



**RAPORT**  
z seminarium  
**Zjawisko dyskryminacji pacjentów  
LGBT**

Warszawa, 30 października 2014 roku



Seminarium jest częścią projektu „Pełny dostęp – edukacja dla sektora ochrony zdrowia” realizowanego przez Kampanię Przeciw Homofobii, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Fundację Watch Health Care. Projekt jest współfinansowany ze źródeł Funduszy EOG w ramach programu Obywatele Dla Demokracji oraz ILGA-Europe.

## Seminarium

### „Zjawisko dyskryminacji pacjentów LGBT - analiza i rekomendacje”

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Warszawa, 30 października 2014

Transkrypcja oraz redakcja raportu: Marcin Rodzinka

Moderacja seminarium: dr Agata Loewe

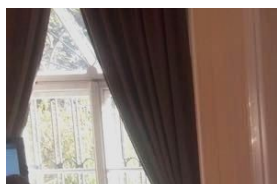
#### Wstęp

Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich dr Ryszard Czerniawski

Tematyka dyskryminacji ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej jest niezwykle istotna i rzadko podejmowana. Wiele środowisk usiłuje zwrócić uwagę na ten właśnie problem, który rzecznik prof. Irena Lipowicz obserwuje w zakresie wpływających do niej skarg. Różnorodność zgromadzonych gości świadczy o sile i o powadze problemu.

*Pacjent jest jeden. Bez względu na swoje wyznanie, czy orientację seksualną. Pacjent to człowiek, który wymaga pomocy. Pacjenci, o których będziemy mówić wymagają nie tylko szczególnej opieki, ale też normalnego traktowania.*

Wartością dodaną naszego spotkania jest to, że nie skupia się tylko na diagnozie, ale proponuje pewne rozwiązania. Wiele spotkań kończy się jedynie na opisie problemu. W naszym seminarium znalazły się punkty o praktycznych rozwiązaniach: propozycje projektów, wypracowanie argumentów. Chciałbym, żeby jak najszybciej mogli Państwo zauważyć zanik dyskryminacji osób nieheteronormatywnych w każdej przestrzeni życia społecznego.



## **Międzynarodowe standardy prawne dotyczące prawa do ochrony zdrowia osób nieheteroseksualnych**

Mirosław Wróblewski, Dyrektor Zespołu Prawa Konstytucyjnego, Międzynarodowego i Europejskiego w Biurze RPO

Analiza międzynarodowych standardów prawnych ochrony prawa do zdrowia osób nieheteroseksualnych jest wstępem do omawianego dziś problemu, stanowi podstawę do dalszych rozmyślań i dyskusji.

Standardy ochrony zdrowia pacjentów LGBT wynikają także w znacznej mierze z ustawodawstwa krajowego.

Dyrektywy Unii Europejskiej nałożyły na Rzecznika Praw Obywatelskich obowiązki w zakresie monitorowania zjawisk dyskryminacji, również tych w ochronie zdrowia.

Art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej daje przesłanki do profilaktycznej ochrony zdrowia oraz do podstawowej opieki zdrowotnej dla każdego obywatela i obywatelki. Ukształtowało się przekonanie, że w Polsce – na skutek protokołu polsko-brytyjskiego – Karta Praw Podstawowych nie obowiązuje. Oczywiście nie jest to prawdą. Wyroki sądów międzynarodowych wskazują, że przepisy protokołu nie wyłączają Polski oraz Wielkiej Brytanii z realizacji przepisów Karty Praw Podstawowych.

Art. 21 KPP – o równości wobec prawa i zakazie dyskryminacji tworzy warstwę normatywną, która zapewnia konieczność wysokiej ochrony zdrowia ludzkiego. Te przepisy nakładają również obowiązki pozytywne na państwa (w tym Polskę), np. podejmowanie odpowiednich działań skierowanych przede wszystkim do grup najsłabszych, w powiązaniu z przepisami antydyskryminacyjnymi.

Art. 11 Europejskiej Karty Społecznej – mówi o konieczności podejmowania odpowiednich środków zmierzających do eliminacji chorób, czynienia ułatwień leczenia oraz zapobiegania chorobom.

Art. 12 Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych – dokument ratyfikowany przez Polskę. Pakt ten wytycza cel zmierzający do osiągnięcia najwyższego poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego.

KPP zawiera także zakaz dyskryminacyjny w art. 14. Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (dotyczący też orientacji seksualnej i tożsamości płciowej).

Zalecenia to miękkie prawo międzynarodowe, które jednak jest coraz częściej brane pod uwagę przez organizacje międzynarodowe. Przykłady:

Zasada 17. Yogyakarta - Prawo do najwyższego osiągalnego standardu ochrony zdrowia psychicznego i fizycznego bez względu na orientację seksualną i tożsamość płciową.

Zasada 18. Yogyakarta - Tożsamości płciowe i orientacje seksualne nie mogą być postrzegane same w sobie jako choroby.

