

Мисията възможна

СЛУЧАЯТ СТРАЛДЖА

Защото добрите практики са възможни!



Проектът „Мисията възможна – по-добро сексуално и репродуктивно здраве за младите хора от уязвими общности – пътища за преодоляване на здравните неравенства“ е подкрепен от Норвежкия финансов механизъм и Министерство на здравеопазването и изпълняван от Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве (БАСП) в партньорство с Националната мрежа на здравните медиатори (НМЗМ). Този проект е поредната стъпка в партньорството на двете организации, които от години работят за постигане на устойчиви резултати и подобряване на достъпа на уязвими групи до здравеопазване, образование и социални услуги.

Случаят Стралджа е илюстрация на нуждата от непрекъсната работа и последователни усилия, които да доведат до трайна промяна в нагласите и до устойчиви резултати. Екипът на проекта благодари на колегите си от Стралджа – здравния медиатор Мильо Добрев, колегатата му Благовеста, д-р Георгиева – ОПЛ, д-р Паскалева – акушер-гинеколог. Специални благодарности на експерта по проекта Дора Петкова, която подпомагаше здравните медиатори в работата им с групите за взаимопомощ, както и на експерта по проекта Цвета Петкова за идеята за това издание, както и за събирането, обобщаването на информацията и оформянето на препоръките.

София, 2017 г.

Въведение в казуса

В град Стралджа има три обособени и относително отдалечени от центъра на града ромски квартала, носещи имената на основните улици, по които са разположени къщите („Дъбрава“, „Морава“, „Тракия“). Жителите на града са общо б 200, от които близо 3000 са от ромски произход. Кварталите са в регулация, но част от къщите от „Дъбрава“ и „Морава“ не са – съответните улици не са асфалтирани, а къщите не са включени във водопроводната система. Обитателите на тези нерегулирани имоти ползват вода от съседни и приятели. В кварталите „Дъбрава“ и „Морава“ къщите са предимно паянтови постройки, за разлика от къщите в „Тракия“, които са предимно масивни. Според нашия екип в ромските квартали на Стралджа съществува така нареченото **„гето в гетото“** – няколко семейства, които живеят затворено, силно маргинализирани са, неграмотни са и не говорят български (става дума за около 10 семейства).

От жителите на кварталите „Дъбрава“ и „Морава“ повечето се самоопределят като роми, а някои като българи, докато жителите на „Тракия“ се самоопределят като българи. За другите жители на гр. Стралджа обаче, обитателите на тези квартали са роми и цигани.

В Стралджа живеят и т.нар. демирджии – те не се самоопределят като роми, въпреки че вероятно са от ромски произход. Къщите са им много по-хубави, сред тях има образовани хора, които не се самоопределят като роми.



Описание на проблема

През последните десет години имаме възможност да работим и наблюдаваме ромската общност в град Стралджа. Различни проекти и програми ни дадоха възможност да посещаваме често Стралджа и да организираме профилактични прегледи съвместно със здравните медиатори (ЗМ), ОПЛ и АГ специалист. Представяме случая Стралджа, защото след десет години постоянна работа наблюдаваме в една доста уязвима общност положителна промяна по отношение здравна култура и нагласи към семейно планиране и сексуално и репродуктивно здраве.

Ситуацията в Стралджа през 2007 – раждаемост и ползване на контрацепция

През 2007 година под ръководството на проф. Майя Грекова беше проведено социологическото изследване „Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България“ по проект „Подобряване на достъпа до здравни грижи на ромски жени и деца в селски райони“. Проектът се изпълняваше от консорциум в състав: КЕЪР – Холандия, Фондация „КЕЪР Интернешънъл-България“ и Фондация „Здравни проблеми на малцинствата“. Данните от изследването показваха неблагоприятна ситуация – висок процент жени с повече от четири деца, висока бедност и безработица, нисък процент на жени, които ползват контрацепция. В сравнение с други населени места, намиращи се в област Ямбол и участвали в изследването – **Стралджа е едно от населените места с най-висока раждаемост.**

