

Moniperusteinen syrjintä terveydenhuollossa

1. Mitä on moniperusteinen syrjintä?

Syrjintä on moniperusteista, jos jotakuta syrjitään useammasta kuin yhdestä syystä, esimerkiksi sukupuolen ja uskonnon tai iän ja etnisen alkuperän perusteella. Moniperusteinen syrjintä voi olla

- additiivista eli moninkertaista, jolloin sen erilliset vaikutukset erottuvat. Esimerkiksi iästä naista voidaan syrjiä työpaikalla hänen sukupuolensa vuoksi ja terveydenhuollossa hänen ikänsä vuoksi.
- intersektionaalista eli risteävää, jolloin se perustuu kahden tai useamman ominaisuuden yhdistymiseen. Esimerkiksi kun romaninainen synnyttää sairaalassa, hän voi kohdata syrjintää, joka ei perustu pelkästään siihen, että hän on nainen (kaikkia naisia ei syrjitä), eikä siihen, että hän on romani (kaikkia romaneja ei syrjitä), vaan siihen, että hän on sekä nainen että romani. **Euroopan unionin perusoikeusviraston (FRA) raportissa keskitytään moniperusteiseen risteävään syrjintään.**

2. Millainen on oikeussuoja moniperusteista syrjintää vastaan?

EU:n lainsäädännössä kielletään kuuteen perusteeseen eli sukupuoleen, ikään, vammaisuuteen, uskontoon tai vakaumukseen, rotuun tai etniseen alkuperään ja seksuaaliseen suuntautumiseen perustuva syrjintä. EU:n lainsäädännössä taataan kuitenkin parempi suoja rotuun tai etniseen alkuperään perustuvaa sekä sukupuoleen perustuvaa syrjintää kuin muihin perusteisiin perustuvaa syrjintää vastaan. Esimerkiksi terveydenhuollon saatavuuden osalta EU:n lainsäädännössä kielletään nimenomaisesti ainoastaan sukupuoleen sekä rotuun tai etniseen alkuperään perustuva syrjintä. Kun EU:n lainsäädännön suoja on tiettyihin perusteisiin perustuvassa syrjinnässä kattavampi, syntyy keinotekoinen ”perusteiden hierarkia”. Euroopan komissio ehdotti vuonna 2008 niin kutsuttua ”horisontaalista direktiiviä”, jolla taattaisiin yhtäläinen suoja kaikkiin perusteisiin perustuvalta syrjinnältä, mutta direktiivin käsittely on edelleen kesken.

Moniperusteista syrjintää ei tunnusteta eikä siitä ole annettu säännöksiä EU:n lainsäädännössä eikä valtaosassa kansallisista lainsäädännöistä. Moniperusteiseen syrjintään puututaan lainsäädännöllä vain kuudessa 27 jäsenvaltiosta. Syrjintäkanteen nostavat henkilöt, asianajajat ja tuomarit eivät useinkaan edes tunne moniperusteisen syrjinnän käsitettä eivätkä tiedä, mitä se tarkoittaa.

3. Miten laajaa moniperusteinen syrjintä on terveydenhuollossa?

EU:n laajuisia tietoja moniperusteisesta eriarvoisuudesta terveydenhuollossa ei ole olemassa, joten ongelman täyttää laajuutta on vaikeaa arvioida. Sukupuoli ja ikä kirjataan järjestelmällisesti, mutta etnistä alkuperää ja vammaisuutta ei useinkaan kirjata. Tästä johtuva terveydenhuoltoa koskevien luotettavien tilastotietojen puute vaikeuttaa todenmukaisen kuvan saamista moniperusteisesta eriarvoisuudesta. Vähemmistöjen keskuudessa tehdystä FRA:n EU-MIDIS-kyselystä kaikilta aloilta saatujen tietojen perusteella maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt ovat erityisen alttiita moniperusteiselle syrjinnälle: noin 14 prosenttia kyselyyn vastanneista ilmoitti kokeneensa moniperusteista syrjintää 12 edellisen kuukauden aikana, kun enemmistöväestöstä sitä ilmoitti kokeneensa vain 3 prosenttia ([FRA:n EU-MIDIS-kysely, Data in Focus -sarjan 5 raportti – Moniperusteinen syrjintä \(EU-MIDIS Data in Focus 5: Multiple Discrimination\)](#)).

