

Särbehandlad och kränkt

– en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa

Särbehandlad och kränkt

– en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT R 2005:49

ISSN: 1651-8624

ISBN: 91-7257-399-6

REDAKTÖR: JONAS FRYKMAN

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: EDITA, STOCKHOLM 2006

Innehåll

Förord	7
Sammanfattning	8
Summary	10
Inledning	12
Diskriminering och hälsa – ett samverkansprojekt	13
Rapportens disposition	14
Kapitel 1. Om diskriminering	15
Ett gemensamt förhållningssätt kring begreppen diskriminering och hälsa	16
<i>Vad säger lagen när det gäller diskriminering?</i>	17
Kapitel 2. Att mäta diskriminering och hälsa	19
<i>Indirekt mätning av diskrimineringens effekter på hälsan (individnivå)</i>	21
<i>Mätning av diskrimineringens effekter på hälsan (befolkningsnivå)</i>	22
<i>Mätning av självupplevd diskriminering och dess effekter på hälsan (individnivå)</i>	23
Kapitel 3. Samband mellan diskriminering och hälsa	25
Publicerade artiklar om diskriminering och hälsa	26
<i>Fakta om studierna</i>	26
<i>Vilka samband mellan diskriminering och hälsa visar studierna?</i>	27
Den nationella folkhälsoenkäten 2004–2005	28
<i>Självrapporterad diskriminering som metod i den nationella folkhälsoenkäten</i>	28
<i>Om resultaten från folkhälsoenkäten</i>	28
<i>Förekomsten av kränkande bemötande</i>	29
<i>Orsaken till kränkande bemötande</i>	30
<i>Kränkande bemötande och hälsa</i>	32
<i>Sammanfattning av resultaten från folkhälsoenkäten</i>	34
Kapitel 4. Expertgrupp för diskriminering och hälsa	35
Expertgruppens redovisning	38
Gunilla Krantz	38
<i>Diskriminering – definitioner och synsätt</i>	38
<i>Hur kan man mäta hälsa?</i>	39
<i>Stresshypotesen</i>	39
Anders Lange	41
<i>Diskussion kring diskriminering</i>	41
<i>En alternativ analys av begreppet diskriminering</i>	42
<i>Samband mellan diskriminering och hälsa</i>	43
<i>Förslag när det gäller metod</i>	44
Bera Ulstein Moseng	45
<i>Inledande kommentar om diskriminering av homo- och bisexuella</i>	45
<i>Nätverks- och miljöbaserade undersökningar av levnadsvillkor</i>	45
<i>Diskrimineringsbegreppet</i>	46

Anders Printz	48
<i>Funktionshinder som begrepp</i>	48
<i>Exempel på pågående eller publicerade studier om funktionshinder och diskriminering</i>	48
<i>Vilka kunskapsluckor finns?</i>	49
<i>Viktiga utgångspunkter för framtida studier</i>	50
Kapitel 5. Sammanfattande analys	53
<i>Ett gemensamt förhållningssätt till diskriminering</i>	54
<i>Självrapporterad diskriminering som metod</i>	55
<i>Samband mellan diskriminering och hälsa</i>	55
<i>Kvalitativa undersökningar av upplevelsebaserade data</i>	56
<i>Avslutning</i>	56
Bilaga 1. Lagstiftning mot diskriminering	57
Internationella åtaganden	58
<i>FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för människor med funktionsnedsättning</i>	58
<i>Europakonventionen</i>	58
<i>Diskrimineringsförbudet i förhållande till de fri- och rättigheter som nämns i konventionen</i>	58
<i>Barnkonventionen</i>	59
<i>ILO:s konvention nummer 111</i>	59
EG-rätten	59
<i>Direktivens tillkomst</i>	60
<i>Arbetslivsdirektivet, direktiv 2000/78/EG</i>	60
Nationell rätt	60
<i>Grundlagsbestämmelser</i>	60
<i>Olaga diskriminering</i>	60
Bilaga 2. Gunilla Krantz	63
Disposition	63
Bakgrund	63
<i>Diskriminering – definitioner och synsätt</i>	63
<i>Hur kan man mäta hälsa</i>	65
<i>Hypotes</i>	65
Diskussion	66
<i>Stresshypotesen</i>	66
Tre förslag till forskningsinsatser	68
Projektgruppens frågeställningar	69
Bilaga 3. Anders Lange	71
Begreppsliga utgångspunkter för projektet	71
<i>Projektets definition av begreppet "diskriminering"</i>	75
<i>En alternativ analys av begreppet "diskriminering"</i>	75
Samband mellan diskriminering och hälsa	78
Vilka kunskapsluckor finns?	79
Mätmetoder	80
Indikatorer	80
Det viktigaste framtida forskningsområdet och alternativa angreppssätt	82

Bilaga 4. Bera Ulstein Moseng	83
Inledande kommentarer	83
Nätverks- och miljöbaserade undersökningar av levnadsvillkor	84
Operationalisering av homosexualitet	86
Utformning av frågor	88
Diskrimineringsbegreppet – attityder, regelverk och tidigare forskning i Norden	90
Diskriminerings grundval – lagstiftning och attityder	91
Operationalisering av diskrimineringsbegreppet	93
Forskning i Norden om diskriminering på grund av sexuell läggning	95
NOVA:s undersökning från 1999 – omfattning av öppenhet, trakassering och diskriminering på arbetsplatser och i skolor	96
Den svenska arbetslivsundersökningen från 2004	98
Karlstadsrapporten: homosexuella villkor i arbetslivet	98
Finska homo- och transsexuella arbetstagares livssituation och hälsa	99
NOVA-undersökningen 1999 – diskriminering på arbetsplatser och hälsa	99
Bilaga 5. Anders Printz	103
Omfattning av uppdraget	103
Begreppet funktionsnedsättning och funktionshinder	103
Vilka samband mellan diskriminering och hälsa går att fastställa?	104
Funktionshindrades hälsa jämfört med övriga befolkningen	105
Diskriminering på arbetsmarknaden	106
Diskriminering och tillgänglighet	106
Slutsatser	106
Vilka är kunskapsluckorna?	107
Vilka metoder är att föredra?	108
<i>Indirekta metoder</i>	108
<i>Självupplevd diskriminering</i>	108
Barnperspektiv	109
Diskriminerings effekter på befolkningsnivå	109
Vilka indikatorer är särskilt viktiga?	109
Sammanfattning och framtida behov	110
Bilaga 6. Expertseminarium "Diskriminering och hälsa"	112
Expertseminarium om diskriminering och hälsa	112
Vad är diskriminering?	112
<i>Är all diskriminering strukturell?</i>	113
<i>Kan diskriminering vara oavsiktlig?</i>	113
<i>Är diskriminering objektiv eller subjektiv?</i>	113
Samband mellan diskriminering och hälsa	114
<i>Kunskapsluckor</i>	114
Indikatorer och metoder att mäta diskriminering och hälsa	115
<i>Definitioner och preciseringar</i>	115
<i>Direkta eller indirekta metoder</i>	116
<i>Urval</i>	116
<i>Validering</i>	116
Angelägna forskningsområden och förslag till studier	117
Referenser	119

Fakta om samverkansparterna

Statens folkhälsainstitut (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.

Jämställdhetsombudsmannen (JämO)

JämO har funnits sedan 1980. Myndighetens huvudsakliga verksamhetsområden är att se till att arbetsgivare och högskolor följer bestämmelserna om aktivt jämställdhetsarbete, utreda anmälningar om könsdiskriminering i arbetsliv och högskola och sedan 1 juli, 2005, även inom ett antal övriga samhällsområden, samt genomföra informationsinsatser i syfte att främja jämställdheten.

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

Att bli diskriminerad på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion, annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder innebär förutom ett brott mot de mänskliga rättigheterna att vissa människor inte får lika goda förutsättningar att uppnå en god hälsa på lika villkor som andra. Detta faktum lyfts fram i rapporten *Särbehandlad och kränkt*, som är ett resultat av det samverkansprojekt som Statens folkhälsoinstitut (FHI) sedan 2004 har genomfört i samarbete med Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO).

I rapporten presenteras resultat som pekar på samband mellan diskriminering och hälsa, och ger stöd åt tesen att diskriminerande handlingar i sig påverkar hälsan i negativ bemärkelse. I rapporten ingår skriftliga utlåtanden från fyra experter: Gunilla Krantz, Anders Lange, Bera Moseng och Anders Printz. Resultatet ger anledning till eftertanke och innebär att diskrimineringen inte bara är att betrakta som en kränkning av enskilda individers rättigheter, och generellt är ett demokratiproblem. Resultaten visar också att diskrimineringen troligtvis ger upphov till ökad ohälsa, vilket får konsekvenser för den allmänna välfärden och samhällsekonomin i stort.

