



УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «ГЕНДЕРНА ДИСФОРІЯ»

У 2016 році в Україні змінилася процедура зміни (корекції) статевої належності¹ трансгендерним особам – зокрема, Міністерством охорони здоров'я України було прийнято:

- Наказ № 972 від 15.09.2016 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії»² (далі за текстом – Наказ МОЗ № 972).

- Наказ № 1041 від 05.10.2016 «Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення»³ (далі за текстом – Наказ МОЗ № 1041).

Деякі положення даних документів не містять тлумачення всіх термінів, що використовуються; у тексті наявні грубі помилки у вигляді невірних посилань на відповідні пункти, розділи, глави тощо; але ці документи дійсні і саме з ними ми наразі працюємо і будемо працювати ще деякий час. Саме тому виникла ідея викласти основні тези скорочено і з приверненням уваги до певних пунктів, які можуть загубитися у спробі вивчити більше ніж 50 сторінок тексту одного лише уніфікованого клінічного протоколу.

Для полегшення сприйняття пропонуємо спочатку окремо закріпити терміни, які далі вживаються у даному тексті:

ГЗТ – гормональна замісна терапія.

Основи законодавства України про охорону здоров'я – Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

¹ Термін «зміна (корекція) статевої належності» вживається у даному тексті відповідно тому, де він використовується у нормативних документах. Загалом коректний термін для опису цього процесу – «трансгендерний перехід» або просто «перехід».

² http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_972_GenDysfor/2016_972_nakaz_GenDysfor.pdf

³ <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1589-16>





303 – заклад охорони здоров'я.

ІПОІЛ – індивідуальний план обстеження і лікування.

Клінічний протокол – Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія»⁴, який затверджено Наказом МОЗ України № 972.

Медичне свідоцтво – форма первинної облікової документації №066-3/о, затверджена Наказом МОЗ України № 1041.

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України.

МКХ-10 – Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду.

4

Приватний лікар – фізична особа-підприємець, яка офіційно зареєстрована та має відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Психіатрична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених Законом України «Про психіатричну допомогу» та іншими законами України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин.

Сімейний лікар – лікар загальної практики – сімейний лікар центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги або лікар загальної практики – сімейний лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець та може перебувати у цивільно-правових відносинах із таким центром.

⁴ http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_972_GenDysfor/2016_972_YKPMO_GenDysfor.pdf





Форма № 027/о – форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого».

FtM – трансгендерний чоловік.

MtF – трансгендерна жінка.

До початку аналізу тексту Клінічного протоколу варто зупинитися на загальних нормах, визначених чинним законодавством України⁵.

Так, відносини у сфері охорони здоров'я регламентуються Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я та іншими (прийнятими відповідно до них) законодавчими актами.

Тобто, всі нормативні акти, які приймаються у сфері охорони здоров'я, повинні відповідати вимогам Конституції України і Основам законодавства України про охорону здоров'я і не можуть в цілому або в частині протирічити їм.

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я, клінічні протоколи – уніфіковані документи⁶, які визначають вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність. При цьому додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) та клінічних протоколів є обов'язковим для всіх ЗОЗ та приватних лікарів.

З чотирнадцяти років особа має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій, що означає право пацієнта обирати лікаря та лікувальну установу незалежно від реєстрації свого місця проживання.

Амбулаторне психіатричне обстеження (огляд) дітей та підлітків у віці до 14 років проводиться на прохання або за інформованою згодою

⁵ <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

⁶ <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page?text=%F3%ED%B3%F4%B3%EA#w12>





їх батьків чи інших законних представників особи, а після 14 років – на прохання або за інформованою згодою підлітка. Результати обстеження є конфіденційними.

Також Основи законодавства України про охорону здоров'я містять статтю 51 «Зміна (корекція) статевої належності», якою визначено базові умови для цієї процедури:

На прохання пацієнта відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, йому може бути проведено шляхом медичного втручання в закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності.

Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, видається медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі⁷.

Таким чином визначено, що саме медичне свідоцтво є документом, за наявності якого може бути змінена юридична стать, тобто документи посвідчення особи трансгендерного пацієнта.

6

Слід пам'ятати, що Клінічний протокол розроблено для діагнозів, пов'язаних з **гендерною дисфорією**, код за МКХ-10: F64⁸.

Метою даного протоколу визначено організацію надання медичної допомоги пацієнтам/кам з гендерною дисфорією, зменшення рівня дистресу, покращення якості життя пацієнтів/ок.

