

## Multipel diskriminering inom hälso- och sjukvården

### 1. Vad är multipel diskriminering?

Multipel diskriminering innebär att någon diskrimineras av mer än ett skäl, till exempel på grund av kön och religion, ålder och etnisk tillhörighet och så vidare. Diskrimineringen kan vara

- additiv, så att man kan urskilja de specifika effekterna av olika diskrimineringsgrunder, till exempel när en äldre kvinna diskrimineras på arbetsplatsen på grund av sitt kön och i fråga om tillgången till hälso- och sjukvård på grund av sin ålder, eller
- intersektionell, när den bygger på en kombination av två eller flera faktorer. En romsk kvinna kan till exempel uppleva diskriminering när hon föder barn på ett sjukhus, inte bara för att hon är kvinna (eftersom inte alla kvinnor upplever en sådan diskriminering) och inte bara för att hon är rom (eftersom inte alla romer möter detta problem), utan för att hon både är rom och kvinna. **Den här FRA-rapporten handlar främst om multipel intersektionell diskriminering.**

### 2. Vilket rättsligt skydd finns det mot multipel diskriminering?

Det finns EU-lagar som förbjuder diskriminering på grund av sex faktorer: kön, ålder, funktionshinder, religion eller trosuppfattning, ras eller etnisk tillhörighet och sexuell läggning. Men Europeiska unionsrätten ger ett bättre skydd mot diskriminering på grund av ras, etnisk tillhörighet och kön än mot diskriminering som är hänförlig till de övriga faktorerna. När det till exempel gäller tillgången till hälso- och sjukvård ger unionsrätten bara ett uttryckligt skydd mot diskriminering på grund av ras, etnisk tillhörighet och kön. Att EU-lagarna ger ett mer heltäckande skydd mot diskriminering på vissa grunder än på andra skapar en artificiell rangordning mellan grunderna. Det så kallade 'horisontella direktiv' som Europeiska kommissionen föreslog i 2008, och som skulle ge ett likvärdigt skydd mot diskriminering oavsett grund, är fortfarande föremål för förhandlingar.

Det finns inga specifika hänvisningar till eller bestämmelser om multipel diskriminering i EU-lagstiftningen eller i de flesta medlemsstaternas lagstiftning. Bara sex av 27 medlemsstater har lagstiftning mot multipel diskriminering. Klagande, advokater och domare är också ofta inte medvetna om vad multipel diskriminering innebär.

### 3. Hur utbredd är den multipel diskrimineringen inom hälso- och sjukvården?

Det finns inga EU-omfattande uppgifter om multipel ojämlikhet inom hälso- och sjukvården, och därför är det svårt att göra en bedömning av problemets totala omfattning. Uppgifter om kön och

ålder samlas in systematiskt, men sällan uppgifter om etnisk tillhörighet och funktionshinder. Således saknas en tillförlitlig hälsostatistik, vilket gör det svårt att få fram en sann bild av den multipel diskrimineringen. Uppgifter från alla sektorer som samlades in genom FRA:s EU-Midis-undersökning visar emellertid att invandrare och etniska minoriteter är särskilt utsatta för multipel diskriminering. Omkring 14 % av svarspersonerna i EU-Midis sade att de hade upplevt diskriminering på flera grunder under de senaste 12 månaderna. Motsvarande siffra i majoritetsbefolkningen vara bara 3 % ([FRA, EU-Midis-rapporten Data in Focus 5: Multiple discrimination](#)).

Dessutom kan också diskrimineringens – inklusive den multipel diskrimineringens – verkliga omfattning inom hälso- och sjukvården vara dold, eftersom många föredrar att inleda rättsliga processer på andra grunder än diskriminering, till exempel felbehandlingar eller försumlighet från vårdpersonalens sida, som är lättare att bevisa och kan leda till högre skadestånd än talan mot diskriminering.

#### **4. Vilka hinder för tillgången till hälso- och sjukvård möter offren för multipel diskriminering?**

**Kommunikations- och språkbarriärer:** Bristfällig eller obefintlig tolkning är ofta ett hinder för utförandet av hälso- och sjukvårdstjänster. Invandrarkvinnor, som ofta följer med sina män vid flytten utomlands, kan ha svårt att lära sig språket, i synnerhet om de inte arbetar utanför hemmen. Äldre invandrare, som har talat det nya landets språk under lång tid, kan glömma det till följd av sjukdomstillstånd som till exempel demens. Ett särskilt bekymmersamt område är hur språkbarriärer påverkar människor med psykosociala problem eller intellektuella funktionshinder. Detta är speciellt ett problem för människor med invandrarbakgrund, eftersom psykoterapi och kognitiva tester oftast behöver genomföras i patientens modersmål.

**Brist på information om rätten till hälso- och sjukvård och olika tjänster:** Detta hinder kan vara språkrelaterat (både teckenspråk och Braille), men kan också hänga samman med ett brist på information som är nödvändig för patienten att ge informerat samtycke till behandlingar. Romer och muslimska kvinnor som har vänt sig till sjukvården uppgav att de inte alltid fick nöjaktiga förklaringar, eftersom personalen ansåg att de var för lågutbildade för att förstå och berätta om sina problem.

