



DISKRIMINERING

-ETT HOT MOT FOLKHÄLSAN

Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa

DISKRIMINERING

– ETT HOT MOT FOLKHÄLSAN

Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering: R 2006:1

ISBN: 978-91-973654-2-0

Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning: R 06:070

Statens folkhälsoinstitut: R 2006:22

Redaktör: Jonas Frykman

Grafisk produktion: Webbkraft

Tryck: Ale Tryckteam

Innehåll

Fakta om samverkansparterna.....	6
Statens folkhälsoinstitut (FHI)	6
Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO)	6
Handikappombudsmannen (HO).....	6
Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)	6
Förord.....	7
Sammanfattning	8
Inledning	9
Diskriminering och hälsa – ett samverkansprojekt	10
Bakgrund	10
Fyra faser.....	10
Finansiering	11
Expertstöd.....	11
Intresseorganisationer	12
Referensgrupp för den nationella nivån	12
Referensgrupp för den lokala/regionala nivån	12
Workshop om diskriminering och hälsa	12
Nationell konferens	13
Rapporter och faktablad.....	13
Rapportens disposition.....	13
Kapitel 1. Förhållningssätt till diskriminering.....	14
Rätten till likabehandling.....	14
Diskriminering ett mångtydigt begrepp.....	14
DH:s förhållningssätt till diskriminering.....	15
Kapitel 2. Att mäta diskriminering och hälsa.....	17
Olika metoder för att mäta diskriminering och hälsa.....	17
Andra metoder att mäta förekomsten av diskriminering (inte sambanden med hälsan).....	18
Indikatorer för diskriminering.....	19
Självrapporterad diskriminering – en diskussion.....	19
Självrapporterad diskriminering – en summering	21
Kapitel 3. Om sambanden med hälsa.....	24
Hälsan är ojämlikt fördelad	24
Tidigare forskning om sambanden mellan diskriminering och hälsa	24
Går sambanden att klargöra?	25
Vilka mekanismer kan ligga bakom sambanden?	26
Kapitel 4. Resultat från den nationella folkhälsoenkäten.....	28
Om den nationella folkhälsoenkäten	28
Indikator för självrapporterad diskriminering	28
Om resultaten från folkhälsoenkäten.....	29
Förekomsten av diskriminering	29
Orsaken till kränkande bemötande/behandling	30
Några arenor för diskriminering	30
Samband mellan diskriminering och hälsa.....	32

Kapitel 5. Resultat från den kvalitativa undersökningen	34
Att validera frågor om självrapporterad diskriminering.....	34
Negativ särbehandling utifrån en reell eller tillskriven grupptillhörighet	34
Kapitel 6. Ett arbete mot diskriminering är ett arbete för en bättre folkhälsa	37
Sammanfattande diskussion	37
Förslag till åtgärder.....	37
Avslutande kommentarer	44
Referenser	45

Fakta om samverkansparterna

Statens folkhälsoinstitut (FHI)

FHI har funnits sedan 1992. FHI är en statlig myndighet som har till huvuduppgift att förbättra folkhälsan. Särskild vikt fästs vid insatser för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. FHI är ett nationellt kunskapscentrum för folkhälsa som följer upp den nationella folkhälsopolitiken och utövar tillsyn inom alkohol, narkotika och tobaksområdena.

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO)

DO har funnits sedan 1986. Myndigheten verkar för att diskriminering som har samband med etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning inte ska förekomma i det svenska samhället. DO hjälper den som utsatts för diskriminering, utövar tillsyn över arbetsgivare och högskolor, utbildar och informerar samt skapar opinion mot diskriminering.

Handikappombudsmannen (HO)

HO har funnits sedan 1994. Målet för HO:s verksamhet är att människor med funktionshinder ges full delaktighet i samhällslivet och jämlikhet i levnadsvillkor. HO arbetar med att bevaka diskrimineringslagstiftningen. Myndigheten utreder anmälningar, gör undersökningar samt utbildar och informerar.

Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)

HomO har funnits sedan 1999. Myndigheten har som uppgift och mål att verka för att homofobi och diskriminering på grund av sexuell läggning inte förekommer inom några områden av det svenska samhällslivet. HomO bevakar att diskrimineringslagarna efterlevs och tar bland annat eget initiativ avseende åtgärder mot diskriminering, utbildar och informerar samt utreder anmälningar om diskriminering.

Förord

När frågor som handlar om de mänskliga rättigheterna diskuteras i Sverige, riktas fokus ofta mot situationen i andra länder. Diskriminering – ett hot mot folkhälsan uppmärksammar situationen i Sverige, i synnerhet hur och i vilken omfattning människor upplever sig diskriminerade samt hur dessa upplevelser relateras till människors hälsa.

Diskrimineringen i samhället innebär att människor inte har likvärdiga förutsättningar för att uppnå en god hälsa på lika villkor. Förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika människor på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion, annan trosuppfattning, funktionshinder och sexuell läggning. Diskrimineringen får negativa följder i form av ökad ohälsa och kostnader för samhället genom sjukskrivningar, ökade vårdbehov samt en arbetskraftsreserv som inte utnyttjas.

För att bedriva ett systematiskt arbete mot diskriminering och för en bättre folkhälsa utgör denna rapport ett viktigt kunskapsunderlag. Rapporten är en väckarklocka för beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå genom att den belyser starka samband mellan diskriminering och ohälsa och visar på att människor i hög grad upplever sig diskriminerade.

Rapporten visar också på möjligheter att i framtiden undersöka förekomsten av diskriminering mer systematiskt än idag. Ytterligare undersökningar kan ge oss viktig kunskap och bidra till att mer effektiva åtgärder kan vidtas för att motverka alla former av diskriminering, och på så sätt förbättra folkhälsan.

Diskriminering – ett hot mot folkhälsan är slutrapporten från samverkansprojektet ”Diskriminering och hälsa”. Projektet har genomförts i samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut (FHI), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) under åren 2004-2006. Jonas Frykman, projektledare, har sammanställt rapporten i nära samverkan med utredare Weini Kahsai Nobel (DO), utredare Johanna Ahnquist (FHI), jurist Anna Schölin (HO) och utvecklingsdirektör Marie Lindberg (HomO).

Gunnar Ågren
Generaldirektör Statens folkhälsoinstitut (FHI)

Katri Linna
Ombudsman mot etnisk diskriminering (DO)

Lars Lööv
Handikappombudsman (HO)

Hans Ytterberg
Ombudsman mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)

Sammanfattning

Diskriminering – ett hot mot folkhälsan är en slutrapport från projektet ”Diskriminering och hälsa” (DH). Projektet har pågått 2004-2006 i samverkan mellan Statens folkhälsoinstitut (FHI), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO). Viktiga syften med DH har varit att utveckla metoder för att mäta diskriminering och hälsa, klargöra vilka samband som finns mellan diskriminering och hälsa, utveckla indikatorer för diskriminering och sedan sprida resultaten till nationell, regional och lokal nivå.

I syfte att ringa in förekomsten av diskriminering och klargöra sambanden med hälsa har DH använt sig av självrapporterad diskriminering som mätmetod. Genom att ställa frågor om upplevd diskriminering i befolkningsundersökningar är det möjligt att ställa upplevelserna i relation till andra upplevelsebaserade mått på hälsa. DH anser att självrapporterad diskriminering också är en bra indikator för att följa diskrimineringens utveckling och utbredning eftersom summan av upplevelserna synliggör strukturer i samhället som har samband med kön, ålder, etnisk tillhörighet, religion, funktionshinder och sexuell läggning.

Enligt en befolkningsundersökning (den nationella folkhälsoenkäten) som DH har analyserat är diskrimineringen vanlig, tar sig olika uttryck i samhället och har samband med kön, ålder, födelseland, funktionshinder och sexuell läggning. Diskriminering förekommer även inom institutioner som är viktiga för människors hälsa; Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt hälso- och sjukvården. Enligt undersökningen är sambanden mellan diskriminering och ohälsa starka eller till och med mycket starka (i synnerhet psykisk ohälsa). Trots att DH klargjort att sambanden mellan diskriminering och ohälsa är starka återstår många frågetecken. Forskningsinsatser bör därför göras i framtiden i syfte att närmare undersöka mekanismerna bakom sambanden.

För att ta reda på vilka frågor som bör ställas i befolkningsenkäter för att mäta självrapporterad diskriminering, har Statistiska centralbyrån på DH:s uppdrag genomfört tre fokusgrupper och fjorton djupintervjuer med tjugosju personer, som varit jämnt fördelade på kön, ålder, födelseland, med olika funktionshinder och med olika sexuell läggning.

SCB:s egna slutsatser presenteras i samband med att föreliggande rapport publiceras. Enligt DH:s expertgrupp pekar de preliminära resultaten på att diskriminering är ett mångfacetterat begrepp, att trakasserier inte går att likställa med diskriminering samt att upplevelsen av att bli kränkt primärt handlar om en känsla som en av många möjliga reaktioner på diskriminering. DH menar därför i likhet med expertgruppen att det är viktigt att undersökningarna genomgår ytterligare analys.

DH menar sammanfattningsvis att åtgärder mot diskriminering bör vidtas på alla möjliga områden i samhället. För att underlätta för stat, landsting och kommun att undersöka förekomsten av diskriminering bör en metodhandbok tas fram som handlar om att mäta diskriminering. En lista på rekommendationer för att förebygga diskriminering bör tas fram som ett kompletterande stöd för kommunernas arbete. Det är också viktigt att ta fram system för att följa diskrimineringen på nationell, regional, och lokal nivå och att de verksamheter som är viktiga för människors hälsa genomför undersökningar i syfte att kartlägga förekomsten av diskriminering ur ett brukarperspektiv. Slutligen anser DH att ett utvecklingsarbete om barns upplevelser av diskriminering bör initieras.

Inledning

År 2006 fastställdes regeringens handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006-2009. Det långsiktiga målet med handlingsplanen är att säkerställa full respekt för de mänskliga rättigheterna i Sverige. För att uppnå målet anger regeringen att man avser öka kunskapen och medvetenheten om de mänskliga rättigheterna, förbättra samordningen av arbetet med de mänskliga rättigheterna och på andra sätt främja de mänskliga rättigheterna. (1)

Projektet ”Diskriminering och hälsa” (DH) påbörjades innan handlingsplanen fastställdes men faller ändå väl inom ramen för det långsiktiga målet med handlingsplanen. Projektet tar fram ny kunskap inom två områden som är fundamentala för de mänskliga rättigheterna; rätten till likabehandling och rätten till bästa uppnåeliga hälsa. Projektet är ett exempel på ett sektorsövergripande arbete som sker genom samverkan mellan olika myndigheter, i syfte att förbättra samordningen av arbetet med de mänskliga rättigheterna. I handlingsplanen anges att regeringen överväger att vidta åtgärder inom hälsoområdet bland annat mot bakgrund av den kunskap som samlas in från DH (1).

Diskrimineringen kan ta sig många olika uttryck och mörkertalen är stora. Den kan ske på många olika platser i samhället: på arbetsplatsen, i mötet med myndigheter, i affären, på krogen eller i föreningslivet. Olika tolkningar råder kring diskrimineringsbegreppets innebörd, och uppfattningarna skiljer sig åt bland personer som utsätts för diskriminerande handlingar. Det är svårt att idag följa upp förekomsten av diskriminering i samhället för olika grupper. Tillförlitlig data saknas. Exempelvis ger inte anmälningarna till JämO, DO, HO och HomO hela bilden eftersom långt från all diskriminering anmäls till ombudsmännen. Att utveckla metoder att mäta förekomsten av diskriminering är inte bara viktigt för att synliggöra diskrimineringen i samhället utan även för att klargöra sambanden med hälsa.

DH avslutas i och med denna slutrapport. Syftet med rapporten är att redovisa kunskap som är baserad på resultat från olika insatser som genomförts inom ramen för projektet, och som har varit av såväl kvalitativ som kvantitativ natur. Rapporten blickar även framåt och föreslår åtgärder som kan vidtas i det fortsatta arbetet. Rapporten är i sig ett strategiskt verktyg för att uppnå ett av projektets syfte, nämligen att sprida kunskapen till den lokala, regionala och nationella och internationella nivån.

Under år 2006 har DH huvudsakligen varit finansierad av medel från Europeiska kommissionen. Detta har gett nya möjligheter för DH att sprida kunskap om projektets resultat till fler aktörer exempelvis Europeiska kommissionen, olika nätverk som i Europa är verksamma inom diskriminerings- och folkhälsofrågor samt i och med denna rapport också flera länder som är medlemmar i Europeiska unionen.

Diskriminering och hälsa – ett samverkansprojekt

Bakgrund

Statens folkhälsoinstitut (FHI) tog under 2004 ett initiativ som utmynnade i samverkansprojektet ”Diskriminering och hälsa” (DH). Förutom FHI har Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) deltagit i projektets samtliga faser. Jämställdhetsombudsmannen (JämO) deltog i fas 1-2.

Bakgrunden till initiativet var att identifiera lämpliga frågor till den nationella folkhälsoenkäten som kunde belysa förekomsten av diskriminering. Det stod tidigt klart att det saknas beprövade och validerade frågor som syftar till att i statistiska undersökningar fånga upp människors upplevelser av diskriminering. Det stod även klart att det finns brist på kunskap om diskrimineringens samband med hälsan. Under våren 2004 beslutade därför de fyra ombudsmännen att tillsammans med FHI utforma ett projekt för att belysa detta tema.

Syftet med DH har varit att inhämta kunskap och utveckla ett gemensamt förhållningssätt kring begreppet diskriminering för att på så sätt utveckla en eller flera lämpliga metoder för att mäta diskriminering, klargöra vilka samband som finns mellan diskriminering och hälsa, utveckla indikatorer, och sedan sprida resultaten av projektet till aktörer på nationell, regional och lokal nivå.

De samverkande myndigheterna har bedömt att diskrimineringens utbredning och samband med hälsan bör klargöras och bevakas på ett kontinuerligt sätt för att rätt åtgärder ska vidtas i det fortsatta arbetet inom ramen för respektive myndighets verksamhetsområde.

DH har avsett att belysa sambanden mellan diskriminering och hälsa med särskilt fokus på diskriminering som har samband med kön, etnisk tillhörighet, religion och annan trosuppfattning, funktionshinder och sexuell läggning. Ålder är en annan viktig grund för diskriminering som till skillnad från ovanstående grunder för tillfället inte omfattas av någon särskild lagstiftning.

Det saknas tillförlitliga indikatorer som kontinuerligt mäter diskriminering av olika befolkningsgrupper i samhället. Projektets ansats har därför varit att ta fram indikatorer som kan ge en tillförlitlig bild av – och vara ett verktyg för att följa – diskrimineringens utveckling och utbredning. En utveckling som också kan förklara skillnader i befolkningens hälsa.

Fyra faser

Projektet har bestått av fyra olika faser varav tyngdpunkten i denna rapport läggs på fas 3-4.

Fas 1-2 genomfördes 2004-2005 och handlade om att ta fram ett kunskapsunderlag av vetenskapliga artiklar om diskriminering och hälsa och samt att med expertstöd analysera underlaget. Dessa delar av projektet är sammanfattade i rapporten ”Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa” (2).

Fas 3-4 genomfördes 2005-2006 och gällde kvalitativa undersökningar som genomförts av Statistiska centralbyrån (SCB) samt analyser av den nationella folkhälsoenkäten, som genomfördes under 2004-2006. Dessa faser har även innefattat en kunskapsspridande del, bland annat genom en workshop och en konferens om diskriminering och hälsa.