Nie tylko środowiska medyczne, ale także organy funkcjonujące na poziomie międzynarodowym zauważają potrzebę podejmowania aktywnych działań w zakresie przeciwdziałania dyskryminacji pacjentów LGBT. Dobrym przykładem jest Parlament Europejski - Rezolucja Parlamentu Europejskiego dotycząca Europejskiego Planu Przeciwdziałania Homofobii, i zalecenie na poziomie Rady Ministrów wydane przez Radę Ministrów w tym zakresie, które uszczegóławia ww. plan. W tych dokumentach zwraca się uwagę na element wykluczenia i stygmatyzacji, która prowadzi do wysokiego wskaźnika samobójstw oraz do wyższego niż w populacji ogólnej wskaźnika, chorób psychicznych i depresji.

Przekonania społeczne wpływają na element stygmatyzacji, ukrywanie swojej tożsamości płciowej i orientacji seksualnej, a co za tym idzie, powodują koszty podejmowania działań w zakresie ochrony zdrowia.

Warto wspomnieć jeszcze o badaniach opracowanych na poziomie unijnym, przeprowadzonych przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej na próbie 100 tys. osób. We wszystkich krajach wskazywano na specyficzne problemy, które napotykają osoby nieheteroseksualne w kontaktach z ochroną zdrowia. Te problemy to między innymi nadmierna ciekawość ze strony personelu medycznego, nieuwzględnianie specyficznych potrzeb, naciskanie i nakłanianie do dodatkowych badań. To tylko wybrane zachowania dyskryminacyjne. Ten problem jest powszechny i obecny we wszystkich krajach UE, jednak w różnym natężeniu.

Warto także wspomnieć o ciekawych badaniach „Rodziny z wyboru w Polsce”, przeprowadzonych przez Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk ([www.rodzinyzwyboru.pl](http://www.rodzinyzwyboru.pl)). Kontakt ze służbą zdrowia był przyczyną największej frustracji osób i rodzin nieheteroseksualnych. Największy odsetek zachowań dyskryminujących występował w przypadku ujawnienia swojej orientacji seksualnej przez pacjentów. Wyniki badań potwierdzają też te przeprowadzone przez Kampanię Przeciw Homofobii.

Zgłaszanie skarg dotyczących dyskryminacji ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową występuje rzadko. Pacjenci nie są tak

bardzo skłonni do dzielenia się swoimi problemami. Wynika to także z wielu przeszkód strukturalnych.

## **Analiza systemu kształcenia studentów medycy i lekarzy pod kątem treści dotyczących orientacji seksualnych i tożsamości płciowej**

Marcin Rodzinka, Kampania Przeciw Homofobii

Podstawa prawna, która ma wpływ na system kształcenia medycznego w Polsce, to przede wszystkim:

- ustawa o izbach lekarskich, które zobowiązane są do czynnego udziału w procesie kształtowania programu studiów medycznych;
- rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia na kierunkach medycznych;
- dyrektywa Parlamentu Europejskiego, która wyłącza z Krajowych Ram Kwalifikacji kierunki medyczne, oraz kształtuje porównywalny system uznawania dyplomów z różnych krajów Unii Europejskiej;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie nowego kształtu systemu kształcenia specjalistycznego – kształcenie modułowe.

Główni aktorzy sektora kształcenia:

Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Naczelna i Okręgowe Izby Lekarskie

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Uczelnie medyczne, które cechują się dużą autonomią w zakresie kreowania własnego programu nauczania studentów i studentek medycyny oraz kierunków medycznych

Studenci mają obowiązek uczestniczenia w kształceniu podyplomowym. Mogą wybierać spośród bardzo wielu różnorodnych kursów w zakresie szeregu specjalizacji (kursów doskonalących). Kluczowy jest jednak fakt, że kursy jako takie są obowiązkowe, ale zakres tematyczny jest całkowicie zależny od wyboru studentów i studentek.

Dochodzimy do miejsca, w którym trzeba się zastanowić kiedy, w polskim systemie kształcenia medycznego, obecne są treści dotyczące orientacji

seksualnych i tożsamości płciowej, a także czy na takie treści jest w nim miejsce. Smutną konstatacją jest, że treści tych w systemie kształcenie nie ma.

Punkt 17. i 18. Standardów kształcenia na kierunku lekarskim wspomina o tych elementach merytorycznych w zakresie psychologii lekarskiej oraz socjologii medycyny, które mogą znaleźć się w procesie przekazywania wiedzy. Jednak w kompetencji uczelni medycznej jest to, czy te treści rzeczywiście znajdą tam swoje miejsce.

Wspomniane treści potencjalnie mogą się pojawić w zakresie kształcenia kierunkowego np. psychiatrii - niestety również tam nie są obecne.

