. Prowadzi postępowanie wyjaśniające w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy za czyny sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej.

³ Sytuacja prawna osób nieheteroseksualnych i transpłciowych w Polsce, Raport RPO, Warszawa 2019 ⁶

<https://www.rpo.gov.pl/>

⁴ <https://www.gov.pl/web/rpp>

TRANSPŁCIOWOŚĆ

W polskim prawie nie obowiązują żadne przepisy regulujące możliwość pełnego uzgodnienia płci (dokonania zmian w dokumentach określających tożsamość danej osoby). Sytuacja zmusza osoby transpłciowe do wytoczenia powództwa przeciwko rodzicom. Pozwala na to artykuł 189 kodeksu postępowania cywilnego. W sytuacji kiedy rodzice powoda nie żyją, może on wytoczyć powództwo przeciwko kuratorowi ustanowionemu przez sąd. Konieczność pozwania bliskich w procesie uzgadniania płci narusza godność i prawo do życia prywatnego osób transpłciowych. Jak wiadomo również ze skarg kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich jest to również bardzo duże obciążenie emocjonalne dla tych osób. Sprawy te przeciągają się również w czasie w momencie kiedy rodzice nie akceptują tożsamości płciowej dziecka i nie chcą współpracować z osobą dochodzącą ustalenia płci bądź ich miejsce pobytu nie jest znane.

ZWIĄZKI I RODZICIELSTWO OSÓB LGBTI

Polski system prawny nie uwzględnia możliwości zawierania związków małżeńskich ani zinstytucjonowania związków partnerskich zawieranych przez osoby tej samej płci. Niemożliwe jest również dokonanie transkrypcji zagranicznego aktu małżeństwa czyli uwzględnieniu go w polskim rejestrze stanu cywilnego.

Także polskiemu prawu nie podlega rodzicielstwo osób tej samej płci - w akcie urodzenia dziecka dwóch osób tej samej płci nie ma żadnych wskazań. Prawo nie zezwala również na adopcję dziecka przez pary tej samej płci i nie reguluje instytucji macierzyństwa zastępczego, tzw. surogacji. Transpłciowe kobiety mogą w Polsce płodzić dzieci, transpłciowi mężczyźni mogą je również rodić. Niejasne jest tylko jak powinno być zapisane rodzicielstwo osób transpłciowych w aktach urodzenia. Naruszenie prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego osób LGBT w Polsce wynika przede wszystkim z braku uregulowania sytuacji rodzin tworzonych przez pary osób tej samej płci i osób transpłciowych oraz z ograniczeń określających procedury uzgadniania płci.

OPIEKA ZDROWOTNA

W Polsce funkcjonuje ogólny Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) obowiązujący lekarzy i dentystów. Dokument ten określa zasady etycznego postępowania określając priorytety, którymi powinno kierować się w pracy zawodowej oraz wskazuje zasady w relacjach z pacjentami/kami oraz innymi lekarzami. Ostatnia aktualizacja kodeksu miała miejsce w 1991 roku. Do dziś wszyscy

studenci akademii medycznych w Polsce składają obietnicę podczas ślubowania, którego treść można znaleźć we wstępie KEL. Umownie można uznać KEL za akt normatywny, którego regulacji powinien przestrzegać lekarz. Natomiast lekarz, który zachowuje się zgodnie z prawem ogólnym, ale wbrew KEL nie może być karany przez prawo.

OGÓLNY KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ JAK RÓWNIEŻ KODEKSY ETYCZNE POSZCZEGÓLNYCH GRUP SPECJALISTYCZNYCH NIE ZAWIERAJĄ INFORMACJI O OSOBACH LGBTI.

Pacjent ma prawo do dokumentacji medycznej i informacji; ma on możliwość upoważnić każdą osobę do dostępu do dokumentacji medycznej oraz do otrzymywania informacji o stanie zdrowia. Nie jest istotne w jakiej relacji pacjent pozostaje z osobą upoważnioną. Takie upoważnienie może być sporządzone w formie pisemnej jak również ustnie. W momencie kiedy pacjent jest pełnoletni, przytomny i świadomy oraz nie jest ubezwłasnowolniony to wtedy lekarz nie ma prawa bez upoważnienia informować nikogo o stanie jego zdrowia. Kiedy pacjent jest jednak nieprzytomny lub nieświadomy lekarz powinien udzielić informacji osobie bliskiej pacjenta. Wg ustawy o prawach pacjenta⁵ osobą bliską jest osoba pozostająca we wspólnym pożyciu. Mogą to być osoby pozostająca w związku nieformalnym, w tym osoby nieheteronormatywne. Kolejnym prawem pacjenta jest prawo do poszanowania jego intymności i godności. Pacjent ma także prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Może więc w dowolnej formie skontaktować się ze swoimi bliskimi. Każdy pacjent ma też prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Jak wynika ze skarg kierowanych do RPO homoseksualni mężczyźni bywają zdyskwalifikowani jako dawcy krwi bądź jako dawcy szpiku kostnego. Natomiast czynnikiem dyskwalifikującym powinny być ryzykowne zachowania seksualne, a nie orientacja seksualna pacjenta.

W Polsce jest również brak szczegółowych rozwiązań prawnych dotyczących osób interplciowych w zakresie ustalania płci metrykalnej jak również brak jasnych zasad opieki zdrowotnych. Nie ma możliwości umieszczenia w karcie urodzenia, która jest podstawą do wydania w urzędzie stanu cywilnego aktu urodzenia. oznaczenia płci innej niż mężczyzna lub kobieta jak również możliwości odroczenia decyzji o jego umieszczeniu.

Polski system ochrony zdrowia nie zapewnia dostatecznej ochrony swoich pacjentów i pacjentek przed nierównym traktowaniem ze względu na orientację psychoseksualną, tożsamość płciową bądź zróżnicowany rozwój płciowy. Dyskryminacja może również być związana z osobistymi

⁵ Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120000159/U/D20120159Lj.pdf>

uprzedzeniami personelu medycznego wobec osób LGBTI. Przepisy prawa międzynarodowego i międzynarodowe standardy zobowiązujące państwa do edukacji pracowników ochrony zdrowia oraz do zapewnienia włączającej i kompetentnej opieki zdrowotnej uwzględniającej szczególnie potrzeby społeczności osób nieheteronormatywnych nie są w Polsce ogólnie realizowane. Jako, że ustawa o równym traktowaniu nie zapewnia ochrony osobom nienormatywnym, jedyną drogą rozwiązania problemu jest wytoczenie pozwu cywilnego o ochronę dóbr osobowych.

