

## Meervoudige discriminatie in de gezondheidszorg

### 1. Wat is meervoudige discriminatie?

Er is sprake van meervoudige discriminatie wanneer iemand wordt gediscrimineerd op meer dan één grond, bijvoorbeeld wegens geslacht en geloof, leeftijd en etnische afkomst. Dit kan de volgende vormen aannemen:

- additieve discriminatie: wanneer het specifieke effect van verschillende gronden kan worden onderscheiden. Zo kan een oudere vrouw op het werk worden gediscrimineerd wegens haar geslacht en bij de toegang tot gezondheidszorg wegens haar leeftijd; en
- intersectionele discriminatie: wanneer discriminatie is gebaseerd op de combinatie van twee of meer kenmerken. Zo kan een Roma-vrouw die in een ziekenhuis bevalt discriminatie ondervinden niet alleen omdat zij een vrouw is (niet alle vrouwen ondervinden een dergelijke discriminatie) en niet alleen als Roma (deze discriminatie treft niet alle Roma), maar wegens de combinatie van deze beide kenmerken. **Dit FRA-rapport richt zich op intersectionele meervoudige discriminatie.**

### 2. Welke bescherming biedt de wetgeving tegen meervoudige discriminatie?

De EU-wetgeving verbiedt discriminatie op zes gronden: geslacht, leeftijd, handicap, geloof of overtuiging, ras of etnische achtergrond en seksuele geaardheid. De bescherming tegen discriminatie op grond van ras of etniciteit en geslacht is in het EU-recht echter beter geregeld dan discriminatie op de andere gronden. Zo beschermt het EU-recht ten aanzien van de toegang tot gezondheidszorg alleen tegen discriminatie op grond van geslacht, ras en etniciteit. Hierdoor ontstaat een kunstmatige 'hiërarchie van gronden', waarbij de bescherming van het EU-recht tegen discriminatie op sommige gronden completer is dan op andere. Over een zogenaamde 'horizontale richtlijn' die in 2008 door de Europese Commissie is voorgesteld en waarmee gelijke bescherming op alle gronden wordt gewaarborgd, wordt nog onderhandeld.

In de wetgeving van de EU en van de meeste EU-lidstaten wordt meervoudige discriminatie niet specifiek erkend of behandeld. Slechts 6 van de 27 lidstaten behandelen meervoudige discriminatie in hun wetgeving. Klagers, advocaten en rechters zijn zich vaak ook niet bewust van het verschijnsel meervoudige discriminatie en de implicaties daarvan.

### 3. Hoe wijdverbreid is meervoudige discriminatie in de gezondheidszorg?

Er zijn geen gegevens voor de gehele EU over meervoudige ongelijkheden in de gezondheidszorg beschikbaar. Dat maakt het moeilijk de omvang van het probleem volledig te beoordelen. Terwijl sekse en leeftijd systematisch worden vastgelegd, gebeurt dat maar zelden met etnische afkomst en handicaps. Daardoor zijn er onvoldoende betrouwbare cijfers beschikbaar, wat het moeilijk maakt een reëel beeld te krijgen van meervoudige discriminatie. Uit gegevens over alle sectoren uit de EU-MIDIS-enquête van FRA komt naar voren dat er vooral bij migranten en etnische minderheden een groot risico van meervoudige discriminatie bestaat. Ongeveer 14% van de respondenten van EU-MIDIS meldt zich in de voorgaande 12 maanden gediscrimineerd te hebben gevoeld op meervoudige gronden; bij de meerderheidsbevolking is dat maar 3% ([FRA, EU-MIDIS Data in Focus Report 5: Multiple discrimination](#)).

Bovendien is het mogelijk dat het werkelijke niveau van discriminatie – waaronder meervoudige discriminatie – in de gezondheidszorg verborgen blijft omdat veel mensen er de voorkeur aan geven rechtszaken te beginnen op andere gronden dan discriminatie, zoals medische nalatigheid of medische fouten, omdat dat gemakkelijker te bewijzen is en kan leiden tot hogere vergoedingen dan discriminatiezaken.