För beslutsfattare inom alla samhällsnivåer – lokal, regional, nationell och internationell – bör den grundläggande frågan om diskriminering alltid finnas med överst på dagordningen. Ökad kunskap om diskrimineringens samband med hälsan som beskrivs i denna rapport kan förhoppningsvis bidra till att denna fråga prioriteras och att åtgärder vidtas för att motverka alla former av diskriminering i samhället och därmed förbättra den allmänna välfärden.

Jonas Frykman, utredare på FHI, har sammanställt rapporten i nära samverkan med enhetschef Andres Delgado (DO), enhetschef Mari Ternbo (DO), utredare Brita Törnell (FHI), jurist Anna Schölin (HO), utvecklingsdirektör Marie Lindberg (HomO) och utredare Peter Christensen (JämO).

Värdefulla synpunkter och skriftliga bidrag har under projektets gång inkommit från flertalet personer på FHI: utredare Johanna Ahnquist, utredare Gunnel Boström, enhetschef Marianne Granath, utredare Karin Liljeborg, utredare Karin Nykvist, utredare Niklas Roth och enhetschef Bengt Sundbaum.

GUNNAR ÅGREN
STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT (FHI)

CLAES BORGSTRÖM
JÄMSTÄLLDHETSOMBUDSMAN (JÄMO)

KATRI LINNA
OMBUDSMAN MOT ETNISK
DISKRIMINERING (DO)

LARS LÖÖW
HANDIKAPPOMBUDSMAN (HO)

HANS YTTERBERG
OMBUDSMAN MOT DISKRIMINERING
PÅ GRUND AV SEXUELL LÄGGNING (HOMO)

Sammanfattning

Alla människors rätt till likabehandling, det vill säga icke-diskriminering, är en fundamental del av de mänskliga rättigheterna. Detta innebär att ingen människa ska behandlas annorlunda än någon annan på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder. I Sverige finns en nationell folkhälsopolitik med ett övergripande mål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Särskilt angeläget är det att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa. De grupper i samhället som är mest utsatta för ohälsa är också de grupper som är mest utsatta för diskriminering i samhället.

Med anledning av att Statens folkhälsoinstitut (FHI) har bedömt diskriminering som en av hälsans bestämningsfaktorer, men att det för stunden saknas tillförlitliga indikatorer som mäter förekomsten av diskriminering av olika befolkningsgrupper i samhället, tog FHI under 2004 ett initiativ som utmynnade i samverkansprojektet ”Diskriminering och hälsa” (DH). Projektet genomförs i samarbete med Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO).

Syftet med projektet är 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 internationell, nationell, regional och lokal nivå. De samverkande myndigheterna har bedömt att diskrimineringens samband med hälsan bör klargöras för att man ska kunna vidta rätt åtgärder i det fortsatta arbetet inom ramen för respektive myndighets verksamhetsområde.

DH innefattar olika diskrimineringsgrunder avseende sambanden mellan diskriminering och hälsa men har särskilt fokus på diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, religion, trosuppfattning, kön, sexuell läggning, och funktionshinder. Ålder är en annan viktig grund för diskriminering som till skillnad från ovanstående grunder inte omfattas av någon särskild lagstiftning.

Projektet pågår 2004–2006 och består av fyra faser, varav arbetet med fas 1–2 innefattas i denna rapport. Fas 1, *projektering*, avser framtagandet av ett kunskapsunderlag. Fas 2, *analys*, avser framtagandet av en kunskapsanalys. Resterande delar av projektet (fas 3–4) genomförs under 2006 tack vare extern finansiering från EU-kommissionen. Fas 3–4 innefattar genomförandet av några undersökningar om diskriminering samt genomförande av en nationell konferens och framtagande av en slutrapport. JämO har beslutat att inte ingå i det fortsatta arbetet.

Syftet med denna rapport är att beskriva det aktuella kunskapsläget på området diskriminering och hälsa och i anslutning till detta redovisa projektets egna resultat, identifiera kunskapsluckor samt föreslå viktiga utvecklingsområden för det framtida arbetet.

Denna rapport lyfter fram ett gemensamt förhållningssätt till diskriminering som utgår från att 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.

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 avsiktligt eller oavsiktligt.

Rapporten beskriver olika metoder för att belysa och mäta sambanden mellan diskriminering och hälsa. Redovisningen tar sin utgångspunkt från analyser av Nancy Krieger, professor vid Harvard Public Health School, och mynnar ut i rekommendationen att använda självrapporterad diskriminering som metod för att mäta sambanden med hälsa.

Den litteratursammanställning av publicerade artiklar inom diskriminering och hälsa som redovisas i denna rapport utgår från metoden självrapporterad diskriminering (även om det finns stora skillnader på vilket sätt undersökningarna har genomförts). Resultatet från litteratursammanställningen visar på samband mellan diskriminering och ohälsosamma levnadsvanor (tobak, alkohol, narkotika), psykisk och fysisk hälsa.

I den nationella folkhälsoenkäten ställdes frågor kring *kränkande bemötande*, som DH bedömde skulle ingå som lämplig fråga för självrapporterad diskriminering. Resultatet från enkäten 2005 visade att knappt en fjärdedel av Sveriges befolkning uppger att de under en tremånadersperiod har upplevt sig utsatta för kränkande bemötande. Resultaten visade på skillnader i utsatthet uppdelat på kön, ålder, födelseland, och sexuell läggning och visade på att upplevelsen av kränkande bemötande hade starka samband med ohälsaindikatorer. Det var exempelvis tre till fyra gånger vanligare med nedsatt välbefinnande för män och kvinnor som blivit utsatta för kränkande bemötande än för de personer som inte upplevt sig som utsatta.

Resultat från enkäten 2004 visade att knappt en fjärdedel av de personer som uppgav att de hade utsatts för kränkande bemötande uppgav en eller flera diskrimineringsgrunder (kön, ålder, etnisk bakgrund, religion, sexuell läggning, funktionshinder) som orsak till kränkningen. Det var i högre grad kvinnor, yngre samt personer med annat födelseland än Sverige som uppgav diskrimineringsgrund som orsak till kränkningen. De personer som uppgav diskrimineringsgrund som orsak till kränkningen visade på starkare samband med ohälsa än de samband som fanns med annan orsak till kränkningen.

I rapporten ingår skriftliga utlåtanden från fyra experter: Gunilla Krantz, Anders Lange, Bera Moseng och Anders Printz. Sammantaget kan sägas att utlåtandena ställer sig bakom det faktum att det finns samband mellan diskriminering och hälsa även om flertalet kunskapsluckor identifierats. I utlåtandena finns förslag på fortsatta studier samt vilka faktorer som ska beaktas i utformandet av studier med hänsyn till olika diskrimineringsgrunder.

Sammantaget visar denna rapport att det finns samband mellan diskriminering och hälsa, vilket stödjer tesen att diskrimineringen också påverkar hälsan i negativ bemärkelse. (Tesen presenteras närmare i utlåtandet från Gunilla Krantz.) Detta medför i så fall att diskrimineringen i samhället inte bara strider mot de mänskliga rättigheterna utan även utgör hinder för människors förutsättningar till en god hälsa på lika villkor. Som en följd är det rimligt att anta att diskrimineringen får negativa konsekvenser för samhället i form av ökad ohälsa, vilket drabbar samhällsekonomin i stort.

Trots att rapporten presenterar olika förslag på undersökningar för att man på ett bättre sätt ska förstå sambanden mellan diskriminering och hälsa lyfter projektet fram behovet av att genomföra kvalitativa undersökningar i syfte att validera frågor som berör självrapporterad diskriminering och hälsa. På sikt kan frågorna ingå i befolkningsenkäter som SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) eller exempelvis den nationella folkhälsoenkäten.

Denna rapport lägger grunden för det fortsatta arbetet under 2006, då undersökningar ska genomföras i syfte att fördjupa analysen av den nationella folkhälsoenkäten, och då en sammanfattande rapport av hela projektet ska presenteras. Förhoppningsvis kan en sammanfattande rapport fungera som stöd för att man ska kunna följa diskrimineringens utveckling och vidta rätt åtgärder i det fortsatta arbetet mot diskriminering på lokal, regional, nationell och internationell nivå.

Summary

The right to equal treatment or non-discrimination is a fundamental human right. This means that no-one may be treated differently to anyone else on the grounds of sex, ethnicity, religious beliefs, sexual orientation or disability. Sweden has a national public health policy, the overall aim of which is “to create social conditions that will ensure good health, on equal terms, for the entire population”. Improving the health of those groups that are most vulnerable to ill-health is particularly important. The groups in society that are most vulnerable to ill-health are also those who face the most discrimination.