Критеріями для початку лікування є:

- наявність бажання пацієнта розпочати лікування;
- стійка і гендерна дисфорія;
- вік 14 років та старше;
- здатність пацієнта приймати обґрунтовані рішення і давати згоду на лікування;
- підписана усвідомлена згода на лікування.

⁷ Тут і далі курсивом наведено точні цитати з тексту відповідних документів.

⁸ Хоча фактично категорія F64 має назву «розлад статевої ідентифікації», у тексті Клінічного протоколу введено поняття синдромального діагнозу «гендерна дисфорія», з яким її безпосередньо пов'язано.





Первинна медична допомога надається сімейними лікарями, які:

- проводять скринінг пацієнта/ки;
- скеровують його/її до лікарів-спеціалістів;
- здійснюють моніторинг побічних ефектів медикаментозного лікування, насамперед ГЗТ;
- спостерігають пацієнта/ку з урахуванням хірургічної та гормональної трансформації;
- за бажанням пацієнта/ки, видають медичне свідоцтво⁹;
- діагностують та лікують соматичні захворювання згідно з положеннями відповідних медико-технологічних документів.

Медичне свідоцтво видається виключно за бажанням пацієнта/ки за умови відповідності його/її медико-біологічним та соціально-психологічним показанням до зміни статевої належності та здійснення медичних втручань.

Медичне свідоцтво заповнюється сімейними лікарями у центрах первинної медико-санітарної допомоги. У ньому зазначається прізвище, ім'я та по-батькові, рік народження особи, яка має медико-біологічні і соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності, та обсяг медичних втручань у ЗОЗ, а також інформація про те, з якої на яку статеvu належність було проведено зміну (корекцію). Видачу медичного свідоцтва здійснює лікувально-консультативна комісія центру первинної медико-санітарної допомоги. Медичне свідоцтво засвідчується печаткою ЗОЗ із зазначенням дати видачі.

Виходячи з даних вимог, сімейний лікар, який не знаходиться у складі центру первинної медико-санітарної допомоги, видати медичне свідоцтво не може, але він може спрямувати особу до такого центру (надавши необхідні виписки та копії документів за необхідності) для отримання медичного свідоцтва.

Надання **вторинної медичної допомоги** можна розділити на кілька окремих блоків: це психіатрична, ендокринологічна, психотерапевтична, хірургічна допомога та допомога лікаря-отоларинголога тощо.

⁹ Зміну юридичної статі, яка здійснюється на підставі медичного свідоцтва, визначено як один із заходів лікування гендерної дисфорії. При цьому хірургічна корекція не є обов'язковою умовою отримання медичного свідоцтва.





Психіатрична допомога надається лікарем-психіатром особам у віці після 18 років. Особам до цього віку допомога надається лікарем-психіатром дитячим¹⁰.

Оцінка та діагностування гендерної дисфорії у дітей є виключно компетенцією лікаря-психіатра дитячого. Дітям за наявності у них гендерної дисфорії встановлюється діагноз «розлад статевої ідентифікації у дитячому віці», який після досягнення повноліття може бути переглянутий відповідно до діагностичних категорій у дорослих.

Лікар-психіатр та лікар-психіатр дитячий за бажанням пацієнта/ки надає рекомендації сімейному лікарю щодо змісту допомоги за місцем проживання та форму № 027/о для взаємообміну інформацією амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів охорони здоров'я щодо діагнозу, перебігу захворювання, стану хворого при направленні (виписці), проведенні досліджень, консультацій в інших закладах охорони здоров'я, лікування, диспансерного спостереження та інших рекомендацій хворому¹¹.

8

Клінічним протоколом передбачена необхідність нагляду (під час діагностики) лікарем-психіатром за пацієнтом/кою в амбулаторних умовах не менше двох років. При цьому не зовсім зрозуміло, чим керувалися розробники Клінічного протоколу, оскільки у МКХ-10 зазначено, що протягом принаймні двох років має бути стійко присутнє транссексуальне самоусвідомлення. Це дає підстави вважати, що дворічний строк повинен враховуватися в анамнезі хвороби, що дасть змогу скоротити термін діагностування.

У даному випадку, можливо, слід зупинитися на формулюванні, погодженому робочою групою, яка розробляла Клінічний протокол, після його затвердження¹²: оцінка проводиться в амбулаторних умовах шляхом відвідувань пацієнтом лікаря-психіатра не менше ніж 2 роки.