Един от основните изводи на проф. Майя Грекова, който илюстрира ситуацията в Стралджа през 2007 е, **„че повече деца имат и повече деца ще имат (съдейки по же-**

**Жените:
Раждаемост и употреба на
контрацептиви, 2007 г.,
Стралджа¹**

- от жените на възраст до 29 г. - 52.8% имат едно и две деца; 13.9% имат четири и повече от четири деца (16.7% нямат деца);
- от жените на възраст 50 и повече години, 8.3% имат две деца – 87.5% имат четири и повече от четири деца (4.2% имат три деца).;
- **само 15% от интервюираните жени са използвали/ползват контрацептиви;**
- около 30% от интервюираните жени биха препоръчали контрацепция на децата си, а 10.7% не биха препоръчали ползването на контрацептиви на децата си, „защото те си решават“

ланието им) жените в очертаващите се като най-бедни (с най-голям дял бедстващи роми) населени места“. Имено поради това и препоръката ни е да се насочва постоянно внимание към такива населени места, които са най-уязвими и да се работи дългосрочно в тях.

По отношение на здравословното състояние на жените в Стралджа, данни през 2007 показват, че най-често жените търсят гинекологични консултации при бременност (53.8%) и далеч по-рядко за профилактичен преглед (17.7%). 29.9% от ин-

тервюираните жени съобщават, че са имали аборти, като 25% са направили 1 аборт, 1.8% – 2 аборта, 1.2% – 3 аборта, 1.8% – пет и повече прекъсвания на бременността. Възрастовият диапазон на направените аборти варира от 15 до 42-годишна възраст. 2.6% от тях са направени до 16 г. 9.8% от жените не отговарят на въпроса, дали им се е случвало да направят аборт. **По отношения на ражданията**, 86.6% от интервюираните жени съобщават, че винаги са раждали в болница. При 0.6% се е случило в дома, а 2.4% винаги са раждали в дома. Най-честата причина да не родят в болница е закъснение на транспорта или незнание кога ще родят. 9.8% от жените не са отговорили на въпроса, къде са раждали.

¹ Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места, Майя Грекова и Ивайло Търнев, София 2007, “Изток-Запад”

Какво направихме?¹

Както се вижда от данните по-горе, картината през 2007 година не е била обнадеждаваща особено по отношение на нагласи за ползване на контрацепция и отношение към семейно планиране. През 2016 година по проекта „Мисията възможна“ беше направено картографиране на най-уязвимата част от ромската общност. Резултатите регистрират някаква промяна най-вече в осигуряване на достъп до здравни услуги и интерес и ползване на

услугите от най-уязвимите общности. По отношение на условия на живот промяната все още не се е случила.

Като най-уязвими са идентифицирани отново същите семейства, живеещи в 10 постройки, намиращи се на ул. „Дъбрава“ и ул. „Зорница“ в Стралджа. **Постройките все още нямат канализация, нямат течаща вода, нито тоалетна (вкъщи или на двора).** Електричество има. Всичките десет „къщи“ са паянтови постройките. В групата на уязвимите е идентифицирана само **една бременна под 18-годишна възраст.** ОПЛ съобщават, че **децата от уязвимата общност не винаги ги посещават за профилактични прегледи, въпреки че няма деца без редовни**

Здравословно състояние на жените – обща характеристика, гр. Стралджа, 2007 г.¹

- 40.9% от интервюираните жени не помнят кога за последен път са ходили на гинеколог;
- 16.5% никога не са посещавали гинеколог;
- 11% съобщават, че са посещавали АГ при последното раждане;
- 5.5% – са посетили АГ миналата година, във връзка с бременност, оплаквания и/или заболяване;
- 2.4% – преди няколко месеца, във връзка с бременност, оплаквания и/или заболяване.
- Причината за търсене на гинекологични консултации при 15.4% е за аборт по желание; при 7.7% – консултация за използване на контрацептивно средство

¹ Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места, Майя Грекова и Ивайло Търнев, София 2007, „Изток-Запад“



имунизации. Не са идентифицирани деца или възрастни без ОПЛ. ОПЛ са четирима, като присъстват на място, в града, през цялата седмица. В последните две години не е имало епидемии от инфекциозни заболявания – последно преди 5-6 години са били регистрирани двама души с туберкулоза.