Because the Swedish National Institute of Public Health (SNIPH) has deemed discrimination to be an important health determinant and because there are currently no reliable indicators that measure its existence in different social groups in the population, SNIPH has initiated the joint project “Health and Discrimination” (HD), which is being implemented in cooperation with the Equal Opportunities Ombudsman (*JämO*), the Ombudsman against Ethnic Discrimination (*DO*), the Disability Ombudsman (*HO*) and the Ombudsman against Discrimination on grounds of Sexual Orientation (*HomO*).

The aim of the project is to compile knowledge and foster a common approach to the concept of discrimination in order to develop one or more appropriate methods of measuring discrimination, clarifying the relationship between discrimination and health, developing indicators, and then disseminating the results of the project to actors on the international, national, regional and local level. The agencies involved in the project are of the opinion that the relationship between discrimination and health should be clarified to enable them to take the right measures within their remits in the future.

The project covers different grounds for discrimination regarding the relationship between discrimination and health, but focuses especially on discrimination based on ethnicity, religious beliefs, sex, sexual orientation and disability. Age is another important basis for discrimination, which, in contrast to the above-mentioned grounds, does not fall within any particular piece of legislation.

The project began in 2004 and will continue until 2006. It consists of four phases, the first two of which are covered in this report. The first phase comprises the development of a knowledge base and is referred to as the “projection” phase. The second phase comprises an analysis of the knowledge and is referred to as the “analysis” phase. The other phases of the project (phases 3 and 4) will be implemented during 2006 with the help of external funding from the European Commission. Phases 3–4 comprise the implementation of a number of studies on discrimination, the organisation of a national conference and the compilation of a final report. The Equal Opportunities Ombudsman has decided not to participate in the remaining phases.

The aims of this report are to describe the current state of knowledge as regards discrimination and health, present the projects’s findings on the issue, identify gaps in knowledge and propose important areas of development for future work.

This report highlights a common approach to all forms of discrimination, whether it is a question of actions done by individuals or by institutions, or whether the discrimination is structural insofar as it is ingrained in prevailing social structures. These structures include the relationship between subordinate and dominant groups that can be distinguished because of their sex, age, ethnicity, skin colour, religious beliefs, disability or sexual orientation.

Structural discrimination refers to rules, norms, routines, generally accepted approaches and behaviours in institutions and other social structures that prevent subordinate groups from enjoying the same rights and opportunities as dominant groups. Such discrimination may either be visible or invisible, intentional or unintentional.

This report describes different methods of highlighting and measuring the relationship between discrimination and health. It adopts its point of departure from analyses performed by Nancy Krieger, Professor of Society, Human Development and Health at the Harvard School of Public Health, and concludes by recommending that self-reported discrimination be used as a method of measuring the above-mentioned relationship.

The literature anthology of published articles within the field of discrimination and health presented in this report is based on the method of self-reported discrimination (even if there are major differences in how the studies have been performed). The results indicate a relationship between discrimination and unhealthy lifestyle habits (tobacco, alcohol, illicit drugs), mental and physical health.

Questions about offensive treatment were asked as part of the national public health survey and the HD project considered that these should be included as appropriate questions for self-reported discrimination. The results from the 2005 survey showed that just under a quarter of Sweden's population had been subjected to offensive treatment during a three-month period. The results pointed to differences in exposure broken down by sex, age, country of birth and sexual orientation and showed that being subjected to offensive treatment was strongly linked to ill-health indicators. For example, impaired well-being was three to four times more common among men and women who had been subjected to offensive treatment than among those who felt they had not been subjected to such treatment.

Results from the 2004 survey showed that just under a quarter of those who said they had been subjected to offensive treatment stated one or more grounds for discrimination (sex, age, ethnicity, religious beliefs, sexual orientation, disability) as the reason behind it. More women, younger people and foreign-born individuals stated grounds for discrimination as the reason for the offensive treatment. Those who stated grounds for discrimination as the reason for offensive treatment displayed a closer link to ill-health than those who stated another reason for the offense.

The report contains written statements from four experts: Gunilla Krantz, Anders Lange, Bera Moseng and Anders Printz. These statements basically support the fact that there is a relationship between discrimination and health even if several gaps in the knowledge have been identified. The statements included proposals for further studies and specify the factors to be considered when designing studies with regard to different grounds for discrimination.

All in all, this report shows that there is a relationship between discrimination and health, which supports the hypothesis that discrimination also has a negative impact on health. (This hypothesis is presented in more detail in the statement by Gunilla Krantz.) This implies that not only does discrimination violate human rights but it also prevents people from enjoying good health on equal terms. As a consequence, it is reasonable to assume that discrimination has a negative impact on society in the form of increased ill-health, which affects the public economy in general.

In addition to presenting different proposals for studies into developing a better understanding between discrimination and health, the report also highlights the need for qualitative studies aimed at validating questions related to self-reported discrimination and health. In the long term, these questions can be incorporated into population surveys such as the Living Conditions Survey performed by Statistics Sweden or the national public health survey.

This report paves the way for the remainder of the project during 2006, when studies will be performed to analyse the national public health survey in more detail, and when a generic report of the entire project will be presented. Hopefully, a generic report can help us to follow the development of discrimination and to take the right measures as part of our future efforts to combat discrimination on the local, regional, national and indeed international level.

Inledning

Alla människors rätt 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 med avseende på 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.¹

I Sverige finns en nationell folkhälsopolitik med det övergripande målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Särskilt angeläget är det att hälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa (1). De grupper i samhället som är mest utsatta för ohälsa överensstämmer med de grupper som också är mest utsatta för diskriminering i samhället.

I den nationella folkhälsopolitiska rapporten anges en av hälsans bestämningsfaktorer vara diskriminering. Med hälsans bestämningsfaktorer avses ”de faktorer i samhällets organisation och människors livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa”. Diskrimineringen som bestämningsfaktor följs upp av indikatorn självrapporterad diskriminering. Med indikator avses ”ett förhållande som används som markör för ett visst annat förhållande, till exempel utbildning som indikator på socioekonomisk position” (2).

Denna rapport redovisar samband mellan diskriminering och hälsa, vilket stödjer tesen att diskrimineringen påverkar hälsan i negativ bemärkelse. Det är alltså rimligt att anta att diskrimineringen i samhället inte bara strider mot de mänskliga rättigheterna utan även utgör hinder för människors förutsättningar till en god hälsa på lika villkor. Som en följd medför diskrimineringen negativa konsekvenser i form av ökad ohälsa och kostnader för samhället.

Det är svårt att mäta förekomsten av och utbredningen av diskriminering i samhället, eftersom mörkertalen är stora. Diskriminering kan ta många olika uttryck och kan ske på många olika arenor i samhället: på arbetsplatsen, i mötet med myndigheter, i affären, på krogen eller i föreningslivet. Det saknas i dag tillförlitlig data som följer upp förekomsten av diskriminering i samhället för olika grupper. Anmälningarna till JämO, DO, HO och HomO ger inte hela bilden eftersom långt från all diskriminering anmäls till ombudsmännen.

Olika tolkningar råder kring diskrimineringsbegreppets innebörd, och uppfattningarna skiljer sig åt bland personer som utsätts för diskriminerande handlingar. Även förhållningssätten som råder hos olika myndigheter, forskare och praktiker skiljer sig åt. Avsaknaden av ett gemensamt förhållningssätt till begreppet diskriminering gör det svårare att ta fram mått på förekomsten av diskrimineringen samt de samband som går att fastslå med exempelvis hälsan.

En annan faktor som bidrar till svårigheterna med att klargöra kunskapsläget gällande sambandet mellan diskriminering och hälsa är att forskningen ännu är i sin linda, kunskapsluckorna är många och det därför finns behov av mer forskning. Syftet med denna rapport är att beskriva det aktuella kunskapsläget på området diskriminering och hälsa och i anslutning till detta redovisa projektets egna resultat, identifiera kunskapsluckor samt föreslå viktiga utvecklingsområden för det framtida arbetet.

¹ Se bilaga 1: Lagstiftning mot diskriminering.

Diskriminering och hälsa – ett samverkansprojekt

Statens folkhälsoinstitut (FHI) tog under 2004 ett initiativ som utmynnade i samverkansprojektet ”Diskriminering och hälsa” (DH), som genomförs i samarbete med Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO).