¹⁰ У клінічному протоколі зазначено, що лікар психіатр-дитячий надає спеціалізовану психіатричну допомогу дітям та підліткам у віці до 17 років. Враховуючи, що Клінічним протоколом не визначено, хто надає психіатричну допомогу у віці з 17 до 18 років, враховуючи норми чинного законодавства, слід вважати, що психіатрична допомога особам до 18 років надається лікарем психіатром-дитячим.

¹¹ Пацієнт/ка може не знати про можливість/необхідність отримання таких документів, а тому слід уточнити, чи потрібні такі документи, та пояснити наслідки їх видачі.

¹² Даний пункт внесено до нової редакції Клінічного протоколу, яка очікує підписання у МОЗ України.





Цей строк скорочується у разі наявності у пацієнта відчуття гендерної дисфорії, об'єктивних даних, що свідчать про самолікування з використанням гормональної терапії, косметичні втручання з фемінізації або маскулінізації, досвід реального життя в обраній гендерній ролі, здійснення медичних втручань з статево-реконструктивної хірургії. Затягування обстеження може призвести до загострення гендерної дисфорії та її негативного впливу на стан здоров'я пацієнта у зв'язку із своєчасним неотриманням медичних послуг, передбачених чинним протоколом.

Обстеження в умовах психіатричного стаціонару передбачено лише за потреби і не є обов'язковим методом діагностування. Варто зазначити, що термін не менше двох тижнів такого обстеження було визнано робочою групою, яка розробляла Клінічний протокол, занадто довгим, а саме формулювання розпливчастим, а тому було погоджено наступне формулювання¹³: за наявності симптомів, схожих на ознаки тяжких психічних розладів, для проведення диференційної діагностики з гендерною дисфорією обстеження в умовах психіатричного стаціонару не більше 2 тижнів.

Клінічний протокол покладає на лікаря-психіатра обов'язок заповнення ІПОіЛ, але при цьому саму форму такого документу не затверджено МОЗ України. У даному випадку слід розглянути можливість розробки форми ІПОіЛ, яка відповідає б основним вимогам Клінічного протоколу, і затвердити її внутрішнім наказом ЗОЗ, що не є порушенням чинного законодавства.

9

В ІПОіЛ обов'язково повинна міститися наступна інформація:

- вихідні дані про пацієнта;
- передбачені лікувальні заходи та медичні втручання;
- дати з зазначенням призначення заходу чи втручання;
- дата проведеного заходу чи втручання;
- результати заходів чи втручань.

ІПОіЛ в обов'язковому порядку узгоджується з пацієнтом/кою та підписується ним/нею. Під час розробки враховується діагноз, пов'язаний із гендерною дисфорією, та побажання пацієнта/ки щодо необхідних заходів та медичних втручань, рекомендованих даним Клінічним протоколом.

¹³ Даний пункт внесено до нової редакції Клінічного протоколу, яка очікує підписання у МОЗ України.





Лікар-психіатр обговорює з пацієнтом/кою і фіксує у ІПОІЛ можливість почати гендерний перехід та дату його початку, а також частоту відвідувань лікаря-психіатра з метою проведення поточного контролю за процесом лікування.

ІПОІЛ корегується залежно від успішності лікувальних заходів та медичних втручань, але всі зміни погоджуються з пацієнтом/кою та засвідчуються його/її підписом.

Психотерапевтична допомога надається лікарем-психотерапевтом і спрямовується на допомогу в усвідомленні гендерних проблем особи, пошук варіантів полегшення гендерної дисфорії, соціальну адаптацію в обраній гендерній ролі. Використовуються заходи особистої, сімейної та групової терапії. Психотерапія може бути початком або самостійним етапом лікування. Кількість консультацій залежить від урахування виявлених потреб. Основна мета цих сесій – полегшення процесу соціалізації пацієнта.

Лікар-психотерапевт за бажанням пацієнта/ки надає форму № 027/о¹⁴.

Ендокринологічна допомога надається лікарем-ендокринологом, який:

- проводить первинне консультування (на підставі аналізів крові на гормони);
- інформує пацієнта/ку про дію гормональних препаратів, їх побічні ефекти та протипоказання для вживання, а також про можливі фізичні зміни, які будуть викликані ГЗТ;
 - призначає ГЗТ;
 - проводить поточне консультування та коригування курсу гормонального лікування;
 - здійснює моніторинг один раз на 6 місяців впродовж 3-х років і потім щорічно в залежності від клінічних оцінок та результатів;
 - за бажанням пацієнта/ки надає форму № 027/о¹⁵.