4. Wsparcie i usługi opieki zdrowotnej dla osób LGBTI

Narodowy Fundusz Zdrowia nie świadczy specjalnych usług koncentrujących się na pacjentach i pacjentkach LGBTI ani na poziomie krajowym, ani regionalnym. Jednak to organizacje pozarządowe odgrywają istotną rolę w promowaniu i wspieraniu zdrowia osób nienormatywnych.

Istnieją organizacje, które zajmują się wsparciem psychologicznym osób LGBTI. Organizacje te prowadzą konsultacje telefoniczne i zapewniają dostęp do bezpłatnej psychoterapii. Jedną z nich jest **Stowarzyszenie Lambda Warszawa**, najstarsza i wciąż działająca organizacja na rzecz osób LGBTI w Polsce. Oprócz swojej kluczowej inicjatywy czyli Telefonu Zaufania, Lambda prowadzi także grupy wsparcia, m.in. dla seniorów, dla rodziców osób LGBTI czy dla dorosłych dzieci alkoholików. **Fundacja Transfuzja** zajmuje się natomiast pomocą psychologiczną oraz wsparciem dla osób transpłciowych. **Lambda Szczecin** zapewnia zaś konsultacje psychologiczne i pomoc seksuologa. Ponadto istnieją organizacje, które podejmują różne działania mające na celu zapobieganie zakażeniom HIV i wsparcie dla osób już żyjących z wirusem. **Zjednoczenie Pozytywni w Tęczy** prowadzi różnorodne działania edukacyjne i profilaktyczne skierowane do różnych grup odbiorców. W ostatnich latach organizacja ta koncentruje swoje działania na pomocy osobom zakażonym HIV tworząc grupy wsparcia i budując wspólnie z innymi organizacjami integralny system pomocowy w Warszawie. **Program Buddy Polska** koncentruje się na pomocy mężczyznom żyjącym z HIV i nie jest skierowany tylko do mężczyzn nieheteronormatywnych. Program jest dostępny dla każdego. W jego identyfikacji wizualnej nie brakuje natomiast elementu tęczy, który obrazuje otwartość na bardzo

różnorodnych beneficjentów programu. Bardzo często po uzyskaniu pozytywnego wyniku reakcją osób jest poczucie winy, wyrzuty sumienia i lęk przed tym co nadejdzie. Niektórzy doświadczają go zaraz po otrzymaniu wyniku, a inni dopiero po upływie czasu. W takiej sytuacji pomocne może być to, aby osoba ta skonsultowała się z kimś kto po prostu z nią porozmawia, okaże zrozumienie. I to jest dokładnie to czym zajmuje się Program Buddy. Specjalnie przygotowani wolontariusze, osoby homoseksualne i biseksualne żyjące od pewnego czasu z HIV mogą wysłuchać, wesprzeć i pomóc odnaleźć się w sytuacji zakażenia.

Ponadto istnieje Fundacja **Cicha Tęcza**, która zapewnia pomoc psychologiczną dla głuchoniemych osób LGBTI. W Polsce działają także inne organizacje przyjazne osobom LGBTI, które wspierają nienormatywną społeczność, np. Stowarzyszenie Wolontariuszy przeciwko AIDS „Bądź z Nami”, Krajowa Sieć Osób żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”.

Niestety działania organizacji pożytku publicznego zdecydowanie nie wystarczają. Ograniczone środki finansowe, brak wsparcia ze strony państwa, a także nieprzychylny stanowisko polityków partii rządzącej skutecznie utrudniają podejmowane działania.

5. Badania, programy, strategie

Za pomocą badań ankietowych, kwestionariuszy i przeprowadzanych wywiadów organizacje pozarządowe od lat gromadzą dane na temat potrzeb zdrowotnych osób LGBTI. Następnie zaś publikują raporty i broszury informacyjne prezentujące najbardziej aktualne dane i płynące z nich wnioski.

Kampania Przeciw Homofobii wydała w 2017 roku kilkunastostronicowy *Praktyczny przewodnik po zdrowiu LGBTI dla lekarzy*⁶. Zawiera on opis najważniejszych potrzeb w zakresie zdrowia osób transpłciowych, gejów i lesbijek, osób biseksualnych i interpłciowych. Zawiera też wskazówki praktyczne dla specjalistów ochrony zdrowia o te same tematyce. Rok wcześniej KPH w ramach projektu „Pełny dostęp – edukacja dla sektora ochrony zdrowia” wydała publikację *Zdrowie LGBT: przewodnik dla kadry medycznej*⁷. Miało to miejsce w ramach programu Obywatele dla Demokracji

⁶ <https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2017/11/Praktyczny-przewodnik-po-zdrowiu-LGBTI-dla-lekarzy.pdf>

Praktyczny przewodnik po zdrowiu LGBTI dla lekarzy - Warszawa 2017

⁷ Zdrowie LGBT przewodnik dla kadry medycznej - Warszawa 2016

[https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Zdrowie-LGBT- -Przewodnik-dla-kadry-medycznej.pdf](https://kph.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Zdrowie-LGBT--Przewodnik-dla-kadry-medycznej.pdf)

⁸ Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce - Warszawa 2015

http://transfuzja.org/download/publikacje/transpłciowosc_a_opieka_zdrowotna_w_polsce.pdf

finansowanego z Funduszy EOG. Publikacja ta (74 stron) opisuje specyficzne potrzeby zdrowotne osób LGBT, prawa pacjenta LGBT oraz prezentuje wskazówki praktyczne.

Fundacja Trans-Fuzja prowadzi regularne badania potrzeb i doświadczeń osób transpłciowych w gabinecie lekarza. Dzięki m.in. pionierskiemu projektowi badawczemu *Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce*¹¹ udało się zdobyć informacje o tym w jaki sposób osoby transpłciowe radzą sobie z niełatwymi zawiłościami polskiego systemu prawnego. Miał on wpłynąć na poprawę jakości usług medycznych dla osób transpłciowych. Ważne jest bowiem to, aby w możliwie najpełniejszy sposób zapewnić wszystkim osobom transpłciowym dostęp do pomocy medycznej i psychologicznej, gdzie każdy specjalista/ka będzie mógł/a czuć się swobodnie w ramach swoich kompetencji, aby takiego wsparcia udzielić lub skierować pacjenta bądź pacjentkę do odpowiednich instytucji czy organizacji. Celem osób pracujących na sukces projektu było również działanie na rzecz opieki zdrowotnej wolnej od ograniczeń systemowych i indywidualnych. W publikacji zostały przedstawione informacje o prawach osób transpłciowych – o nadużyciach, o tym co nie powinno mieć miejsca podczas wizyty u lekarza, psychologa lub podczas pobytu w szpitalu. Zaprojektowana bruszurka, która jest częścią projektu pełni funkcję informacyjną, mówiąc co można zrobić w przypadku, gdy zachowanie specjalisty okazało się nieprawidłowe. Publikacje ta ukazały się dzięki wsparciu finansowemu międzynarodowej organizacji na rzecz osób LGBTI – ILGA-Europe.