Żadna specjalizacja medyczna, poza seksuologią oraz psychiatrią, w nowym opisie kursów specjalizacyjnych nie wspomina o treściach związanych z orientacją seksualną czy tożsamością płciową.

Problemem kursów doskonalących jest fakt, że są one obowiązkowe, ale nie ma sprecyzowanego obszaru tematycznego, który mają objąć.

Przedstawiono dowody naukowe, głównie z badań amerykańskich oraz kanadyjskich, wskazujące na potrzebę edukacji w zakresie treści dotyczących orientacji seksualnych oraz tożsamości płciowej, a także ukazujące jej pozytywne skutki. Kanadyjskie badania na grupie 850 studentów i studentek ostatnich lat studiów medycznych, pokazuje jak oceniają przydatność kursu na temat seksualności. 97% osób badanych pozytywnie ocenia kurs, wskazuje, że dzięki niemu zwiększyli poczucie pewności w kontakcie z pacjentem LGBT<sup>1</sup>. Publikacja z roku 2008 w Paediatrics & Child Health wskazuje na pediatrię, jako na specjalizację, w ramach której specjaliści powinni posiadać wiedzę z zakresu orientacji seksualnych oraz tożsamości płciowej. Problemy wynikające z kształtowania się orientacji seksualnej pojawiają się najczęściej u osób młodych<sup>2</sup>.

Standardy kształcenia powinny uwzględni(a)ć treści dotyczące orientacji seksualnej i tożsamości płciowej - dzięki temu wszyscy studenci i studentki medycyny, bez względu na wybraną specjalizację, posiadaliby stosowną wiedzę.

---

1 Medical Teacher, 1998, Vol. 20, No. 3 , Pages 237-240

**How to talk about sex and do it well: a course for medical students**

2

Paediatrics & Child Health 2008;13(7):619-23

**Adolescent sexual orientation**

## Specyficzne potrzeby zdrowotne pacjentów LGBT

dr n. med. Remigiusz Jarosław Tritt, Przewodniczący Rady ds. MSM,  
Krajowe Centrum ds. AIDS, specjalista w zakresie seksuologii

Najpełniej stan zdrowia wyraża klasyczna definicja zdrowia z 1946 roku (WHO): Stan pełnego dobrostanu psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brak choroby i niedomagania.

Nawiązując do pozytywnych aspektów zdrowia, można powiedzieć, że warunkiem zdrowia jest zaspokojenie potrzeb w każdej ze sfer (emocjonalnej, fizycznej, duchowej, seksualnej), co warunkuje rozwój egzystencjalny człowieka.

Jednym z podstawowych zagadnień zdrowia publicznego jest pojęcie potrzeb zdrowotnych. Czym są potrzeby zdrowotne? Współczesna literatura medyczna prezentuje wiele definicji. Wg klasycznej: odczuwany przez jednostkę stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem oraz miejscem jednostki w społeczeństwie jest niezbędne do utrzymania jej przy życiu, umożliwia rozwój, utrzymuje rolę społeczną i pozwala na zachowanie równowagi psychicznej.

Pierwsza wprowadzona przez Culyer'a określa, że potrzeba opieki zdrowotnej jest minimalną ilością zasobów, które są niezbędne do tego, aby wyczerpały się zdolności jednostki do odniesienia korzyści ze świadczeń jej oferowanych. Podobną definicję zaproponował Williams, mówiąc, że „potrzeba zdrowotna jest zdolnością odnoszenia korzyści z zastosowaniem dostępnych procedur medycznych przez osobę, wobec której działania zdrowotne mają być podjęte”.

Potrzeby zdrowotne dzielą się na wyrażone i niewyrażone; niewyrażone na uświadomione i nieuświadomione.

Przez lata dominująca kultura heteronormatywna starała się wykluczać z dyskursu mainstreamowego (również dotyczącego zdrowia) osoby nieheteroseksualne.

Analizując holistycznie różnorodne aspekty zdrowotne osób LGBTQ należy wziąć pod uwagę następujące kwestie:

- Dyskryminacja, stygmatyzacja i ostracyzm w relacji służba zdrowia-pacjent prowadzi do utrudnionego dostępu osób LGBT do ochrony zdrowia, a także do wielu problemów natury psychicznej.



- Osobista awersja do pacjentów nieheteroseksualnych bardzo często wyrażana jest obraźliwymi epitetami, nieuznawaniem osób tej samej płci za partnerów.
- Sugerowanie przez personel medyczny leczenia homoseksualności oraz wyrażanie się o orientacji seksualnej jako o niemoralnej, niszczącej i szkodliwej.
- Brak wiedzy studentów, studentek, stażystów, stażystek, lekarzy, lekarek, pielęgniarzy i pielęgniarek powoduje utrzymanie negatywnych stereotypów, które mówią o tym, że orientacja inna niż heteroseksualna powinna być leczona.
- Stres mniejszościowy - prowadzi do poważnych problemów psychologicznych, a co więcej zniechęca do szukania profesjonalnej pomocy lekarskiej.
- Część pacjentów, z obawy przed dyskryminacją, ukrywa pewne problemy zdrowotne przed personelem medycznym.
- Brak uwzględniania potrzeb psycho-emocjonalno-seksualnych w populacji senioralnej LGBT: choroby przewlekłe powodują rozdzielenie dotychczasowych partnerów/partnerek i skazanie na ukrywanie swojej orientacji seksualnej - potencjalny coming out wobec personelu domów seniorów może skutkować wykluczeniem i zaniedbaniem w opiece pielęgnacyjnej.