¹⁴ Пацієнт/ка може не знати про можливість/необхідність отримання такої форми, а тому слід уточнити, чи потрібна видача, та пояснити її наслідки.

¹⁵ Пацієнт/ка може не знати про можливість/необхідність отримання такої форми, а тому слід уточнити, чи потрібна видача, та пояснити її наслідки.





Відповідно до клінічного протоколу ЗГТ вважається необхідним медичним втручанням при зміні (корекції) статевої належності, окрім випадків, коли пацієнту за медичними показниками ЗГТ протипоказана. Факт непридатності пацієнта для отримання ЗГТ встановлюється лікарем-ендокринологом на підставі даних лабораторних обстежень та клінічного моніторингу його стану.

Слід звернути увагу, що лікар-ендокринолог повинен довести до пацієнта інформацію про можливу втрату репродуктивної функції та надати рекомендації щодо доступу до допоміжних репродуктивних технологій.

Гормональні втручання для неповнолітніх пацієнтів/ок поділяються на повністю оборотні втручання та частково оборотні втручання. Повністю незворотні втручання неповнолітнім пацієнтам у ЗОЗ України не проводяться.

Хірургічна допомога надається за бажанням пацієнта/ки та передбачає наступні медичні втручання:

- для MtF: збільшення грудей шляхом встановлення силіконових імплантів (мамопластика); пенектомія; орхіектомія; вагінопластика; лабіопластика; кліторопластика; операції з фемінізації обличчя; в окремих випадках емаскуляція; оперативне хірургічне втручання на голосових зв'язках з метою наближення голосу до жіночого;

- для FtM: видалення молочних залоз (мастоектомія); гістеректомія; вагіноектомія; метοїдіопластика; фалопластика; уретропластика; створення неомошонки та ендопротезування яєчок, операції з маскулінізуючої пластики обличчя.

Хірургічна допомога є бажаною, але не обов'язковою для осіб, які змінюють статеvu належність.

Лікар, який здійснює хірургічне втручання, за бажанням пацієнта надає форму № 027/о¹⁶.

¹⁶ Пацієнт/ка може не знати про можливість/необхідність отримання такої форми, а тому слід уточнити, чи потрібна видача, та пояснити її наслідки.





Загалом, ЗОЗ, що надають **третинну медичну допомогу**, здійснюють консультування пацієнтів/ок для уточнення діагнозів. Діагностика проводиться за зверненням пацієнта/ки або його/її законного представника, або за направленням лікаря.

На третинному рівні надання медичної допомоги:

- лікар-психіатр ЗОЗ – у разі незгоди особи з встановленим діагнозом переглядає такий діагноз;
- лікар-психотерапевт ЗОЗ – проводить психотерапію за індивідуальною програмою у випадку тяжкої гендерної дисфорії при неспроможності лікарів-психотерапевтів у ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги стабілізувати стан пацієнта/ки;
- лікар-ендокринолог – проводить поточне консультування та, за необхідності, коригування курсу ГЗТ.

Перелік видів хірургічної допомоги на третинному рівні медичної допомоги повністю співпадає з обсягом медичної допомоги, яка надається на вторинному рівні.

12

ЩО ПЕРЕДУВАЛО КЛІНІЧНОМУ ПРОТОКОЛУ

Першим нормативним документом в Україні, який цілісно регулював медичну процедуру трансгендерного переходу, був **Наказ МОЗ № 57** від 1996 року¹⁷. У 2011 році йому наслідував **Наказ № 60**¹⁸. Обидва ці документи базувалися на єдиній загальній схемі процедури і відрізнялися лише у деталях. Зокрема, у Наказі № 57 протипоказанням до зміни статевої належності був вік до 25 років, у Наказі № 60 – до 18 років. Також у Наказі № 57 одним з показань до зміни статевої належності визначалася суїцидо-небезпека, і при цьому відсутність будь-якого з показань вважалася протипоказанням – це могло провокувати трансгендерних людей до спроб суїциду, щоб таким чином задовольнити умови наказу.

¹⁷ <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0279-96>

¹⁸ <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0239-11>





Надалі, якщо не вказано інакше, текст буде рівною мірою стосуватися як Наказу № 60, так і Наказу № 57, які будемо узагальнено називати просто Наказом.