**Organisatoriska hinder och tillgänglighet:** Dessa hinder kan också drabba vissa typer av användare oproportionerligt hårt. Exempel: bristande organisatorisk flexibilitet, som till exempel att boka in läkarbesök för muslimska kvinnor på fredagar eller inte ta hänsyn till att invandramödrar kanske inte har någon familj som kan ta hand om deras barn när de är hos läkaren. Dålig tillgänglighet och brist på rimliga anpassningsåtgärder för människor med funktionshinder är också ett problem.

**Arbets- och levnadsvillkor:** Rädslan för att rapporteras till myndigheterna och utvisas, och rädslan för att förlora jobbet vid frånvaro hindrar ofta invandrare från att söka vård. Dessutom kan äldre invandrare och funktionshindrade vara oförmögna att arbeta och/eller vara utestängda från sociala trygghetssystem om de inte har permanenta uppehållstillstånd.

**Kulturella och psykologiska hinder:** Brist på värdig behandling och respekt för andra kulturer kan också vara ett hinder. Invandrarkvinnor, och i synnerhet muslimska kvinnor, kan känna obehag inför att behandlas av manliga läkare och sjuksköterskor. Detta kan göra att de låter bli att söka vård. Barn som tillhör etniska minoritetsgrupper och har intellektuella funktionshinder kan också hållas hemma eftersom deras funktionshinder är stigmatiserade i gruppen i fråga, och socialtjänsten kan felaktigt förledas att tro att de får stöd i hemmet.

## 5. Vilka var slutsatserna i rapporten?

Rapporten visar att stereotyper kan leda till ojämlig behandling av olika grupper av användare inom vården, oavsett om de är baserade på kultur, kön, ålder, etnisk tillhörighet, invandrarbakgrund, religion eller någon kombination av särdrag. Det finns en del vanliga stereotyper i de studerade medlemsstaterna, som till exempel har att göra med utseende, särskilt när det gäller muslimska kvinnor som bär huvuddukar; funktionshinder; simulerad sjukdom särskilt bland äldre människor eller funktionshindrade personer som tillhör en migrerande grupp eller etnisk minoritet; kulturella stereotyper; och eventuellt att förknippa etniska minoriteter med hiv/aids.

De intervjuade patienterna och företrädarna för personalen nämnde framför allt sex olika sätt på vilka människor kan diskrimineras inom hälso- och sjukvården: fördröjd behandling, förvägrad behandling, ovärdigt och fördomsfullt bemötande, dålig vårdkvalitet, brist på informerat samtycke och trakasserier.

## 6. Vart kan de drabbade vända sig?

I princip bör de drabbade vända sig till nationella instanser som ansvarar för klagomål, såsom ombudsmän, jämställdhetsorgan och liknande. I praktiken kan detta emellertid vara komplicerat, eftersom en del av dessa organ hanterar klagomål på vård medan andra hanterar klagomål på diskriminering. Vidare finns det ofta system där olika jämställdhetsorgan ansvarar för olika diskrimineringsgrunder. Denna komplicerade situation kan göra att de drabbade inte vet vart de ska vända sig.

## 7. Vad kan man göra?

FRA har tagit fram ett antal åtgärder som kan vara mer ändamålsenliga mot multipel diskriminering.

**Unionsrätten:** Antagandet av det "horisontella direktivet" skulle innebära att rangordningen mellan grunderna försvann, så att medlemsstaterna kan vidta mer ändamålsenliga åtgärder mot multipel diskriminering i sin nationella lagstiftning.

**Jämställdhetsorgan och domstolar:** Skadestånden i mål om multipel diskriminering bör vara högre än vid diskriminering på en enda grund, så att offren och deras advokater får incitament att driva sådana mål.

**Främja jämställdhet inom vården:** Medlemsstaterna bör utforma effektivare sätt att hantera alla användare jämställt och med värdighet och respekt inom vården. Några exempel kan vara utbildning mot diskriminering för vårdpersonal, kostnadsfri tolkning och medling samt program för att nå ut till etniska minoritetsgrupper och människor med funktionshinder.

**Tillgång till rättslig prövning:** Medlemsstaterna bör öka medvetenheten om möjligheterna att klaga hos dem som använder vården. De organ som ansvarar för klagomålen bör i sin tur underlätta tillgången till rättslig prövning genom att förbättra sin information på olika språk och i olika format. Mekanismerna för att lotsa människor vidare mellan organ som hanterar klagomål på vård respektive diskriminering bör också förstärkas.

**Förbättrad insamling av uppgifter:** Data om etnisk tillhörighet och funktionshinder bör samlas in i nationella undersökningar, som hjälp för att avslöja flerfaldiga ojämlikheter och nackdelar i hälso- och sjukvård.

Hela rapporten "Access to and quality of healthcare: inequalities and multiple discrimination" finns på <http://fra.europa.eu/>

Du kan läsa om FRA:s arbete mot multipel diskriminering och ett faktablad om projektet på <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>

Mer information kan erhållas av FRA:s informationsansvariga:

E-post: [media@fra.europa.eu](mailto:media@fra.europa.eu)/Tfn: +43 1 580 306 42