Pierwsze polskie rekomendacje, które pozwoliły na wyrażenie szacunku do osób nieheteroseksualnych powstały przy udziale m.in. grupy inicjatywnej w składzie: dr hab. n. med. Tadeusza Pietrasa, dr n. med. Robert Kowalczyk, dr Agata Loewe oraz dr n. med. Remigiusz Jarosław Tritt (rekomendacje powstały w 2013 roku). Zostały przyjęte przez towarzystwa naukowe w Polsce, oraz znalazły się w czasopismach naukowych. Mówią między innymi o tym, że stosowanie „terapii naprawczych” (reparatywnych) jest pogwałceniem ludzkiej godności.

Przy współdziałaniu Krajowego Centrum ds. AIDS powstała Rada Konsultacyjna ds. MSM. Należy pamiętać, że od początku epidemii HIV/AIDS niesłusznie oskarża się osoby LGBT o szerzenie zakażeń.



## **Próba oceny wiedzy studentów uniwersytetu medycznego na temat homoseksualizmu w kontekście potrzeb zdrowotnych osób LGB**

dr Agnieszka Żok, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W latach 2001-2002 przeprowadzono pośród studentów z uczelni medycznych badania dot. postaw oraz wiedzy na temat orientacji psychoseksualnej. Badania prowadzone z udziałem studentów kierunku lekarskiego jednego z uniwersytetów medycznych w Polsce (Poznań) oraz osób nieheteroseksualnych w latach 2011-2012 (łącznie ponad 650 osób). Przeprowadzone z udziałem studentów i studentek pierwszych i ostatnich lat studiów medycznych. Badania inspirowane działaniami Gay and Lesbian Medical Association ze Stanów Zjednoczonych. Badanie zostało przeprowadzone w celu dokonania analizy wiedzy oraz postaw studentów studiów lekarskich na temat orientacji psychoseksualnej

Najpoważniejszym problemem pacjentów nieheteroseksualnych jest występująca powszechnie hetero norma. Pojęcie heteronormy zaczerpnięte zostało z publikacji P. Leszkowicza oraz T. Kitlińskiego i stanowi formę (nie zawsze świadomej) dyskryminacji poprzez założenie,

iż wszyscy żyją wg określonych norm społecznych. Prawie połowa ankietowanych pacjentów nieheteroseksualnych przyznała, że założeniem orientacji heteroseksualnej spotkała się podczas kontaktów z pracownikami ochrony zdrowia. Traktowanie pacjentów zawsze jako heteronormatywnych może utrudnić lub zupełnie odwieść pacjenta od ujawnienia swojej prawdziwej orientacji seksualnej, nawet w przypadkach, kiedy jest to konieczne. Heteronorma jest najczęściej występującym rodzajem dyskryminacji, nie musi wiązać się z negatywnym czy agresywnym nastawieniem do osób LGBT. Wpływa ona z silnie zakorzenionych norm społecznych. W omawianym badaniu prawie połowa respondentów przyznała, że heteronormatywne podejście jest dla nich nieprzyjemne.

Pacjenci spotykają się z dyskryminacją w systemie opieki zdrowotnej. Z nierównym traktowaniem spotkało się 13% badanych, z czego 47% zostało źle potraktowanych więcej niż raz. Respondenci zostali ponadto poproszeni o opisanie sytuacji, które uznali za dyskryminację bądź akt przemocy. Jako okoliczności wystąpienia aktu nierównego traktowania, respondenci wskazywali punkty diagnostyczne HIV/AIDS, gabinety lekarzy rodzinnych, oraz ginekologów, psychologów, punktu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, szpitale – zarówno podczas próby odwiedzin partnera/partnerki jak i podczas badań. Respondenci zauważyli również heteronormatywne zachowania personelu medycznego podczas przeprowadzania wstępnego wywiadu.

Studenci pierwszego roku studiów lekarskich w przeważającej większości konotują orientację seksualną jedynie z pociąganiem seksualnym. Zaledwie 8% z nich oraz 13% studentów ostatnich lat potrafi podać pełne znaczenia obu pojęć

24% studentów I roku oraz 22% VI roku uznaje homoseksualizm za chorobę. 15% badanych studentów i studentek I roku uważa, że homoseksualizm można leczyć

, a blisko 20% stwierdziło, że jest zjawiskiem, które powinno się leczyć. Na VI roku zwiększyła się liczba osób, które twierdziły, że homoseksualność powinno się leczyć. Odsetek osób, które sądziły, że homoseksualizm może być leczony, nie uległ zmniejszeniu po przejściu edukacji medycznej.