Finansiering

Projektets två första faser finansierades av FHI. De avslutande faserna 2006 har huvudsakligen fått ekonomiskt stöd från Europeiska kommissionen inom ramen för deras program ”European Community Action Programme to combat discrimination (2001–2006)” och i övrigt finansierats gemensamt av samtliga myndigheter i projektet.

Expertstöd

I syfte att fördjupa diskussionen om diskriminering och hälsa tillsatte projektet en grupp av experter som var för sig författade skriftliga utlåtanden som publicerades i sin helhet i ”Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa” (2). De skriftliga utlåtandena har gett projektet en god vägledning för det löpande arbetet.

Expertgruppen bestod av:

Gunilla Krantz, som är universitetslektor i beteendemedicin vid Centre for Health Equity Studies vid Stockholms universitet/Karolinska Institutet och vid Avdelningen för Samhällsmedicin och Folkhälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet. Hon är läkare med specialistkompetens i allmänmedicin och socialmedicin och har disputerat i socialmedicin i Lund.

Anders Lange, som är professor i internationell migration och etniska relationer vid Centrum för forskning om internationell migration och etniska relationer (CEIFO), Stockholms universitet samt docent i pedagogik och pedagogisk psykologi och fil dr. i psykologi.

Bera Moseng, som är doktorand i sociologi. Hon är verksam vid Norskt institut for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) och har där ägnat sig åt forskning om homo- och bisexuellas levnadsvanor, psykiska hälsa och självmord.

Anders Printz, som är jurist och vid tiden för sitt expertstöd var utredare på verksledningskansliet vid Socialstyrelsen där han var samordnare på Socialstyrelsen för arbetet med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken. För närvarande är Anders Printz verksam hos den nationella psykiatri-samordnaren Anders Milton.

I fas 3 ”undersökningar” har projektet fått externt expertstöd för utformandet och analysen av de kvalitativa underökningarna, vilka SCB har genomfört på uppdrag av projektet.

Expertgruppen bestod av:

Martin Börjeson är fil dr i socialt arbete och utredare vid Socialstyrelsen. Han är projektledare för arbetet med att bygga upp ett system för att på ett fungerande och enhetligt sätt kunna beskriva funktionshindrade personers levnadsförhållanden

Fredrik Lindencrona är doktorand i transkulturell psykologi vid institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska Institutet. Han är legitimerad psykolog med inriktning mot organisationspsykologi och klinisk psykologi. Avhandlingsarbetet handlar om vilka livsbetingelser som hänger samman med stress hos nyanlända flyktingar och vilka samhälleliga insatser som kan genomföras för att påverka dessa riskfaktorer.

Karin Nyqvist är beteendevetare och metodstatistiker på Sveriges Kommuner och Landsting där hon framförallt arbetar med uppgiftslämnarfrågor, samrådsärenden och metodstöd. Hon har tidigare jobbat på Statens folkhälsoinstitut och utformat den nationella folkhälsoenkäten samt arbetat med undersökningar riktade till homosexuella, bisexuella och transpersoner.

Intresseorganisationer

Tre intresseorganisationer har medverkat i projektets aktiviteter:¹

- Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO), är en paraplyorganisation som består av 43 handikappförbund
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL), är ett förbund som verkar för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter.
- Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige (SIOS), är en ideell förening som är partipolitisk och religiöst obunden och består av frivilliga sammanslutningar av erkända och icke erkända etniska minoritetsorganisationer.

Under december – februari bjöds intresseorganisationerna in till separata möten i syfte att introducera projektet samt diskutera utformningen av de kvalitativa undersökningarna. Intresseorganisationerna tog sedan del av projektets resultat och diskuterade lämpliga åtgärder inför framtiden vid tre tillfällen; internationell workshop den 19 juni; en gemensam träff med samtliga organisationer den 21 augusti samt deltagande vid projektets slutkonferens den 25 september.

Referensgrupp för den nationella nivån

I syfte att ta del av andra statliga myndigheters kunskaper och erfarenheter, förankra projektet nationellt samt att sprida resultaten från DH tillsattes en referensgrupp för den nationella nivån. Till referensgruppen inbjöds 11 myndigheter varav 3 avstod från att medverka. Referensgruppen träffades vid två tillfällen. Vid den första träffen den 20 februari 2006 introducerades projektet och referensgruppen lämnade synpunkter på utformningen av kvalitativa undersökningar. Vid den andra träffen den 6 september 2006 diskuterades projektets resultat samt viktiga åtgärder inför framtiden.

Referensgrupp för den lokala/regionala nivån

I syfte att ta del av kommunernas och landstingens kunskaper och erfarenheter samt att sprida resultaten från DH tillsattes en referensgrupp för den lokala och regionala nivån. Till referensgruppen inbjöds 17 kommuner, tre landsting samt intresseorganisationen Sveriges kommuner och landsting. I referensgruppen deltog representanter från nio kommuner, ett landsting och Sveriges kommuner och landsting. Referensgruppen träffades vid två tillfällen. Vid den första träffen den 22 februari 2006 introducerades projektet och referensgruppen lämnade synpunkter på utformningen av kvalitativa undersökningar. Vid den andra träffen den 7 september 2006 diskuterades projektets resultat samt viktiga åtgärder inför framtiden.

Workshop om diskriminering och hälsa

Den 19 juni 2006 genomfördes en workshop i Stockholm. Sammanlagt deltog 30 personer som tog del av och analyserade projektets första preliminära resultat. Mötet dokumenterades separat och redovisas som ett underlag till föreliggande rapport.² På grund av bristande möjligheter från internationella aktörer att delta vid workshopen hölls den på svenska. Vid mötet deltog experter, representanter från departement, statliga myndigheter och intresseorganisationer.

¹ Uppgifterna baserar sig på informationen från intresseorganisationernas respektive webbplatser www.hso.se; www.rfsl.se; www.sios.org 2006-10-02.

² Se Appendix 1: En workshop om diskriminering och hälsa 19/6 – 2006. Appendix 1 finns tillgängligt på följande webbplatser www.fhi.se; www.do.se; www.ho.se; www.homo.se.

Nationell konferens

Den 25 september 2006 genomfördes en nationell konferens i Stockholm. Vid konferensen redovisades projektets resultat för olika aktörer inom den lokala, regionala och nationella nivån för att stärka arbetet mot diskriminering och för en bättre folkhälsa i samhället. Vid konferensen deltog 100 personer från stat, landsting, kommun, forskarvärlden och flertalet intresseorganisationer.

Rapporter och faktablad

I februari 2006 publicerades rapporten ”Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa”. Rapporten utgjorde en redovisning av DH:s två inledande faser, utkom endast på svenska och trycktes i 500 exemplar. Rapporten ingick inte i de delar av projektet som finansierats av Europeiska kommissionen. I april 2006 utkom två faktablad om projektet varav den ena var på engelska. Syftet med faktabladen var att medverka i informationsspridningen av projektet både nationellt och internationellt. Faktabladet på svenska trycktes i 500 exemplar och faktabladet på engelska trycktes i 100 exemplar. Faktabladen spreds till projektets målgrupper och fanns tillgänglig på webbplatserna hos DO, FHI, HO och HomO samt www.stop-discrimination.info. Faktabladen spreds vid olika evenemang i projektets och i annans regi. Faktabladen spreds också till olika EU nätverk.

Rapportens disposition

Rapporten är DH:s slutrapport. Således inkluderar rapporten samtliga faser av projektet även om fokus ligger på projektets avslutande faser 3-4.

I kapitel 1 diskuteras diskrimineringsbegreppet. I detta kapitel redovisas DH:s förhållningssätt till diskriminering. I kapitel 2 redovisas olika mätmetoder för diskriminering och hälsa. En av mätmetoderna, självrapporterad diskriminering, presenteras mer ingående i kapitlet. I kapitel 3 diskuteras tidigare forskning samt möjliga förklaringar till sambanden mellan diskriminering och hälsa.

I kapitel 4 redovisas resultatet av den nationella folkhälsoenkäten som bland annat närmare belyser förekomsten av diskriminering i samhället samt hur sambanden med hälsa ser ut. I kapitel 5 redovisas det preliminära resultatet från den undersökning som Statistiska centralbyrån har genomfört på uppdrag av DH och som handlar om att validera frågor om diskriminering. I det avslutande kapitlet 7 sammanfattas resultaten och DH lämnar några förslag på åtgärder för det fortsatta arbetet.

Kapitel 1.

Förhållningssätt till diskriminering

Rätten till likabehandling

Rätten till likabehandling, det vill säga icke-diskriminering, är en fundamental del av de mänskliga rättigheterna. Detta innebär att ingen människa ska behandlas annorlunda på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder. Det finns lagar som förbjuder diskriminering som har samband med dessa grunder. Dessa lagar finns till för att värna om principen om icke-diskriminering som även finns uttryckt i den svenska grundlagen och i olika internationella konventioner som Sverige är folkrättsligt bundet till. Skyddet mot diskriminering har successivt förstärkts i svensk lag och det finns i dag sju lagar som förbjuder diskriminering på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder och sexuell läggning. (2)

I Sverige finns det särskilda ombudsmän för mänskliga rättigheter. Ombudsmännen utses av regeringen. Fyra av dessa (JämO, DO, HO och HomO) är ombudsmän mot diskriminering. Den femte ombudsmannen, Barnombudsmannen (BO), har till uppgift att bevaka frågor som angår barn och ungdomars intressen. Samtliga ombudsmän har en viktig funktion att fylla för skyddet av de mänskliga rättigheterna. (2)³

Diskriminering ett mångtydigt begrepp

Det kan vara stor skillnad mellan vad man i dagligt tal menar med diskriminering och vad som betecknas som diskriminering i juridisk mening.

Den juridiska definitionen av diskriminering avser situationer där en person missgynnas genom att behandlas sämre än en annan person i en jämförbar situation och behandlingen har samband med någon av de skyddade diskrimineringsgrunderna. Även trakasserier som har samband med någon av de skyddade diskrimineringsgrunderna anses i lagens mening utgöra en form av diskriminering eftersom det liksom diskriminering i grunden handlar om ett uppträdande eller agerande som kränker en persons värdighet. Lagstiftningen omfattar även indirekt diskriminering, som innebär att en person missgynnas på ett sätt som har samband med någon av diskrimineringsgrunderna, genom tillämpning av regel eller föreskrift som framstår som neutral men som i praktiken innebär att någon missgynnas.(3)

I Nationalencyklopedin beskrivs diskriminering som ”(av latin *discrimino*, ’avskilja’), särbehandling (av individer eller grupper) vilken innebär ett avsteg från principen att lika fall skall behandlas lika”. En annan distinktion i Nationalencyklopedin är den mellan individuell diskriminering och institutionell diskriminering.(4)

Den senare formen innebär att regler, föreskrifter eller praxis i ett socialt system avsiktligt eller oavsiktligt får diskriminerande konsekvenser; de diskriminerande handlingarna är en del av de formella och informella rutiner som gäller i institutionerna. Föremål för diskriminering kan vara i stort sett vilka kategorier, grupp-bildningar eller kollektiv som helst. Inom ramen för internationell rätt och nationell lagstiftning avgränsas de grupper som däri skall anses vara skyddade mot diskriminering.(4)

³ Dessa lagar är jämställdhetslagen (1991:433); lagen (1999:130) om åtgärder mot diskriminering i arbetslivet på grund av etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning; lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder; lagen (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning; lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan; lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering; lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever. Lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever har tillkommit under 2006.

Strukturell diskriminering är ett annat begrepp som används för att förklara uppkomsten och förekomsten av diskriminering. I direktiven till betänkandet Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige förekommer en definition av strukturell diskriminering på grund etnisk eller religiös tillhörighet. (5)

Med strukturell diskriminering avses regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutioner och andra samhällsstrukturer som utgör hinder för etniska och religiösa minoriteter att uppnå lika rättigheter och möjligheter som majoriteten av befolkningen har. Sådan diskriminering kan vara synlig eller dold och den kan ske avsiktligt eller oavsiktligt.(5)

Enligt forskarna Paulina de los Reyes och Mats Wingborg är diskriminering ett utslag av en strukturell ordning och ger vissa individer företräde framför andra. Att diskriminering är strukturell utgör här en bärande princip för hur relationer mellan människor formas i dagens samhälle och även för hur resurser, inflytande och makt fördelas mellan individer och grupper av individer. Enligt De los Reyes och Wingborg ligger det en poäng i att särskilja mellan individuell, institutionell och strukturell diskriminering. Det tydliggör skillnaden mellan behovet av långsiktiga insatser (t.ex. att förändra attityder) och av konkreta åtgärder ämnade att förändra regelverk och praktik vid arbetsplatser och myndigheter.(6)

DH:s förhållningssätt till diskriminering

Ett av DH:s syften har haft varit att utveckla ett gemensamt förhållningssätt till diskriminering som inte är begränsat till en juridisk definition av begreppet.

DH anser att diskriminering på individuell och strukturell nivå inte bör ses som isolerade händelser. Alla former av diskriminering, oavsett om det är handlingar som begås av individer eller av institutioner, är strukturella så till vida att de bottnar i rådande samhällsstrukturer. Dessa strukturer omfattar relationen mellan underordnade och dominerande grupper som bland annat kan utläsas genom kön, ålder, etnicitet, hudfärg, religion, annan trosuppfattning, funktionshinder och sexuell läggning.

Förhållningssättet lyder:

Med strukturell diskriminering avses regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutioner och andra samhällsstrukturer som utgör hinder för underordnade grupper att uppnå lika rättigheter och möjligheter som dominerande grupper har. Sådan diskriminering kan vara synlig eller dold och den kan ske medvetet eller omedvetet.

Förhållningssättet är nära besläktat med den definition som förs fram i betänkandet, Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige.(5)

Eftersom DH strävar efter att inkludera ett ”intersektionalitetsperspektiv” i arbetet, inkluderar förhållningssättet olika maktstrukturer. Detta kan ge förutsättningar för mer djupgående analyser, som tar hänsyn till hur olika maktstrukturer och diskrimineringsgrunder samvarierar och förhåller sig till varandra

En av de mest framstående forskarna på intersektionalitet, Paulina de los Reyes, menar att intersektionaliteten är användbar och utgör ett viktigt teoretiskt redskap för analyser av strukturell diskriminering. Hon menar att ”till skillnad från tidigare angreppssätt som fäster uppmärksamheten på de former av dominans som genereras utifrån en maktordning och en uppsättning relationer (klassamhälle, könsmaktordning, etniska hierarkier, heteronormen m.m.) riktar intersektionaliteten sökarljuset mot den komplexitet som kännetecknar maktutövandet och ojämlikhetsskapandet i skilda institutionella sammanhang och historiska kontexter.”(7)

DH anser att det i dagsläget finns ett behov av ett samlat grepp kring frågor rörande diskriminering. En ökad förståelse för hur olika strukturella normer samverkar och skapar olika former av ojämlikhet utifrån normativa uppfattningar om kön, etnisk tillhörighet, religion, funktionsförmåga och sexuell läggning är en förutsättning. DH anser avslutningsvis att ovanstående gemensamma förhållningssätt utgör en lämplig plattform för att löpande utläsa och följa upp diskrimineringens utveckling och utbredning. Förhållningssättet bör därför i fortsättningen anammas av flera aktörer i samhället och vara vägledande för att mer systematiskt arbeta för ett samhälle fritt från alla former av diskriminering.

Kapitel 2.