Взаимодействието на ОПЛ д-р Георгиева (която основно работи с маргинализираната част от квартала) със здравния медиатор е много добро. Няма регистрирани случаи на домашно раждане в последните две години. Основно средство за контрацепция е спиралата – има все повече жени, които са се възползвали от безплатните спирали, предоставени от БАСП¹, но все още има и такива, които се страхуват от поставянето на спирала или мъжете им се противопоставят. Абортите са рядко срещани, най-често в случай на бременност следва раждане.

1 Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве - www.safesex.bg

Д-р Паскалева – АГ специалист, Стралджа (изказване по време на заключителна среща по проекта „Мисията възможна“, 20 април 2017, София)

*Лично аз съм безкрайно благодарна на екипа на Мисията възможна. Поклон пред благодарния им труд, без който проектът „Мисията възможна“ нямаше да бъде изпълнен успешно. Лично аз за периода на проекта съм извършила около 300 АГ прегледа, направила съм около 220 цитологични изследвания и над 160 микробиологични изследвания. Сега преобладаваха бактериални кандидози. Преди години в Стралджа по време на предишни подобни програми преобладаваше хламидиална инфекция сред същата общност, а тя влияе и на репродуктивната система и е необходимо сериозно лечение. За моя голяма изненада сега липсваше хламидиална инфекция, нямаше нито една хламидия, нямаше нито една преканцироза, нито онкологични заболявания. **Но това е резултат от труда, който положихме през годините. Това се дължи на профилактиката, на редовни прегледи и изследвания на жените в Стралджа.** С голяма удоволствие искам да съобщя тези положителни тенденции. **По този начин направихме и тази мисия възможна - да се подобри сексуалното и репродуктивно здраве на уязвимите общности и особено на тези, които не са здравно осигурени.** Те по никакъв начин нямат как да се погрижат за здравето си, тези жени не могат да си поставят спирали поради липса на финансови възможности. **Благодарение на прегледите бяха предотвратени много нежелани бременности и аборти.** С огромно удоволствие приех да поставя спирали на нуждаещите се, вкл. и на млади жени, някои от тях момичета с няколко раждания. Отначало те подхождат със страх, но благодарение на това, че съм работила в Стралджа и ме познават и ми имат доверие, жените избраха да им поставя спирали. Още веднъж искам да изкажа благодарност към Милю Добрев – здравния медиатор от Стралджа, който винаги беше на разположение и ние работехме съвместно. **Без здравния медиатор ние нямаше да имаме тези резултати.** Той лично водеше жените в кабинета ми - за ехограф, за ендоскопско изследване и др., въобще без него нямаше да постигнем всичко това.*

По данни на ОПЛ и АГ специалистите, в Стралджа услугата за поставяне на спирала е не само достъпна (дори и за здравнонеосигурените жени), но се наблюдава и промяна към преодоляване на традиционните страхове от поставяне на спирали. Този резултат е постигнат благодарение на десетгодишна работа в и с общността както от ЗМ, така и от ОПЛ и АГ специалист. Сформираният екип е добре познат и се ползва с доверие и авторитет дори и сред най-уязвимите семейства в Стралджа.

Резултати

Налице са все още сериозни проблеми в най-маргинализираната част от общността в Стралджа, но по отношение на контрацепция и посещения при гинеколог промяна има.