W ramach tego samego projektu ukazała się kolejna broszura. Materiał w niej zawarty jest efektem zarówno analizy wyników kilkumiesięcznego ogólnopolskiego badania społecznego, jak i pracy zespołu psychologów Fundacji Trans-Fuzja. Ważną częścią tego przedsięwzięcia jest również obszerny raport z badań wydany w 2015 roku.

W 2017 roku został wydany również ostatni cykliczny raport tym razem opisujący sytuację osób LGBTQA w latach 2015-2016 w Polsce. Najważniejsze organizacje w Polsce działające na rzecz osób LGBTQA (m. in. KPH, Lambda Warszawa) począwszy od roku 1994 przeprowadzają badania dotyczące sytuacji społecznej osób nieheteronormatywnych – lesbijek, gejów, osób biseksualnych i transpłciowych. Dodatkowo ostatni raport obejmuje również osoby aseksualne. W publikacji można znaleźć następujące zagadnienia: wyoutowanie, dobrostan psychiczny oraz

zdrowie, przemoc motywowana uprzedzeniami, stres mniejszościowy, mowa nienawiści wobec lesbijek i gejów, młodzież szkolna LGBT, osoby transpłciowe, kobiety nieheteroseksualne. W powyższych treściach przedstawione są informacje dotyczące stosunku przedstawicieli obszaru ochrony zdrowia wobec osób transpłciowych, zinternalizowanej homofobii, transfobii i afobii oraz aspekty zdrowia psychicznego.

6. Kompetencja osób pracujących w obszarze ochrony zdrowia

Wyniki internetowej ankiety projektu OpenDoors pokazują dość pozytywne nastawienie respondentów i respondentek do osób LGBTI oraz stosunkowo wysoki poziom świadomości omawianej problematyki. Niemniej jednak ogólna edukacja w kwestiach związanych z osobami nienormatywnymi i ich zdrowiem jest na niskim poziomie, a potrzeba szkoleniowa wręcz niezbędna, począwszy od podstawowej terminologii i inkluzywnego języka.

Ankieta internetowa projektu OpenDoors skierowana była do osób posiadających wykształcenie medyczne, pielęgniarskie, związane ze zdrowiem psychicznym lub pracą socjalną, w tym osób pracujących na uczelniach wyższych. Jego odbiorcami i odbiorczyniami były także osoby posiadające inne wykształcenie, pracujące obecnie w sektorze ochrony zdrowia, a także osoby w wieku powyżej 18 lat, uczące się lub pobierające naukę w szkołach średnich i wyższych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Badanie to miało zebrać dane dotyczące wiedzy, postaw, doświadczeń oraz informacji na temat potrzeb szkoleniowych. Kwestionariusz składający się z 41 pytań był całkowicie anonimowy, a jego wypełnienie zajmowało około 25 minut. Został on opublikowany na oficjalnej stronie Stowarzyszenia Lambda Warszawa, na wszystkich jej kanałach w mediach społecznościowych oraz na różnych grupach na Facebooku. Ankieta została również wysłana w spersonalizowanych wiadomościach z prośbą o jej wypełnienie.

Odpowiedzi w badaniu zostały zebrane między **10.02 a 12.03.2020** roku i ostatecznie w pełnym badaniu ankietowym wzięło udział **188 osób**. 67% ankietowanych to osoby posiadające dyplom uczelni wyższej lub innej instytucji edukacyjnej w zakresie medycyny, ochrony zdrowia, zdrowia psychicznego (w tym psychologii) lub pracy socjalnej. 68% badanych obecnie pracuje w instytucji ochrony zdrowia, instytucji państwowej lub innej organizacji zajmującej się ochroną zdrowia. 51%

biorących udział w ankiecie to osoby, które obecnie pobierają naukę na uczelniach wyższych lub w innych instytucjach edukacyjnych.

Przechodząc do doświadczenia zawodowego osób, które wzięły udział w badaniu, aż 32% spośród wszystkich tych osób ukończyło medycynę (kierunek lekarski), 22% psychologię, a 17% zaznaczyło opcję *inne* wpisując takie kierunki studiów jak pedagogika czy socjologia. 4% ankietowanych ukończyło studia na kierunku związanym z pracą socjalną, a 2% spośród wszystkich to osoby po pielęgniarstwie i opiece nad pacjentem. Wykazując specjalizację medyczną większość ankietowanych wybrało opcję *Psychiatria, psychologia, psychoterapia* (16%), a 7% zaznaczyło opcję *inne*, gdzie pojawiły się takie specjalizacje jak neurologia, czy okulistyka. Pytanie *Gdzie obecnie pracujesz?* pokazało, że 50% respondentów i respondentek pracuje w publicznym systemie ochrony zdrowia, 28% w prywatnym sektorze, 12% na uczelni wyższej lub innej instytucji szkoleniowej, 11% wybrało *inne* : m.in. *korporacja, koncern farmaceutyczny*. 4% pracuje w organizacji profesjonalnej, kolejne 4% w instytucji państwowej lub ministerialnej.

100% spośród wszystkich osób pracujących związanych jest bezpośrednio klientami/pacjentami. 70% osób pracujących wybrało jako miejsce pracy duże miasto, 22% miasto lub małe miasto, 6% przedmieścia lub obrzeża dużego miasta, a 2% wieś.

82 spośród 188 respondentów/-ek to osoby w przedziale wiekowym **26-35** lat. 63 to osoby między 18 a 25 rokiem życia, 30 osób mieści się w przedziale 36-45, 11 osób w przedziale 46-55, a 2 osoby mają powyżej 56 lat.