Att mäta diskriminering och hälsa

Olika metoder för att mäta diskriminering och hälsa

En av de mer framstående forskarna inom området diskriminering och hälsa, Nancy Krieger professor vid Harvard Public Health School, har redogjort för olika metoder för att mäta sambanden mellan diskriminering och hälsa.(8)

En metod är att undersöka i vilken mån exempelvis diskriminering som utförs av en läkare inom hälso- och sjukvården kan förklara skillnader i behandling mellan olika grupper i samhället. Denna särbehandling kan sedermera resultera i skillnader i hälsa. Metoden undersöker om kända riskfaktorer, till exempel skillnader i socioekonomisk status förklarar skillnader i hälsoutfall mellan individer från dominerande respektive underordnade grupper. I de fall där kända riskfaktorer har beaktats och där ändå skillnader mellan grupperna består bör en ytterligare analys genomföras för att se till andra möjliga förklaringar till skillnaderna. Om hälsoskillnaderna fortfarande kvarstår mellan olika grupper när andra möjliga förklaringsfaktorer har lagts in och kontrollerats för, ökar sannolikheten att diskriminering bidrar till dessa skillnader.(8)

Nancy Krieger beskriver också två andra metoder för att mäta sambanden mellan diskriminering och hälsa som baserar sig på befolkningsnivå. En sådan metod kan vara på vilket sätt diskriminering, genom exempelvis en segregerad bostadsmarknad, kan förklara skillnader i hälsa i form av ökade sjuk- och dödstal på befolkningsnivån. En annan metod som Krieger belyser men som ännu inte har testats inom epidemiologisk forskning, kan vara att undersöka befolkningens hälsa i relation till olika länders ratificering och genomförande lagar och funktioner i samhället för att upprätthålla mänskliga rättigheter och förbjuda diskriminering. (8)

Krieger menar att ovanstående metoder, som indirekt mäter diskrimineringens samband med hälsan, endast kan resultera i indirekt evidens. Indirekta metoder kan inte på ett tydligt sätt mäta direkta upplevelser av diskriminering och inte heller mäta effekter relaterade till diskrimineringens intensitet, varaktighet, eller under vilken tidsperiod diskrimineringen har skett. Indirekta tillvägagångssätt för att mäta diskrimineringen måste därför kompletteras med andra strategier, exempelvis att diskriminering i stället mäts direkt, genom självrapporterade upplevelser av diskriminering.(8)

Förutom det faktum att metoderna endast indirekt mäter diskrimineringens samband med hälsan anser DH också att metoderna har andra begränsningar. Den metod som mäter om diskriminering som utförs av exempelvis läkare inom hälso- och sjukvården kan förklara skillnader i behandling mellan olika grupper i samhället är bra, eftersom den kan påvisa diskriminering och föranleda direkta åtgärder inom verksamheten. Däremot är metoden på grund av sitt verksamhetsperspektiv alltför begränsad för att generellt i samhället påvisa samband mellan diskriminering och hälsa.

DH menar att de metoder som mäter diskrimineringens samband med hälsan på befolkningsnivån är bra eftersom de ger en mer generell bild av samhällsutvecklingen. Metoderna saknar däremot nödvändig statistik för vissa diskrimineringsgrunder (t.ex. etnicitet, sexuell läggning, funktionshinder), för att de till fullo ska bli användbara för att närmare belysa sambanden mellan diskriminering och hälsa.

Nancy Krieger förespråkar självrapporterad diskriminering som den lämpligaste metoden för att mäta sambanden med hälsa. Med denna metod mäts på vilket sätt diskriminering, genom människors egna upplevelser, har samband med specifika hälsoutfall.(8)

I studier av diskriminering och hälsa menar Krieger att hänsyn bör tas till många faktorer. Diskriminering kan uttryckas i olika former: vara laglig eller olaglig; institutionell, strukturell, interpersonell; direkt eller indirekt; öppen eller dold. Diskriminering kan begås av staten, eller av ickestatliga aktörer såsom institutioner eller enskilda individer. Den kumulativa exponeringen av diskrimineringen är

viktig för att förstå sambanden mellan diskriminering och hälsa. Denna exponering kan handla om vid vilken tidpunkt i livet diskrimineringen skedde men också om diskrimineringens intensitet, frekvens och varaktighet. (8)

Krieger anser att människors reaktioner på diskriminering bör inkluderas i studier eftersom reaktioner antingen skyddar eller skadar hälsan. Exempel på skyddande reaktioner är då individer eller samhällen bedriver aktivt motstånd mot diskriminering (vilket involverar organisering, rättegångar, sociala nätverk, socialt stöd). Andra skyddande reaktioner är skapande av ”säkra” rum där individen stärks och accepteras socialt, kulturellt, sexuellt och så vidare. Det finns också skadliga reaktioner på diskriminering exempelvis genom inåtvänt förtryck, det vill säga att klandra sig själv, och genom förnekelse. En annan skadlig reaktion är användande av droger (såväl lagliga som olagliga).(8)

Krieger menar att det är svårt att via ett fåtal allmänt ställda frågor ringa in diskriminering, eftersom diskriminering kan förekomma på många olika plan, vilket gör att fler frågor av mer specifik natur bör ingå i en undersökning. Dessa frågor kan bland annat innefatta typ av diskriminering, i vilka sammanhang diskrimineringen har förekommit, hur ofta den har förekommit, under vilket skede i livet, med vilken intensitet diskrimineringen har ägt rum samt hur människor reagerar mot diskrimineringen. Andra frågor som bör ingå handlar om en upplevd oro att utsättas för diskriminering och individens eventuella medvetenhet kring förekomsten av diskriminering som riktas mot den ”egna” gruppen.(8)

Krieger menar att en undersökning som utgår ifrån självrapporterad diskriminering kan kompletteras med andra forskningsmetoder. Kvalitativa intervjuer kan där ge en djupare förståelse för individens upplevelser av diskriminering och för vad svaren i en enkät egentligen kan betyda. Ett annat sätt att komplettera en studie om självrapporterad diskriminering är att inkludera enkätfrågor som avspeglar individens politiska medvetenhet, identitetsskapande, fördomar och inåtvända förtryck. Syftet med sådana frågor är att belysa om svaren på dessa frågor ger uttryck för en samhälls- och självmedvetenhet som kan påverka sambanden mellan diskriminering och hälsa.(8)

Andra metoder att mäta förekomsten av diskriminering (inte sambanden med hälsan)

Det finns ett flertal andra metoder som kan användas för att mäta förekomsten av diskriminering men som i dagsläget inte har utvecklat någon metod för att närmare belysa sambanden med hälsan.

En vanlig metod är att genomföra mätningar av befolkningens attityder till olika fenomen i samhället, exempelvis attityder till olika grupper homosexuella, muslimer eller funktionshindrade. DH menar att rätt utformade och genomförda undersökningar kan utgöra en värdemätare på ett allmänt samhällsklimat eller klimatet på en arbetsplats, men att undersökningar av detta slag ska genomföras med stor försiktighet; en synpunkt som också framfördes i samband med den workshop som DH arrangerade.⁴

DH menar att riskerna med undersökningar om befolkningens attityder är att de i många fall utgår från att de som besvarar frågorna ingår som del i normen och utgörs av majoritetsbefolkningen. Att ställa frågor om attityder till minoritetsgrupper riskerar därför att rent statistiskt bli missvisande. Undersökningarna kan vara direkt olämpliga ur ett etiskt perspektiv då de personer som inte ingår i den så kallade normen, till exempel icke heterosexuella, uppmanas besvara frågor om sina attityder gentemot den egna gruppen till exempelvis homo- och bisexuella. Det finns också risker att frågor som ställs i attitydundersökningar utformas på ett sätt som gör att resultatet riskerar att ställa olika grupper mot varandra, vilket i sig bidrar till ökad polarisering och stigmatisering av och mellan olika grupper.

DH:s egen erfarenhet av undersökningar av befolkningens attityder är att respondenterna tenderar att underskatta de negativa attityderna i sin närhet (exempelvis på sin arbetsplats) och överskatta de negativa attityderna i samhället i stort. Det händer också att personer som tillhör en minoritet upplever

⁴ Se Appendix 1: En workshop om diskriminering och hälsa 19/6 – 2006. Appendix 1 finns tillgängligt på följande webbplatser www.fhi.se; www.do.se; www.ho.se; www.homo.se.

attityderna som dåliga samtidigt som majoriteten upplever situationen som bra.⁵ Undersökningarna av befolkningens attityder kan också vara missvisande eftersom de är känsliga för mediala händelser och utspel.

Diskrimineringsombudsmännens egen statistik på inkomna diskrimineringsärenden är en annan metod som ibland används för att kartlägga förekomsten av diskriminering. DH menar att inkomna diskrimineringsärenden inte utgör någon tillförlitlig metod och att mörkertalet är mycket stort. Statistiken är kopplad till gällande lagstiftning och omfattar inte alla sektorer i samhället och inte heller alla diskrimineringsgrunder (ålder).

Praktikprovning⁶ är en experimentell metod som används för att samla kvantitativ kunskap om förekomsten av direkt diskriminering. Metoden kan tillämpas på områden i samhället där misstankar finns att diskriminering förekommer. Metoden kan användas i olika syften, bland annat för att få en kvantitativ uppfattning om diskrimineringens omfattning, för att påverka den allmänna opinionen, utveckla policyinsatser samt användas i tillämpningen av lagar mot diskriminering.⁽¹⁰⁾ DH anser att praktikprovning kan vara en metod som är effektiv för att synliggöra diskriminering inom vissa specifika verksamheter (t.ex. inom arbetslivet) men som är svår att använda för att mäta i vilken utsträckning diskriminering finns i samhället. DH menar också att metoden är i behov av metodutveckling för att synliggöra diskrimineringen samband med samtliga grunder för diskriminering.

Indikatorer för diskriminering

Riksdagen beslutade i april 2003 om en nationell folkhälsopolitik med ett övergripande mål ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Enligt beslutet är det särskilt angeläget att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa. Den nationella folkhälsopolitiken är uppdelad på 11 målområden som består av de viktigaste av hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga ”de faktorer i samhällets organisation och människors livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa”.⁽¹¹⁾

Bestämningsfaktorerna inom respektive målområde följs upp av indikatorer. Med indikator avses ”ett förhållande som används som markör för ett visst annat förhållande, till exempel utbildning som indikator på socioekonomisk position eller lackmuspapper för fastställande av en lösnings surhetsgrad”.⁽¹²⁾ Anders Lange beskriver verbet indikera som ”att utgöra eller ge tecken eller symptom på något”, ”att peka ut eller visa” eller ”att visa angivelse av (något)”. Enligt Lange syftar substantivet indikator på ”en anordning för att fånga uppmärksamheten” till exempel en visare eller en varningslampa.⁽²⁾

Ett syfte med DH är att utveckla indikatorer för diskriminering. Begreppet diskriminering är mycket brett och komplext och är svårt att mäta. Själva poängen med indikatorer är däremot att visa på att ett visst förhållande, det vill säga förekomsten av diskriminering, utvecklas i en viss riktning. DH anser att den stora fördelen med indikatorer är att det på ett relativt enkelt sätt går att följa utvecklingen av diskriminering och på så sätt synliggöra i fall exempelvis de åtgärder man vidtar också har någon effekt.

Självrapporterad diskriminering – en diskussion

Att mäta självrapporterad diskriminering och hälsa kan ske genom olika tillvägagångssätt. DH:s analys utgår exempelvis från att inom ramen för en befolkningsundersökning (den nationella folkhälsoenkäten), ställa ett fåtal frågor kring människors upplevelser av diskriminering som ställs i relation till olika upplevelsebaserade hälsomått. I kapitel 4 redovisas resultaten från denna undersökning.

I arbetet med att utforma den nationella folkhälsoenkäten bedömde DH att den fråga som hade bäst

⁵ Exempel på undersökningar med detta fenomen är Arbetslivsinstitutets undersökning om homo- och bisexuellas arbetsvillkor (9).

⁶ Kallas även diskrimineringsstester eller ”situation testing”.

förutsättningar att ringa in förekomsten av upplevd diskriminering (inklusive trakasserier) var en fråga om upplevelsen att bli behandlad eller bemött på ett kränkande sätt, om kränkningen var orsakad av en eller flera diskrimineringsgrunder och i vilket sammanhang kränkningen ägde rum.⁷

I diskrimineringslagstiftningen beskrivs diskriminering (inklusive trakasserier) som ett beteende som kränker den enskildes värdighet. Frågan om kränkande behandling och bemötande avsåg alltså att fånga respondentens eventuella upplevelse av en eller flera specifika händelser. (2) Detta förslag förordades också av forskaren Sarah Wamala, verksam på FHI, som hänvisar till användandet av liknande frågeställningar inom den internationella forskningen.⁽¹³⁾

Det saknas beprövade frågor om självrapporterad diskriminering och behovet av att validera frågor är stort. För att säkerställa att de frågor som ställs också överensstämmer med det som avses mätas, det vill säga självrapporterad diskriminering, har DH därför låtit Statistiska centralbyrån (SCB) genomföra kvalitativa undersökningar om frågor kring diskriminering som närmare presenteras i kapitel 5.

Vid den workshop som DH anordnade i juni 2006 med företrädare från forskarvärlden, myndigheter och intresseorganisationer diskuterades självrapporterad diskriminering som mätmetod för diskriminering och hälsa samt metod för att mäta förekomsten av diskriminering i samhället.⁸

Mot bakgrund av frågorna i den nationella folkhälsoenkäten diskuterades formuleringarna närmare:

- Upplevelse av kränkning och diskriminering inte är helt synonyma begrepp. Kränkning är bredare än diskriminering. Man kan känna sig kränkt utan att vara diskriminerad. Det är också möjligt att bli diskriminerad utan att känna sig kränkt.
- Kränkning uppstår i en interpersonell relation, diskriminering kan ske utan personliga möten.
- Det kan vara svårt för den utsatte att veta om en kränkning är diskriminering, och på vilken eller vilka grunder.
- Kränkning är ett bra begrepp, eftersom det innefattar individens upplevelse, vilket kan antas vara centralt ur hälsoaspekt.
- Självrapporterad kränkning kan användas för att mäta diskriminering (i brist på bättre), under förutsättning att man är medveten om bristerna och att det inte är någon exakt överensstämmelse mellan begreppen.

Under diskussionen vid workshopen framkom att självrapporterad diskriminering även kan mätas genom att:

- Fråga om personer känt sig diskriminerade (vilket kräver en enhetlig förståelse av begreppet)
- Fråga om kränkning och hur man uppfattat orsaken till kränkningen – självrapporterad kränkning
- Fråga om kränkning utan att fråga om orsaken och sedan göra jämförelser mellan grupper utifrån diskrimineringsgrunder (med antagande om att skillnaderna avspeglar grad av diskriminering)
- Konkretisera med exempel på diskriminerande situationer utan att tala vare sig om kränkning eller diskriminering

Det krävs mer kunskap om självrapporterad diskriminering när det gäller frågans betydelse för olika individer och befolkningsgrupper. Att ställa mer allmänna frågor om upplevelser av diskriminering i befolkningsenkäter kan innebära risker, exempelvis att respondenten både underskattar och överskattar sina upplevelser. En risk som också förstärks då begreppet diskriminering inkluderas i själva enkätfrågan.⁹

Frågan om underskattning och överskattning har tidigare belysts av Anders Lange som menar att individer kan uppleva sig vara diskriminerade trots att det objektivt sett, inte förekommer någon diskrimi-

⁷ Frågornas exakta formuleringar beskrivs i kapitel 4 "Resultat från den nationella folkhälsoenkäten"

⁸ Se Appendix 1: En workshop om diskriminering och hälsa 19/6 – 2006. Appendix 1 finns tillgängligt på följande webbplatser www.fhi.se; www.do.se; www.ho.se.