Ponad połowa ankietowanych twierdziła, że na żadnym etapie studiów medycznych nie pojawiał się temat homoseksualizmu.

Edukacja medyczna ma niewielki wpływ na wiedzę studentów dotyczącą nienormatywnej seksualności. Edukacja medyczna nie kształtuje również w studentach postaw równościowych.

Co ciekawe, ankietowani studenci VI roku kierunku lekarskiego są bardziej skłonni twierdzić, iż lekarz powinien znać orientację psychoseksualną pacjentów niż studenci I roku.

## **Transinkluzywna opieka zdrowotna - stan obecny i wyzwania**

Izabela Jąderek, Transfuzja

Wystąpienie na podstawie obecnie realizowanego badania „Transpłciowość a opieka zdrowotna w Polsce” - sprawdzającego stan obecny w zakresie jakości usług świadczonych przez personel medyczny oraz służby około medyczne dla osób transpłciowych

Inspiracją do przeprowadzenia badania była publikacja „Sytuacja prawna osób transpłciowych” pod red. Wiktora Dynarskiego oraz Krzysztofa Śmiszka. Na liście czynników mających wpływ na podjęcie omawianego tematu znalazły się m.in: stale rosnące koszty operacji korekty płci, różnice w badaniach lekarskich, wymaganych przez instytucje w procesie korekty płci, jak również dodatkowe powoływanie biegłych pomimo istniejącej opinii specjalisty.

Fundacji Transfuzja zajmuje się również pacjentami i pacjentkami, którzy i które zgłaszają się z prośbą o wsparcie (psychologiczne, seksuologiczne, ale także prawne). Szczególną uwagę poświęca się sytuacjom, w których osoby transpłciowe proszone są o dostarczenie dodatkowej dokumentacji, będąc już na etapie składania wniosku do sądu i będąc w posiadaniu wszystkich wymaganych dokumentów i zaświadczeń. Dodatkowo osoby transpłciowe proszone są o wypełnianie zbyt często pewnych formularzy i kwestionariuszy, pomimo braku wskazań i z pominięciem procedur. Nadużycia lekarzy w kontekście granic fizycznych osób badanych (wykonywanie zdjęć narządów płciowych przez lekarzy, dotykanie genitaliów bez wyraźnej przyczyny, wzbudzanie poczucia winy u osób transpłciowych).

Zastrzeżenia dotyczące opinii biegłych to głównie te dotyczące wydawania zaświadczenia już po wykonaniu jednorazowego badania, zwłaszcza w kontekście opinii negatywnych.

Wśród raportowanych zdarzeń pojawiają się także takie, które dotyczą odmowy wykonania świadczeń medycznym osobom transpłciowym przez

personel medyczny (odmowy dotyczą podstawowej diagnostyki, jak również specjalistycznych badań).

Pacjenci i pacjentki, niezwykle często decydują się na rezygnację z publicznej opieki zdrowotnej na rzecz tej prywatnej.

## **Dyskryminacja ze względu na orientację seksualną w obszarze opieki zdrowotnej w badaniach Rzecznika Praw Obywatelskich**

Anna Mazurczak, Zespół ds. Równego Traktowania i Ochrony Praw Osób z Niepełnosprawnościami, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Przeprowadzono dwa badania: Wiedza lekarzy w trakcie specjalizacji w zakresie równego traktowania osób nieheteroseksualnych w praktyce lekarskiej oraz Równe traktowanie w percepcji osób nieheteroseksualnych w obszarze opieki zdrowotnej. Celem tych badań było przede wszystkim pogłębienie wiedzy o zjawisku dyskryminacji osób LGB w opiece zdrowotnej i zebranie doświadczeń osób, które zetknęły się z nierównym traktowaniem w obszarze opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga fakt, że celem badania nie było określenie skali zjawiska dyskryminacji w ochronie zdrowia.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry – pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Przykładami nieprzestrzegania tych zapisów są zjawiska, które zostały wspomniane podczas przeprowadzania badania – odmowa leczenia, odmowa wykonania badania, odmowa wydania skierowania na odpowiednie badania, podejmowanie decyzji dotyczących leczenia w oparciu o stereotypy, uznawanie homoseksualizmu za chorobę oraz odmowa dawstwa krwi.

Wielu pacjentów wskazywało na utożsamianie homoseksualizmu z zakażeniem wirusem HIV.