#### **4. Tegen welke hindernissen lopen slachtoffers van meervoudige discriminatie aan?**

**Communicatie- en taalbarrières:** De verlening van gezondheidszorg wordt vaak gehinderd door ontoereikende tolkdiensten of het ontbreken van tolkdiensten. Vrouwen met een migrantenachtergrond, die vaak als gezinslid hun echtgenoot volgen, hebben soms problemen met het leren van een andere taal, zeker als zij alleen als huisvrouw actief zijn. Oudere migranten die de taal van het gastland vele jaren hebben gesproken, raken dat vermogen soms kwijt door bijvoorbeeld dementie. Een bijzonder punt van zorg zijn de gevolgen van taalbarrières voor mensen met psychosociale problemen of verstandelijke handicaps. Dit is ook een probleem voor mensen met een migrantenachtergrond, aangezien psychotherapie en cognitieve tests alleen met succes kunnen plaatsvinden in de moedertaal van een patiënt.

**Onvoldoende informatie over recht op gezondheidszorg en over beschikbare diensten:** Dit kan verband houden met taal (zowel gebarentaal als braille), maar er kunnen ook problemen zijn op het punt van geïnformeerde toestemming. Roma en moslima's die van gezondheidszorg gebruik maakten, meldden dat zij niet altijd een toereikende uitleg kregen omdat de gezondheidswerkers meenden dat ze onvoldoende geschoold waren om hun problemen te begrijpen en hierover te communiceren.

**Organisatorische belemmeringen en toegankelijkheid:** Deze hindernissen kunnen onevenredig groot zijn voor bepaalde categorieën gebruikers van gezondheidszorg. Enkele voorbeelden zijn: gebrek aan flexibiliteit in de organisatie – zoals afspraken op vrijdag maken voor moslima's of geen rekening houden met de situatie van moeders in een migrantengezin die geen hulp van familie kunnen inroepen om op hun kinderen te passen als zij van huis moeten om gezondheidszorg te krijgen. Ook slechte toegankelijkheid en het ontbreken van redelijke voorzieningen voor mensen met een handicap vormen een probleem.

**Werk- en leefomstandigheden:** Mensen die illegaal werken, genieten geen sociale bescherming en hebben geen middelen om hun rechten te doen gelden. In combinatie met de angst om te worden aangegeven en te worden teruggestuurd naar hun land van herkomst, leidt dit er vaak toe dat zij geen beroep doen op gezondheidszorg. Ook komt het voor dat oudere migranten of migranten met een handicap niet in staat zijn te werken en/of worden uitgesloten van stelsels voor sociale bescherming, tenzij zij over een vaste verblijfsvergunning beschikken.

**Culturele en psychologische barrières:** Onvoldoende waardige behandeling en respect voor andere culturen kan ook een hindernis vormen. Vrouwen met een migrantenachtergrond en in het bijzonder moslima's voelen zich mogelijk niet op hun gemak bij mannelijke artsen en verplegers. Dit kan ertoe leiden dat zij ervan afzien een beroep te doen op gezondheidszorg. Ook komt het voor dat kinderen met verstandelijke handicaps in gemeenschappen van etnische minderheden thuis worden gehouden wegens het stigma dat in hun gemeenschap aan hun handicap kleeft. Maatschappelijke dienstverleners kunnen dan ten onrechte aannemen dat deze kinderen thuis de nodige zorg krijgen.