⁹ Ett exempel på en sådan frågeställning kan vara "Har du under de senaste tre månaderna upplevt dig diskriminerad?"

ning. Individer kan också uppleva det omvända, det vill säga inte uppfatta sig som diskriminerade trots att de rent objektivt utsätts för diskriminering.(14) Individers utbildningsnivå kan ha betydelse för detta fenomen. En studie visar att kvinnor med högre utbildning rapporterar högre nivåer av upplevd diskriminering på grund av kön.(15)

När det gäller diskriminering som har samband med etnicitet anser Lange att personer som behärskar det svenska språket dåligt tenderar att rapportera fler upplevelser av etnisk diskriminering än de som behärskar det svenska språket bra. Lange har också iakttagit att varje etnisk grupp bedömer sin status vara något högre än vad den betraktas i andras ögon. Detta kan därmed leda till en undervärdering av sin egen grupps utsatthet för diskriminering. De som rapporterar högre grad av diskriminering uppfattar sin egen grupps status som markant lägre än de som rapporterar lägre grad av diskriminering.(14)

Enligt det så kallade ”Polyanna-syndromet”¹⁰ så finns det enligt Anders Printz, som tittat närmare på diskriminering av personer med funktionshinder, en risk för att människor upplever sin situation bättre än den faktiskt är. Detta kan enligt Printz bero på att goda levnadsförhållanden förknippas med framgång och därför ger ökad respekt. Som en konsekvens menar Printz att det därför är möjligt att personer undviker att rapportera upplevelser av diskriminering.(2)

Under workshopen om diskriminering och hälsa angavs att det är möjligt att människor även kan överskatta och underskatta upplevelser av kränkande behandling/bemötande genom

- överreaktioner,
- särskild känslighet, ”låg tröskel”
- feltolkning av handlingar som kränkningar
- kränkningar på andra grunder än diskriminering

Vid underskattning angavs bland annat

- att personer undviker vissa situationer för att inte bli kränkta
- att personer utesluts från vissa situationer
- normalisering – man kan vara så van vid kränkningen att man inte uppfattar den som sådan
- rationalisering – man vill inte definiera sig själv som kränkt för att inte bli nedvärderad
- omedvetenhet – en kränkning som man inte vet om (till exempel att inte bli kallad till intervju) eller en kränkning som man inte uppfattar som sådan
- okänslighet/”stålsättning”, ”hög tröskel”.

En av slutsatserna vid workshopen var att en fråga bör formuleras som berör i vilken mån människor undviker situationer där de riskerar att diskrimineras. En annan slutsats var att underskattningen sannolikt är större än överskattningen om man kontrollerar för långvarigt sjuka, som tenderar att generellt svara mer negativt.

Under workshopen konstaterades att frågor om självrapporterad diskriminering först bör valideras innan det går att ta ställning till vilka slutsatser som kan dras om möjliga hälsoeffekter. Kunskapen är fortfarande bristfällig när det gäller de komplexa sambanden mellan diskriminering och ohälsa, hur sociala upplevelser påverkar vår biologi och hur sambanden påverkas av faktorer på grupp- och samhällsnivå, individuella faktorer och situationsfaktorer. Detta är ett område som kräver vidare studier.

Självrapporterad diskriminering – en summering

DH har i sitt arbete utgått från självrapporterad diskriminering som metod för att ringa in förekomsten av diskriminering och synliggöra sambanden med hälsa. Som utgångspunkt har därför DH använt sig av

¹⁰ Polyanna är en barnboksfigur som trots en rad motgångar behåller sitt goda humör.

de frågor som ställs i den nationella folkhälsoenkäten. Detta tillvägagångssätt är inte helt oproblematiskt men innefattar samtidigt många fördelar.

DH är medveten om att det är svårt att genom endast ett fåtal frågor ringa in förekomsten av självrapporterad diskriminering. Förhållningssättet till begreppet diskriminering bland respondenter och i samhället överlag skiljer sig åt. Det är därför svårt att ställa en direkt fråga om huruvida en respondent upplevt sig ha blivit diskriminerad.

DH är också medveten om att den självrapporterade diskrimineringen inte mäter förekomsten av all diskriminering i samhället. Det är sannolikt att det förekommer diskriminering som inte respondenten upplever men som ändå rent objektivt äger rum och som sannolikt får konsekvenser för människors livsvillkor och hälsa. Ett exempel kan vara att en respondent inte blir kallad till en anställningsintervju, får rätt behandling inom sjukvården eller tillgång till stöd från socialtjänsten.

Det är sannolikt att det finns respondenter som undviker situationer för att undgå att utsättas för diskriminering vilket får konsekvenser för deras livsvillkor och hälsa. Exempelvis att undvika vissa sociala situationer och nätverk som kan innebära att människor inte får möjligheter att söka en tjänst eller utvecklas internt på en arbetsplats.

Det är till sist även möjligt att respondenter under perioder av sitt liv har blivit diskriminerade, vilket inte mäts via en tidsbegränsad befolkningsenkät, men som ändå har fått konsekvenser för dessa människors livsvillkor och hälsa. Detta kan exempelvis handla om människor som under sin barndom har diskriminerats exempelvis under sin skolgång.

Ovan beskrivna begränsningar har DH beaktat genom att:

1. DH har inte utformat en direkt fråga om en respondent har upplevt sig diskriminerad utan har i stället formulerat frågan om upplevelsen av kränkande bemötande är orsakad av en eller flera diskrimineringsgrunder. Syftet med denna formulering är att mäta en erfarenhet som en människa upplever och att undvika en formulering som ökar risken för överskattning och underskattning av respondenternas svar.
2. DH anser att det finns en praktisk fördel med att endast använda sig av ett fåtal frågor eftersom frågorna kan ingå inom ramen för andra större befolkningsundersökningar som genomförs nationellt, regionalt eller lokalt. Undersökningar som primärt inte handlar om att kartlägga diskriminering utan som exempelvis syftar till att kartlägga befolkningens hälsa. På så sätt kan fler aktörer komma att mäta förekomsten av diskriminering i samhället.
3. Eftersom befolkningsundersökningen om hälsa innefattar bakgrundsfaktorer som kön, ålder, födelseland, funktionshinder och sexuell läggning och att det finns andra data i enkäten som beskriver socioekonomi, sociala relationer och hälsa är det möjligt att indirekt komplettera diskrimineringsanalysen. På så sätt kan även de personer innefattas som har diskriminerats utan att ha upplevt det själva, de som undviker situationer där de riskerar att utsättas för diskriminering samt de personer som i exempelvis i sin barndom upplevt diskriminering.

DH anser att det finns många fördelar med självrapporterad diskriminering. Förutom att självrapporterad diskriminering mäter erfarenheter som människor upplever innebär metoden att det är möjligt att ställa upplevelserna i direkt relation till upplevelsebaserade mått på hälsa. På så sätt kan sambanden med hälsa direkt ringas in.

DH anser att självrapporterad diskriminering dessutom är en bra indikator för att följa diskrimineringens utveckling och utbredning, eftersom undersökningar alltid i första hand bör avspegla befolkningens egna upplevelser. Summan av upplevelserna synliggör på ett tillförlitligt sätt strukturer som existerar och som kan ha samband med exempelvis kön, ålder, etnisk tillhörighet, religion, hudfärg, funktionshinder och sexuell läggning.

Förhållningssättet till begreppet diskriminering som tidigare har beskrivits i rapporten kan återspeglas med hjälp av självrapporterad diskriminering som indikator. Summan av den självrapporterade diskrimineringen, det vill säga av människors egna upplevelser, synliggör *regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutioner och andra samhällsstrukturer som utgör hinder för underordnade grupper att uppnå lika rättigheter och möjligheter som dominerande grupper. Den självrapporterade diskrimineringen fångar upp diskrimineringen oavsett om den är synlig eller dold och/eller om den sker medvetet eller omedvetet.*

DH är medveten om att självrapporterad diskriminering som indikator inte täcker in hela begreppet diskriminering och anser därför att indikatorn ”självrapporterad diskriminering” bör kompletteras med andra indikatorer. Det är därför viktigt att ta fram data från olika välfärdsområden exempelvis arbetsmarknaden, bostadsmarknaden och hälso- och sjukvården och på så sätt komplettera analysen av diskriminering.

Kapitel 3.

Om sambanden med hälsa

Hälsan är ojämlikt fördelad

Hälsa är ett begrepp som är svårt att definiera. DH utgår från den allmänt vedertagna definitionen av WHO (World Health Organization) som är bred så till vida att den inkluderar många olika aspekter av hälsa. Definitionen innebär att en god hälsa är ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp”. Det råder förstås ett klart samband mellan ohälsa och sjukdom, men det är viktigt att poängtera att en god respektive dålig hälsa kan upplevas oberoende om personen har fått en medicinsk diagnos eller inte. Hälsa ses som ett eftersträvanvärt mål av de flesta människor och en bibehållen hälsa är en förutsättning för så mycket annat i en människas liv.⁽¹⁶⁾

För att beskriva diskrimineringens samband med hälsan är det bra att som utgångspunkt få en bild av hälsosituationen bland befolkningen och att skärskåda befolkningen utifrån olika perspektiv, exempelvis kön, ålder, födelseland, funktionshinder och sexuell läggning.

Enligt FHI¹¹ är hälsan ojämlikt fördelad inom och mellan olika grupper i samhället. En bild som överensstämmer med de grupper i samhället som i högre grad än andra uppger att de utsätts för kränkande bemötande och att bemötandet är orsakat av en eller flera diskrimineringsgrunder. Den ojämlikt fördelade hälsan kan sammanfattas enligt följande:

- Äldre personer upplever i högre grad än yngre personer sin hälsa som dålig medan yngre personer generellt sett upplever sämre psykisk hälsa än äldre personer.
- Kvinnor upplever generellt sett sämre hälsa än män
- Hälsan är generellt sett sämre för de personer som är födda utanför Norden (i synnerhet övriga världen) i jämförelse med de personer som är födda i Sverige eller i Norden.
- Hälsan är generellt sett sämre bland homo- och bisexuella än bland övrig befolkning.
- Hälsan är generellt sett mycket sämre bland transpersoner än bland övrig befolkning
- Hälsan är generellt sett sämre bland funktionshindrade än bland övrig befolkning även om det råder stora variationer inom gruppen funktionshindrade.

Tidigare forskning om sambanden mellan diskriminering och hälsa

För att få en övergripande bild av kunskapsläget inom diskriminering och hälsa har projektet utgått från två sammanställningar av publicerade vetenskapliga artiklar. Den ena sammanställningen av Nancy Krieger består av 20 artiklar 1984-1998 (8) och den andra sammanställningen som togs fram av Karin Liljeberg, som underlag för DH, består av 39 artiklar 1998-2004.⁽¹⁸⁾

Sammanfattningsvis uppvisade kartläggningarna många likheter:

Majoriteten av studierna är tvärsnittstudier och har använt sig av frågor om självrapporterade upplevelser av diskriminering, men med olika frågebatterier för olika studier. I de flesta fall har specifika situationer radats upp där respondenten givits möjlighet att ringa in olika situationer då hon eller han upplevt diskriminering.

Majoriteten av studierna handlar om etnisk diskriminering/rasism och ett större antal om diskriminering på grund av kön. Generellt saknas eller finns endast ett fåtal studier publicerade som handlar om diskriminering som har samband med sexuell läggning, religion, funktionshinder och ålder. Flertalet

¹¹ Denna sammanställning bygger på resultat från (12) och (17).

studier har analyserat diskriminering utifrån en bredare ansats och frågat efter fler orsaker till upplevd diskriminering (t.ex. kön och etnisk tillhörighet).

Majoriteten av studierna har en amerikansk studiepopulation. Tre svenska forskningsrapporter bygger på ett och samma material där personer från Polen, Chile, Turkiet och Iran ingår. I materialet utgör individer med svenskt ursprung en jämförelsegrupp. Ytterligare en studie är inriktad på turkiska ungdomar i Norge och Sverige och även den har en referensgrupp som utgörs av personer med svenskt eller norskt ursprung.

Samtliga studier uppvisar samband mellan diskriminering och ohälsa. I majoriteten av studierna finns ett samband mellan diskriminering och psykisk ohälsa. Några av studierna uppvisar samband med fysisk ohälsa (exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar) eller ohälsosamma levnadsvanor (förhöjd konsumtion av tobak, alkohol, narkotika). Ett flertal studier undersöker dessutom effekterna av multipel diskriminering och de visar att det ökar riskerna för ohälsa.

En relativt stor andel av undersökningarna har belyst huruvida olika reaktioner mot eller hantering av diskriminering påverkar hälsan samt om faktorer som socialt stöd eller att tillhöra en grupp (till exempel etnisk) skyddar mot negativa hälsoeffekter. De visar att socialt stöd både kan förvärra och minska diskrimineringens effekter på hälsa. Det är helt enkelt innehållet i det sociala stödet som har betydelse. Alkoholmissbruk och cigarrettrökning visar sig kunna fungera som "flyktbeteende" för att dämpa den stress som diskriminering orsakar. Förträngning av aggressiva känslor i samband med diskriminering ökar risken för högt blodtryck. En studie av Karlsen och Nazroo från 2002 visar exempelvis att individer som angav att de skulle anmäla/rapportera och utmana/ifrågasätta rasism har lägre blodtryck än individer som svarar att de endast skulle tolerera och inte rapportera det vidare.(19) En sådan negativ hälsoeffekt kan vara en konsekvens av förträngd ilska. Liknande samband mellan upplevd rasism och förträngd ilska har uppdagats i en annan studie.(20) Mer passiva reaktioner på diskriminering verkar kunna få långsiktiga effekter för hälsan, till exempel i form av högt blodtryck och hjärtkärlsjukdomar.(21)

Går sambanden att klargöra?