W pytaniu *Z jaką płcią się identyfikujesz?* 66% odpowiadających zaznaczyło, że identyfikuje się jako kobieta, 31% jako mężczyzna, a 1 osoba nie chciała odpowiedzieć na to pytanie. Natomiast pozostałe identyfikują się jako osoby niebinarne. 51% respondentów/ek zadeklarowało swoją heteroseksualność, 25% to geje bądź lesbijki, 17% to osoby biseksualne, 5 osób nie chciało odpowiedzieć na to pytanie, a pozostałe osoby wskazały na swoją aseksualność, demiseksualność bądź panseksualność.

Drugą częścią badawczą projektu było przeprowadzenie **10 wywiadów** z osobami pracującymi w sektorze ochrony zdrowia, instytucjach zajmujących się kształceniem kadr ochrony zdrowia i osobami odpowiedzialnymi za kształtowanie polityki publicznej w tym zakresie ([zerknij na załącznik przedstawiający profile osób udzielających wywiadu](#)). Spotkania z rozmówcami i rozmówczyniami były organizowane w okresie pomiędzy **lutym a marcem 2020 roku**. Głównym ich celem było zebranie danych dotyczących wiedzy i postaw personelu ochrony zdrowia. Umożliwi to w najbliższej przyszłości stworzenie materiałów szkoleniowych przeznaczonych dla pracowników ochrony zdrowia i osób kształcących się w zawodach medycznych, a docelowo pozwoli zwiększyć świadomość personelu ochrony zdrowia na temat potrzeb społeczności LGBTI. Pojedynczy wywiad trwał zazwyczaj około 60 minut co pozwoliło na zrealizowanie wszystkich 25 pytań kwestionariusza oraz na krótką nieformalną dyskusję. Starano się, aby dobór osób był różnorodny, uwzględniał różnice w zakresie płci, doświadczeń osób, wielkości oraz rodzaju reprezentowanych placówek i instytucji.

6.1 Wiedza

Respondentom zadano pytania, które zostały podzielone na dwie części w celu oceny ich poziomu znajomości terminologii oraz zagadnień, które mogą mieć wpływ na zdrowie osób LGBTI. Ogólny poziom wiedzy osób badanych był dość wysoki. Jednak wyraźnie widać, że kwestie związane z transpłciowością, a jeszcze bardziej z interpłciowością są nadal niejasne i budzą wiele niejasności.

Część kwestionariusza ankietowego miała za zadanie zbadać stan wiedzy ogólnej odpowiadających na podstawie ogólnodostępnych i powszechnych wyników badań. Dla ułatwienia odbiorców ankiety wprowadzono też słowniczek tłumaczący pojęcia takie jak: tożsamość płciowa, osoba cispłciowa, osoba interpłciowa itp.

Zadaniem respondentów było wybranie jednej z czterech proponowanych odpowiedzi, a jedną z nich była opcja *Nie wiem*. W pytaniu dotyczącym orientacji psychoseksualnej, tożsamości płciowej i cech płciowych większość respondentów (83%) pokazała, że zdaje sobie sprawę, iż terminy te mają zupełnie inne znaczenie i nie są ze sobą powiązane. Kolejne pytanie dotyczyło wiedzy związanej z tożsamością płciową. Zdecydowana większość ankietowanych (85%) wie, że tożsamość płciowa transkobiety jest żeńska pomimo tego, że to płeć męska została jej nadana przy narodzinach. Osoby badane były również pytane o znaczenie poniższego zdania: *Piotr jest biseksualny*. 175 ze 188 wybrało poprawną odpowiedź: *oznacza to, że podobają mu się mężczyźni*

i kobiety. Jednakże stwierdzenie Laura jest interplciową kobietą było już trudniejsze i tutaj odpowiedzi były bardziej zróżnicowane. Jedynie 55% respondentów wybrało poprawną odpowiedź: Laura urodziła się z cechami płciowymi, które nie pasują do typowych definicji kobiecego lub męskiego ciała. 22% wskazało odpowiedź: Laura nie identyfikuje się ani jako kobieta, ani jako mężczyzna, a 18% nie wiedziało, jak odpowiedzieć na to pytanie.

Większość respondentów/ek (90%) zdaje sobie sprawę, że wskaźnik samobójstw jest wyższy w grupie młodzieży LGBTI niż w grupie młodzieży cisplciowej i heteroseksualnej.

Jeśli chodzi o fakt, że lesbijki częściej cierpią na otyłość niż kobiety heteroseksualne to 45% ankietowanych uważa, że to fałsz, a 41% po prostu nie wie. Stwierdzenie: *Geje częściej doświadczają lęku i depresji niż mężczyźni heteroseksualni*, 86% odpowiadających oceniło jako prawdziwe. Większość badanych (46%) odpowiedziało słusznie, że rak sutka może wciąż wystąpić po chirurgicznym usunięciu obu piersi, związanym z uzgodnieniem płci u transplciowych mężczyzn, 30% nie wie, a 24% uważa, że to fałsz. 60% ankietowanych zgadza się zaś ze stwierdzeniem mówiącym, że od osób żyjących z HIV otrzymujących leczenie antyretrowirusowe, których miano wirusa jest niewykrywalne nie można się zakazić. Zdecydowana większość, bo aż 81% zdaje sobie też sprawę, że w Polsce przepisy w instytucjach ochrony zdrowia nie traktują osób pozostających w związkach nieformalnych mających tę samą płęć jako najbliższych krewnych. 78% osób jako prawdziwe uważa też słusznie stwierdzenie, że w Polsce możliwe jest dokonanie prawnej zmiany nazwiska i płci w oficjalnych dokumentach.

Pytając o projekty badawcze i kampanie dotyczące zdrowia osób LGBTI, a także o organizacje, które prowadzą działania w dziedzinie zdrowia LGBTI uzyskano bardzo różne odpowiedzi. Niektórzy/niektóre kojarzyli/ły jakieś publikacje i kampanie, nie pamiętali/ły jednak szczegółów i nie potrafili/ły określić przez jaką jednostkę zostały one wydane/zorganizowane. Najczęściej rozpoznawane organizacje to Kampania Przeciw Homofobii, Lambda Warszawa oraz Transfuzja. Były również osoby, które nie kojarzyły żadnej z nich, a o Lambdzie i jej działaniach dowiedziały się w momencie zaproponowania wzięcia udziału w badaniu.