Bakgrunden till initiativet var att identifiera lämpliga frågor till den nationella folkhälsoenkäten som kunde belysa förekomsten av diskriminering. Vid denna träff stod det klart att det i dagsläget saknas beprövade och validerade frågor som syftar till att i statistiska undersökningar fånga upp människors upplevelser av diskriminering. Det stod även klart att det fanns en brist på kunskap om diskrimineringens samband med hälsan. Mot denna bakgrund diskuterades möjligheterna till andra former av samarbeten för att öka kunskapen om diskrimineringens samband med hälsan. Under våren 2004 beslutade de fyra ombudsmännen att tillsammans med FHI utforma ett projekt för att belysa detta tema.

Syftet med DH är 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 avser att belysa sambanden mellan diskriminering och hälsa med särskilt fokus på diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, religion, trosuppfattning, kön, sexuell läggning, samt funktionshinder.

Ålder är en annan viktig grund för diskriminering som till skillnad från ovanstående grunder inte omfattas av någon särskild lagstiftning. Diskriminering på grund av ålder kan ta sig olika uttryck, och ske inom olika samhällsområden för olika ålderskategorier. Eftersom ålder är en viktig faktor ska studier som genomförs inom ramen för projektet, om möjligt, redovisa och analysera resultaten utifrån ett åldersperspektiv.

Det saknas för stunden tillförlitliga indikatorer som kontinuerligt mäter diskriminering av olika befolkningsgrupper i samhället. Projektets ansats är att höja kunskapen om diskrimineringens samband med hälsan, vilket i sin tur kan bidra till att man kan ta fram indikatorer som kan ge en tillförlitlig bild av och vara ett verktyg för att följa diskrimineringens utbredning och utveckling.

DH pågår 2004–2006 och består av fyra faser, varav arbetet med fas 1–2 innefattas i denna rapport. Fas 3–4 genomförs under 2006 med extern delfinansiering från EU-kommissionen. JämO har beslutat att endast ingå i de två första faserna av projektet.

FAS 1: Projektering. I den första fasen av DH togs ett kunskapsunderlag fram inom området diskriminering och hälsa. I underlaget presenterades en övergripande beskrivning av diskrimineringslagstiftningen, diskrimineringsbegreppet, olika diskrimineringsgrunder och diskrimineringsombudsmännens arbete. I kunskapsunderlaget redovisades dessutom olika sätt att mäta diskriminering och hälsa, publicerade artiklar på området samt aktuella data från den nationella folkhälsoenkäten som belyste sambandet mellan diskriminering och hälsa. Kunskapsunderlaget, som med vissa förändringar överensstämmer med *kapitel 1–3* i denna rapport, utgjorde ett underlag för den efterföljande fasen ”analys”.

FAS 2: Analys. I den andra fasen av DH tillsattes en expertgrupp i syfte att följa, granska, och stödja projektets utveckling. Expertgruppens synpunkter låg till grund för den kunskapsanalys som genomfördes i den andra fasen av projektet. Den bestod av en granskning av kunskapsbehovet, problematisering kring mätmetoder samt förslag på lämpliga undersökningar som bör genomföras på området diskriminering och hälsa. Kunskapsanalysen redovisas i *kapitel 4* i denna rapport.

FAS 3: Undersökningar. Den tredje fasen av DH består i att genomföra några av de undersökningar som föreslås i denna rapport. I syfte att fördjupa analysen av den nationella folkhälsoenkäten föreslås några studier av mer kvalitativ natur. Syftet med dessa undersökningar är att validera enkätfrågor kring diskriminering för att på så sätt lära sig mer om vilken betydelse frågorna har för olika grupper i samhället.

FAS 4: Kunskapsspridning. I den fjärde och sista fasen av DH redovisas en sammanfattande rapport av hela projektet med förslag på lämpliga indikatorer för diskriminering. En nationell konferens och en internationell workshop hålls i samband med projektets avslutning.

Projektets målgrupper är kommuner, landsting, regioner, intresseorganisationer samt statliga myndigheter och media. Andra målgrupper är EU:s institutioner samt internationella nätverk för folkhälso- och diskrimineringsfrågor.

Rapportens disposition

Denna rapport omfattar de två första faserna i DH.

Kapitel 1–3 består av ett kunskapsunderlag som kan sägas motsvara fas 1, ”projektering”. I dessa kapitel presenteras projektets gemensamma förhållningssätt kring diskriminering och hälsa, vilket utgör en viktig utgångspunkt i det fortsatta arbetet. Dessa kapitel innefattar även en övergripande beskrivning av gällande diskrimineringslagstiftning och olika diskrimineringsgrunder. För övrigt består kunskapsunderlaget av en redogörelse för hur diskriminering och hälsa kan mätas, en redovisning av publicerade artiklar på området samt aktuella data från den nationella folkhälsoenkäten som belyser sambandet mellan diskriminering och hälsa.

Kapitel 4 består av en kunskapsanalys som utgår ifrån synpunkter som inkommit från en expertgrupp som har tillsatts i syfte att följa, granska och stödja projektets utveckling. Denna kunskapsanalys problematiserar kring begreppen diskriminering och hälsa, olika diskrimineringsgrunder, samband mellan diskriminering och hälsa, kunskapsluckor samt viktiga utvecklingsområden. Underlaget till kapitel 4 går att finna i bilaga 2–5, där experternas skriftliga utlåtanden samt en dokumentation från ett expertseminarium redovisas i sin helhet.

Kapitel 5, ”Sammanfattande analys”, består av projektets egna slutsatser utifrån kunskapsunderlaget och experternas synpunkter och anger den fortsatta färdriktningen för DH.

KAPITEL 1.

Om diskriminering

Ett gemensamt förhållningssätt kring begreppen diskriminering och hälsa

För att beskriva diskrimineringens samband med hälsan är det viktigt att utgå från ett gemensamt förhållningssätt kring begreppen diskriminering och hälsa.

Beträffande hälsobegreppet tar projektet sin utgångspunkt från den allmänt vedertagna definitionen av WHO (World Health Organization) där 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 eftersträvnsvärt mål av de flesta människor och en bibehållen hälsa är en förutsättning för så mycket annat i en människas liv (3).

När det gäller diskussionen kring diskrimineringsbegreppet ger det utrymme för många tolkningar. Anders Lange har beskrivit diskriminering som ”ett lika viktigt ord som det är mångtydigt och missbrukat både inom forskningen och i den offentliga diskursen” (4).

I Nationalencyklopedin (5) beskrivs diskriminering som ”(av latin *discrimino*, ’avskilja’), särbehandling (av individer eller grupper) vilken innebär ett avsteg från principen att lika fall skall behandlas lika. Man brukar skilja mellan värdeneutral diskriminering och positiv diskriminering resp. negativ diskriminering. I dagligt tal avser man med diskriminering den negativa formen, det vill säga sådan särbehandling av en grupp eller av en individ som innebär olägenhet av något slag.”

Orsaken till negativ diskriminering kan i dagligt tal handla om i stort sett vad som helst. Ofta ser man till att resultatet av handlingen drabbade någon på ett sätt som uppfattas orättvist. Inom ramen för internationell rätt finns däremot exempel på grunder (eller grupper), som däri ska anses vara skyddade mot diskriminering. I Sverige finns idag ett juridiskt skydd mot diskriminering som omfattar grunderna kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder. Inom kort förväntas även ett diskrimineringskydd som omfattar ålder.

Den juridiska definitionen i lagen (2003:307) om förbud mot 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 grund av kön, etnisk tillhörighet, religion, annan trosuppfattning, funktionshinder eller sexuell läggning, genom tillämpning av regel eller föreskrift som framstår som neutral men som i praktiken innebär att någon missgynnas.

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

Enligt Nationalencyklopedin (5) är en annan viktig distinktion den mellan individuell diskriminering och institutionell diskriminering.

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, gruppbildningar eller kollektiv som helst. Inom ramen för internationell rätt och nationell lagstiftning avgränsas de grupper som däri skall anses vara skyddade mot diskriminering.

Diskriminering på den individuella nivån är ett beteende som utan sakliga motiv särbehandlar och/eller kränker individens integritet. Diskriminering på individuell och strukturell nivå bör däremot inte ses som isolerade händelser. DH utgår från att 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.

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 avsiktligt eller oavsiktligt.

Ovanstående definition är snarlik den definition som förs fram i betänkandet *Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige* och som har fokus på diskriminering på grund etnisk eller religiös tillhörighet. I betänkandet menar utredaren Paul Lappalainen att det krävs ”individens (medvetna och omedvetna) handlingar (eller icke handlingar) för att skapa och upprätthålla strukturer” och att ”individuella handlingar inte går att utesluta från strukturell diskriminering”. I betänkandet refererar Lappalainen till antropologen Lena Sawyer som har uttryckt det som att ”individuella handlingar är en del av ett bredare socialt sammanhang som inkluderar makt och de systematiska fördelar och förtryck det (re)producerar” (6, 7).