I DH:s delrapport "Särbehandlad och kränkt" redovisade fyra experter sin syn på sambanden mellan diskriminering och hälsa. Sammantaget gav experterna stöd åt tesen att det finns samband mellan diskriminering och hälsa även om de var för sig flaggade för flertalet kunskapsluckor inom området.(2)

Gunilla Krantz sammanfattar den tidigare forskningen på området diskriminering och hälsa genom att peka på sambanden i en rad olika former såsom fysiska och psykiska symptom, självskattad hälsa, upplevd livskvalitet, psykisk ohälsa, våldsamt beteende, upplevd diskriminering, upplevelse av orättvis behandling, självmordstankar och alkoholvanor samt fysiologiska indikatorer såsom förhöjt blodtryck, ökad hjärtfrekvens, förhöjda nivåer av kortisol i urin och även vårdkonsumtion.(2)

Krantz menar att de olika hälsoutfall som ovan har beskrivits som effekt av diskriminering har en gemensam grund genom att ett sådant bemötande eller en sådan upplevelse skapar stress, oavsett skälet för diskriminering. Stress uppstår i den situation då omgivningens krav överstiger individens förmåga att klara dessa krav.(22) Om individens resurser är otillräckliga i förhållande till en specifik situation så förlorar individen känslan av kontroll, vilket resulterar i stress och som kan utmynna i manifest ohälsa eller sjukdom. Den ohälsa som uppstår som svar på kronisk stress kan ta sig olika uttryck och ge upphov till en mängd symptom genom att de så kallade stresshormonerna har effekter på hjärtkärlsystemet, på det metabola systemet, på immunsystemet och på den psykiska hälsan.(2)

Anders Lange har i sin tidigare forskning bland annat belyst sambanden mellan diskriminering och hälsa (ur ett etniskt perspektiv).(23) Mot bakgrund av hans tidigare studie samt en av honom försiktig samlad bedömning av tidigare forskning på området, anser Lange att det är mycket troligt att "upplevelser av orättvis negativ särbehandlings på grund av tillhörighet till vissa grupper eller kategorier

har negativ inverkan på framförallt psykisk men även fysisk hälsa”. Däremot menade Lange att det är svårt att uttala sig om mer specifika samband mellan vissa typer av negativa erfarenheter och risken för specifika hälsoproblem.(2)

Enligt Lange medför orättvis negativ särbehandling oftast mer eller mindre penetrerande kränkning främst genom att en persons människovärde blir ifrågasatt och förminskat. Om sådana kränkningar kumulerar under en längre tid medför de en gradvis ökande nivå av ”malign”¹² stress, med alla de hälsokonsekvenser som ett sådant tillstånd kan medföra. Variationen i dessa konsekvensers svårighetsgrad påverkas förmodligen av individens förmåga att hantera situationen och av de betingelser i deras liv som befämjar utvecklandet av en sådan förmåga. Lange menar dock att det är troligt att det finns en slags ”tröskelnivå” som innebär att när mängden kränkande erfarenheter överskrider denna tröskel sätts även individens förmåga att hantera situationen ur spel.(2)

Bera Moseng expertutlåtande var framförallt inriktat på diskriminering av homo- och bis sexuella och samband med hälsa. Moseng pekade på att det stora flertalet homo- och bis sexuella mår bra men att ett större mindretal samtidigt kämpar med en svår livssituation och dålig hälsa. Hon menar att detta faktum på ett eller annat sätt kan förklaras av en skepsis till och en negativ särbehandling av icke heterosexuella samlevnadsformer.(2)

Moseng menar att det idag finns få studier som fokuserar på samband mellan diskriminering och hälsa bland homo- och bis sexuella men att ett antal brett anlagda undersökningar visar att homo- och bis sexuella är överrepresenterade i statistiken över våld och hot om våld, samt att det är ett större mindretal som socialt sett upplever att de blir utestängda från sociala arenor som hemmet, vänkretsen och arbetsplatsen. Förklaringen till dessa skillnader går enligt Moseng att finna i majoritetsbefolkningens attityder och negativa särbehandling av homosexuella. Det är också troligt att det är något i homo- och bis sexuellas livssituation som i högre grad än för heterosexuella personer gör de mer sårbara, i betydelsen sämre rustade för att hantera erfarenheter av diskriminering.¹³ (2)

Anders Printz analyserar sambanden mellan diskriminering och hälsa genom att belysa situationen för personer med funktionshinder. Enligt Printz saknas kunskapen på detta område åtminstone i skandinavisk forskning. På senare år har det däremot forskats kring stigmatisering av människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder och där har uppvisats samband mellan upplevd stigmatisering och antal psykiatriska symptom och vårdbehov.(2)

Printz pekar på de fåtal studier som visat på samband mellan bemötande, diskriminering och självuppfattning/självkänsla/hälsa, de undersökningar som genomförts om diskriminering av funktionshindrade på arbetsmarknaden och bristande tillgänglighet och de undersökningar som pekat på att personer med funktionshinder har sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Sammantaget menar han att de ger en grund till ett antagande att det finns samband mellan konstaterad diskriminering och den utbredda ohälsan bland personer med funktionshinder.(2)

Vilka mekanismer kan ligga bakom sambanden?

Forskarna Sarah Wamala och Carina Bildt har beskrivit olika mekanismer som kan tänkas förklara diskrimineringens samband med hälsan.(13)

- Diskriminering orsakar skillnader i möjligheter i livet och i levnadsförhållanden som orsakar olika ojämlika socioekonomiska förhållanden (t.ex. utbildning).
- Diskriminering resulterar i olika bemötande som leder till olikheter i tillgång till hälsofrämjande resurser (t.ex. sjukvård).
- Diskriminering begränsar deltagande i samhället och minskar inflytandet, vilket har en negativ effekt på hälsan.

¹² Malign = elakartad

¹³ Studien som ligger till grund för denna analys är (24).

- Erfarenheter av diskriminering kan ge upphov till stress – både akut och kronisk – som kan orsaka psykiskt välbefinnande och förändringar i fysiologiska processer som påverkar hälsan negativt.
- Diskriminering kan påverka hälsan genom dess effekter på levnadsvillkor, en fientlig omgivning kan påverka beteendemönster och livsstilsfaktorer genom internalisering av diskriminerande erfarenheter (t.ex. rökning och användning av droger och alkohol). (13)

Wamala och Bildt menar att det i studier av diskriminering och hälsa är viktigt att ha en bred ansats. Diskriminering är en strukturell faktor som påverkar socioekonomiska förhållanden som i sin tur påverkar graden av inflytande och tillgång till hälsofrämjande resurser. Ogynnsamma socioekonomiska förhållanden kan också i sig skapa stress som i sin tur påverkar individens beteende. (13)

I den workshop som DH arrangerade menade Sarah Wamala att socioekonomiska faktorer och levnadsvanor har betydelse för den ojämnt fördelade hälsan hos befolkningen men att de inte kan förklara hela skillnaden. Hon pekade på att starka samband kvarstår trots att skillnaderna har justerats för ålder och långvarig sjukdom. Hon visade också på att upplevda kränkningar hos en myndighet uppvisar starkare samband med ohälsa än exempelvis upplevelsen av en kränkning på en restaurang som inte alls visar på något samband.¹⁴

¹⁴ Se Appendix 1: En workshop om diskriminering och hälsa 19/6 – 2006. Appendix 1 finns tillgängligt på följande webbplatser www.fhi.se; www.do.se; www.ho.se; www.homo.se.

Kapitel 4.

Resultat från den nationella folkhälsoenkäten

Om den nationella folkhälsoenkäten

I syfte att kartlägga folkhälsan hos den svenska befolkningen går FHI ut med en nationell folkhälsoenkät, "Hälsa på lika villkor". Enkäten ställer olika frågor som ringar in människors hälsa, levnadsvanor, sociala och ekonomiska förhållanden samt trygghet och sociala relationer.

Enkäten genomfördes under tre år, 2004–2006, och gick ut till ett slumpmässigt urval av befolkningen.

År 2004 (18-84 år) – 53 600 personer (svarsfrekvens 63 %)

År 2005 (16-84 år) – 63 500 personer (svarsfrekvens 63 %)

År 2006 (16-84 år) – 93 000 personer (svarsfrekvens 61,2 %)

År 2005 och 2006 ingick funktionshinder som variabel, vilket inte var fallet 2004.

"Funktionshinder" avgränsas i enkäten genom de personer som uppger att de har dålig syn, dålig hörsel, starkt nedsatt rörelseförmåga och som har uppgett att de har en långvarig sjukdom som i hög grad nedsatt arbetsförmågan eller hindrat annan sysselsättning. Dessa omfattade en hög andel av respondenterna 23 procent.

År 2005 ingick sexuell läggning som variabel, vilket inte var fallet 2004 och 2006.

"Sexuell läggning" redovisas som heterosexuella och homo- och bisexuella. Tyvärr går det inte, på grund av ett bristande svarsunderlag, att göra särredovisningar på homo respektive bisexuella i den nationella folkhälsoenkäten. Endast drygt 2 procent uppgav sin sexuella läggning som icke heterosexuell.

Indikator för självrapporterad diskriminering

Den nationella folkhälsoenkäten omfattar tre frågor som avser ringa in förekomsten av diskriminering. Dessa frågor har tidigare presenterats och diskuterats i kapitel 2 "Att mäta diskriminering".

1. Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött så att du har känt dig kränkt?

(Svarsalternativ: Nej, Ja någon gång, Ja flera gånger)

2. Av vilken/vilka blev du behandlad/bemött så att du kände dig kränkt?

(Svarsalternativ: Sjukvården, Skolan/Arbetet, Arbetsförmedlingen, Polisen/Rättsväsendet, Socialtjänsten, Försäkringskassan, Affärer/Restauranger, Bank/Försäkringsbolag, Hyresvärd/Bostadsförmedlare, Nära anhörig, Okänd person på allmän plats, Annat – öppen fråga)

3. Av vilken orsak blev du behandlad/bemött så att du kände dig kränkt?

(Svarsalternativ: Etnisk bakgrund, Kön, Sexuell läggning, Ålder, Funktionshinder, Religion, Annat – öppen fråga, Vet ej)

DH:s indikator för självrapporterad diskriminering lyder:

"Upplevelser av kränkande bemötande/behandling under de senaste tre månaderna som är orsakade av en eller flera diskrimineringsgrunder"

Om resultaten från folkhälsoenkäten

I denna rapport redovisas resultatet från den nationella folkhälsoenkäten 2004, 2005 och 2006 enligt följande:

- Förekomsten av diskriminering
- Orsaken till kränkande bemötande/behandling
- Några arenor för diskriminering
- Samband mellan diskriminering och hälsa

Resultaten redovisas från tre parallella undersökningar. Detta för att göra det möjligt att följa utvecklingen över tid och för att vissa frågor och variabler ej har varit medtagna i samtliga tre undersökningar. Exempelvis ingick sexuell läggning endast som variabel 2005.

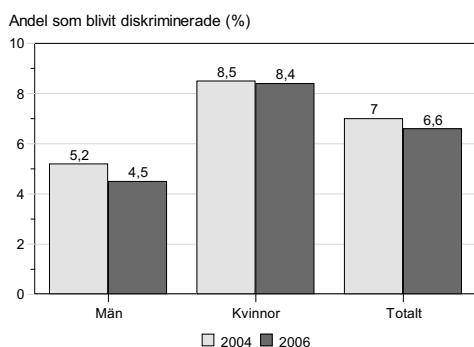
Resultatet av frågan som handlar om utsatthet för diskriminering på olika typer av arenor redovisas endast till viss del i denna rapport. Detta eftersom resultatet till viss del är missvisande. Det sammantagna resultatet av kränkande bemötande på olika typer av arenor visar att utfallet är beroende av exponeringen för respektive arena. Har man exempelvis inte varit i kontakt med polisen har man heller inte kunnat utsättas för någon diskriminering hos polisen.

Det finns arenor som är möjliga att redovisa. Detta tack vare att det finns andra frågor i enkäten som på olika sätt tillgodoser att respondenten har varit i kontakt med en specifik arena som sedan kan kontrolleras mot att personer uppger sig ha diskriminerats av samma arena under den senaste tre månaderna. De arenor som DH har undersökt är hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, som alla är verksamheter av högsta vikt för människors hälsa.

Förekomsten av diskriminering

Andelen personer i befolkningen som uppger att de har blivit diskriminerade under den senaste tremånadersperioden uppgick 2006 till 6,7 procent. Andelen har minskat i jämförelse med 2004 då siffran var 7 procent. Minskningen är inte statistiskt signifikant. Andelen kvinnor som uppger att de har blivit diskriminerade uppgick 2006 till 8,4 procent. Andelen män som uppger att de har blivit diskriminerade uppgick 2006 till 4,5 procent, vilket är en statistiskt signifikant minskning i jämförelse med 2004.

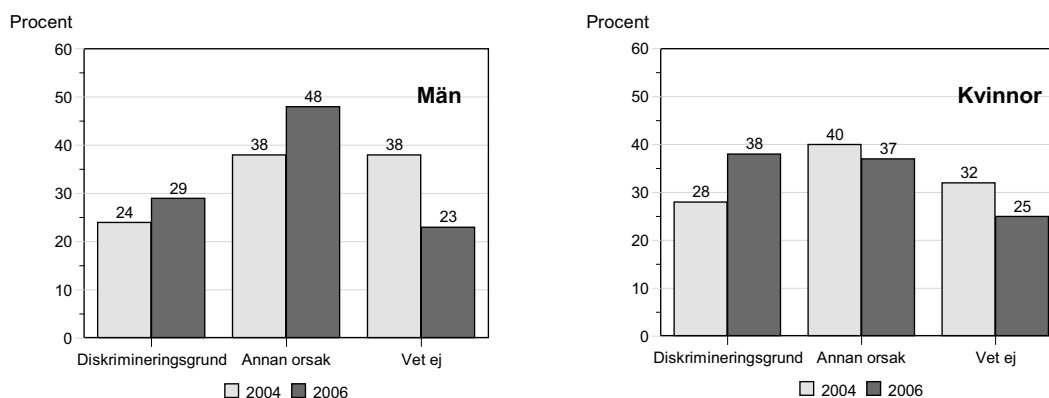
Ett annat sätt att indirekt att belysa förekomsten av diskriminering i samhället är att visa på vilka grupper som i högre grad än andra uppger att de utsätts för kränkande bemötande. Enligt undersökningen 2006 uppgav 20 procent av befolkningen att de hade utsatts för kränkande bemötande. Det var särskilt yngre kvinnor (34 procent), personer födda utanför Europa (27 procent), personer med funktionshinder (26 procent) samt personer med en homo- eller bisexuell läggning (43 procent) som uppger att de hade utsatts för kränkande bemötande. Siffran för sexuell läggning gäller från 2005 då en knapp fjärdedel uppger att de hade utsatts för kränkande bemötande.



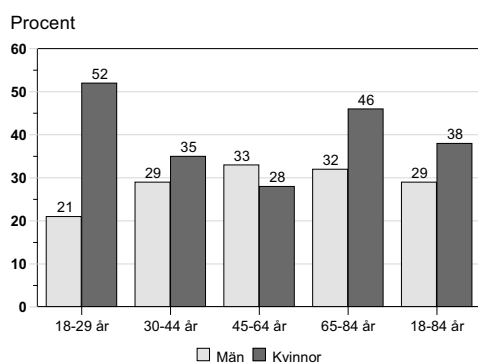
Figur 1. Andel (procent) personer i befolkningen som rapporterat att de har blivit diskriminerade, 18-84 år, åren 2004 respektive 2006. Åldersstandardiserade värden. Källa: Hälsa på lika villkor, nationella folkhälsoenkäterna 2004 och 2006, Statens folkhälsoinstitut.

Orsaken till kränkande bemötande/behandling

År 2006 uppgav 35 procent att kränkningen var orsakad av diskriminering, vilket är en ökning i jämförelse med 2004 då 26 procent uppgav att kränkningen var orsakad av diskriminering (figur 2). Den sammanlagda förekomsten av upplevd diskriminering som redovisas i figur 1 påverkas inte, eftersom det totala antalet personer som uppgav kränkande bemötande har minskat från 29 procent 2004 till 20 procent 2006. Det var vanligast bland kvinnor, i synnerhet yngre kvinnor, att uppge diskriminering som orsak (figur 3). De vanligaste diskrimineringsgrundande orsakerna som respondenterna uppgav 2006 var bland kvinnor kön och ålder och bland män etnisk bakgrund och ålder.



Figur 2. Andel (procent) män respektive kvinnor som hade uppgivit någon diskrimineringsgrundande orsak eller annan orsak bland dem som blivit utsatta för kränkande bemötande, 18-84 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004 och 2006, Statens folkhälsoinstitut.



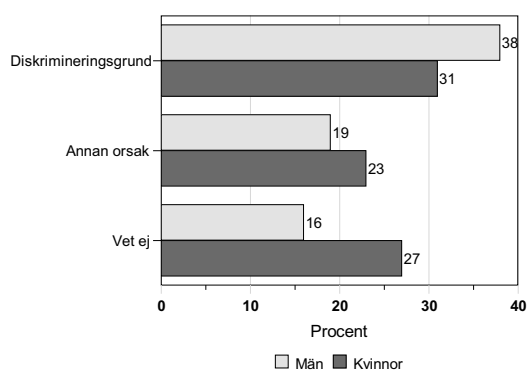
Figur 3. Andel (procent) som blivit utsatta för kränkande behandling och uppgivit någon diskrimineringsgrundande orsak i olika åldersgrupper. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2006, Statens folkhälsoinstitut.