Osoby udzielające wywiadu zdają sobie sprawę z braku regulacji prawnych w Polsce dotyczących relacji osób tej samej płci. Jedna z rozmówczyń twierdzi (choć nie ma pewności), że małżeństwa lub związki partnerskie osób tej samej płci zawarte za granicą są ważne w świetle polskiego prawa. Niestety tak nie jest. Niektórzy rozmówcy i rozmówczynie słusznie zwracają uwagę na to,

że wobec osób nawołujących do nienawiści na tle różnic narodowościowych, etnicznych, rasowych, wyznaniowych albo ze względu na bezwyznaniowość nakładana jest grzywna bądź kara ograniczenia lub pozbawienia wolności. Nie ma jednak żadnych przepisów zakazujących mowy nienawiści ze względu na orientację psychoseksualną czy tożsamość płciową.

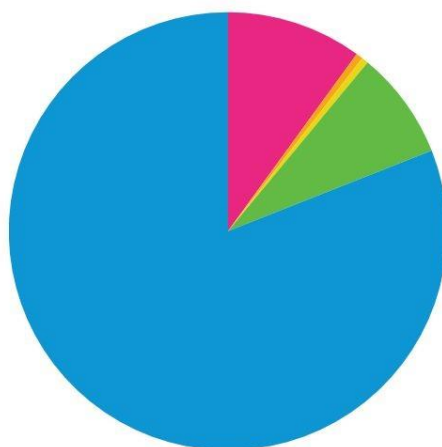
6.2 Postawy

Respondenci i respondentki internetowego kwestionariusza OpenDoors zostali/ły zapytani/e czy zgadzają się bądź nie zgadzają z serią stwierdzeń w celu zbadanie ich stosunku do osób LGBTI. Poproszono ich o udzielenie odpowiedzi w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza całkowity brak zgody, a 5 oznacza całkowitą zgodę. Jako możliwą opcję uwzględniono także odpowiedź: *Nie wiem*. 89% ankietowanych zgadza się, że osoby LGBTI powinny mieć takie same prawa jak każda inna osoba.

Wykres I. Badanie postaw respondentów

Czy zgadzasz się ze stwierdzeniem: Osoby LGBTI powinny mieć takie same prawa jak każda inna osoba?

● 1: zdecydowanie się nie zgadzam ● 2: nie zgadzam się ● 3: ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
● 4: zgadzam się ● 5: zdecydowanie się zgadzam



85% osób badanych uważa, że odczuwanie pociągu seksualnego do osób tej samej płci stanowi naturalny przejaw seksualności, 8% nie ma zdania w tej kwestii, a 6% nie zgadza się z tym stwierdzeniem. 84% respondentów/-ek uważa, że inną tożsamość płciową niż płeć przypisana przy urodzeniu nie należy traktować jako zaburzenia psychicznego, 8% nie ma zdania w tej kwestii, a 7% osób nie zgadza się z tym stwierdzeniem. 98% respondentów/-ek czułoby się komfortowo w kontakcie z pacjentką/em lub klientką/em, którzy są osobami transpłciowymi,

a 91% respondentów/ek czułoby się komfortowo w kontakcie z pacjentką/em lub klientką/em, którzy są osobami interpłciowymi.

To pokazuje, że zdecydowana większość ankietowanych ma pozytywne nastawienie wobec osób LGBTI. Co więcej, mają oni także pozytywne podejście wobec pacjentów i pacjentek, których orientacja psychoseksualna jest inna niż heteronormatywna, tożsamość płciowa inna niż cis oraz wobec tych, których cechy płciowe nie wpisują się w definicję typowo kobiecych lub typowo męskich.

63% ankietowanych nie zgadza się ze stwierdzeniem, że osoby LGBTI powinny zachować informację o swojej orientacji psychoseksualnej, tożsamości płciowej bądź cechach płciowych wyłącznie dla siebie. 22% nie ma zdania w tej kwestii, a 13% osób badanych nie zgadza się z tym stwierdzeniem. 38% odpowiadających w ankiecie uważa, że personel ochrony zdrowia powinien znać orientację psychoseksualną pacjentek/ów lub klientek/ów - dzięki temu może zapewnić im odpowiednią pomoc. 29% nie zgadza się z tym stwierdzeniem, a 27% nie ma zdania na ten temat. 64% odpowiadających w ankiecie uważa, że personel ochrony zdrowia powinien znać tożsamość płciową pacjentek/ów lub klientek/ów - dzięki temu może zapewnić im odpowiednią pomoc. 16% nie zgadza się z tym stwierdzeniem i również 16% nie ma zdania na ten temat.

10% ankietowanym trudno jest rozmawiać z klient(k)ami lub pacjent(k)ami o ich orientacji psychoseksualnej, tożsamości płciowej i/lub cechach płciowych.

Większość respondentów uważa, że w gabinecie lekarskim osoby LGBTI powinny czuć się komfortowo rozmawiając otwarcie o tym kim są i kogo kochają. Jednocześnie większość z nich uważa, że lekarz nie musi posiadać informacji na temat tożsamości seksualnej pacjenta. Istotne jest natomiast to czy pacjent przeszedł już cały czy częściowy proces korekty płci, czy może dopiero zamierza go podjąć. Tylko 1 na 10 ankietowanych deklaruje, że jest mu niekomfortowo rozmawiać z pacjentami i pacjentkami o ich orientacji psychoseksualnej, tożsamości płciowej czy cechach płciowych. To może być związane z brakiem elementarnej wiedzy, poczuciem niekompetencji, różnymi uprzedzeniami jak również innymi czynnikami.

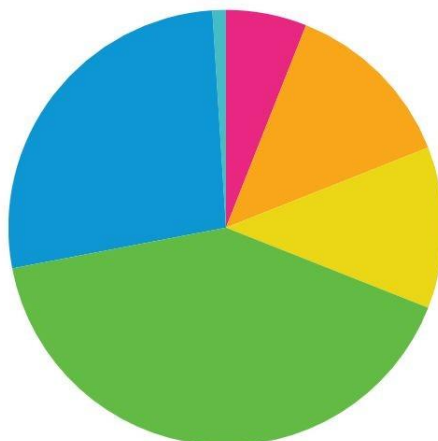
68% osób badanych zgadza się z tym, że osoby LGBTI doświadczają specyficznych zagrożeń dla zdrowia i mają specyficzne potrzeby w tym zakresie. 19% nie zgadza się z tym stwierdzeniem,

a 12% nie ma zdania w tej kwestii. 90% badanych uważa, że ważne jest tworzenie warunków sprzyjających włączającej opiece medycznej dla klientek/ów i pacjentek/ów LGBTI.