Най-важните уроци, на които ни учат теренната работа и опитът:

Успехът в общността по отношение на промяна на нагласите към семейно планиране и контрацепция, се дължи на:

- **Постоянство** – десетгодишна работа на екип от ЗМ, ОПЛ и АГ специалист и подкрепа от БАСП и НМЗМ¹;
- **Регулярност** – редовно информационни беседи, дискусии и индивидуални консултации сред жените от най-маргинализираните семейства;
- **Достъпност** – създаване на достъпни услуги в самото населено място в близост до нуждаещите се, т.е. наличие на ОПЛ, както и на АГ, който редовно посещава Стралджа;
- **Общностно развитие** – създаване на нагласи сред общността за търсене на АГ услуга и контрацептивни средства чрез консултации с ОПЛ и ЗМ;
- **Доверие** – създаване на трайни връзки между жените от маргинализираната част на квартала и ЗМ, ОПЛ и АГ специалиста;
- **Прилагане на добри практики** – в Стралджа от години се работи с група за самопомощ на ромски жени по проблеми на здравна култура, контрацепция и репродуктивно здраве, грижа за малко дете. Групата е силна и има сериозно влияние в общността. Жените от групата смятат, че основният проблем на общността са ниското ниво на образование и липса на млади роми със средно образование. Те са се ангажирали с преодоляването на проблема и провеждат редовни срещи с родители на деца, които са застрашени от спиране от училище;

¹ Национална мрежа на здравните медиатори – www.zdravenmediator.net

- **Авторитетни фигури и институции вътре в общността** – Евангелската църква също отделя специално място на тези проблеми и почти всяка седмица пасторът посвещава време за проповеди за важността от образованието. В Стралджа здравният медиатор е и пастор и съвместяването на двете позиции е ефективно и полезно.



Препоръки за работа в ромска общност

Препоръка 1: Как се създава група за взаимопомощ и информация в уязвима общност – практически съвети

В Стралджа по проекта „Мисията възможна“ групата за взаимопомощ се състои от младежи (момчета и момичета), които наброяват между 10 и 15 души. В Стралджа има още една група за взаимопомощ – на жени и млади майки. Срещите на групите се провеждат в църквата на ромския квартал в града. Здравният медиатор Мильо Добрев има дългогодишен опит, работи повече от 10 години, изградил е авторитет, знания и компетентност в сферата на здравеопазването. Той е и пастор в евангелска църква в квартала, където живеят около 2000 души. Според ЗМ най-големият проблем сред общността са ранните женитби, отпадането от училище, ранните раждания, липсата на достатъчно познания за контрацепция, семейно планиране, сексуално-преносими инфекции. Младите хора проявяват огромен интерес към събиранията на групата и има все повече желаещи да участват в срещите. ЗМ подготвя старателно срещите. Подбира видео материали по чувствителните теми, чрез които най-осезателно се въздейства върху общността. Последната година Мильо вече има мулти медия и успява да влияе още по-осезателно на младите хора като подбира най-актуалното за тях.

Членовете на групите за взаимопомощ в Стралджа основно разпространяват здравна информация и осъществяват здравна промоция сред уязвими семейства. Това е една доказала се успешна практика сред ромските общности и ефективен канал за разпространение не само на здравна информация.

Основна цел на групите за взаимопомощ в Стралджа е:

- Идентифициране и привличане на ключови/ресурсни хора от целевата общност;
- Изграждане на общностен ресурс по въпросите на семейно планиране и репродуктивно здраве; контрацепция; майчино и детско здраве и др.;

Характеристика на групите за взаимопомощ в Стралджа:

- Състоят се от около 10-15 активни хора (жени и младежи);
- Групите се фасилитират от здравния медиатор Милю Добрев;
- ЗМ разяснява ползите от дадена здравна програма, профилактични прегледи, здравна информация и др.;
- Групите функционират неформално и основно предоставят здравна информация на живеещите в целевите общности. В същото време членовете на тези групи са част от системата за препращане за здравни услуги и така те поддържат директен контакт с местни здравни и социални структури;
- Групите се събират веднъж в месеца и дискутира различни теми; участват активно във всички профилактични програми, прегледи и др. като информира и подпомага работата на ЗМ по време на кампании и др.