Några arenor för diskriminering

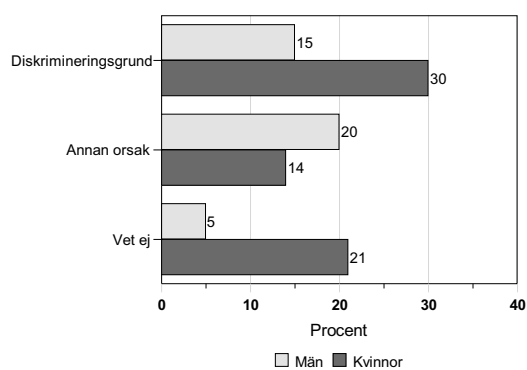
Eftersom resultaten som belyser förekomsten av upplevd diskriminering inom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen baserar sig på 2004 års enkät är det viktigt att utgå från 2004 års resultat. År 2004 uppgav 29 procent att de hade utsatts för kränkande bemötande. Av dessa uppgav 26 procent att orsaken var diskriminering.

Av de 25 procent som år 2004 uppgav att de hade utsatts för kränkande bemötande av sjukvården uppgav 33 procent att orsaken var diskriminering (figur 4). Av de 18 procent som år 2004 uppgav att de hade utsatts för kränkande bemötande av Försäkringskassan uppgav 25 procent att orsaken var diskriminering (figur 5). Av de 26 procent som år 2004 uppgav att de hade utsatts för kränkande bemötande av Arbetsförmedlingen uppgav 32 procent att orsaken var diskriminering (figur 6).

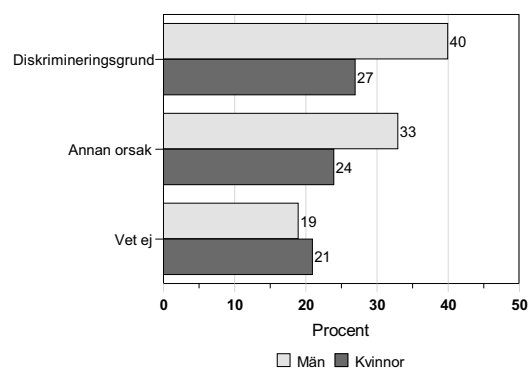
Resultaten visar att kränkande behandling/bemötande var lägre hos Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen än genomsnittet för samhället i stort. Däremot uppgav respondenter i högre grad än för genomsnittet att det kränkande bemötandet var orsakat av diskriminering inom två av verksamheterna, hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen.



Figur 4. Andel (procent) som blivit utsatta för kränkande bemötande inom sjukvården av dem som uppgett någon diskrimineringsgrund som orsak, annan orsak respektive dem som inte visste orsaken, 18-84 år (n=4496). Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 5. Andel (procent) som blivit utsatta för kränkande bemötande inom Försäkringskassan av dem som uppgett någon diskrimineringsgrund som orsak, annan orsak, respektive dem som inte visste orsaken, 18-64 år (n=798). Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 6. Andel (procent) som blivit utsatta för kränkande bemötande inom Arbetsförmedlingen av dem som uppgett någon diskrimineringsgrund som orsak, annan orsak, respektive dem som inte visste orsaken, 18-64 år (n=620). Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.

Samband mellan diskriminering och hälsa

I tabell 1 beskrivs hur vanligt det är att personer som upplever respektive inte upplever diskriminering upplever att de lider av psykisk och kroppslig ohälsa som uttrycks genom åtta olika mått. Det var vanligare eller mycket vanligare bland personer som har upplevt diskriminering att uppge båda psykisk och kroppslig ohälsa. Sambandet var starkare med den psykiska ohälsan. Det var också vanligare för män än för kvinnor som upplevt diskriminering att uppge sin psykiska och kroppsliga hälsa som dålig.

Ohälsoindikatorer	Diskriminerade			
	Kvinnor		Män	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Nedsatt psykiskt välbefinnande	39	17	44	12
Svår ångslan, oro, ångest	16	4	19	2
Mycket stressad	9	2	8	1
Svåra sömnsvärigheter	17	6	17	4
Självordstankar	30	11	33	8
Självordsförsök	10	4	12	2
Dålig självskattad hälsa	17	6	17	5
Kroppslig ohälsa*	34	20	28	15

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2006, Statens folkhälsoinstitut.

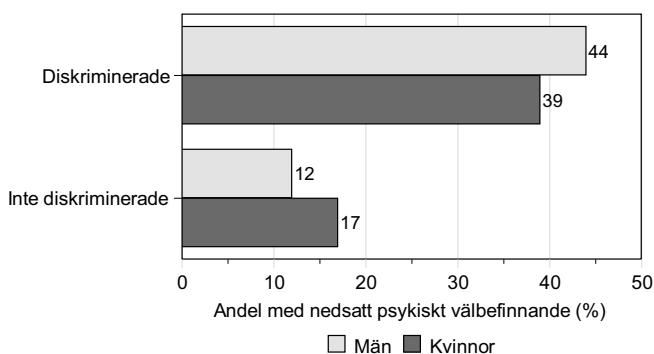
* De som uppgett att den kroppsliga hälsan inte varit god 15 dagar eller mer den senaste 30-dagarsperioden.

Tabell 1. Andel (procent) kvinnor och män med ohälsa bland dem som blivit diskriminerade och dem som inte blivit diskriminerade, 18-84 år. Åldersstandardiserade värden.

I figur 7-10 beskrivs att det var vanligare eller mycket vanligare bland de personer som hade upplevt diskriminering att uppge ett nedsatt psykiskt välbefinnande (2-3 gånger bland kvinnor och 3-4 gånger bland män), vara mycket stressad (4 gånger bland kvinnor och 8 gånger bland män), ha haft självordstankar (2-3 gånger bland kvinnor och 4 gånger bland män) samt uppge sitt hälsotillstånd som dåligt (2-3 gånger bland kvinnor och 3-4 gånger bland män) än för de personer som inte hade upplevt diskriminering.

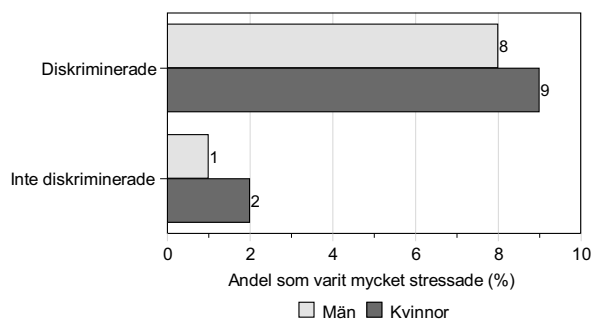
Det var också enligt undersökningen vanligare eller mycket vanligare bland de personer som hade upplevt diskriminering att sakna praktiskt och emotionellt stöd, ha lågt förtroende för institutioner (exempelvis Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården) och ha lågt förtroende för sin omgivning.

Enligt undersökningen var det vanligare (kvinnor) eller mycket vanligare (män) bland de personer som angav fler än en diskrimineringsgrund som orsak till det kränkande bemötandet att i högre grad uppge sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt än för de personer som uppgav en diskrimineringsgrund som orsak (figur 11).

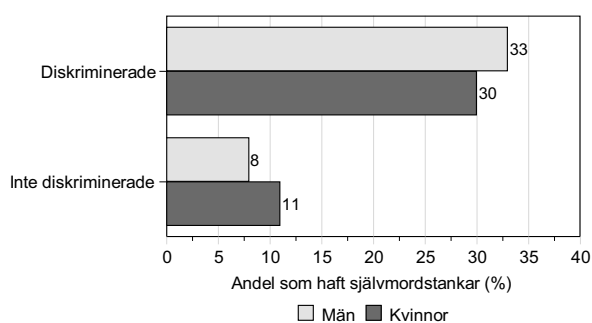


Figur 7. Andel (procent) med nedsatt psykiskt välbefinnande bland dem som blivit diskriminerade och dem som inte blivit diskriminerade, 18-84 år. Åldersstandardiserade värden.

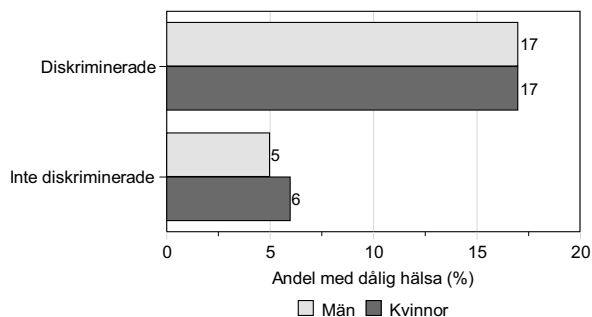
Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2006, Statens folkhälsoinstitut.



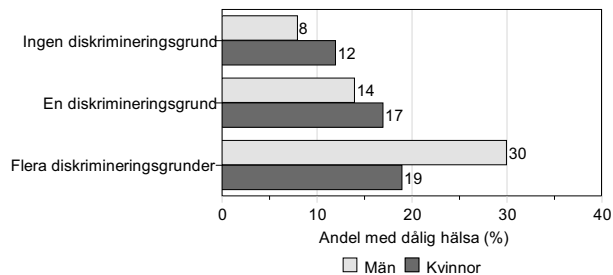
Figur 8. Andel (procent) som varit mycket stressade bland dem som blivit diskriminerade och dem som inte blivit diskriminerade, 18-84 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2006, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 9. Andel (procent) som haft självmordstankar bland dem som blivit diskriminerade och dem som inte blivit diskriminerade, 18-84 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2006, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 10. Andel (%) som rapporterat dåligt allmänt hälsotillstånd bland dem som blivit diskriminerade och dem som inte blivit diskriminerade, 18-84 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2006, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 11. Andel med dåligt allmänt hälsotillstånd bland dem som uppgivit ingen, en eller flera diskrimineringsgrunder, 18-84 år (n=9 077) Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2006, Statens folkhälsoinstitut.

Kapitel 5.

Resultat från den kvalitativa undersökningen

Att validera frågor om självrapporterad diskriminering¹⁵

Statistiska centralbyråns centrala metodenhet (U/MET) har på DH:s uppdrag genomfört kvalitativa undersökningar i syfte att validera frågor kring självrapporterad diskriminering, med utgångspunkt från bland annat frågor i den nationella folkhälsoenkäten, men även från andra frågeformuleringar och begrepp inom ämnet. Tanken med undersökningarna var att valideringen ska utgöra underlag för såväl ”frågebatteri” samt framtida indikatorer för självrapporterad diskriminering. Ett annat syfte var att få ökad kunskap kring diskrimineringens samband med ohälsa eller andra faktorer.

Undersökningarna skulle närmare belysa diskrimineringens samband med etnicitet, sexuell läggning och funktionshinder. En viktig fråga var att studera det som förenar och skiljer olika diskrimineringsgrunderna åt samt hur de relateras till varandra – hur olika diskrimineringsgrunder stärker respektive försvagar varandra. Undersökningarna utgjordes av tre fokusgrupper och ett antal enskilda djupintervjuer.

I samverkan med DH bestämdes några urvalskriterier. Det var viktigt att eftersträva mångfald och bästa förutsättningar för kommunikation; spridning på ålder, kön, samt sysselsättning. Det var önskvärt att vistelsetiden i Stockholm skulle variera, och icke föreningsaktiva och personer som inte besvarat så många enkäter var önskvärda deltagare. Eftersom det i fokusgrupperna ingick homo- och bisexuella, personer som var utrikes födda och personer med olika funktionshinder ingick även flera andra specifika urvalskriterier.

Utifrån ovanstående kriterier rekryterades sammanlagt 27 personer till fokusgrupper och intervjuer. Rekryteringen gjordes via projektets egna kontakter och nätverk inom bland annat föreningar och organisationer, alltså via ”gate-keepers” och ”snöbollsurval”. Under våren 2006 genomfördes tre fokusgrupper och fjorton djupintervjuer med tjugosju personer – 14 kvinnor och 13 män, mellan 19 och drygt 60 år.

Dessa personer var födda i sammanlagt sju länder, hade olika funktionshinder (hörselskada, synskada, psykiskt funktionshinder, stroke, rörelsehinder, dyslexi), Nio personer var öppet homo- och bisexuella och tre personer var födda i Sverige, öppet heterosexuella och samtidigt utan funktionshinder. De flesta arbetade inom olika områden (~ 18), ett antal studerade (~ 6), några både arbetade och studerade (~ 2), en var arbetsökande och ytterligare en ”höll på att gå i pension”. En frågeguide togs fram för fokusgrupperna och intervjuerna som handlade om hur deltagarna uppfattar och upplever begreppet diskriminering, och terminologi som används i anslutning till begreppet, till exempel trakasserier och kränkande behandling.

Negativ särbehandling utifrån en reell eller tillskriven grupptillhörighet¹⁶

I avvaktan på SCB:s slutrapport¹⁷ som beskriver resultaten i sin helhet har DH:s expertgrupp granskat den skriftliga dokumentationen från fokusgrupperna och intervjuerna. I ett internt PM och vid den

¹⁵ Detta avsnitt baserar sig på Appendix 2: ”Vad innebär diskriminering – Jämförelser mellan olika gruppers uppfattningar och med närliggande begrepp”, Statistiska centralbyrån, 2006. Appendix 2 finns tillgängligt på följande webbplatser www.fhi.se; www.do.se; www.ho.se; www.homo.se.

¹⁶ Detta avsnitt baserar sig på ett internt PM från expertgruppen som ställts till DH 2006-08-18 samt från expertgruppens presentation vid den nationella konferensen om diskriminering och hälsa 2006-09-25. Med expertgruppen avses Martin Börjeson, Fredrik Lindencrona och Karin Nyqvist.

¹⁷ Rapporten publiceras i samband med publiceringen av föreliggande rapport; Appendix 2: ”Vad innebär diskriminering – Jämförelser mellan olika gruppers uppfattningar och med närliggande begrepp”, Statistiska centralbyrån, 2006. Appendix 2 finns tillgängligt på följande webbplatser www.fhi.se; www.do.se; www.ho.se; www.homo.se.

nationella konferensen om diskriminering och hälsa presenterade expertgruppen olika aspekter av arbetet med kvalitativa undersökningar samt gjorde en översiktlig bedömning av resultatet.

DH:s expertgrupp belyste vikten av att genomföra validering av frågor kring självrapporterad diskriminering och att självupplevd diskriminering och särskilt dess relation till hälsa är nytt område och ett komplext och abstrakt begrepp. Det är därför angeläget att veta begreppets avgränsning och delaspekter av begreppet enligt olika intervjupersoners utsago. Expertgruppen gjorde några generella iakttagelser utifrån undersökningarna. Dessa iakttagelser synliggörs genom ett urval av citat från fokusgrupperna och intervjuerna.

1. Diskriminering är ett mångfacetterat begrepp

”Diskriminering känns som om det förutsätter att det har skett en generalisering av några som man kan placera in i det berömda facket”

”...någon slags uppdelning i grupper utifrån egenskaper eller karaktäristika en hierarki mellan grupperna..... normativt.... kopplat till mervärde.... Diskriminering är väl själva konsekvensen av det tänkandet.”

”Diskriminering är att bli utestängd från någonting...”

”Diskriminering betyder att man blir särbehandlad...”

”...att man inte blir sedd utifrån de förutsättningar man har...”

”...att man inte får tillgång till samma möjlighet...”

”Diskriminering är att ta ifrån en person dens rättigheter pga etnisk bakgrund eller utseende eller politiska åsikter...”

”Det är att bli orättvist behandlad, helt grundlöst orättvist behandlad”

2. Trakasserier är inte detsamma som diskriminering.

I allmänhet uppfattas trakasserier som mer drastiskt än diskriminering. Det är en aktivitet som går mer direkt på djupet på en person än diskriminering, som mer handlar om grupp. Motivet till trakasserier kan vara grundad i en diskrimineringsgrund.