Wykres II. Badanie postaw respondentów

Czy zgadzasz się z następującym stwierdzeniem: Osoby LGBTI doświadczają specyficznych zagrożeń dla zdrowia i mają specyficzne

1: zdecydowanie się nie zgadzam 2: nie zgadzam się 3: ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
4: zgadzam się 5: zdecydowanie się zgadzam 6: nie wiem



Optymistycznym jest fakt, że znaczna większość ankietowanych dostrzega specyfikę i wyjątkowy charakter potrzeb osób LGBTI w zakresie ochrony zdrowotnej. Większość badanych uważa, że konieczne jest tworzenie placówek medycznych, które są otwarte i przyjazne dla nieheteronormatywnej społeczności.

83% osób badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że wszystkie nieodwracalne zabiegi chirurgiczne u niemowląt interpłciowych powinny zostać odroczone (z wyjątkiem szczególnych przypadków), do czasu, gdy dana osoba będzie w stanie samodzielnie podjąć decyzję. Mimo dość znikomej wiedzy na temat interpłciowości, większość osób uważa, że nie powinno się przeprowadzać interwencji chirurgicznej bez świadomej wiedzy pacjenta/ki.

6.3 Doświadczenie i stosowane praktyki

Na pytanie jak często respondenci mają bezpośredni kontakt z pacjentami/kami, którzy i które jawnie mówią o tym, że są osobami LGBTI najczęstszą odpowiedzią jest: rzadko/czasami

(48%). 26% badanych nie wie. 17% odpowiada, że zdarza się to często/bardzo często. 9% odpowiada, że to się nigdy nie zdarza.

Wykres III. Ocena doświadczeń i stosowanych praktyk respondentów

Jak często przyjmujesz pacjentów lub klientów, którzy są otwartymi osobami LGBTI?

● nigdy ● rzadko/czasami ● często/bardzo często ● Nie wiem

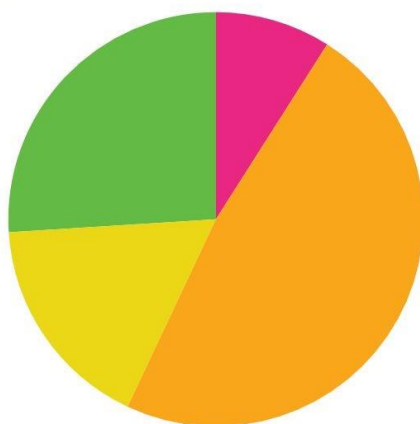


Tabela I. Jak często doświadczyłaś/eś poniższych sytuacji lub słyszałaś/eś któreś z poniższych stwierdzeń podczas studiów lub w miejscu pracy?

Doświadczenie	Nigdy	Rzadko/ Czasami	Często/ Bardzo często	Nie wiem
Stereotypy i opinie wynikające z uprzedzeń wobec osób LGBTI	4%	46%	49%	1%
Żarty dotyczące czyjejs (rzeczywistej lub postrzeganej) orientacji psychoseksualnej, tożsamości płciowej lub cech płciowych	5%	46%	48%	1%
Dokuczanie lub przekomarzanie się powodowane orientacją psychoseksualną, tożsamością płciową lub cechami płciowymi	20%	51%	28%	1%

Upokarzanie lub zastraszanie powodowane orientacją psychoseksualną, tożsamością płciową lub cechami płciowymi	49%	41%	9%	1%
Odmowa udzielenia pomocy powodowana orientacją psychoseksualną, tożsamością płciową lub cechami płciowymi	81%	16%	1%	2%

26% osób badanych uważa za prawdopodobne zapytanie nowych pacjentów/ki o orientację psychoseksualną. 26% zaś sądzi, że to mało prawdopodobne.

W przypadku 32% ankietowanych prawdopodobieństwo, że zapytają nowych pacjentów/ki o tożsamość płciową jest małe, zaś 36% za mało prawdopodobne uważa, że zapyta nowych pacjentów/ki o ich cechy płciowe.

60% ankietowanych za bardzo prawdopodobne uważa to, że użyje neutralnego języka kiedy zapyta o sytuację rodzinną pacjentek/ów (*np. używając określenia partner zamiast mąż/żona*). 80% zaś za bardzo prawdopodobne uważa to, że będzie zwracać się do kogoś z uwzględnieniem preferowanego imienia i płci, niezależnie od tego, co jest zapisane w dokumencie tożsamości.

W wywiadach osoby (4/10), które deklarują, że na co dzień nie pracują z osobami LGBTI dostrzegają zdecydowanie mniej specyficznych potrzeb tej społeczności. Zazwyczaj podkreślają, że powinno się traktować wszystkich tak samo (*bez szczególnego traktowania osób LGBTI*) oraz zapewnić wszystkim ten sam rodzaj usług niezależnie od orientacji psychoseksualnej, tożsamości płciowej czy cech płciowych. Pozostali badani i badane zwracają uwagę na stres mniejszościowy, brak zrozumienia i akceptacji, poczucie zaufania i bezpieczeństwa podczas wizyt lekarskich oraz włączający język stosowany przez personel opieki zdrowotnej

“Bardziej dostosowałabym język, żeby osoba nie poczuła się urażona”.

- lekarka praktykantka -

Tutaj dodatkowo pojawiają się wymienione przez osoby badane zagadnienia dotyczące dostępu do informacji o partnerze, dostępu do informacji dla jednopłciowych rodziców, o tym jak

tożsamość płciowa wpływa na stan zdrowia dziecka. Wspomniane zostają także: wspólne ubezpieczenie zdrowotne dla partnerów tej samej płci, potrzeba poczucia kompetencji ze strony specjalisty.

Jeśli chodzi o czynniki, które utrudniają osobom LGBTI dostęp do usług ochrony zdrowia to rozmówcy i rozmówczynie w większości priorytetowo zwracają uwagę na problemy osób transpłciowych. Wspominają o **transpłciowych mężczyznach, którzy mogą mieć utrudniony dostęp do wizyty u ginekologa**. Wskazaniem problemem jest również niewystarczająca ilość specjalistów/ek posiadających kompetencje związane z osobami transpłciowymi jak również osobami interpłciowymi. Kolejny z wymienionych czynników to brak powiązania danych z dowodu osobistego z faktyczną tożsamością płciową pacjenta co powoduje często niepotrzebną wymianę zdań i niekomfortowe sytuacje dla pacjentów/ek transpłciowych. Recepcjoniści/stki, jak również lekarze/ki nie wiedzą jak zachować się w takiej sytuacji i często sami czują się zakłopotani. Dużym problemem wskazanym przez niektóre z osób badanych jest **brak refundacji zabiegu korekty płci**. Osoby zainteresowane muszą całkowicie pokryć kwotę operacji chirurgicznej. Wyjątkiem jest histerektomia i mastektomia transpłciowych mężczyzn, które są częściowo finansowane w przypadkach profilaktyki bądź leczenia nowotworów.