Lisäksi syrjinnän – myös moniperusteisen syrjinnän – todellinen laajuus terveydenhuollossa jää hämäräksi, koska monet vievät asian tuomioistuimeen mieluummin muista syistä kuin syrjinnän vuoksi, esimerkiksi hoidon laiminlyönnin tai hoitovirheen vuoksi, koska nämä on helpompi näyttää toteen ja niistä voi saada suuremmat korvaukset kuin syrjintätapauksista.

4. Mitä esteitä moniperusteisen syrjinnän uhrin kohtaavat terveydenhuollossa?

Viestintään ja kieleen liittyvät ongelmat: Epäasianmukainen tulkkaus tai tulkkauksen puuttuminen haittaa usein hoidon antamista. Maahanmuuttajanaisilla, jotka ovat usein seuranneet kumppaniaan perheenjäsenenä, voi olla vaikeuksia oppia kieltä etenkin, jos he ovat pelkästään kotiäiteinä. Iäkkäämmät maahanmuuttajat, jotka ovat osanneet kohdemaan kieltä jo pitkään, saattavat unohtaa sen esimerkiksi dementian kaltaisten sairauksien vuoksi. Yksi erityistä huolta herättävä seikka on kieliongelmien vaikutus henkilöihin, joilla on psykososiaalisia ongelmia tai jotka ovat kehitysvammaisia. Tämä koskee erityisesti maahanmuuttajataustaisia henkilöitä, sillä psykoterapiatestit ja kognitiiviset testit pitää yleensä tehdä potilaan äidinkielellä.

Terveydenhuoltoon liittyviä oikeuksia ja palveluja koskeva tiedonpuute: Tiedonpuute voi johtua kielestä (myös viittomakielestä ja pistekirjoituksesta), mutta se voi liittyä myös tietoon perustuvan suostumuksen antamiseen toimenpiteille. Terveydenhuoltoa käyttäneet romanit ja musliminaiset kertovat, ettei heille ole annettu aina asianmukaista selitystä, koska terveydenhuollon ammattilaiset ovat pitäneet heitä niin huonosti koulutettuina, etteivät he ymmärtäisi ongelmiaan ja pystyisi keskustelemaan niistä.

Organisaatioon liittyvät esteet ja esteettömyys: Nämä ongelmat voivat kohdistua suhteettomasti tietyn tyyppisiin terveydenhuollon käyttäjiin. Esimerkiksi organisaation joustamattomuus, kuten vastaanottoaikojen antaminen perjantaipäiviksi musliminaisille tai maahanmuuttajaäitien tarpeiden huomiotta jättäminen, kun näillä ei ole ketään, joka voisi huolehtia lapsista äidin hoidon aikana. Esteettömyyden ja sopivien majoitusmahdollisuuksien puute on puolestaan ongelma vammaisille.

Työ- ja elinolot: Henkilöt joilla on oleskelulupa mutta ei työlupaa voivat usein olla hakeutumatta hoitoon, koska he pelkäävät viranomaisille ilmoittamista ja karkottamista. Lisäksi iäkkäät tai vammaiset maahanmuuttajat eivät välttämättä pysty työskentelemään eivätkä kuulumaan sosiaaliturvajärjestelmiin, ellei heillä ole pysyvää oleskelulupaa.

Kulttuuriset ja psykologiset esteet: Ihmisarvon ja muiden kulttuurien kunnioittamisen puute voi myös olla esteenä. Maahanmuuttajanaiset ja etenkin musliminaiset eivät välttämättä halua hoitoa mieslääkäreiltä ja -hoitajilta. Tämä voi estää naisia hakeutumasta hoitoon. Etnisiin vähemmistöihin kuuluvat kehitysvammaiset lapset saatetaan samoin pitää kotona, koska pelätään leimaantumista yhteisössä vammaisuuden vuoksi, jolloin sosiaalipalvelujen tarjoajat saattavat erehtyä luulemaan, että nämä lapset saavat tarvitsemansa tuen kotona.