Отже, згідно з Наказом, послідовність процедури визначалася наступним чином:

- Звертання до сексопатолога за місцем проживання, на спостереженні у якого необхідно було перебувати не менше року.
- Проходження низки медичних обстежень у процесі спостереження. Зокрема, перебування від 30 до 45 днів у психіатричному стаціонарі (у палаті відповідно до юридичної статі) для встановлення попереднього діагнозу «транссексуалізм».
- Передання всіх результатів обстежень у постійно діючу **комісію з питань зміни (корекції) статевої належності** при МОЗ (надалі – Комісія), єдину в Україні, яка базувалася в Києві.
- Відвідання засідання Комісії, на якому її члени виносили рішення про надання дозволу на зміну (фактично – хірургічну корекцію) статевої належності, або ж відмовляли у такому дозволі.
- Здійснення хірургічної корекції в обсязі, рекомендованому Комісією.
- Звертання до Комісії для отримання медичного свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності, яке є підставою для подальшої зміни документів посвідчення особи.

13

Для прийняття рішення щодо дозволу на зміну статевої належності Комісія мала зважати на встановлений Наказом перелік показань та протипоказань, з яких наведемо найбільш проблемні на наш погляд (за текстом Наказу № 60):

- Наявність порушень формувань статевої самосвідомості у віці до 3-4 років.
- Відсутність гомосексуалізму [sic], трансвестизму або сексуальних розладів як провідного мотиву для зміни (корекції) статевої належності.
- Достатня наявність і ступень вираженості ендокринних, морфологічних, нейрофізіологічних, психологічних і фізичних ознак бажаної статі.
- Відсутність делінквентної поведінки.

Протипоказання:

- Вік до 18 років.
- Наявність дітей віком до 18 років.





- Перебування пацієнта у шлюбі на час розгляду Комісією його заяви.
- Гомосексуалізм [sic], трансвестизм на фоні трансформації статевої ролі.
- Грубі порушення соціальної адаптації (відсутність роботи, постійного місця проживання, алкоголізм, наркоманія, антисоціальна поведінка тощо).
- Морфологічні особливості, які ускладнюють (або унеможливають) адаптацію у бажаній статі (гермафродитизм [sic], порушення розвитку статевих органів тощо).
- Незгода особи, яка потребує зміни (корекції) статевої належності, із обсягом діагностично-лікувальних заходів щодо зміни (корекції) статевої належності, що рекомендовані Комісією.

Крім того, Наказ містив наступне положення: «З ними [трансгендерними пацієнтами/ками] повинна проводитися інтенсивна психотерапевтична робота, спрямована на відмову пацієнта від зміни (корекції) статевої належності». Воно являє собою фактично рекомендацію так званої конверсійної (репаративної) терапії, яка на сьогодні засуджується більшістю медичних організацій світового рівня.

14

На недоліки описаної вище процедури, що безпосередньо призводили до порушення прав людини трансгендерних людей, неодноразово скаржилися як самі трансгендери¹⁹, так і вказували правозахисники, громадські організації, а зрештою і міжнародні організації. ГО «Інсайт» також подавала свої пропозиції у процесі перегляду Наказу № 57, проте в остаточній редакції Наказу № 60 від 2011 року більшість з них не були враховані. Згодом проти Комісії та МОЗ як інстанції, що видала Наказ, неодноразово порушувалися судові справи, які були виграні. Врешті-решт це призвело до усвідомлення на рівні МОЗ того, що процедуру має бути переглянута та суттєво змінено.

Влітку 2015 року МОЗ створив міждисциплінарну робочу групу, завданням якої було розробити нові медичні стандарти на заміну існуючій процедурі. На жаль, у той час коли до цієї групи увійшло кілька членів Комісії, нікого з ГО «Інсайт» до неї не включили, незважаючи на те, що організація

¹⁹ Див. наприклад дослідження 2015 року: http://www.insight-ukraine.org/uploads/files/reaserch_transgender_2015_ukr.pdf





вже кілька років працювала у цьому напрямі. В результаті процес роботи групи був досить непрозорим, що врешті-решт обумовило певні недоліки у кінцевому його результаті.

У лютому 2016 року проект медико-технологічних документів, головним з яких був Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія», було оприлюднено для громадського обговорення²⁰. ГО «Інсайт» серед інших надала свої зауваження до цього проекту. Проте, хоча у затвердженій 15 вересня 2016 року редакції частина зауважень були враховані, у той же час деякі інші положення змінилися не на краще.