*To ten szpital, jak się dowiedzieli właśnie, natychmiast mieliśmy robione badania na choroby zakaźne, na nosicielstwo jakieś tam, gdzie, jak były już wyniki, no to „a, macie szczęście, że nie jesteście chorzy”*

*Lekarka na wieść o tym, że od 10 lat jestem w związku z mężczyzną, bez pytania wypisała mi skierowanie na badanie HIV mówiąc, że jak będę miał wynik tego badania to dopiero może się mną zająć. Badanie zrobiłem zmieniając lekarza pierwszego kontaktu.*

W kontekście poszanowania prawa pacjenta do intymności i godności, gdzie zastosowanie znajdują przepisy zawarte w art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej, pkt 3a Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, zdarzały się doniesienia o niestosownych komentarzach lub obraźliwych i poniżających określeniach o osobach homoseksualnych.

*Ginekolog był niemity, gdy dowiedział się, że kocham się z kobietą, a nie z mężczyzną. Kazał zaprzestać.*

*W czasie wizyty u urologa dowiedziałem [się], że ze względów medycznych potrzebne jest przeprowadzenie zabiegu obrzezania. Pan urolog powiedział, że to niebolesna procedura, „no chyba, że jest pan pedałem, bo tych nie znieczulamy” i mrugnął do mnie zapewne ciesząc się z udanego żartu.*

*(...) pan doktor (...) [mówił] nieprzyjemne komentarze na temat tego, że moja kobieta na pewno nie domaga przez to, „że sypia z kobietą, a to jest chore i ma teraz karę za swoje”.*

*Pani doktor zapytała mnie, czy jestem pedofilem. Automatycznie założyła że homoseksualizm jest związany z pedofilią.*

Często nieprzestrzegane jest również prawo pacjenta do tajemnicy, które zapisane jest w ustawie o prawach pacjenta (art. 13), ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (art. 40 ust. 1) oraz w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej (art. 17 ust 1.).

*W pracy zostałem narażony na tzw. ekspozycję zawodową, która skutkuje wizytą u specjalisty chorób zakaźnych. Podczas rutynowych badań, zapytałem, czy można dodatkowe badania zrobić - odpowiedź była jedna: „A co, pedał jesteś?” (...) Niestety lekarz nie zachował do końca tajemnicy i bardzo dużo osób się o tym zdarzeniu dowiedziało.*

*Brak zaufania do personelu medycznego, z którym kontakt jest krótki i sporadyczny (...) Boję się, że wyjdzie to poza mury gabinetu i zniszczy to moją karierę zawodową i pozycję społeczną .*

Analizując związek poniżającego traktowania oraz choćby niestosownych komentarzy, z którymi spotykają się pacjenci nieheteroseksualni, należy pamiętać, iż wywołują one niechęć i obawę przed ujawnianiem swojej orientacji seksualnej, a tym samym prowadzą do unikania kontaktu ze służbą zdrowia, co skutkuje niezapewnieniem pełnego stanu zdrowia pacjentów LGBT. Tym samym przyczynia się do pogwałcenia praw człowieka.

Zwrócono uwagę na zagadnienie osoby bliskiej w kontekście pacjentów LGBT. Osoby bliskie mają prawo do obecności przy pacjencie, informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz prawo dostępu do dokumentacji medycznej. Ustawodawca definiuje osobę bliską jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. W świetle analizy Rzecznika Praw Pacjenta, osoba bliska to również partner tej samej płci, gdyż pozostaje we wspólnym pożyciu z pacjentem.

Wnioski, które płyną z badania to między innymi niższy standard opieki zdrowotnej spowodowany stereotypowym postrzeganiem pacjentów nieheteroseksualnych i ich poniżającym traktowaniem. Naruszane są prawa pacjenta do poszanowania tajemnicy oraz do obecności osoby bliskiej.



## Rekomendacje

dr n. med. Marek Balicki

Pierwsza uwaga dotyczy wystąpienia dra Mirosława Wróblewskiego. Człowiekowi przysługują takie same prawa bez względu na jakiegokolwiek cechy oraz na sytuację w jakiej się znajduje. Jednak bycie pacjentem sprawia, że narażenie na naruszenie godności oraz intymności staje się większe, dlatego prawa człowieka w odniesieniu do bycia pacjentem zostały poszerzone i uszczegółowione.



Powołując się na badania przywołane przez prelegentów i prelegentki można wnioskować, że wśród pacjentów są także różnorodne, szczególne sytuacje, które być może wymagają dodatkowych uszczegółowień. Tak jak w sytuacji, kiedy prawa człowieka są niewystarczające w momencie bycia pacjentem, teraz widać, że prawa pacjenta są niewystarczające dla pewnych kategorii pacjentów oraz wybranych dziedzin medycyny.

Jak widać na przywołanym przykładzie sytuacji związanych z zagadnieniem osoby bliskiej, niezbędne jest doprecyzowanie - nie na poziomie formalno-prawnym, a jedynie informacyjnym.