При реализиране на проекта „Мисията възможна“ най-често се обсъждаха въпроси, свързани със **сексуално и репродуктивно здраве**. В тази връзка най-често коментираната тема бе темата за **Превенция на сексуално-преносими инфекции**. Други теми, които често са обсъждани в групите са превенция на Хепатити и превенция на нар-

котици, алкохол и тютюнопушене. Здравният медиатор от Стралджа е един от най-опитните здравни медиатори. ЗМ споделя, че в работата с жените помощ оказват трите му дъщери. В общността темата за сексуално-преносими инфекции все още не се обсъжда в смесена група от мъже и жени. Дъщерите му и членовете на групата за взаимопомощ са първите от квартала, които доброволно се изследват за сексуално-преносими инфекции. Техният пример е последван и от другите млади хора от квартала.

Предимства на подхода – създаване и развиване на групи за взаимопомощ и информираност:

- Групите за взаимопомощ и информираност в целевите общности в Стралджа са не само групи, а неформални малки граждански структури, които развиват общността отвътре;
- Участниците в групите за взаимопомощ представляват ценен ресурс в маргинализираните и уязвими общности;
- Участниците в групите за взаимопомощ са по-компетентни и ангажирани с каузата за подобряване на здравната култура;
- Мобилизиран е потенциал сред общностите, предимно от млади хора - доброволци, които разбират, знаят, могат и искат да променят нагласи и стереотипи;
- Младите хора от групите за взаимопомощ са здравно информирани и мотивирани да развиват своите общности и да предават наученото на връстници и родители;
- В Стралджа има изграден координационен механизъм – екипи/мрежи от ЗМ, доброволци, активни хора от общността, здравни специалисти и др., ангажирани със

здравните проблеми на хората в областта на сексуалното и репродуктивното здраве;

- Работата на здравните медиатори в общностите е подпомогната от млади, ангажирани хора, които имат желание да участват общностното развитие;
- Подобрена е здравната култура на младите хора от целевите общности;
- Предоставена е здравна информация по лесен, разбираем и достъпен начин за младите хора от целевите населени места;
- Подобрени са партньорските отношения със заинтересованите страни по места – училища, ОПЛ, РЗИ, други здравни институции, местна власт, НПО и др.



Препоръка 2

Какво е необходимо да знаем, за да имаме успехи при предоставяне на здравни услуги в уязвими общности?

Традиционни аспекти на ромската култура и традиции, свързани с отношението към здравето. Страхове и митове

Когато се работи в областта на здравната профилактика е важно да се познаят някои специфични аспекти на здравето на ромското население, както и нагласите, които могат да повлияят на работата по превенция. В същото време трябва да се обърща внимание на някои аспекти на достъпа на ромите до здравни услуги и бариерите, които те срещат.

Значението, което ромите отдават на здравето, е свързано със значимостта на семейството и здравето на другите. Този факт обяснява взаимната подкрепа между роднини и грижите, които полагат един за друг. Чувството за уязвимост от болестите и смъртта са много важни и присъстват в ромската култура, дори и при младите роми. **Здравето се възприема като отсъствие на болест** и като нещо, свързано с избягването на смъртта. Това е причината, поради която ромите посещават лекар чак когато са много болни. С това възприемане на здравето съществуващите проблеми, свързани с достъпа до здравни услуги, се обяснява и по-честото използване на Центровете за спешна медицинска помощ, вместо редовните (или превантивни) прегледи.

Връзката на идеята за здраве с морала

Някои болести (като ХИВ и ППИ), както и посещения при специалист (гинеколог) понякога могат еднозначно да се определят като позор и безчестие. Това затруднява допълнително жените да посещават лекар и да се допитват по

Страхове на ромски жени от прегледи при акушер-гинеколог (АГ) и поставяне на спирала, споделени с екипа на НМЗМ по време на информационни срещи:

Жените се страхуват да не се разчуе, че са си поставили спирала, тъй като очакването към тях е да продължат поколението и да раждат деца. Поставянето на спирала може да се изтълкува в някои общности като предателство към рода и продължаването му.