Зокрема, саме на етапі від проекту до затвердженої редакції з'явилася вимога про мінімум 2 роки спостереження пацієнта/ки для встановлення діагнозу. Також, якщо у проекті спрямування трансгендерних пацієнтів у психіатричний стаціонар пропонувалося взагалі заборонити, то пізніше у тексті Клінічного протоколу з'явилася можливість такого спрямування у разі не визначеної явним чином «потреби». Крім того, в одній з частин тексту, у яких згадується медичне свідчення про зміну статеві належності та умови його отримання, з'явилося «хірургічне втручання», чого від початку не було.

На момент затвердження Клінічного протоколу Наказ № 60 ще продовжував діяти, що створювало колізію, оскільки у багатьох моментах ці нормативні документи прямо суперечили один одному. Завдяки сприянню виконуючої обов'язки міністра охорони здоров'я Уляни Супрун Наказ № 60 було скасовано наприкінці 2016 року. Також під час зустрічі з представницями ГО «Інсайт» Супрун пообіцяла створити робочу групу для доопрацювання проблемних місць Клінічного протоколу. Така група, цього разу за участю «Інсайту», дійсно збиралася протягом 2017 року і погодила виправлену редакцію протоколу, у якій було усунуто протиріччя в його тексті та надмірні вимоги (найсуттєвіші виправлення наведено у попередньому розділі). Однак на момент написання даного тексту цю редакцію досі не затверджено МОЗ, і перспективи затвердження залишаються непевними.

²⁰ http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160222_0.html





ЕТИКА СПІЛКУВАННЯ З ПАЦІЄНТАМИ

Трансгендерні та гендерно-неконформні²¹ люди стикаються у сфері охорони здоров'я з низкою проблем, до яких входить стигматизація, дискримінація та брак доступу до якісної медичної допомоги.

Робота лікаря з трансгендерними людьми, як з усіма іншими пацієнтами/ками, потребує дотримання етики. У цьому розділі наведено рекомендації щодо спілкування лікаря з трансгендерною людиною.

Занурення у проблеми здоров'я транс-людей передбачає розуміння специфіки їхнього життя та ризиків, яким вони піддаються (труднощі з працевлаштуванням через зовнішність, що не відповідає документам, трансфобію роботодавців; зайнятість у секс-роботі; трансфобія родичів; відсутність доступу до інформації; відсутність доступу до своєчасного лікування або відмова від нього через гендерну дисфору та ін.)

16

10 правил, виконання яких допоможе лікарю знайти спільну мову з трансгендерною людиною, яка звернулась за медичною допомогою:

- 1.** Зберігайте лікарську таємницю.
- 2.** Дізнайтесь, як правильно звертатись до людини (ім'я та рід звернення). Якщо ви помилилися – просто вибачтеся.
- 3.** Відокремлюйте питання, які мають безпосереднє відношення до діагностики у вашій області, від свого власного інтересу. Уникайте питань особистого характеру.
- 4.** Немає «правильної» кількості чи послідовності медичних втручань, які повинна пройти трансгендерна чи гендерно-неконформна людина.
- 5.** Робота з транс-людьми передбачає постійне вдосконалення своїх навичок та отримання нових знань (інновації у хірургії та ГЗТ, зміни у законодавстві тощо).
- 6.** Людяність, уважність та обережність лікаря (навіть за відсутності спеціалізованих знань) можуть значно полегшити психологічний стан пацієнта/ки.

²¹ Тобто такі, що їх прояви не відповідають типовим уявленням про гендер, до якого вони належать.





7. Інформування, а не схиляння до певного рішення; обмеження у застосуванні директивних інтервенцій.

8. Не забувайте про суб'єктність: перед вами – людина, клієнт/ка, а не об'єкт для досліджень та експериментів.

9. Трансгендерність та/або гендерна дисфорія – не завжди ключовий запит клієнта/ки чи пацієнта/ки. Не намагайтеся вибудовувати гіпотези або починати лікування, беручи за основу лише трансгендерність та/або гендерну дисфорію.

10. Не всі психотерапевтичні методики або медичні втручання підходять для роботи з трансгендерними та/або гендерно-неконформними людьми (наприклад, методики тілесно-орієнтованої терапії можуть бути неприйнятними для застосування через тілесну дисфорію клієнта/ки).