Trakasserier är mer medvetet:

”... en distinktion måste ändå vara ’medvetenheten’...”

”Trakasserier är aldrig omedvetna utan det är ett medvetet val man gör för att komma åt en person på ett eller annat sätt...”

”... känns som om man har ett medvetet ont uppsåt om man trakasserar”

Trakasserier är mer systematiskt

”... det är mer systematiskt på något sätt”

”Man angriper någon kontinuerligt”

”Det handlar om förföljelse tycker jag – att trakassera.”

Trakasserier uppfattas också som mer individuellt och fysiskt

"...det är riktat mot en person. Diskriminering är att behandla en viss typ av människor på ett sätt..."

"Jag tror att trakasserier är mer våldsamt... mer fysiskt..."

Kapitel 6.

Ett arbete mot diskriminering är ett arbete för en bättre folkhälsa

Sammanfattande diskussion

I denna slutrapport har DH presenterat sina resultat. Dessa har inkluderat ett gemensamt förhållnings-sätt till diskriminering, självrapporterad diskriminering som metod att mäta diskriminering och hälsa, och som indikator för att följa diskrimineringens utveckling och utbredning. I anslutning till detta har DH i kapitel 4-5 presenterat resultat från den nationella folkhälsoenkäten samt de preliminära resultat från de kvalitativa undersökningarna som har genomförts i SCB:s regi.

Resultaten pekar på att förekomsten av diskriminering är vanlig och tar sig olika uttryck i samhället och har samband med kön, ålder, födelseland, funktionshinder och sexuell läggning. Det förekommer diskriminering inom de tre institutioner som analyserades; Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt hälso- och sjukvården.

Förekomsten av självrapporterad diskriminering har i stort sett legat still 2004-2006. Den enda tydliga skillnaden är att människor i betydligt högre grad 2006 tar ställning och uppger diskriminering som orsak till kränkande bemötande/behandling än vad som var fallet 2004. En möjlig förklaring kan vara att människor har blivit mer medvetna om diskriminering. Detta faktum kan i sin tur förklaras av att lagstiftningen mot diskrimineringen börjat få fäste och att diskrimineringsfrågorna flitigt har debatterats i medier under de senaste åren.

Resultaten visar att sambanden mellan diskriminering och ohälsa rent generellt är starka eller till och med mycket starka. Sambanden med den psykiska ohälsan var starkare än med den kroppsliga ohälsan. Sambanden var också starkare bland män än bland kvinnor och de personer som uppgav fler än en diskrimineringsgrund för diskriminering upplevde sin hälsa som sämre än de personer som endast uppgav en diskrimineringsgrund som orsak.

DH har påvisat och på så sätt klargjort att sambanden mellan diskriminering och ohälsa är starka men många frågetecken återstår. Den nationella folkhälsoenkäten är en så kallad tvärsnittsundersökning vilket innebär att det är omöjligt att undersöka orsakssambanden mellan diskriminering och hälsa. I rapporten har DH redogjort för möjliga förklaringar till sambanden mellan diskriminering och hälsa. Det har visat sig att diskriminering kan påverka hälsan på många olika sätt och det är därför viktigt med ytterligare forskning på området.

SCB:s kvalitativa undersökningar syftar till att ringa in de frågor som bör ställas för att fånga in förekomsten av diskriminering. SCB:s egna slutsatser presenteras i samband med att föreliggande rapport publiceras. De preliminära resultaten pekar på att diskriminering är ett mångfacetterat begrepp, att trakasserier inte går att likställa med diskriminering samt att upplevelsen av att bli kränkt primärt handlar om en känsla som en av många möjliga reaktioner på diskriminering. Behovet av ytterligare validering av frågorna är därför stort.

DH menar sammanfattningsvis att ett arbete mot diskriminering också är ett arbete för en bättre folkhälsa och att åtgärder mot diskriminering därför bör vidtas på alla möjliga områden i samhället.

Förslag till åtgärder

I den nationella handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna anges att regeringen mot bakgrund av den kunskap som samlas in bland annat inom projektet diskriminering och hälsa överväger vilka åtgärder som kan vidtas för att öka förutsättningarna för en god hälsa bland personer som utsätts för

diskriminering.(1) Den kunskap som samlats in till projektet bygger på egna undersökningar, expertutlåtanden samt genomförande av workshops, referensgruppsmöten, möten med intresseorganisationer och en nationell konferens.

1. Valideringsprocessen bör fortsätta

DH anser att SCB undersökningarna har genererat ett bra underlag för fortsatt validering och att ett nästa mer utvecklat steg i valideringen bör vidtas.

Expertgruppen har i sitt interna PM lagt förslag på genomförandet av en explorativ processmodell som ett nästa steg i en validering. Modellen innebär enligt expertgruppen en fördjupad förståelse för diskrimineringsupplevelser som ger förutsättningar att bättre studera relationen till hälsa och relationen mellan objektiv eller subjektiva diskrimineringsupplevelser. Arbetet tar sin utgångspunkt i det insamlade råmaterialet men behöver kompletteras med några ytterligare intervjuer.¹⁸ En kvantitativ validering bör sedan slutföra valideringsprocessen.

2. En handbok om mätning av diskriminering

Inom området diskriminering och hälsa är det särskilt angeläget att många aktörer på den nationella, regionala och lokala nivån och intresseorganisationer, tillsammans och var för sig, kartlägger i vilken mån diskrimineringen förekommer och hur sambanden med hälsan ser ut. Flera av dessa aktörer genomför egna befolkningsundersökningar eller bedriver egen forskning eller projekt som angränsar till området.

Som ett resultat av projektet och i synnerhet den föreslagna fortsatta valideringen (se förslag 1) bör därför en metodhandbok om mätning av diskriminering tas fram. Detta för att underlätta användandet av de frågor som handlar om att kartlägga förekomsten av diskriminering samt andra indikatorer som kan komplettera bilden och på så sätt synliggöra förekomsten av diskriminering.

3. En fördjupad befolkningsundersökning om diskriminering och hälsa

I den nationella folkhälsoenkäten ställs endast ett fåtal frågor om upplevd diskriminering och det saknas på så sätt information om viktiga beståndsdelar av den upplevda diskrimineringen. Det är därför viktigt att genomföra en fördjupad undersökning om diskriminering och hälsa.

En fördjupad undersökning kan beskriva andra faktorer i relation till den upplevda diskrimineringen, exempelvis när i tiden, i vilken omfattning, på vilket sätt, orsaken samt vilka reaktioner hos människor som den upplevda diskrimineringen har framkallat och vilka effekter det därmed kan få för exempelvis hälsan.

Det finns redan ett validerat frågeformulär för en sådan undersökning som har tagits fram av Nancy Krieger och som kallas Experiences of Discrimination (EOD).(25) En av DH:s experter, Gunilla Krantz, påpekar att (EOD) enligt olika undersökningar har visat sig ha hög reliabilitet och validitet då det har jämförts med andra skalor. Krantz menar att ett sådant instrument skulle kunna översättas till svenska och prövas på en större population där grupper med hög risk att uppleva sig diskriminerade var inkluderade.(2)

En begränsning med formuläret är i dagsläget att det primärt är inriktat på etnisk diskriminering men det kan möjligtvis ligga till grund för innehållet i ett frågeformulär som kan översättas till andra

¹⁸ Den explorativa processmodellen beskrivs i sin helhet ett internt PM från expertgruppen som ställts till DH 2006-08-18 samt presenterades av expertgruppens vid den nationella konferensen om diskriminering och hälsa 2006-09-25. Med expertgruppen avses Martin Börjeson, Fredrik Lindencrona och Karin Nyqvist.

grunder för diskriminering. När valideringen (se förslag 1) är genomförd bör en kvantitativ validering genomföras av EOD. På så sätt översätts frågebatteriet till ett svenskt sammanhang och blir giltigt för samtliga diskrimineringsgrunder.

4. En jämförande befolkningsundersökning om diskriminering och hälsa inom Europeiska unionen

Under förutsättning att förslag 3 ”en fördjupad befolkningsundersökning om diskriminering och hälsa” genomförs, bör även andra länder inom och utom den Europeiska Unionen utforma och genomföra en motsvarande undersökning om diskriminering och hälsa. Eftersom ramen för undersökningen utgörs av det frågeformulär som tagits fram av Nancy Krieger och redan har använts på engelska och spanska är förutsättningarna goda att utforma motsvarande frågebatteri för fler länder, språk och samhällen.⁽²⁵⁾ De jämförande befolkningsundersökningarna bör i likhet med den svenska också utformas för samtliga diskrimineringsgrunder.

5. Avsätt forskningsmedel för diskriminering och hälsa

DH anser att det finns behov av mer forskning inom diskriminering och hälsa och att speciella medel bör avsättas för detta ändamål.¹⁹ DH menar att forskningen bör fokusera på:

- Samhällskonsekvenser av diskriminering både när det gäller hälsa och ekonomi
- Mekanismer bakom diskrimineringens påverkan på hälsan
- Hur olika maktstrukturer och diskrimineringsgrunder samvarierar och förhåller sig till varandra för att närmare förstå på vilket sätt diskrimineringen i samhället samvarierar med hälsan
- Hur reaktioner/strategier mot upplevelser av diskriminering påverkar hälsan
- Hur åtgärder mot diskriminering har effekt för förekomsten av diskriminering samt de drabbades hälsa.

Några av ovanstående punkter kan belysas genom att man utformar och genomför en fördjupad undersökning om diskriminering och hälsa som överensstämmer med den redan validerade undersökningen som genomförts i regi av Nancy Krieger (se förslag 3–4).

6. Den nationella folkhälsoenkäten bör inkludera en fråga om sexuell läggning

I dag är det möjligt att redovisa de flesta diskrimineringsgrunderna i den nationella folkhälsoenkäten. Det är därför mycket viktigt att den nationella folkhälsoenkäten i framtiden inkluderar en fråga som belyser respondentens sexuella läggning.

I Statens folkhälsoinstituts återsrapportering om HBT-personers hälsosituation framkom det att skillnaderna i hälsa var stora och att diskriminering var en viktig orsak till detta.⁽¹⁷⁾ En fortsatt kartläggning med avseende på sexuell läggning bör därför vara en stor angelägenhet för att synliggöra ojämlikhet i hälsa samt diskrimineringen i samhället. Att ställa en fråga om sexuell läggning har dessutom inte visat sig ha någon större inverkan på svarsfrekvensen i tidigare genomförda folkhälsoenkäter. Utmaningen handlar snarare om att utforma en fråga som på bästa sätt inkluderar sexuell läggning.

7. Den nationella folkhälsoenkäten bör regelbundet kompletteras med kvalitativa undersökningar

Frågorna om självrapporterad diskriminering bör löpande (vart fjärde år) kompletteras med kvalitativa undersökningar i syfte att få vetskap om att de frågor som ställs fortfarande är relevanta för det som

¹⁹ Flera av DH:s förslag överensstämmer med förslagen i (13)

avses mätas, upplevd diskriminering, eller om förändringar i samhället har bidragit till att frågan har fått annan betydelse och bör kompletteras eller till och med bytas ut.

8. Frågorna om diskriminering i den nationella folkhälsoenkäten bör omformuleras

När valideringen (se förslag 1) av frågorna kring självrapporterad diskriminering är genomförd föreslår DH att en översyn görs som handlar om en eventuell omformulering av frågorna. Exempelvis bör här frågan om kränkande bemötande, dess relation till diskriminering, samt på vilken arena diskrimineringen sker ses över.

För att respondenten i fortsättningen inte ska riskera att uppleva att någon skuld till diskrimineringen ligger hos denne vill dock DH redan idag omformulera frågan:

- Av vilken orsak blev du behandlad/bemött så att du kände dig kränkt? (Svarsalternativ: Etnisk bakgrund, Kön, Sexuell läggning, Ålder, Funktionshinder, Religion, Annat – öppen fråga, Vet ej)

I stället bör frågan lyda:²⁰

- Hade den kränkande behandlingen/bemötandet samband med något av följande alternativ? (Svarsalternativ: Etnisk bakgrund, Kön, Sexuell läggning, Ålder, Funktionshinder, Religion, Annan orsak, Vet ej)

9. Samverkan med fokus på barn och ungdom

Inom DH har inte barnperspektivet beaktats i tillräcklig hög grad. En orsak till detta är att det kvantitativa material som projektet har utgått ifrån (den nationella folkhälsoenkäten) sträckt sig från 16 år och uppåt och att de kvalitativa undersökningarna primärt har riktats mot den vuxna befolkningen i syfte att validera frågor för självrapporterad diskriminering.

Barn och ungdomars upplevelser av kränkningar och diskriminering är självfallet en mycket viktig del, inte minst med tanke på projektets egna resultat som visar på att den yngre befolkningen i högre grad än den äldre kränks och diskrimineras. Mot bakgrund av den nya Lagen (2006:67) om förbud mot diskriminering och annan kränkande behandling av barn och elever och att ett av den nationella folkhälsopolitikens målområden har fokus på barns villkor bör ett samarbete kring mätningar (kvalitativ och kvantitativ) av barns upplevelser av kränkningar och diskriminering komma till stånd. Ett möjligt samarbete kan etableras med Skolverket som nyligen har fått ett regeringsuppdrag att kartlägga förekomsten av kränkande bemötande och diskriminering i skolan.

10. Genomför brukarundersökningar om diskriminering

DH föreslår att brukarundersökningar gällande förekomsten av diskriminering bör genomföras inom de verksamheter som har direktkontaktkontakt med brukare och som har relevans för människors hälsa. Dessa kan bland annat handla om hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt flertalet kommunala verksamheter som individ- och familjeomsorgen, handikappomsorgen eller äldreomsorgen.

Dessa undersökningar kan för den statliga sektorn falla inom ramen för genomförande av antidiskrimineringsstrategier som lyfts fram i handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna 2006–2009.

²⁰ Förslaget till frågeformulering kan komma att justeras.

Handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna 2006 lyfter vid sidan av utformandet av antidiskrimineringsstrategier också fram vikten likabehandling i sjukvården. (1) I FHI:s återrapportering av HBT-uppdraget anges också myndigheters och organisationer bedrivande av ett aktivt arbete mot diskriminering av HBT-personer i sin externa verksamhet mot kunder/brukare som en viktig åtgärd.⁽¹⁷⁾ I ”Det blågula glashuset – utredningen om strukturell diskriminering” föreslås att en kunskapsbank för hälsovård i ett mångkulturellt samhälle ska inrättas. Enligt förslaget ska banken bygga på kunskaper som utvecklas inom ramen för DH.⁽⁵⁾ I anslutning till detta förslag menar DH att kunskapsbanken bör inkludera alla diskrimineringsgrunder och som första uppgift i så fall bör kartlägga brukarnas upplevelser av kränkande bemötande och diskriminering inom hälso- och sjukvården.

11. Inrätta ett nationellt uppföljningssystem för diskriminering

DH anser att ett nationellt uppföljningssystem för diskriminering bör inrättas. Den nuvarande situationen att belysa diskriminering utifrån flertalet politikområden, med olika diskrimineringsgrunder och olika verksamheter i fokus försvårar möjligheterna att få en god överblick över hur diskrimineringen i samhället egentligen utvecklas över tid.

