

Multipel forskelsbehandling i sundhedssektoren

1. Hvad er multipel forskelsbehandling?

Der er tale om multipel forskelsbehandling, når en person udsættes for forskelsbehandling af mere end én årsag, f.eks. på grundlag af både køn og religion, både alder og etnicitet osv. Denne forskelsbehandling kan være:

- additiv, hvor de specifikke virkninger kan skelnes fra hinanden. F.eks. kan en ældre dame udsættes for forskelsbehandling på arbejdspladsen på grund af sit køn og i sundhedssektoren på grund af sin alder
- tværgående, hvor forskelsbehandling er baseret på kombinationen af to eller flere faktorer. En romakvinde kan for eksempel opleve forskelsbehandling, når hun føder på et hospital, ikke kun fordi hun er kvinde (ikke alle kvinder oplever en sådan forskelsbehandling), og ikke kun fordi hun er roma (ikke alle romaer står over for dette problem), men på grund af kombinationen af to faktorer. **Tværgående multipel forskelsbehandling er i fokus i denne rapport fra FRA.**

2. Hvilken lovgivningsmæssig beskyttelse findes der mod multipel forskelsbehandling?

EU-lovgivningen forbyder forskelsbehandling af seks grunde, dvs. køn, alder, handicap, religion eller tro, race eller etnisk oprindelse og seksuel orientering. Men EU-lovgivningen giver en bedre beskyttelse mod racistisk eller etnisk forskelsbehandling og mod forskelsbehandling på grundlag af køn end mod forskelsbehandling af de andre grunde. F.eks. med hensyn til sundhedssektoren yder EU-lovgivningen kun specifikt beskyttelse mod forskelsbehandling på grundlag af køn og race eller etnisk oprindelse. Dette skaber et kunstigt "hierarki af grunde", hvor EU-lovgivningen yder en mere omfattende beskyttelse mod forskelsbehandling af nogle grunde end af andre. Et såkaldt "horisontalt direktiv", der blev foreslået af Europa-Kommissionen i 2008, og som vil sikre lige beskyttelse mod forskelsbehandling af alle grunde, er stadig under forhandling.

Hverken EU-lovgivningen eller hovedparten af de nationale lovgivninger anerkender specifikt eller indeholder bestemmelser vedrørende multipel forskelsbehandling. Kun seks ud af 27 medlemsstater behandler multipel forskelsbehandling i deres lovgivning. Klagere, advokater og dommere er ofte heller ikke bevidste om multipel forskelsbehandling, og hvad det betyder.

3. Hvor udbredt er multipel forskelsbehandling i sundhedssektoren?

Der mangler data på EU-plan om multiple uligheder i sundhedssektoren, og det er derfor vanskeligt at vurdere problemets fulde omfang. Mens køn og alder registreres systematisk, er dette sjældent tilfældet med hensyn til etnisk oprindelse og handicap. Den heraf følgende mangel på pålidelige sundhedsstatistikker gør det vanskeligt at få et reelt billede af multipel forskelsbehandling. Det fremgår imidlertid af data for alle sektorer fra FRA's EU-MIDIS-undersøgelse, at indvandrere og etniske minoriteter er særligt udsat for multipel forskelsbehandling. Omkring 14 % af respondenterne i EU-MIDIS-undersøgelsen angav, at de følte, at de havde været udsat for forskelsbehandling af flere grunde i de seneste 12 måneder i forhold til kun 3 % af flertalsbefolkningen ([FRA, EU-MIDIS Data in Focus Report 5: Multiple discrimination](#)).

Desuden kan den reelle forekomst af forskelsbehandling – herunder multipel forskelsbehandling – i sundhedssektoren også være skjult, da mange foretrækker at anlægge retssager af andre grunde end forskelsbehandling, f.eks. på grund af lægefejl eller forsømmelse, da disse er lettere at bevise og kan føre til højere erstatning end tilfælde af forskelsbehandling.

4. Hvilke barrierer i sundhedssektoren står ofre for multipel forskelsbehandling over for?

Kommunikation og sprogbarrierer: Utilstrækkelig eller ikke-eksisterende tolkning hæmmer ofte leveringen af sundhedsydelser. Indvandrerkvinder, som ofte ledsager deres partnere som familiemedlemmer, kan have vanskeligt ved at lære sprog, navnlig når de kun beskæftiger sig med husarbejde. Ældre indvandrere, som har talt sproget i opholdslandet i lang tid, kan glemme det af helbredsmæssige årsager som f.eks. demens. Et område, hvor der er særlig grund til bekymring, er den virkning, som sprogbarrierer har for personer med psykosociale problemer eller intellektuelle handicap. Dette er også et problem for personer med indvandrerbaggrund, da psykoterapi og kognitive test kun kan gennemføres med godt resultat på patientens modersmål.

Manglende information om rettigheder og ydelser på sundhedsområdet: Selv om dette kan relateres til sprog (både tegnsprog og blindskrift), vedrører manglende information også informeret samtykke om procedurer. Brugere af sundhedsydelser blandt romaer og muslimske kvinder angav, at de ikke altid fik tilstrækkelige forklaringer, fordi sundhedspersoner anså dem for at være for dårligt uddannet til at forstå og kommunikere deres problemer.