## 5. Wat zijn de uitkomsten van het rapport?

Het rapport laat zien hoe stereotypen, of deze nu zijn gebaseerd op cultuur, geslacht, leeftijd, etniciteit, migrantenachtergrond, geloof of welk ander kenmerk ook, kunnen leiden tot ongelijke behandeling van verschillende groepen gebruikers van gezondheidszorg. Uit het onderzoek is gebleken dat sommige stereotypen herhaaldelijk voorkomen in de bestudeerde lidstaten. Dat geldt onder meer voor stereotypen die betrekking hebben op uiterlijk, met name moslima's die een hoofddoek dragen; handicaps; het simuleren van ziekte, met name onder ouderen en mensen met een handicap, culturele stereotypen en het mogelijke verband tussen etnische minderheden en hiv/aids.

Ondervraagde patiënten en gezondheidswerkers noemden voornamelijk zes manieren waarop mensen in de gezondheidszorg kunnen worden gediscrimineerd: uitstel van behandeling; weigering van behandeling; stereotypering en geen waardige behandeling; zorg van slechte kwaliteit; ontoereikende geïnformeerde toestemming en intimidatie.

## 6. Waar kunnen slachtoffers terecht?

In beginsel moeten slachtoffer zich wenden tot nationale klachteninstanties, zoals ombudsmannen, instanties voor gelijke behandeling en dergelijke. In de praktijk kan dit echter lastig zijn, omdat sommige van deze instanties zich bezighouden met klachten over de gezondheidszorg en andere met discriminatie. Bovendien is er vaak een stelsel met verschillende instanties voor gelijke behandeling die elk verantwoordelijk zijn voor verschillende gronden van discriminatie. Deze complexiteit kan ertoe leiden dat slachtoffers niet goed weten tot wie zij zich moeten wenden.

## 7. Wat kan worden gedaan om meervoudige discriminatie tegen te gaan?

FRA heeft een aantal manieren geïdentificeerd om de kwestie van meervoudige discriminatie doeltreffender aan te pakken.

**EU-recht:** Wanneer de 'horizontale richtlijn' wordt aangenomen, verdwijnt de hiërarchie van gronden en kunnen lidstaten meervoudige discriminatie doeltreffender aanpakken via hun nationale recht.

**Instanties voor gelijke behandeling en rechtbanken:** Schadevergoedingen die worden toegekend in zaken van meervoudige discriminatie, moeten hoger zijn dan die voor discriminatie op slechts één grond, om slachtoffers en hun advocaten te stimuleren dergelijke vorderingen in te stellen.

**Bevordering van gelijkheid in de gezondheidszorg:** Lidstaten zouden kunnen onderzoeken of er doeltreffender manieren zijn om te bereiken dat alle gebruikers van gezondheidszorg gelijk, waardig en met respect worden behandeld. Hierbij zou het kunnen gaan om antidiscriminatie training voor gezondheidswerkers, gratis taalondersteuning en

bemiddelingsdiensten en hulpverleningsprogramma's voor etnische minderheidsgroepen en mensen met een handicap.

**Toegang tot de rechter:** Lidstaten moeten ervoor zorgen dat gebruikers van gezondheidszorg beter op de hoogte zijn van de stelsels voor het indienen van klachten. Klachteninstanties zouden op hun beurt de toegang tot de rechter moeten vergemakkelijken door een betere informatieverstrekking in verschillende talen en media. Ook zouden de verwijzingsmechanismen tussen instanties voor gezondheidszorg en voor discriminatie moeten worden verbeterd.

**Verbetering van de gegevensverzameling:** In nationale enquêtes moeten gegevens over etnische achtergrond en handicaps worden verzameld om gevallen van meervoudige discriminatie aan het licht te kunnen brengen.

**Het volledige rapport 'Access to and quality of healthcare: inequalities and multiple discrimination'** is te vinden op: <http://fra.europa.eu/>

**Meer over de werkzaamheden van FRA op het gebied van meervoudige discriminatie, waaronder een factsheet over het project, is te vinden op:** <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>

**Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het mediateam van FRA:**

**E-mail:** [media@fra.europa.eu](mailto:media@fra.europa.eu) / **Tel.:** +43 1 58030-642