Най-често споделени страхове, свързани с поставяне на спирала:

- Спиралата ще се качи нагоре в тялото и ще нанесе вреди на редица вътрешни органи – сърце, черен дроб, бял дроб, мозък и изобщо на цялото тяло;
- Често жените отслабват от спиралите;
- Опасно е ако спиралата отива накриво, това може да доведе до различни заболявания;
- От спиралата тялото се надува;
- Слабите жени не трябва да си поставят спирала, защото може да тръгне нагоре и да излезе през ребрата.

Понякога страховете са продиктувани от опаковката и контролната сонда към спиралата (която е доста голяма) и това предзвиква различни страхове. Важно е да се обясни какво точно представлява спиралата, да се отвори и покаже какъв е истинския размер.

различни въпроси. Нерядко младите жени се придружават от своите свекърви при преглед от гинеколог. В някои райони (особено сред турско-езичните роми) жените невинаги говорят добре български и консултациите с гинеколог са още по-затруднени. Необходимо е повече време и търпение при обслужване на тези пациентки.

Невидимостта на превенцията. Страхът от смъртта и отричането на съществуването на заболяване пречи на превантивна работа. Защото ромите, както вече споменахме, просто не отиват на лекар, ако не са много болни. В среда, където животът е кратък и с несигурно бъдеще, идеята за планиране и грижи няма смисъл. Други отличителни черти на културата и миогледа на ромите, които пречат на здравната профилактика и трябва да се имат предвид в работата на

медицинските специалисти, са:

- Нагласата за живот за „мига“, „ден за ден“ (ежедневието) трудно включва идеята за планиране и превенция.
- Превесът на емоционалното над рационалното – изключва идеята за предотвратяване, профилактика, превенция.
- Здравето е по-скоро въпрос на късмет и в този смисъл не е сред основните приоритети.
- Дори и без да се навлиза толкова далеч в миналото, задълженията и забраните, моделите на поведение и изискванията, които ние считаме за нормална практика днес, изискват обучение и навици, които са сложни и трудни за придобиване, когато културната ти среда е различна. През годините някои народи без очевидни социални навици са оцелели, като са поддържали умишлено дистанция с държавни институции. Представителите на ромската общност се притесняват от бюрокрацията (попълване на документи, декларации и др.), нещо, което е трудно и отдалечено от начина им на живот и все още дава отражение върху тяхното поведение.
- Когато има болест, предприеманите действия трябва да са незабавни и окончателни. Изчезването на симптомите означава, че е изчезнала и болестта. Това е и причината често назначени лечения да не се провеждат до край.

Препоръки, свързани с комуникацията и други полезни съвети

По отношение на здравните специалисти ромите често изразяват своето безпокойство и недоверие и споделят, че имат нужда от повече разяснения, повече време за комуникация с лекарите и здравните работници. В много случаи те предпочитат да бъдат придружавани от здравните медиатори или друг вид посредници, за да могат по-лесно да се ориентират.

За да се улесни комуникацията и възможността за свързване с другите, за да възприемем как даден човек усеща и разбира, че е съпричастен, ето няколко съвета:

- Професионалистът трябва да може да забелязва както дефицитите (което в повечето случаи правим), така и силните страни на хората и проблемите, които те наистина имат.
- Използвайте интерактивни техники, слушайте повече, говорете по-малко. Използвайте фрази като: Какво знаете..?, Какво мислите за ...? Какви въпроси имате ...?
- Особено младите хора обичат да говорят и да бъдат изслушвани. Важно е те да чувстват, че са изслушвани и уважавани, когато решат да посетят здравно заведение, кабинет, болница.
- Адаптиране на информацията и на съобщението, като се вземат предвид възрастта, полът, нивото на грамотност и др. Използвайте ясен и разбираем език с възможно най-малко сложни термини. Повтаряйте по различен начин една и съща информация, за да се засили разбирането.
- Специалистите често приемат концепции или идеи за даденост и смятат, че пациентът разбира. Често обаче



пациентите, и особено ромите, не разбират. Това може да е причината, поради която лицата не се връщат при лекаря или не следват указанията, свързани с лечение, назначени лекарства, преглед при специалист и др.