Osoby LGBTI poszukują kompetentnych i polecanych lekarzy. Niestety pacjenci/tki z mniejszych miejscowości nie mają dużego wyboru i często trafiają pod opiekę osób, które nie zapewniają im jakościowej usługi jak również poczucia bezpieczeństwa. W obawie przed takimi sytuacjami **wiele osób LGBTI często zwleka bądź finalnie decyduje się nie pójść do lekarza internisty** czy też lekarza specjalisty. O tym wspominają właśnie osoby badane. Dwie spośród osób udzielających wywiadu zwróciły też uwagę, że często bariery w dostępie do jakościowej usługi wynikają również z podejścia i uprzedzeń osób pracujących w tym sektorze, a nie zawsze są to kwestie prawno-administracyjne.

Kolejnym w wywiadzie było pytanie o czynniki, które utrudniają personelowi ochrony zdrowia zapewnienie dobrej jakości opieki osobom LGBTI. Większość respondentów/ek zwraca tu uwagę na brak wiedzy ze strony osób związanych z ochroną zdrowia. Co wiąże się chociażby z tym, że temat osób LGBTI nie pojawia się w omawianych zagadnieniach podczas realizowanego

programu studiów, często jedynie występuje jako wzmianka. Brak poruszania tych tematów odczuwalny jest również na niektórych kierunkach związanych z psychologią.

Także zbyt duża ilość pacjentów w instytucjach ochrony zdrowia skutkuje przepełnieniem placówek i krótszym czasem wizyt, a przez to mniejszą szansą na utworzenie więzi między lekarzem a pacjentem. To nie sprzyja budowaniu bezpiecznej przestrzeni i poczucia zaufania.

“Infrastruktura starych szpitali nie jest przystosowana do rozmów w warunkach, gdzie pacjent mógłby się poczuć bezpiecznie. Bardzo często musimy rozmawiać na sali, gdzie jest jeszcze inny pacjent”.

- lekarka praktykantka -

Osoby badane (10/10) nie pytają swoich pacjentów o orientację psychoseksualną czy tożsamość płciową. Zazwyczaj wnoszą powyższe kwestie z dyskusji i udzielanego przez pacjenta wywiadu. Psychoterapeutki na swojej terapii pytają o relacje i związki. Pacjent sam decyduje czy chce się otworzyć i powiedzieć więcej na ten temat. Wenerolog nie pyta o orientację, pyta zaś mężczyzn (bo to głównie z nimi pracuje) o kontakty seksualne z innymi mężczyznami (MSM).

“Można się pomylić i rozpoznać wrzodziejące zapalenie jelita grubego w momencie kiedy pacjent ma chlamydie odbyticy. Jeśli lekarz nie zdobędzie odpowiednich informacji podczas wywiadu z pacjentem to w ogóle nie pomyśli o chlamydie odbyticy”.

- wenerolog -

Pozostali badani/e starają się dopytać czy dana osoba ma zapewnioną opiekę ze strony bliskich i czy nie mieszka sama.

“Pytam najczęściej: Czy Pan z kimś mieszka? Czy jest ktoś w stanie się Panem zaopiekować?”.

- wenerolog -

“W moim szpitalu lekarz spytał kobietę czekającą na korytarzu:

Czy czeka Pani na siostrę?, ona odpowiedziała: Powiedzmy. Jednakże przypuszczam, że ich relacja była bliższa i kobiety te były parą”.

- lekarka praktykantka -

Często pada też pytanie o partnera, nie sugerujące bezpośrednio czy przeprowadzający wywiad ma tu na myśli kobietę czy mężczyznę. Jest to coraz powszechniejsza praktyka, ale niestety wciąż wielu lekarzy, w tym lekarzy internistów jej nie stosuje.

Pytając o doświadczenia z LGBTI niektóre z osób badanych mówią o wizytach partnerów i partnerek pacjentów/ek będących w związkach jednopłciowych. Czasem budzi to kontrowersje i prowadzi do nieprzychylnych komentarzy ze strony personelu, ale zazwyczaj wypowiedane są one w kulisach, a nie w kontakcie bezpośrednim z pacjentem. Jedna z rozmówczyń mówi również o bardzo nieprofesjonalnym zachowaniu lekarza, który nazywa pacjenta *pedałem* w rozmowie ze swoimi kolegami zakładając, że jest on osobą homoseksualną tylko na podstawie jego wyglądu i zachowania.

6.4 Szkolenie

Sekcja E. kwestionariusza projektu Open Doors była poświęcona zebraniu potrzeb szkoleniowych i dowiedzeniu się, które tematy dotyczące kwestii LGBTI zostałyby uwzględnione przez respondentów w szkoleniu o zakresie podstawowym, a które w rozszerzonym szkoleniu dla specjalistów, jak oceniają oni/one treści i jakość szkoleń, w których już uczestniczyli/ły i czy czują się przygotowani/e do zajmowania się pacjentami i pacjentkami LGBTI.

Druga seria pytań miała na celu określenie tematów przez respondentów, a także wskazanie preferowanego formatu i treści idealnego szkolenia.

W odniesieniu do formatu i metod, jakie powinny zostać wykorzystane podczas idealnego szkolenia, wybory respondentów i respondentek ankiety Open Doors zostały przedstawione poniżej w kolejności zależnej od ich preferencji:

Tabela II. Idealna struktura szkolenia według osób badanych

Format	Metody
<ul style="list-style-type: none"> - połączenie e-learningu i szkolenia stacjonarnego (29,1%) - szkolenie stacjonarne (25,9%) - e-learning (23,8%), 	<ul style="list-style-type: none"> - prezentacja badań naukowych (83,6%) - analiza studium przypadku (75,7%) - dyskusja (64,5%) - spotkanie z osobami LGBTI (57,7%) - sformułowanie propozycji dalszych działań (42,3%) - odgrywanie ról (19%)