Niezwykle groźne jest, stale występujące, paternalistyczne podejście do pacjenta ze strony całego personelu medycznego. Tutaj należy wspomnieć nie tylko o lekarzach, ale także o reszcie zawodów medycznych. Profesjonaliści medyczni, każdego szczebla, nie mogą mieć na swojej liście zadań pouczania i ograniczania możliwości pacjenta.

Rekomendacje, które dotyczą kształcenia, zarówno przed jak i podyplomowego - to niezwykle potrzebna zmiana w programie kształcenia lekarzy. Większość pracowników medycznych to osoby niebędące lekarzami. Zmiana procesu kształcenia jest potrzebna, także dla innych grup zawodowych: pielęgniarek, ratowników medycznych.

Moim zdaniem przyspieszenie procesu społecznej zmiany opierać się musi także na edukowaniu pozostałych grup zawodów medycznych. Uzupełnienie programów kształcenia to nie wszystko. Ważniejsze wydaje się uwrażliwienie pracowników, czyli oddziaływanie również na postawy i to nie tylko w odniesieniu do pacjentów LGBT.

W Polsce na mocy przepisów m.in. unijnych wprowadzany jest proces akredytacji placówek podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznych, a także szpitali. Warto wprowadzić dodatkowe standardy (1-2), które dotyczyć będą spełniania oczekiwań w odniesieniu do orientacji seksualnych oraz tożsamości płciowej.

Szkolenia i inne formy kształcenia, niezależnie od zmiany programów studiów oraz kursów podyplomowych, mogą wspierać doskonalenie zawodowe profesjonalistów medycznych. Tego typu działania odbywają się z sukcesem np. w obszarze przeciwdziałania przemocy. Można je bardzo łatwo przenieść na inne zagadnienia, jak choćby pracę z pacjentem LGBT.

## DYSKUSJA

**Dodatkowo głos zabrali:**

**Joanna Orłowska-Heitzmann**



## **Ministerstwo Zdrowia, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego**

Wnioskiem jaki płynie z dzisiejszego spotkania może być apel, skierowany do Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, w sprawie włączenia treści o orientacji seksualnej i tożsamości płciowej do zajęć z seksuologii lub w ramach zajęć fakultatywnych. Miejmy nadzieję, że po jakimś czasie stanie się to także przedmiotem w ramach studiów.

Wszystkie wspomniane dzisiaj przypadki złamania praw pacjenta, w odniesieniu do najważniejszego dla lekarzy dokumentu, jakim jest Kodeks Etyki Lekarskiej, kwalifikują się do złożenia skargi do rzeczników odpowiedzialności zawodowej.

Ministerstwo Zdrowia, samo w sobie, może zrobić wiele, ale niczego nie może nakazać uczelniom medycznym. Uczelnie mają autonomię w dostosowywaniu swoich programów kształcenia do standardów. Ze swojej strony możemy apelować do Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych o rozsądne ułożenie treści oraz o włączenie wspomnianych do toku nauczania.

### **Hanna Sposób**

#### **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych - Region Siedlecki**

Ujawnianie swojej orientacji, przez pacjentów nieheteroseksualnych ułatwia sprawowanie opieki pielęgnacyjnej przez personel medyczny. Musimy pamiętać o tym, że pacjent ma też obowiązki w stosunku do pracowników ochrony zdrowia.

### **dr Marek Balicki**

Po zmianie przepisów prawnych oraz nowelizacji kilku ustaw m.in. o prawach pacjenta - zniknęły zapisy dotyczące obowiązków pacjenta. Dzisiaj w żadnych akcie prawnym nie ma wzmianki o obowiązkach pacjenta. Obowiązki zostały przesunięte na placówki, instytucje oraz państwo.

**dr Mariusz Wilgusz**

**Gdański Uniwersytet Medyczny**

Dobłą praktyką jest inkluzyjny język. To co robię na początku kontaktu z pacjentem, który trafia do mnie z zaburzeniami psychicznymi, to zadanie pytanie o posiadanie dziewczyny lub chłopaka. Reakcja pacjentów pokazuje, że bardzo często czują się lepiej i bardziej komfortowo w dalszych etapach terapii.

**Marek Cytacki**

**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**

Gdyby spojrzeć na statystyki, bez zagłębiania się w szczegóły, dotyczące skarg na dyskryminujące zachowania personelu medycznego, odnosi się wrażenie, że problemu nie ma. Jednak już kontakt z infolinią Rzecznika Praw Pacjenta pozwala na stwierdzenie, że problem występuje i to w dość dużej skali.

Negatywne zachowania ze strony personelu medycznego to wina człowieka. Gdybyśmy przestrzegali standardów i norm, nie mielibyśmy do czynienia z omawianym dziś problemem.