СУЧАСНІ СВІТОВІ ТЕНДЕНЦІЇ І ПРАКТИКИ

17

Останніми роками загальною тенденцією, яка значною мірою визначає подальший розвиток сфери медичної допомоги трансгендерним людям, є **депатологізація трансгендерності**. Вона насамперед означає, що трансгендерність як така не має розглядатися як певна патологія, захворювання чи розлад. Потреба у медичній допомозі виникає у тій мірі, у якій це необхідно конкретній трансгендерній людині з точки зору її найкращої самореалізації в суспільстві відповідно до її гендерної ідентичності і самовідчуття, а не просто через факт її трансгендерності.

Тенденція до депатологізації знаходить відображення у сучасних світових медичних стандартах. Зокрема, WPATH – Всесвітня професійна асоціація зі здоров'я трансгендерів, що з 1979 випускає «**Стандарти медичної допомоги**», які враховують або безпосередньо використовують у своїй роботі медичні спеціалісти багатьох країн, у 2011 році опублікувала 7 версію цих стандартів²². У них зазначено, що трансгендерність або гендерна неконформність сама по собі є не патологією, а предметом різноманітності.

²² http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655





У 2013 році у США вийшов психодіагностичний класифікатор DSM-5²³, у якому діагноз «Розлад гендерної ідентичності» було замінено на «Гендерну дисфорію». Таким чином його розробники підкреслили, що жодна гендерна ідентичність як така не може бути у розладі.

Нарешті, незабаром у 2018 році очікує на затвердження МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11 перегляду, яка узгоджується Всесвітньою організацією охорони здоров'я. У доступному на сьогоднішній день її проєкті діагнози, пов'язані з трансгендерністю, знаходяться в окремій категорії «Стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям», тобто більше не вважаються психічними розладами, і мають загальну назву «Гендерна невідповідність» (Gender Incongruence)²⁴. Тож коли МКХ-11 буде впроваджено в Україні, це має потягнути за собою і перегляд Клінічного протоколу – через зміну діагностичних критеріїв і особливо через те, що встановлення діагнозу після цього більше не буде належати до сфери психіатрії.

18

Депатологізація фактично є частиною ще ширшої тенденції, коли трансгендерність сприймається вже не як суто медичний чи біологічний феномен, як це здебільшого було у минулому столітті, а насамперед як соціальний, що висуває на перший план контекст пов'язаних з нею прав людини. Вперше на високому міжнародному рівні права людини у застосуванні до гендерної ідентичності були зафіксовані у **Джок'якартських принципах**²⁵, розроблених експертами ООН у 2006 році. Гендерна ідентичність у них визначається як глибинне внутрішнє та індивідуальне сприйняття свого гендеру кожною особою, яке не обов'язково відповідає статі, визначеній про народженні, і включає також особисте відчуття свого тіла та інших гендерних проявів. Далі принципи визначають, як гендерна ідентичність має бути захищена від дискримінації у різних сферах життя і діяльності.

Правозахисний контекст обумовив виникнення такого поняття, як **юридичне визнання гендеру**. Оскільки можливості реалізації багатьох прав (та їх порушення) часто пов'язані з документами ідентифікації особи, питання зміни імені та статі (гендерного маркеру) у документах тран-

²³ <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

²⁴ <https://icd.who.int/dev11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>

²⁵ <http://yogyakartaprinciples.org/>





сгендерних людей — тобто, фактично, офіційне визнання їх гендерної ідентичності — почало розглядатися як таке, що має окреме значення і повинне здійснюватися у процесі трансгендерного переходу незалежно від медичних процедур та їх обсягів. Особливо при цьому робиться акцент на неприпустимості примусової стерилізації — тобто таких умов, які змушують трансгендерних людей вдаватися до хірургічних операцій або інших медичних втручань, що ведуть до втрати можливості мати власних дітей, заради отримання визнання незалежно від того, чи вони мають потребу у таких втручаннях.

У 2010 році Рада Європи прийняла рекомендації державам-членам «Про заходи з боротьби проти дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності»²⁶, у яких зокрема було зазначено, що процедури юридичного визнання гендеру мають бути **швидкими, прозорими та доступними**. Таким чином було задано рівень стандарту, до якого повинні прагнути прогресивні з точки зору прав людини країни:

- «Швидкі» — означає, що процедура з моменту першого звертання людини до державної установи за визнанням гендеру до його отримання не має займати багато часу.