- Активното слушане, преформулирането какво пациентът казва, за да се провери правилното разбиране, е добър подход при общуване с пациенти, които са плахи, неуверени и с ниска степен на доверие към медицинския специалист. Използването на културни посредници, здравни медиатори е препоръчително в тези случаи, за да се улесни комуникацията.
- Опитайте се да създадете добра атмосфера – място, адаптирано към пациентите, с които се работи, улеснява комуникацията: наличието например на достатъчно столове, където да седнат пациентите и техните придружители; премахване на пространствени бариери и пречки (маси и др.) създава чувство на доверие и предразполагат пациента. Архитектурни, пространствени препятствия могат да ограничат връзката с пациента.

- Опитайте се да избягвате обобщения. Ромската общност е много разнородна и поведението на един от нейните членове или семейство не могат да се екстраполират за останалата част. Ние трябва да отхвърлим погрешното разбиране, че всички роми са еднакви.
- Адаптиране на език и символи: покажете близост, експресивни чувства или ръкуване. Всички действия са символични, имат смисъл и предават нещо.
- Опитайте се да постигнете споразумение в ситуации, в които има съпротива към дадено лечение или ваш съвет. Ромите имат умения за преговори и този подход може да се окаже работещ.
- Не се опитвайте да контролирате. Специалистът не трябва да изглежда наказателна или принудителна фигура. Аспектът на контрол не трябва да доминира, като се избягват, доколкото е възможно, наказания, глоби и др. Това не означава, че не съществуват закони и подзаконови разпоредби, които трябва да се прилагат, когато е необходимо.
- Използвайте здравни медиатори, в случай че има такива на територията на вашата община. Межкултурната медиация е доказала своя принос и положителен ефект. Медиацията в отношенията между хората от различни култури действа избирателно върху културното предотвратяване на конфликти, насърчаване на признаването на друг човек, сближаването между страните, комуникация и взаимно разбиране, учене и развитие на съвместното съществуване, търсене на алтернативни стратегии за културно разрешаване на конфликти и участието на общността.

Препоръка 3

Включване на Здравни медиатори в помощ на медицинските специалисти и създаване на екипи – успешният модел

Здравният медиатор е мост между уязвимите малцинствени общности и здравните и социалните служби. Той се ползва с уважението и доверието и на хората от общността, и на институциите и притежава необходимите знания, умения и компетентност, за да върши своята високоотговорна работа. През 2014 г. в България работят 150 здравни медиатори, заплатени от държавния бюджет, в над 90 общини. Всяка година здравните медиатори се увеличават, през 2017 г. работещите здравни медиатори са над 200.

Медиаторската професия е въведена в редица европейски страни. В Испания и Франция здравно-медиаторната програма има над двадесетгодишна история. В Белгия и Финландия медиаторите се наричат „интеркултурни посредници“, в Холандия – „образователи на етническите малцинства“, в Румъния и Молдова – „санитарни медиатори“, в Словакия – „здравни медиатори“, но всички те имат сходни отговорности и еднакъв профил на работа.

В България моделът на здравния медиатор е въведен през 2001 г. от екипа на Фондация „Здравни проблеми на малцинствата“ чрез изпълнение на пилотен проект „Въвеждане на система от роми медиатори – ефективен модел за подобряване на достъпа на ромите до здравните и социалните служби“ в кв. Изток на гр. Кюстендил. През 2001 г. са обучени първите пет здравни медиатори. Впоследствие програмата се развива и получава сериозна подкрепа първоначално от няколко ключови проекта по програма PHARE на Европейския съюз.