Jeśli chodzi o szkolenia to wszyscy badani/e jednomyślnie uważają, że są one potrzebne. Tylko nieliczne osoby już wcześniej brały udział w warsztatach czy webinarach o podobnej tematyce, najczęściej organizowanych przez organizacje pozarządowe. Pojawiają się różne propozycje formy przeprowadzanych szkoleń, od wyjazdowych, przez trening on-line, po opcję zorganizowania ich w systemie tradycyjnym. Większość jednak opowiada się za stacjonarną formą szkolenia, ewentualnie połączenie kombinacji tych podejść. Najbardziej pożądaną częścią szkoleń jest analiza studium przypadku, przedstawienie codziennych sytuacji z którymi zmagają się osoby LGBTI oraz obecność przedstawicieli tej grupy i podzielenie się własnymi historiami, a także nadzorowana dyskusja uczestników. Rozmówcy i rozmówczynie w większości są zgodni/e, że szkolenie należałoby podzielić na część podstawową i zaawansowaną. Ta pierwsza zawierałaby podstawową terminologię, takie zagadnienia jak: włączający język, zdrowie psychiczne osób LGBTI, stres mniejszościowy, bariery w ochronie zdrowia, perspektywa osób trans i interpłciowych. Ta wersja szkolenia byłaby skierowana do lekarzy pierwszego kontaktu, personelu pielęgniarskiego, pracowników socjalnych i administracyjnych, dyrektorów instytucji

ochrony zdrowia. Drugie rozszerzone szkolenie miałyby zawierać również treści omawiane na części podstawowej oraz bardziej zaawansowaną tematykę (np. doświadczanie interseksyjności).

Wnioski

Sytuacja osób LGBTI w Polsce w zakresie ochrony zdrowia na przełomie ostatnich lat niewiele się zmieniła. Wciąż brakuje podstawowych uregulowań prawnych mających na celu zapobieganie dyskryminacji osób nieheteronormatywnych korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Dyskryminacja ta najczęściej objawia się w niestosownych komentarzach ze strony personelu medycznego, poniżającym stosunku wobec pacjenta czy też nadal prowadzonych terapiach konwersyjnych.

Przeprowadzone badanie pokazało, że głównym problemem jest niekompetencja specjalistów oraz braki w edukacji. Wynikają one głównie z tego, że program uczelni wyższych przygotowujący przyszłych lekarzy nie obejmuje (bądź robi to bardzo pobieżnie) treści związanych z problematyką osób LGBTI i wyzwaniem, które osoby te napotykają przy okazji wizyty u lekarza. Większość placówek ochrony zdrowia nie organizuje też szkoleń, które pozwoliłyby ich pracownikom pozyskać potrzebną wiedzę i umiejętności z tego zakresu. Głównie to organizacje pozarządowe szkolą medyków oraz administrację podnosząc ich kwalifikacje i zwracają uwagę na to jak zachowywać się wobec osób o innej (niż hetero) orientacji psychoseksualnej, innej (niż cis) tożsamości płciowej oraz osób, których ciała nie wpisują się w standardową definicję ciał żeńskich lub męskich.

Rekomendacje

1

Zabezpieczenie dóbr osób transpłciowych

Wprowadzenie rozwiązań prawnych regulujących procedury uzgodnienia płci w oparciu o poszanowanie prawa do godności i decydowaniu o własnym ciele.

2

Zabezpieczenie dóbr osób interpłciowych.

Wprowadzenie zakazu przeprowadzania operacji „normalizujących płęć” bez świadomej zgody osoby, w momencie kiedy interwencja ta nie jest konieczna (nie zagraża jej życiu bądź zdrowiu).

3

Wprowadzenie zakazu przeprowadzania praktyk konwersyjnych, które mają na celu wyleczyć osoby z homoseksualności/biseksualności bądź zmienić orientację psychoseksualną czy też tożsamość płciową.

4

Wprowadzenie zagadnień edukacji antydyskryminacyjnej (ze szczególnym uwzględnieniem tematu dyskryminacji w obszarze ochrony zdrowia) **w programie studiów kierunków związanych z medycyną i psychologią.**

5

Zachęcanie placówek zdrowotnych i instytutów medycznych do współpracy z organizacjami działającymi na rzecz osób LGBTI (szkolenia dla personelu, dystrybucja materiałów edukacyjnych i promujących kampanie społeczne).

6

Stworzenie otwartej i przyjaznej atmosfery zachęcającej ludzi do wychodzenia z szafy (udostępnianie materiałów promujących otwartość wobec osób LGBTI w placówkach medycznych).

Bibliografia

Bodnar A. RPO. 2019 . Sytuacja osób nieheteroseksualnych i transpłciowych w Polsce. Międzynarodowy standard ochrony praw człowieka osób LGBT i stan jego przestrzegania z perspektywy Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa

Budziszewska M, Górska M. 2016. Raport o Polsce, Homofobiczne i transfobiczne przestępstwa z nienawiści a wymiar sprawiedliwości, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii

Golinowska S. 2012. Zarys systemu ochrony zdrowia.

Kowalczyk R, Rodzinka M, Krzystanek M. 2016, Zdrowie LGBT przewodnik dla kadry medycznej, Warszawa

Kwiatkowski K. Prezes NIK 2019 . Raport: System Ochrony Zdrowia w Polsce - stan obecny i pożądane kierunki zmian, Warszawa

ILGA-Europe Rainbow Map and Index 2020

Świder M., Winiewski M. 2017 . Sytuacja społeczna osób LGBT w Polsce. Raport za lata 2015-2016, Warszawa

Wywiadu udzieliły/li:

- **psychołożka** z 7 letnim doświadczeniem, pracująca na co dzień z osobami LGBTI w Warszawie
- **lekarz rezydent psychiatrii**, który odbywał 13-miesięczną praktykę w szpitalu klinicznym w Białymstoku, od trzech lat pracuje w warszawskim szpitalu
- **położna** na oddziale patologii ciąży w szpitalu klinicznym w Warszawie, z 10 letnim doświadczeniem nauczyciela akademickiego
- **studentka** 4 roku pielęgniarstwa, pracująca w Szpitalu Dziecięcym w Lublinie
- **psychoterapeutka** pracująca 13 lat, z ośmioletnim doświadczeniem pracy z osobami transpłciowymi
- **lekarka praktykantka**, absolwentka medycyny po 6 miesięcznym stażu w szpitalu
- **wenerolog** z 3 letnim doświadczeniem pracy w Szpitalu Chorób Zakaźnych
- **hematolożka** z 3 letnim doświadczeniem, pracująca obecnie w Instytucie Badań Naukowych
- **dentystka** z 2 letnim doświadczeniem
- **pielęgniarski** w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie z 3 letnim doświadczeniem zawodowym