Vad säger lagen när det gäller diskriminering?

Som tidigare presenterats i rapportens inledning är rätten till likabehandling, det vill säga icke-diskriminering, 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 bunden till.²

Allt arbete på såväl den nationella som den internationella nivån tar sin utgångspunkt i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna 1948, de två FN-konventionerna från 1966 och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna (som är svensk lag sedan 1995) och de grundläggande friheterna från 1950. Skyddet mot diskriminering är en av hörnstenarna i arbetet för de mänskliga rättigheterna.

Enligt 1 kapitlet 2 § regeringsformen (RF) ska det allmänna motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller annan omständighet som gäller den enskilde som person. I 1 kapitlet 9 § RF sägs att domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iakttaga saklighet och opartiskhet. Enligt 2 kapitlet 23 § RF får lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).³

Skyddet mot diskriminering har successivt förstärkts i svensk lag. Det finns i dag sex lagar som förbjuder diskriminering: 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.⁴

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. Dessa ska hjälpa den som utsatts för diskriminering att ta till vara sina rättigheter och har befogenhet att väcka talan i domstol för en diskriminerad persons räkning. De utövar också tillsyn och bevakar att diskrimineringslagarna efterlevs inom respektive område. 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, 4 Se bilaga 1: Lagstiftning mot diskriminering.

DO bevakar diskriminering på grund av etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning. Med etnisk tillhörighet avses att någon tillhör en grupp av personer som har samma nationella eller etniska ursprung, ras eller hudfärg. HO bevakar diskriminering på grund av funktionshinder. Med funktionshinder avses varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns vid födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå. Missbruk eller övervikt är i sig inte att betrakta som ett funktionshinder. Däremot kan dessa tillstånd orsaka eller orsakas av funktionshinder. HomO bevakar diskriminering på grund av sexuell läggning. Med sexuell läggning avses homo-, bi- eller heterosexuellitet. Lagstiftningen ger ett skydd mot diskriminering som har samband med sexuell läggning. Diskrimineringen måste inte vara knuten till den egna sexuella läggningen. Lagstiftningens skydd omfattar inte sexuella beteenden, som en människa kan ägna sig åt oavsett om hon är homo-, bi- eller heterosexuell. JämO bevakar diskriminering på grund av kön. Med könstillhörighet avses kvinnor och män. Transsexualism är en fråga om könstillhörighet.⁵

⁵ Baserat på information som har lämnats av JämO, DO, HO, och HomO.

KAPITEL 2.

Att mäta diskriminering och hälsa

Detta kapitel beskriver olika metoder för att belysa och mäta sambanden mellan diskriminering och hälsa. Nancy Krieger, som är professor vid Harvard Public Health School, har beskrivit och problematiserat kring dessa metoder och förespråkar mätningar av självupplevd diskriminering för att mäta sambanden med hälsa (8).

Enligt Nancy Krieger är diskriminering:

... ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av ideologi och uttrycks i interaktioner, bland och mellan individer och institutioner, när dominerande grupper försöker behålla sina fördelar i samhället på bekostnad av ökad utsatthet för andra grupper.⁶

Enligt Krieger kan olika typer av diskriminering inträffa i nästan alla situationer i det privata och offentliga livet och innefatta ett brett spektra från att dagligen utsättas för diskriminering till att mer sällan utsättas för hatbrott (8).

Många människor är utsatta för diskriminering på flera plan. Krieger exemplifierar hur den svarta befolkningen stereotypiseras i USA där svarta kvinnor associeras till mammies, matriarker, mottagare av välfärdstjänster (*welfare recipients*) och "hot mammas", och män till brottslingar och våldtäktsmän. För att förstå upplevelser av diskriminering i sådana situationer måste hänsyn tas till både etnicitet och kön. (8)

Krieger beskriver olika aspekter av begreppet diskriminering som bör beaktas i studier om diskriminering och hälsa. Olika typer av diskriminering kan enligt Krieger definieras utifrån dominerande och underordnade grupper och rättfärdigande ideologi (heterosexism, rasism, sexism). 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. (8)

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 intensitet, frekvens och varaktighet. (8)

Enligt Krieger finns olika reaktioner mot diskriminering som antingen skyddar eller skadar individers hälsa. 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 skapandet 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)

Diskrimineringen inom den epidemiologiska forskning som ligger till grund för folkhälsoarbetet är enligt Krieger ett problem. Vilka frågor ställer forskare och vilka frågor avstår de ifrån att ställa? Vilka studier genomförs och på vilka sätt analyseras och tolkas data? Att forskares tankar och idéer delvis formas av den dominerande sociala föreställningen som råder vid en viss tid är en väldokumenterad sanning hos till exempel medicin- och vetenskapshistoriker. Under de senaste 20 åren har en påtagligt stor andel litteratur dokumenterat hur vetenskapen påverkat människor genom vetenskaplig rasism och sexism som har rättfärdigat diskriminering i relation till etnicitet, ras, klass, kön, ålder, sexuell läggning och funktionshinder. (8)

Ett exempel på detta är att homo- och bisexuella personer inte är medtagna i folkhälsovetenskapliga databaser eller att olika underordnade grupper, exempelvis funktionshindrade eller personer med en annan etnisk bakgrund än majoritetsbefolkningen, är underrepresenterade i epidemiologiska studier, kliniska försök och till och med i medicinska läroböcker. (8)

⁶ *Discrimination is a structured and sanctioned phenomenon, justified by ideology and expressed in interactions, among and between individuals and institutions, intended to maintain privileges for members of dominant groups at the cost of deprivation for others.* (8)

Krieger beskriver tre metoder för att mäta diskrimineringens påverkan på hälsan:

- Indirekt mätning av diskrimineringens effekter på hälsan (individnivå)
- Mätning av diskrimineringens effekter på hälsan (befolkningsnivå)
- Mätning av självupplevd diskriminering och dess effekter på hälsan (individnivå)

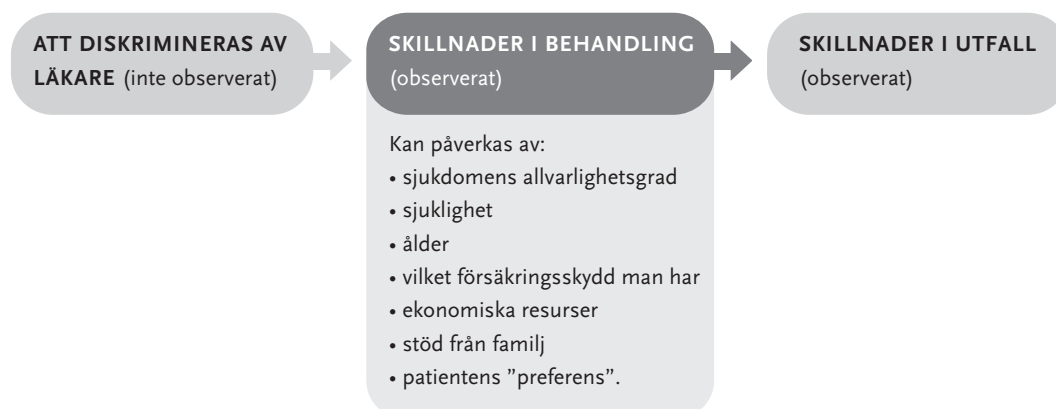
Indirekt mätning av diskrimineringens effekter på hälsan (individnivå)

Indirekt mätning (individnivå) undersöker om ”kända riskfaktorer”, till exempel skillnader i socioekonomisk status, förklarar skillnader i hälsoutfall mellan individer från dominerande respektive underordnade grupper.⁷ 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:

- Skillnaderna kan handla om att inadekvata mått på socioekonomisk status har använts vilket skapar resterande förväxling vilket betyder att det finns fler socioekonomiska faktorer som kan påverka skillnaderna. Ett exempel på detta är att det bland kvinnor sällan är tillräckligt att använda socioekonomiska mått som baseras på individnivå utan att i större utsträckning ta hänsyn till hushållets sammanlagda inkomster.
- Skillnaderna återspeglar hälsoaspekter som inte har beaktats i analysen, exempelvis förekomsten av kronisk psykisk stress hos grupperna.
- Skillnaderna återspeglar andra faktorer som inte har beaktats i analysen och handlar exempelvis om kulturellt skapade konsumtionsmönster, exempelvis kostvanor hos olika etniska grupper.
- Skillnaderna återspeglar medfödda genetiska skillnader (testas sällan).

Om hälsoskillnaderna kvarstår mellan olika grupper när ovanstående faktorer har lagts in och kontrollerats för ökar sannolikheten att diskriminering bidrar till dessa skillnader.