Det saknas en sammantagen analys som inkluderar samtliga skyddade (och oskyddade) diskrimineringsgrunder och olika aspekter av diskriminering som kan komma ifråga utifrån olika verksamheter, exempelvis bostadsmarknaden, hälso- och sjukvården och arbetsmarknaden. Ett mer systematiskt tillvägagångssätt kan bidra till att löpande ge en bild av hur diskrimineringen utvecklas och eventuellt breder ut sig. Ett uppföljningssystem kan inkludera olika aspekter av diskriminering under ett och samma paraply, vars analys kan utgöra ett gott beslutsunderlag för att vidta lämpliga åtgärder och fördela de ekonomiska resurserna på ett bra sätt.

Den befintliga strukturen för genomförandet av den nationella folkhälsopolitiken utgör en lämplig plattform för att löpande följa upp utvecklingen av diskrimineringen i samhället. Förutom en befintlig och fungerande struktur angränsar målet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor bland hela befolkningen” till de mänskliga rättigheterna vilket i sig är ett arbete för att motverka diskriminering. DH menar dessutom att det omfattande arbetet som redan har genomförts av FHI i syfte att belysa evidensen för sambanden mellan bestämningsfaktorer/indikatorer och hälsa/ohälsa här bör tas till vara.

En brist i den befintliga uppföljningen för den nationella folkhälsopolitiken är att diskriminering som en av hälsans bestämningsfaktor endast med tydlighet anges under ett av målområdena (målområde 1) och där fokus är på förekomsten av etnisk diskriminering. Det är därför viktigt att diskriminering följs upp mot det övergripande målet ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”.

Målområdena 1–6 är att betrakta som mycket viktiga för att belysa diskrimineringen i samhället. Delaktighet och inflytande, ekonomisk och social trygghet, trygga och goda uppväxtvillkor, hälsa i arbetslivet, sunda och säkra livsmiljöer och produkter samt hälso- och sjukvården utgör alla viktiga områden, där analyser av ojämlikheter i hälsa alltid bör analyseras ur ett diskrimineringsperspektiv. Övriga målområden bör också efter behov beaktas och kompletteras i en sådan analys.

En svaghet med flera av de befintliga indikatorerna är att de för stunden inte är nedbrytbara på lokal och regional nivå, inte kan redovisas för alla önskvärda diskrimineringsgrunder (bortsett från kön och ålder) och inte alltid belyser och/eller berör de faktorer i samhället som är giltiga för olika diskriminerade grupperns livsvillkor.²¹ DH anser att indikatorn självrapporterad diskriminering kan kompletteras av andra mer giltiga indikatorer och på så sätt kan förstärka/försvaga mönster som kan redovisas i en analys av detta slag.

²¹ I remissvaren på den Folkhälsopolitiska rapporten från DO (26) och HomO (27) redovisas några förslag på indikatorer som kan ingå som komplement i ett nationellt uppföljningssystem.

Genom att analysera den nationella folkhälsopolitiken ur ett diskrimineringsperspektiv finns stora möjligheter att få en mer samlad bild av situationen när det gäller diskriminerings utveckling och utbredning och samtidigt på ett naturligt och systematiskt sätt förhålla sig till diskriminerings samband med hälsan. Ett sådant förslag går hand i hand med handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna 2006 som där anger att indikatorer ska tas fram för att utvärdera och följa upp arbetet för de mänskliga rättigheterna på nationell nivå(1), och är i linje med det resonemang som förs kring den nationella folkhälsopolitiken i den nyligen avrapporterade utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering.(28)

12. Inrätta ett lokalt och regionalt uppföljningssystem för diskriminering

I handlingsplanen för de mänskliga rättigheterna 2006-2009 föreslås att kommunerna ska ta fram mål och handlingsplaner för de mänskliga rättigheterna.(1) I åtgärdsbeskrivningen av den folkhälsopolitiska rapporten lyfts vikten av att stärka arbetet mot diskriminering på den lokala och regionala nivån fram.(12) DH har i samklang med dessa åtgärder samt i samverkan med en referensgrupp från den lokala och regionala nivån konstaterat att en förutsättning för ett sådant arbete är att den lokala och regionala nivån på ett systematiskt sätt följer upp förekomsten av diskriminering.

DH anser att ett lokalt och regionalt uppföljningssystem för diskriminering bör inrättas. Uppföljningssystemet bör ha liknande struktur som det nationella uppföljningssystemet och utformas i nära samverkan med företrädare från kommuner och landsting.

DH menar att kommunernas och landstingens verksamheter är mycket viktiga för att få till stånd en förändring som kan innebära skillnader för människors livsvillkor. Det finns stort intresse hos många förtroendevalda och tjänstemän inom kommuner och landsting till förändringsarbete i syfte att motverka diskriminering. Det saknas däremot tillförlitliga verktyg för att mäta diskriminering på lokal och regional nivå. Genom tillförlitliga mått och mätmetoder kan förtroendevalda kartlägga och följa om eventuella insatser har någon effekt för anställda och/eller för befolkningen i stort. På så sätt kan förtroendevalda inom ramen för sina årsbokslut/årsredovisningar lyfta in diskriminering som variabel och tillfälle ges att på ett systematiskt sätt inkludera satsningar mot diskriminering inom det ordinarie mål- och budget arbetet.

Den nationella folkhälsopolitiken kan på olika sätt fungera som en inspiration och stöd för det lokala och regionala arbetet. En modell som används av ett 40 tal kommuner i Sverige är "Lokala välfärdsbokslut" som är en metod för styrning och uppföljning av kommunal verksamhet och som har utformats av Statens folkhälsoinstitut, Sveriges kommuner och landsting samt flertalet kommuner och landsting runt om i Sverige. Målet med att genomföra lokala välfärdsbokslut är "att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor hos kommunens invånare". Invånarnas hälsa och välfärd beskrivs genom 30 bestämningsfaktorer och 39 indikatorer som har störst betydelse för folkhälsan men som samtidigt är relevanta ur det lokala och regionala perspektivet.(29) Modellen är redan beprövad och utvecklas ständigt i nära samverkan med flertalet kommuner och landsting.

Mot bakgrund av föregående avsnitts diskussion om den nationella folkhälsopolitikens särskilda lämplighet som plattform för ett nationellt uppföljningssystem för diskriminering i samhället anser därför DH att arbetet med lokala välfärdsbokslut på motsvarande sätt kan fylla en sådan funktion för den lokala och regionala nivån.

13. Utarbeta ett stödmaterial för kommuner för att motverka diskriminering

Det räcker inte att mäta förekomsten av diskriminering och ställa det i relation till hälsan. Under projektets gång har det, från kommunalt och regionalt håll, framförts att det saknas ett praktiskt stöd för

att bedriva ett aktivt arbete mot diskriminering.²² Ett stöd som innefattar konkreta förslag på effektiva åtgärder för att motverka diskriminering och som kan gälla rent generellt för fler grunder eller som kan ha fokus endast på en diskrimineringsgrund. DH anser därför att ett sådant stödmaterial bör tas fram i nära samverkan med företrädare för kommuner och landsting.

²² Förslaget framkom bland annat vid den nationella konferensen om diskriminering och hälsa den 25 september 2006 i Stockholm men har även diskuterats vid mötet med DH referensgrupp för den lokala och regionala nivån den 7 september 2006.

Avslutande kommentarer

När DH inleddes 2004 var kunskaperna om diskriminering och hälsa ur ett svenskt perspektiv begränsade. Med hjälp av den nationella folkhälsoenkäten och den forskning som bedrivits under de senaste åren, går det idag att säga mycket mer om sambanden mellan diskriminering och hälsa och om lämpliga tillvägagångssätt för att följa diskrimineringens utveckling och utbredning än vad som var fallet 2004.

De samverkande myndigheterna har haft ett ömsesidigt utbyte av projektet.

För DO, HO och HomO:s del har samverkansprojektet bidragit med kunskap om vilka konsekvenser som diskrimineringen har för människors hälsa och därigenom gett ökad styrka i det utåtriktade arbetet att motverka förekomsten av diskriminering. När det gäller att mäta förekomsten av diskriminering har dessutom projektet bidragit till att ge en mer tillförlitlig bild av i vilken mån diskriminering förekommer i samhället vilket kan bidra till att synliggöra om man vidtar rätt åtgärder i arbetet mot diskriminering.

För FHI:s del har samverkansprojektet bidragit till att de undersökningar som årligen genomförs om befolkningens hälsa innefattar frågor som belyser diskriminering på ett så adekvat sätt som möjligt. Analyser av dessa data har genomförts på ett sätt som också har gjort det möjligt att synliggöra diskrimineringen för olika grupper i samhället. Diskrimineringsfrågorna har därmed fått en bredare ansats och innefattar flera målgrupper och målområden, vilket i sig bidrar till att stärka och tydliggöra det nationella, regionala och lokala folkhälsoarbetet.

DH avslutas den 31 oktober 2006. Projektets styrgrupp består av Jonas Frykman (projektledare), Weini Kahsai Nobel (DO), Johanna Ahnquist (FHI), Anna Schölin (HO) och Marie Lindberg (HomO). DH har under projektets tid haft många personer samt organisationer att tacka för att arbetet har fortskridit på ett bra sätt.

Under det senaste året vill DH särskilt rikta ett personligt tack till

- Martin Börjeson, Socialstyrelsen, Fredrik Lindencrona, Karolinska institutet samt Karin Nyqvist, Sveriges kommuner och landsting som har utgjort ett mycket värdefullt vetenskapligt stöd
- Gunnel Boström, Ann Sofie Karlsson och Sarah Wamala vid Statens folkhälsoinstitut som har bidragit med data från den nationella folkhälsoenkäten samt ett vetenskapligt stöd
- Gunilla Krantz vid Göteborgs universitet som vid workshopen om diskriminering och hälsa utgjorde ett viktigt stöd.
- Ted Bergdahl som var moderator vid konferensen om diskriminering och hälsa.

DH vill också framhålla och tacka

- De personer som på sin fritid har ställt upp och svarat på frågor om diskriminering
- De personer på Statistiska centralbyrån som har genomfört de kvalitativa undersökningarna.
- De personer inom DO, FHI, HO och HomO som på olika sätt har hjälpt projektet
- De personer från HSO, RFSL och SIOS, referensgruppen för den nationella respektive lokala/regionala nivån, samt deltagare vid workshopen och den nationella konferensen för diskriminering och hälsa som genom diskussioner fört in flera viktiga dimensioner i projektet

Referenser

1. Regeringens skrivelse 2005/06:95, En nationell handlingsplan för de mänskliga rättigheterna 2006-2009.
2. Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa, Statens folkhälsoinstitut, 2005:49.
3. Lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering.
4. Nationalencyklopedin. www.nationalencyklopedin.se 2005-11-15.
5. SOU 2005:56 Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige. Betänkande av Utredningen om strukturell diskriminering på grund av etnisk eller religiös tillhörighet.
6. Reyes P & Wingborg M. Vardagsdiskriminering och rasism i Sverige: En kunskapsöversikt, Integrationsverkets rapportserie 2002:13.
7. Reyes P. Intersektionalitet, makt och strukturell diskriminering i SOU 2005:41 Bortom vi och dom: Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. s. 233-255.
8. Krieger N. Discrimination and health. I Berkman L, Kawachi I, red. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2000. s. 36–75.
9. Bildt C. Redovisning av regeringsuppdraget att beforska homo- och bisexuellas arbetsvillkor. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2004. 2004:16.
10. Tillämpningen av Situation testing – metodologi i analysen av arbetsmarknadsdiskriminering: Rapport från Integrationsverkets workshop den 14-15 oktober 2004, Integrationsverket 2005.
11. Prop 2002/03:35 Mål för folkhälsan.
12. Folkhälsopolitisk rapport 2005. Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport 2005:43.
13. Wamala S, Bildt C. Svenska empiriska studier av sambandet mellan diskriminering och psykisk och fysisk ohälsa bland utlandsfödda i SOU 2006:78 Hälsa, vård och strukturell diskriminering. s. 35-84.
14. Lange A. Diskriminering, integration och etniska relationer. Norrköping: Integrationsverket; 2000.
15. Watson JM, Scarinci IC, Klesges RC, Slawson D, Beech BM. Race, socioeconomic status, and perceived discrimination among healthy women. J Womens Health Gend Based Med 2002;11(5):441–51.
16. Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan. Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 2003:31.
17. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation: Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland HBT-personer, Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr A 2005:19.
18. Liljeberg K. Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? – En litteratursammanställning. Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport 2005:2.

19. Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92(4):624–31.
20. Steffen PR, McNeilly M, Andersson N, Sherwood A. Effects of perceived racism and anger inhibition on ambulatory blood pressure in African Americans. *Psychosom Med* 2003;65(5):746–50.
21. Pavalko EK, Mossakowski KN, Hamilton VJ. Does perceived discrimination affect health? Longitudinal relationships between work discrimination and women's physical and emotional health. *J Health Soc Behav* 2003;44(1):18–33.
22. Selye H. *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal: Acta Inc.; 1950.
23. Lange A, *Olika villkor – olika hälsa*, Socialstyrelsen 2000:3.
24. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2001;91(11):1869–76.
25. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau E. Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med* 2005;61:1576–96.
26. DO: Remissvar från Ombudsmannen mot etnisk diskriminering på den Folkhälsopolitiska rapporten 2005, Dnr 1285-2005, 2006-02-15.
27. HomO: Remissvar från Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning på den Folkhälsopolitiska rapporten 2005, Dnr 791/05, 2006-02-15.
28. SOU 2006:78 *Integrationens svarta bok: Agenda för jämlikhet och social sammanhållning*.
29. Utveckling av lokala välfärdsbokslut: En modell för styrning och uppföljning, Statens folkhälsoinstitut 2005:29 och Sveriges kommuner och landsting 2005.

Diskriminering – ett hot mot folkhälsan

Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa

I rapporten *Diskriminering – ett hot mot folkhälsan* presenteras resultat från en stor befolkningsundersökning som pekar på att förekomsten av diskriminering är vanlig, tar sig olika uttryck i samhället och har samband med kön, ålder, födelseland, funktionshinder och sexuell läggning. Sambanden mellan diskriminering och psykisk ohälsa är enligt undersökningen mycket starka.

Enligt en kvalitativ undersökning som presenteras i rapporten är människors syn på begreppet diskriminering mångfacetterad. Behovet av att formulera tillförlitliga frågor som kan mäta förekomsten av diskriminering utifrån människors egna upplevelser är stort, men samtidigt komplext. Enligt rapporten innebär ett arbete mot diskriminering också ett arbete för en bättre folkhälsa. Det är därför angeläget att finna bra metoder för att undersöka och följa upp diskrimineringen i samhället för att kunna vidta effektiva åtgärder mot diskriminering.

Diskriminering – ett hot mot folkhälsan är slutrapporten från samverkansprojektet ”Diskriminering och hälsa”. Projektet har genomförts av Statens folkhälsoinstitut (FHI), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) under åren 2004–2006. Projektet har under 2006 huvudsakligen varit finansierat av Europeiska kommissionen.

This report is supported by the European Community Action Programme to combat discrimination (2001–2006). This programme was established to support the effective implementation of new EU anti-discrimination legislation. The six-year Programme targets all stakeholders who can help shape the development of appropriate and effective anti-discrimination legislation and policies, across the EU-25, EFTA and EU candidate countries.

The Action Programme has three main objectives. These are:

- To improve the understanding of issues related to discrimination
- To develop the capacity to tackle discrimination effectively
- To promote the values underlying the fight against discrimination

For more information see: http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/index_en.htm#3

The information contained in this report does not necessarily reflect the position or opinion of the European Commission.



För mångfald



Mot diskriminering

www.stop-discrimination.info



OMBUDSMANNEN
MOT ETNISK DISKRIMINERING



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT



HANDIKAPP
OMBUDSMANNEN



OMBUDSMANNEN MOT
DISKRIMINERING PÅ GRUND
AV SEXUELL LÄGGNING