5. Mitä raportista kävi ilmi?

Raportista käy ilmi, että ennakkoluulot, kohdistuivatpa ne kulttuuriin, sukupuoleen, ikään, etniseen alkuperään, maahanmuuttajataustaan, uskontoon tai näihin ominaisuuksiin yhdistettyinä, voivat johtaa terveydenhuollon käyttäjiin kuuluvien ryhmien eriarvoiseen kohteluun. Tutkimuksessa havaittiin muutamia kaikissa tutkituissa jäsenvaltioissa toistuvia ennakkoluuloja. Nämä liittyivät esimerkiksi ulkoasuun (etenkin päänsä peittävät musliminaiset), vammaisuuteen, sairauksien teeskentelyyn, etenkin ihmisiin jotka kuuluvat maahanmuuttaja- tai etniseen vähemmistöön ja ovat ikäihmisiä tai vammaisia, kulttuurisiin stereotyyppioihin ja mahdollisesti hivin tai aidsin liittämiseen etnisiin vähemmistöihin.

Haastatellut potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset mainitsivat kuusi pääasiallista tapaa, joilla henkilöä voidaan syrjiä terveydenhuollossa: hoidon viivästyminen, hoitamasta kieltäytyminen, ihmisarvon kunnioittamisen puute ja ennakkoluuloon perustuva luokittelu, huonolaatuinen hoito, tietoon perustuvan suostumuksen saamisen laiminlyöminen sekä häirintä.

6. Mihin uhrit voivat ottaa yhteyttä?

Periaatteessa uhrien olisi otettava yhteyttä kansallisiin valituselimiin, kuten oikeusasiamieheen, tasa-arvoelimiin tai muihin vastaaviin. Käytännössä tämä voi olla hankalaa, koska osa näistä elimistä käsittelee terveydenhuoltoon liittyviä valituksia ja osa taas syrjintää koskevia valituksia. Lisäksi monissa järjestelmissä eri tasa-arvoelimet vastaavat eri perusteisiin perustuvasta syrjinnästä. Näin monimutkainen järjestelmä voi saada uhrin epävarmaksi siitä, mistä apua kannattaisi hakea.

7. Mitä voidaan tehdä?

FRA on määrittänyt erilaisia tapoja, joilla moniperusteisen syrjinnän ongelmaan voidaan puuttua tehokkaammin.

EU:n lainsäädäntö: "Horizontaalisen direktiivin" antaminen poistaisi "perusteiden hierarkian", ja jäsenvaltiot voisivat puuttua moniperusteiseen syrjintään tehokkaammin kansallisella lainsäädännöllä.

Tasa-arvoelimet ja tuomioistuimet: Moniperusteista syrjintää koskevissa tapauksissa olisi määrättävä suurempia korvauksia kuin yhteen perusteeseen perustuvaa syrjintää koskevissa tapauksissa, mikä kannustaisi uhreja ja näiden asianajajia viemään tällaisia tapauksia oikeuteen.

Tasa-arvon edistäminen terveydenhuollossa: Jäsenvaltiot voisivat tutkia, millä tavoin voidaan tehostaa kaikkien terveydenhuollon käyttäjien kohtelua tasavertaisesti ja ihmisarvoa kunnioittavalla tavalla. Tämä voi sisältää terveydenhuollon ammattilaisille annettavaa syrjinnän vastaista koulutusta, ilmaisia kieli- ja sovittelupalveluja ja etnisille vähemmistöille ja vammaisille suunnattuja kontaktikampanjoita.

Oikeussuoja: Jäsenvaltioiden olisi lisättävä terveydenhuollon käyttäjien tietämystä valitusmenetelmistä. Valituselinten olisi vastaavasti helpotettava oikeussuojan käyttöä parantamalla tiedonantoa eri kielillä ja eri muodoissa. Tapausten välittämistä terveydenhuoltoon liittyviä tapauksia käsittelevien elinten ja syrjintätapauksia käsittelevien elinten välillä olisi myös vahvistettava.

Tiedonkeruun parantaminen: Etnistä alkuperää ja vammaisuutta koskevia tietoja olisi kerättävä valtakunnallisissa kyselyissä moniperusteiseen eriarvoisuuteen ja huonompisuuteen terveydenhuollossa liittyvien tapausten selvittämiseksi.

Raportti "Access to and quality of healthcare: inequalities and multiple discrimination" (Terveydenhuollon saatavuus ja laatu: eriarvoisuus ja moniperusteinen syrjintä) on ladattavissa kokonaisuudessaan osoitteesta <http://fra.europa.eu/>.

Tietoa FRA:n toiminnasta moniperusteiden syrjinnän alalla sekä hanketiedote ovat saatavilla osoitteessa <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>.

Lisätietoja antaa FRA:n tiedotusryhmä:

Sähköposti: media@fra.europa.eu / Puhelin: +43 1 580 306 42