Sammantaget menar Krieger att existerande forskning som har använt sig av indirekta metoder för att mäta diskrimineringens effekter på 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.



Figur 1 visar på vilket sätt diskriminering, av exempelvis en läkare, kan förklara skillnader i behandling mellan olika grupper i samhället. Denna särbehandling kan sedermera resultera i skillnader i hälsa. Källa: Nancy Krieger (8).

⁷ Hela detta avsnitt bygger på Nancy Kriegers artikel (8).

Mätning av diskrimineringens effekter på hälsan (befolkningsnivå)

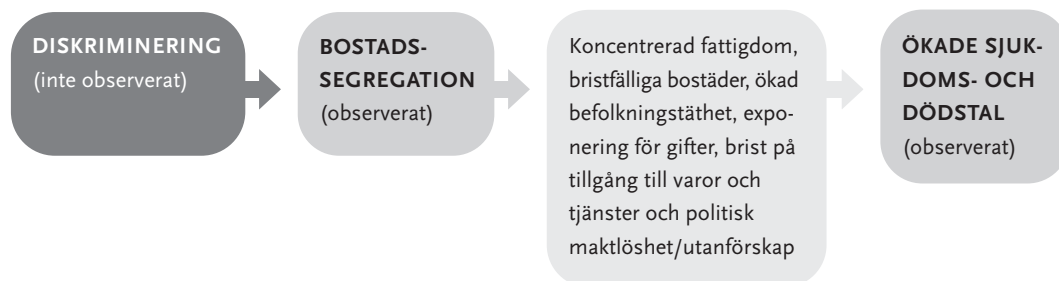
Mätning av diskrimineringens effekter på hälsan (befolkningsnivå) innebär att undersöka huruvida mått på diskriminering bland underordnade grupper på befolkningsnivå har samband med hälsoförhållanden på befolkningsnivå.⁸

Att mäta diskrimineringens effekter på hälsan på befolkningsnivå kan exempelvis handla om hur bostadssegregation eller andra uttryck för egenmakt på befolkningsnivå, såsom politisk representation påverkar hälsan. En liten, men växande andel forskare har börjat undersöka huruvida aspekter av diskriminering, som endast kan mätas på befolkningsnivå, kan ge svar på sambanden med befolkningens hälsa.

Exempel på studier som har använt sig av detta tillvägagångssätt har jämfört sjuk- och dödstal bland afroamerikaner med förekomsten av bostadssegregation, etniska gruppers politiska inflytande och rasistiska attityder i samhället. Detta tillvägagångssätt har enligt Krieger en potential för utveckling eftersom de mått på social ojämlikhet och diskriminering på befolkningsnivå, som har skapats av United Nations Development Program (UNDP), skulle kunna användas också för epidemiologiska studier.

Andra metoder som ännu inte har testats inom epidemiologisk forskning, är att undersöka befolkningens hälsa i relation till olika länders ratificering och genomförande av lagar och funktioner i samhället för att upprätthålla mänskliga rättigheter och förbjuda diskriminering.

Alla studier som undersöker sambandet mellan bestämningsfaktorer för hälsan och utfall på befolkningsnivå måste ta hänsyn till två problem. Det första problemet är när i tiden diskrimineringen har ägt rum (etiologisk period) där en distinktion måste göras mellan akut och kumulativ utsatthet samt mellan hälsoutfall med korta eller långa latensperioder. Till exempel är samband mellan höga nivåer av bostadssegregation, spädbarnsdödlighet, sjuklighet bland barn och antalet självmord mer klagande än samband med total dödlighet bland vuxna eftersom latensperioderna är längre för de flesta andra dödsorsaker. Det andra problemet är huruvida det är möjligt att dra slutsatser på individnivå utifrån befolkningsgruppens egenskaper (ekologiska felslut).



Figur 2 visar på vilket sätt diskriminering, exempelvis genom segregation på bostadsmarknaden, kan förklara sambanden med ohälsa samt ökade sjuk- och dödstal på befolkningsnivån. Källa: Nancy Krieger (8).

⁸ Hela detta avsnitt bygger på Nancy Kriegers artikel (8).

Mätning av självupplevd diskriminering och dess effekter på hälsan (individnivå)

Att mäta självupplevd diskriminering (individnivå) innebär att undersöka huruvida självrapporterade upplevelser av diskriminering bland underordnade grupper har samband med specifika hälsoutfall (8).

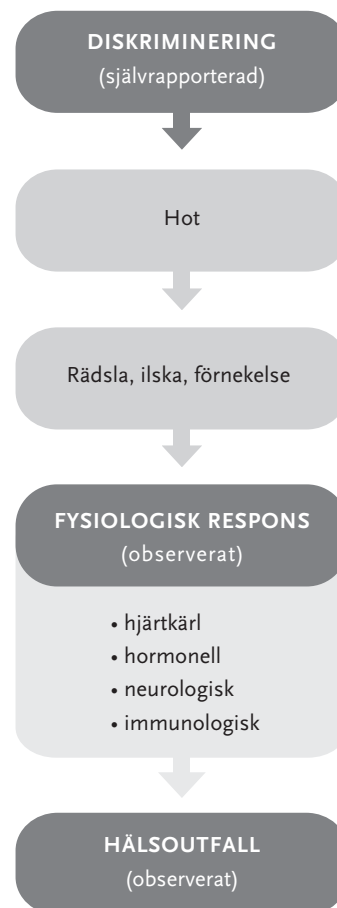
Den epidemiologiska forskningen om diskriminering befinner sig i en utvecklingsfas och det saknas en standardiserad metodologi för att mäta självrapporterade upplevelser av diskriminering. Det behövs metodologisk forskning som jämför utfallet av olika typer av mått på självrapporterad diskriminering inom en och samma studiepopulation och för valda hälsoutfall. Det råder dessutom en brist på studier om diskriminering inom andra ämnesområden, vilket gör det svårt att ”låna” validerade mätinstrument från andra forskningsdiscipliner. (8)

Att använda allmänna frågor om diskriminering innebär en risk för att individer underskattar sina upplevelser. Den självupplevda diskrimineringen är till sin natur svår att ringa in via ett fåtal allmänt ställda frågor om upplevd diskriminering. 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 frågor om typ av diskriminering, i vilka sammanhang diskrimineringen har förekommit, hur ofta den har förekommit, under vilket skede i livet och med vilken intensitet diskrimineringen har ägt rum. En annan fråga kan handla om hur individer reagerar på den upplevda 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)

För att komplettera en undersökning som utgår ifrån självupplevd diskriminering kan även andra forskningsmetoder komma till användning. 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 självupplevd 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)

Att låta individer själva uppskatta sina upplevelser av diskriminering kan enligt Anders Lange innebära en del problem. Ett sådant problem är att individer kan uppleva sig vara diskriminerade trots att det objektivt sett inte förekommer någon diskriminering. Individer kan också uppleva det omvända, det vill säga inte uppfatta sig som diskriminerade trots att de rent objektivt utsätts för diskriminering (9). Individens 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 (10).

Enligt Lange tenderar personer som behärskar det svenska språket dåligt 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. (9)



Figur 3 visar på vilket sätt diskriminering, genom självrapporterade upplevelser, har samband med specifika hälsoutfall. Källa: Nancy Krieger (8).

KAPITEL 3.

Samband mellan diskriminering och hälsa

Publicerade artiklar om diskriminering och hälsa

Nancy Krieger har i en tidigare kartläggning av 20 vetenskapliga artiklar 1984–1998 beskrivit kunskapsläget på området diskriminering och hälsa. Kartläggningen bestod uteslutande av studier som mätte självrapporterade upplevelser av diskriminering. Av dessa handlade 15 om etnisk diskriminering (varav två även undersökte könsdiskriminering), en fokuserade på könsdiskriminering, tre på sexuell läggning och en på funktionshinder. Krieger fann inga empiriska studier om åldersdiskriminering och hälsa. Av de 15 studier som handlade om etnisk diskriminering så undersöktes afro-amerikaner i 13 studier, och latinamerikaner och amerikaner med mexikanskt ursprung i två studier. (8)

I studierna var de vanligaste sambanden med hälsa kopplade till psykisk hälsa (10 studier), högt blodtryck eller blodtryck (5 studier). Andra hälsoutfall var bland annat cigarettrökning samt antal dagar som sängliggande. Höga nivåer av självrapporterade upplevelser av diskriminering hade överlag samband med sämre psykisk hälsa. Sambanden med fysisk (somatisk) hälsa var svårare att tyda. I åtta studier ställdes det frågor kring hur respondenterna reagerat på diskrimineringen. (8)

Resultaten i Nancy Kriegers kartläggning överensstämmer i mångt och mycket med de resultat som framkommit i den kunskapssammanställning av Karin Liljeberg som publicerades av Statens folkhälsoinstitut 2005. I denna sammanställning inriktades litteratursökningen på diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion/trosuppfattning, kön, ålder och funktionshinder. Studierna eftersöktes i de internationella databaserna Medline, PsychINFO, Current Contents Search och Social Sciences Citation Index mellan 27/2 och 12/8 2004. Alla studier som undersökt samband mellan någon form av diskriminering och hälsa publicerade mellan januari 1998 och augusti 2004 beaktades i litteratursökningen (11).