Organisatoriske barrierer og tilgængelighed: Disse kan i uforholdsmæssig høj grad påvirke visse typer af brugere af sundhedsydelser. Eksempler herpå er manglende organisatorisk fleksibilitet – f.eks. ved at indkalde muslimske kvinder til at møde om fredagen eller ved ikke at tage hensyn til behovene blandt indvandrermodre, som ikke har noget familiemæssigt bagland, der kan passe deres børn, når de ønsker at gøre brug af sundhedsydelser. Ringe tilgængelighed og mangel på tilpasninger i rimeligt omfang for personer med handicap er også et problem.

Arbejds- og levevilkår: Personer, der arbejder illegalt, har hverken adgang til social beskyttelse eller retsbeskyttelse. Sammen med frygten for at blive anmeldt til myndighederne og udsendt afholder dette dem ofte fra at gøre brug af sundhedsydelser. Desuden kan ældre indvandrere eller personer med handicap være ude af stand til at arbejde og/eller udelukket fra sociale sikringsordninger, medmindre de har en permanent opholdstilladelse.

Kulturelle og psykologiske barrierer: Fravær af værdighed og respekt for andre kulturer kan også være en barriere. Indvandrerkvinder, og navnlig muslimske kvinder, kan føle sig utrygge ved mandlige læger og sygeplejersker. Dette kan afholde dem fra at gøre brug af sundhedsydelser. Børn

med intellektuelle handicap i etniske minoritetsgrupper kan også blive holdt hjemme på grund af den stigmatisering, der er forbundet med deres handicap inden for deres gruppe, hvilket fejlagtigt får udbydere af sociale ydelser til at antage, at de støttes i hjemmet.

5. Hvad viser rapporten?

Rapporten viser, hvordan stereotyper, hvad enten de er baseret på kultur, køn, alder, etnicitet, indvandrerbaggrund, religion eller enhver anden faktor, kan føre til ulige behandling af forskellige grupper af brugere af sundhedsydelser. I forbindelse med undersøgelsen blev der registreret en række tilbagevendende stereotyper i de medlemsstater, der indgik i undersøgelsen. Disse vedrører stereotyper i forbindelse med fremtoning, navnlig blandt muslimske kvinder, der bærer hovedtørklæde, handicap, simulering af sygdom, specielt blandt ældre og personer med handicap, kulturelle stereotyper og den mulige forbindelse mellem etniske minoriteter og hiv/aids.

Patienter og fagfolk, der blev interviewet, nævnte hovedsagelig seks måder, hvorpå personer kan blive udsat for forskelsbehandling i sundhedssektoren, herunder forsinkelse af behandling, nægtelse af behandling, fravær af værdighed og inddeling i stereotyper, sundhedsydelser af ringe kvalitet, manglende informeret samtykke og chikane.

6. Hvor kan ofre henvende sig?

I princippet bør ofre henvende sig til nationale klageinstanser som f.eks. ombudsinstitutioner, ligestillingsorganer og lignende. Men i praksis kan dette være kompliceret, da nogle af disse organer tager sig af sundhedsklager, mens andre beskæftiger sig med forskelsbehandling. Endvidere er der ofte et system af forskellige ligestillingsorganer, der er ansvarlige for forskellige former for forskelsbehandling. Denne kompleksitet kan gøre ofrene usikre på, hvor de kan henvende sig for at søge oprejsning.

7. Hvad kan der gøres?

FRA har identificeret en række måder, hvorpå der mere effektivt kan sættes fokus på problemet med multipel forskelsbehandling.

EU-lovgivning: Vedtagelsen af det "horisontale direktiv" vil fjerne "hierarkiet af grunde" og gøre det muligt for medlemsstaterne at tackle problemstillinger i forbindelse med multipel forskelsbehandling mere effektivt via national lovgivning.

Ligestillingsorganer og domstole: Den erstatning, der tilkendes i sager om multipel forskelsbehandling, bør være højere end i forbindelse med forskelsbehandling baseret på én grund for at give ofre og deres advokater incitament til at forfølge sådanne sager.

Fremme af ligestilling i sundhedssektoren: Medlemsstaterne kunne undersøge mere effektive måder til at behandle alle brugere af sundhedsydelser lige, med værdighed og respekt. Dette kunne omfatte undervisning i bekæmpelse af forskelsbehandling for sundhedspersoner, gratis sprog- og mæglingstjenester og opsøgende programmer for etniske minoritetsgrupper og personer med handicap.

Klageadgang: Medlemsstaterne bør øge kendskabet til klagemekanismer blandt brugere af sundhedsydelser. Desuden bør klageinstanser fremme klageadgangen gennem bedre information på forskellige sprog og i forskellige former. Henvisningsmekanismerne mellem sundheds- og diskriminationsorganer bør også styrkes.

Forbedring af dataindsamling: Data om etnicitet og handicap bør indsamles i nationale undersøgelser for at bidrage til at påvise tilfælde af multipel forskelsbehandling.

Den fuldstændige rapport "Access to and quality of healthcare: inequalities and multiple discrimination" findes på: <http://fra.europa.eu/>

FRA's arbejde med multipel forskelsbehandling, herunder faktablad om projektet, findes på: <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>

Yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til FRA's medieteam:

E-mail: media@fra.europa.eu / Tlf.: +43 1 58030-642