Najczęstszym zjawiskiem, z którym spotykamy się w obszarze łamania praw pacjenta, jest szykanowanie. Bardzo często dochodzi do nieprawidłowości w zakresie poszanowania praw pacjenta w obszarze tajemnicy lekarskiej. Pacjenci mają często problem z wyegzekwowaniem usunięcia wzmianki o swojej nieheteroseksualnej orientacji w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego, która jest dokumentem zewnętrznym.

Osoby nieheteroseksualne mają również problem w uzyskaniu prawa do zwolnienia z tytułu opieki nad osobą bliską, co oczywiście znajduje swoje źródło w bardziej skomplikowanych unormowaniach prawnych.

**Jan Świdwiński**

**IFMSA Poland - Oddział Warszawa**

Jako student IV roku medycyny mam za sobą wszystkie wspomniane kursy, podczas których omawiane treści miałyby się pojawić. Nie ma ich wcale, lub jest ich bardzo mało. Poza tym na uwagę zasługuje niezwykle pobłażliwy stosunek studentów do tych przedmiotów. Moim zdaniem treści o pracy z pacjentem LGBT powinny pojawiać się także na innych

przedmiotach. Tutaj dużą rolę odgrywa osobowość prowadzącego zajęcia oraz nastawienie samych studentów i studentek.

**Piotr Kalkowski**

### **IFMSA Poland - Oddział Poznań**

Wiele przedmiotów, takich jak socjologia, psychologia zostały wrzucone na I rok. Jako student, który skończył już I rok, muszę przyznać, że ilość godzin przeznaczona na te zajęcia pozwala na przygotowanie przez studentów jednej prezentacji, która w większości przypadków nie jest pracą samodzielną, a sam temat pacjentów LGBT nie został poruszony przez ani jeden z przedmiotów (etyka, socjologia, psychologia oraz filozofia).

### **O PROJEKCIE**

Projekt "Pełny dostęp - edukacja dla sektora ochrony zdrowia" powstał w odpowiedzi na braki występujące w programie kształcenia lekarzy i lekarek w Polsce. Braki te dotyczą tematyki orientacji seksualnej oraz tożsamości płciowej, czego przejawem jest dyskryminacja pacjentów i pacjentek LGBT (lesbijek, gejów, osób biseksualnych oraz transpłciowych). Formy wspomnianej dyskryminacji to najczęściej negatywne komentarze, nierówne traktowanie w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz postawy uprzedzeniowe personelu medycznego. Poprzez realizację projektu chcemy przyczynić się do zaspokojenia potrzeb edukacyjnych lekarzy i lekarek, a także osób studiujących medycynę.

W ramach działań towarzyszących projektowi zostaną wypracowane

i udostępnione materiały edukacyjne, a także przeprowadzone pilotażowe szkolenia na uczelniach medycznych. W prace nad materiałami zostaną włączone osoby z długoletnim doświadczeniem w pracy w sektorze ochrony zdrowia oraz edukacji antydyskryminacyjnej.

## **Potrzeba**

Ujawnienie swojej orientacji seksualnej czy tożsamości płciowej staje się bardzo często koniecznością dla pacjentów i pacjentek LGBT podczas kontaktu z pracownikami ochrony zdrowia. Szczególnie newralgiczne obszary to wizyty u ginekologów, dermatologów, psychiatrów, stomatologów, oddawanie krwi, testowanie w kierunku HIV, pobyty w szpitalu oraz podczas interwencji medycznych w domu pacjenta. Z badań społecznych wynika, że ponad 11% respondentów i respondentek spotkało się z nierównym traktowaniem podczas korzystania ze świadczeń medycznych, a 80% czuło lęk przed ujawnieniem swojej orientacji seksualnej w obawie przed nierównym traktowaniem, które polegało na odmowie świadczenia usług, intruzywnych pytaniach, negatywnych komentarzach (w tym określania homoseksualności jako choroby), wyzwiskach i żartach, odmowie wpisania partnera życiowego jako osoby upoważnionej do kontaktów z lekarzem oraz odmowie udzielenia partnerowi informacji mimo upoważnienia. W ramach blisko 6000-godzinowego programu nauczania jedynie 30 godzin poświęconych jest na kurs psychologii w medycynie, który ściśle nie skupia się na zagadnieniach związanych z orientacją seksualną, czy tożsamością płciową.

## **Rezultaty**

Poprzez planowane działania związane z analizą systemu kształcenia lekarzy w Polsce, wypracowaniem materiałów edukacyjnych oraz organizacją szkoleń, seminarium i konferencji chcemy zwiększyć świadomość decydentów, lekarzy oraz studentów medycyny w zakresie organizacji oraz świadczenia opieki zdrowotnej na wysokim poziomie zgodnej ze standardami nauki o prawach człowieka z uwzględnieniem postępowania z pacjentami i pacjentkami LGBT.

## **Koordinator:**

Marcin Rodzinka

Kampania Przeciw Homofobii

[mrodzinka@kph.org.pl](mailto:mrodzinka@kph.org.pl)

+48 791 958 643