Fakta om studierna

Sammanställningen⁹ innefattar sammanlagt 39 studier, varav den stora majoriteten behandlar rasism/etnisk diskriminering och hälsa (20 stycken). Åtta studier undersöker diskriminering på grund av både kön och etnicitet. Två studier undersöker sexuell läggning och etnicitet och ytterligare tre studier undersöker diskriminering och sexuell läggning. Två studier handlar om diskriminering på grund av funktionshinder och en handlar om diskriminering på grund av ålder och kön. Inga studier som specifikt undersökt diskrimineringsgrunden religion har påträffats. Däremot har tre studier analyserat diskrimineringsfrågan utifrån en bredare ansats och frågat efter ett flertal olika orsaker till upplevd diskriminering, exempelvis att ha diskriminerats på grund av sin religion, sitt utseende, övervikt, psykisk eller fysisk sjukdom, kriminellt förflutet.

Samtliga studier 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 getts möjligheten att ringa in olika situationer då hon eller han upplevt diskriminering.

Majoriteten av studierna har en amerikansk studiepopulation. I studierna av etnisk diskriminering är afro-amerikaner oftast i fokus. Två av dessa har jämförelsegrupper bestående av amerikaner med europeiskt ursprung. Något mer sällan studeras latinamerikaner och amerikaner med mexikanskt ursprung samt asiater. 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.

⁹ Denna sammanställning baseras på Liljeberg (11).

Vilka samband mellan diskriminering och hälsa visar studierna?

I tre studier undersöks flera diskrimineringsgrunder. Av dessa finner man i två ett samband med psykisk hälsa och i en ett samband med både psykisk och fysisk hälsa. Av de studier som rör etnisk diskriminering finner man hos majoriteten att etnisk diskriminering har ett positivt samband med psykisk ohälsa. I några studier finns ett samband med högt blodtryck (4 studier), i en tonåringars socioemotionella anpassningsförmåga i skolan och i en försämrad självuppfattning, ökad hopplöshet och inåtvänt eller utåtagerande beteende. I ytterligare två studier finns samband med ökad cigarett-rökning respektive alkoholkonsumtion. I några studier används hälsa eller välmående i mer generell bemärkelse vilket inkluderar både fysisk och psykisk hälsa och välmående. (11)

På området diskriminering på grund av sexuell läggning visar studierna som inkluderats i sammanställningen på psykologiska effekter av diskriminering, såsom psykisk ohälsa, ångest, självmordstankar, minskad livskvalitet, nedstämdhet, och större användning av psykvården. Även studierna av könsdiskriminering visar på effekter för psykisk hälsa, men även för det yrkesmässiga självförtroendet, självkänslan, relationer till kollegor, isolering och tillfredsställelse med karriären. Upplevd diskriminering på grund av funktionshinder har samband med olaglig droganvändning och problem med att acceptera sitt handikapp. Den enda studien som hittats kring åldersdiskriminering visar på samband med lägre självuppskattat välmående. Ett flertal studier undersöker effekterna av multipel diskriminering och de visar att det ökar riskerna för ohälsa. (11)

En relativt stor andel av undersökningarna har även haft ambitionen att studera 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 cigarett-rökning 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. (11)

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 (12). 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 (13). Mer passiva reaktioner på diskriminering verkar kunna få långsiktiga effekter för hälsan, så som högt blodtryck och hjärtkärlsjukdomar (14).

Den nationella folkhälsoenkäten 2004–2005

Självrapporterad diskriminering som metod i den nationella folkhälsoenkäten

I syfte att kartlägga folkhälsan hos den svenska befolkningen gick FHI år 2004 ut med en nationell folkhälsoenkät, "Hälsa på lika villkor". Enkäten, som skickades ut till totalt 54 000 personer, innefattade en del frågor som berör diskriminering. På grund av enkätens omfattning och mål fanns endast utrymme att ställa ett fåtal frågor kring detta tema. År 2005 upprepades enkäten och då ingick även sexuell läggning som variabel.

Att ställa ett fåtal frågor i hopp om att ringa in förekomsten av diskriminering är svårt och en mer omfattande undersökning av självrapporterad diskriminering som förespråkas av Nancy Krieger kunde av praktiska skäl inte genomföras (8).

På grund av det bristande gemensamma förhållningssättet till begreppet diskriminering bland respondenterna och i samhället överlag är det svårt att ställa en konkret fråga, om en respondent upplevt sig diskriminerad, eftersom det är troligt att upplevelsen av diskriminering blir föremål för många olika tolkningar hos respondenten. Det krävs därför mer kunskap om självrapporterad diskriminering när det gäller frågans betydelse för olika individer och befolkningsgrupper. Det är även viktigt att belysa hur sambanden ser ut mellan självupplevd diskriminering och hälsa. Är eventuella samband en indirekt konsekvens av diskriminering (till exempel arbetslöshet) eller en direkt konsekvens av upplevelsen av diskriminerande handlingar?

I arbetet med att utforma den nationella folkhälsoenkäten bedömde DH att den fråga som hade bäst förutsättningar att ringa in förekomsten av upplevd diskriminering (inklusive trakasserier) var en fråga om upplevelsen att bli behandlad eller bemött på ett kränkande sätt. 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 händelse. Men frågan om kränkande behandling och bemötande är i behov av validering när det gäller relationen till diskriminering och hälsa bland olika befolkningsgrupper i samhället.

Den nationella folkhälsoenkäten 2004 omfattade därför tre frågor varav fråga ett och två även ställdes vid undersökningen 2005:

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)

Ovanstående tre frågor ger inte tillräckliga svar för att belägga diskrimineringens samband med hälsan men är en utgångspunkt som kan ge metodologiska lärdomar, och som utgör ett viktigt underlag för framtida kvalitativa undersökningar om diskriminering och hälsa.

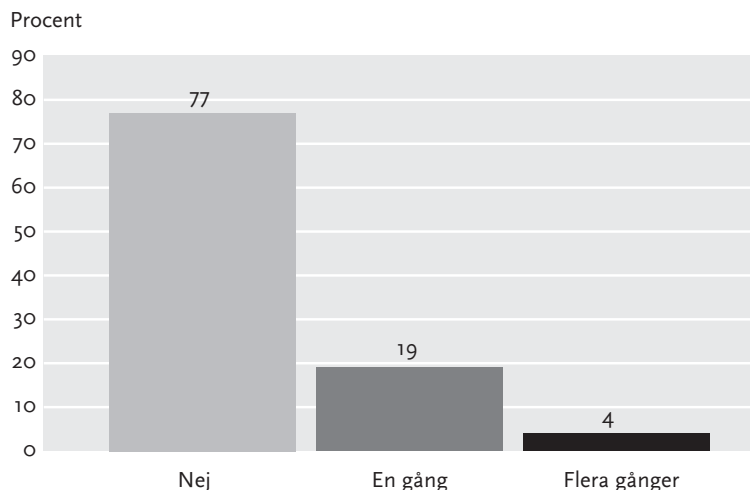
Om resultaten från folkhälsoenkäten

I denna rapport redovisas resultatet från den nationella folkhälsoenkäten 2004–2005 enligt följande:

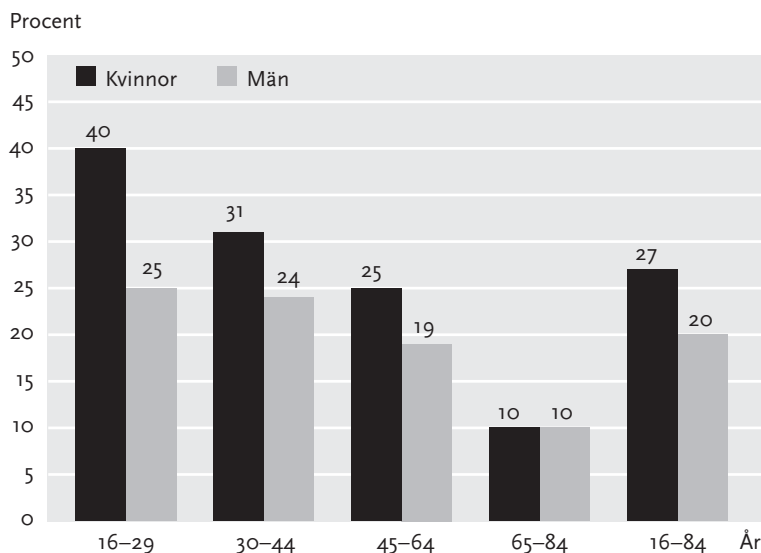
- Förekomsten av kränkande bemötande
- Orsaken till kränkande bemötande
- Kränkande bemötande och hälsa

Resultatet av frågan som handlade om utsatthet för kränkande bemötande på olika typer av arenor redovisas inte i denna rapport, 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 inte varit arbetslös har man inte exponerats för arbetsförmedlingen och således inte kunnat utsättas för kränkande bemötande. Att exempelvis redovisa hälsan bland dem som utsatts för kränkande behandling på vissa arenor blir också missvisande, eftersom det per definition är sjuka som besöker vissa arenor (exempelvis sjukvården, försäkringskassan).