През септември 2005 г. Правителството на република България приема „Здравна стратегия за лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцин-

ства“. В Стратегията се отрежда значимо място на новата професия – здравен медиатор, а един от индикаторите за успешната ѝ реализация е броят назначени на работа от държавата здравни медиатори. В края на 2005 г. Министерството на труда и социалната политика (МТСП) проявява интерес към позицията на медиаторите и през 2006 г. са назначени на работа тринадесет здравни медиатори с бюджет по национална програма.

През 2006-2007 г. са обучени нови четиридесет и пет нови здравни медиатори по програма PHARE 2003. Обучителната програма за здравните медиатори е допълнена и развита с хорариум от 240 академични часа, от които 220 аудиторни и 20 извънаудиторни часа. Провежда се като интензивен курс на обучение, разпределен в пет сесии, съдържащи общо девет модула. Акредитирани са да провеждат обучение на здравни медиатори Медицински университет - София и Медицински университет - Пловдив.

През 2007 година, благодарение на усилията на Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика, Дирекцията по етнически и демографски въпроси към Министерски съвет и не на последно място на неправителствените организации, работещи в тази сфера, петдесет и седем здравни медиатори са назначени на работа в тридесет общини чрез делегиран бюджет от Министерството на финансите. Намерението за институционализирането на новата професия “здравен медиатор” е ясно определена национална политика. Тя е в националния класификатор на професиите, приета е и длъжностна характеристика на здравния медиатор.

През април 2007 г. е учредена Националната мрежа на здравните медиатори, учредители на мрежата са над деветдесет души - здравни медиатори, лекари - специалисти, общопрактикуващи лекари и медицински сестри, обучи-

тели на здравните медиатори, експерти и специалисти в областта на общественото здравеопазване, съмишленици и граждани, които подкрепят въвеждането на фигурата на здравния медиатор като част от системата на общественото здравеопазване у нас.

Посредничество в областта на здравеопазването в ромската общност има своите постижения чрез програмата на здравните медиатори:

- улеснява достъпа на уязвимите общности до социални и здравни ресурси;
- улеснява комуникацията между специалисти и ромската общност чрез насърчаване на достъпа им до тези ресурси в областта на равните възможности;
- намалява културните бариери;
- съветва ромите и други преставители на уязвими общности по отношение на здравните услуги;
- съветва здравните специалисти и насочва вниманието им към нуждите и интересите на ромите в дадено населено място.

Ползите от межкултурното посредничество и работата на здравните медиатори оказват въздействие върху здравните услуги, здравните специалисти и пациентите:

За здравните специалисти и работници:

- подобрява междуличностните отношения и намалява междуличностните бариери за комуникация;
- позволява да се разберат някои културни модели;
- помага за предотвратяване на конфликти в определени ситуации;
- насърчава по-добри резултати при лечение и предписания;

- прави ефективни програмите за превенция и промоция на здравето.

За уязвимите общности:

- насърчава по-добро разбиране на диагностични и терапевтични процедури с нарастващ успех за лечение на заболявания;
- дава възможност за по-добро разбиране на правилата и по-ясно представяне на здравната система;
- допринася за нормализиране на използването на здравни услуги;
- генерира по-голямо чувство за сигурност и увереност на лечебните заведения и здравните служители.

Този документ е създаден с подкрепата на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство (ФМЕИП) 2009-2014 г. / www.eeagrants.bg/bg/2009-2014

Цялата отговорност за съдържанието му се носи от БАСП и при никакви обстоятелства не може да се приема, че отразява официалното становище на ФМЕИП и Оператора на Програма BG 07 „Инициативи за обществено здраве“ по ФМЕИП.



БЪЛГАРСКА
АСОЦИАЦИЯ
ПО СЕМЕЙНО
ПЛАНИРАНЕ
И СЕКСУАЛНО
ЗДРАВЕ



МИНИСТЕРСТВО НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