- «Прозорі» — означає, що всі умови, послідовність дій, відповідальні установи, витрати тощо, пов'язані з визнанням гендеру, мають бути описані у нормативних документах чітко й недвозначно.

- «Доступні» — означає, що доступ до отримання визнання має бути у всіх людей незалежно від їх належності до певних соціальних груп та статусу: вік, стан здоров'я, обмежені можливості, релігійні переконання, економічне становище тощо не має бути на заваді.

Першою країною, яка у повній мірі реалізувала означені стандарти, стала однак не європейська країна, а Аргентина. Там у 2012 році було прийнято цілісний «Закон про гендерну ідентичність»²⁷, у якому її визнання визначене як право людини відповідно до Джок'якартських принципів. Воно здійснюється за запитом людини як адміністративна процедура, яка зазвичай займає 2-3 тижні. При цьому прямо сказано, що від заявника/ці не мають права вимагати здійснення хірургічного втручання, гормональ-

²⁶ https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=0900001680665340

²⁷ https://www.igbt.org.ua/ru/blogs/show_43/





ної терапії чи ще якихось медичних процедур. У той же час, якщо людина потребує таких процедур, відповідно до визначеного законом «права на вільний розвиток особистості», їй має бути гарантовано вільний доступ до них за принципом інформованої згоди, а витрати мають покриватися державою за рахунок страхування.

Після Аргентини згодом й інші держави почали впроваджувати законодавство, у якому юридичне визнання гендеру відмежоване від медичних втручань та діагнозів і базується на самовизначенні²⁸. Це, зокрема, Данія, Мальта, Норвегія, Ірландія, Колумбія, Греція; на різних стадіях розгляду або впровадження подібні закони знаходяться у Франції, Бельгії, Люксембурзі, Великій Британії, Чилі. Отже, можна очікувати, що з кожним роком кількість таких країн у світі буде тільки збільшуватися.

Серед аспектів прав людини для трансгендерів важливо відзначити також визнання **небінарних людей**, тобто таких, що визначають свою гендерну ідентичність як іншу ніж чоловіча або жіноча. Першою країною, де з'явилася можливість отримати для цього гендерний маркер «X» у паспорті, стала Австралія: з 2003 року для тих, у кого не була визначена стать у свідоцтві про народження, а з 2011 року – для всіх. Зазначено, що хірургічне втручання для цього не є обов'язковим, проте медичні обстеження залишаються необхідними.

Іншими країнами, де наразі є можливість отримати небінарний маркер у документах за тих чи інших умов, є Нова Зеландія, Данія, Німеччина, Індія, Непал, Мальта, а також окремі штати США: Орегон та Каліфорнія. Відповідне законодавство розробляється у Шотландії та Канаді. Як і загалом з юридичним визнанням гендеру, цей перелік з великою ймовірністю буде розширюватися наступними роками.

Є також окремі досягнення, що стосуються ситуації трансгендерних людей у деяких країнах, які варто згадати:

- У 2010 році Франція першою в світі виключила трансгендерні діагнози із психічних захворювань у своїй національній класифікації. У 2017 році

²⁸ Більше інформації про ці та інші правові досягнення для трансгендерів можна знайти у статті за посиланням: http://update.com.ua/spetcpoeekt_tag987/transgender/#3





тим же шляхом пішла Данія, заявивши, що вони втомилися чекати, коли вже нарешті таке виключення буде здійснене на міжнародному рівні МКХ.

- У 2015 році Мальта прийняла закон, яким прямо заборонила конверсійну терапію, тобто спроби «лікування», спрямованого на зміну сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності, офіційно визнавши такі підходи неефективними та небезпечними і порівнявши їх до шахрайства. В окремих штатах США також діють подібні закони, які однак здебільшого застосовні лише до неповнолітніх.

- У Швеції трансгендерні активісти/ки подали в суд на державу за примусову стерилізацію, якій вони піддавалися до 2013 року, коли цю вимогу було прибрано з законодавства. У 2016 році суд визнав їх позов справедливим і зобов'язав державу виплатити їм компенсацію за спричинені страждання.

Якщо тепер у контексті всього вищезгаданого поглянути на Україну з її нормативною базою, то легко побачити, що поки вона суттєво відстає від передових країн. Проте впровадження Клінічного протоколу замість Наказу № 60 та його подальше вдосконалення безумовно є кроком у вірному напрямку.





ДЛЯ НОТАТОК