Förekomsten av kränkande bemötande

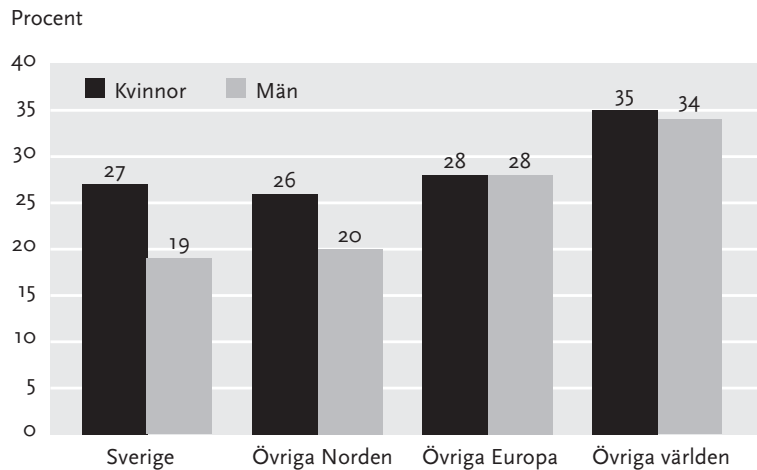


Figur 4. Andel som blivit utsatta för kränkande bemötande en respektive flera gånger de senaste tre månaderna, 16–84 år (n=40 002). Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut.



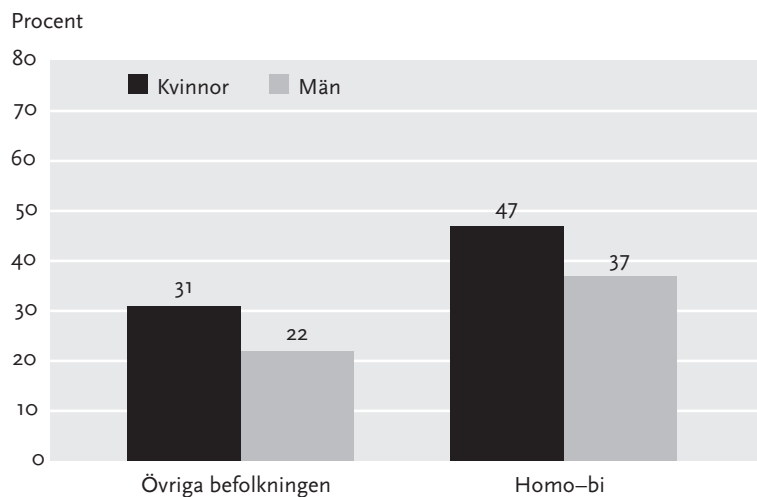
Figur 5. Andel kvinnor och män som en eller flera gånger blivit utsatta för kränkande bemötande, uppdelat på ålder. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare bland kvinnor än bland män att ha blivit utsatta för ett kränkande bemötande (figur 5). Könsskillnaden återfanns i samtliga åldersgrupper, men var störst bland de yngre. Det var vanligare bland yngre än bland äldre att ha blivit utsatta, vilket gällde både kvinnor och män.



Figur 6. Andel kvinnor och män som en eller flera gånger blivit kränkta, uppdelat på födelseland, 16–84 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut.

Bland män födda utanför Norden var det vanligare att ha blivit utsatta för ett kränkande bemötande än bland män födda i Sverige (figur 6). Det var vanligare bland kvinnor födda utanför Europa att ha blivit utsatta för ett kränkande bemötande än bland svenskfödda.



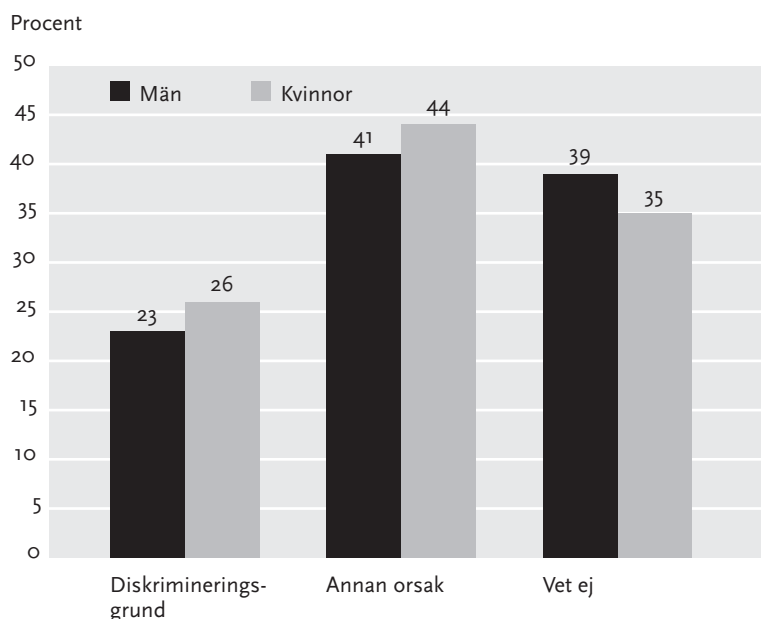
Figur 7. Andel kvinnor och män som en eller flera gånger blivit utsatta för kränkande bemötande, efter sexuell läggning, 16–64 år (n=29 034). Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut.

Det var betydligt vanligare att ha varit utsatt för kränkande bemötande bland dem som inte är heterosexuella än bland den övriga befolkningen (figur 7).

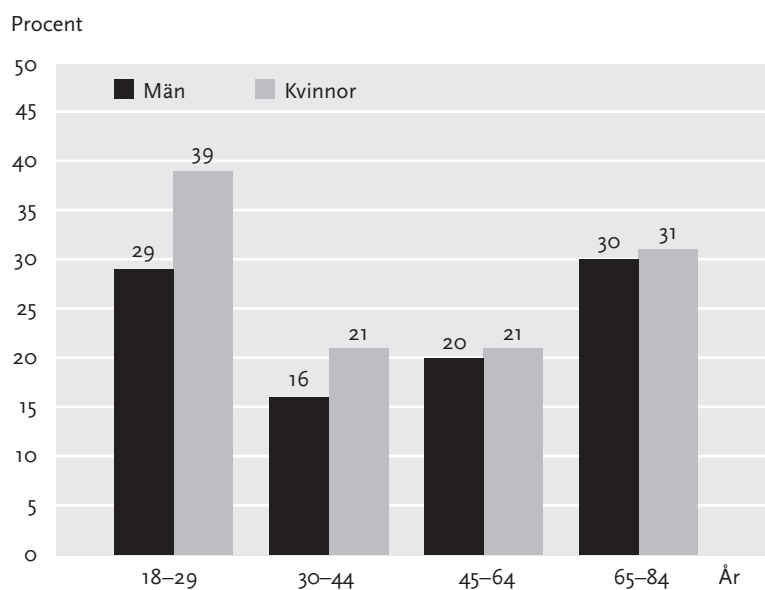
Orsaken till kränkande bemötande

I folkhälsoenkäten 2004 ställdes även en fråga om av vilken orsak personen blev bemött på ett kränkande sätt. Bland dem som blivit utsatta för kränkande bemötande uppgav 24 procent någon typ av diskrimineringsgrund¹⁰ som orsak till det kränkande bemötandet, 44 procent angav annan orsak, 38 procent angav att de inte visste orsaken till det kränkande bemötandet och 3 procent hade inte uppgivit någon orsak det vill säga inte svarat på frågan. Respondenterna kunde fylla i flera svarsalternativ (flervalsfråga) och kategorierna som presenteras utesluter inte varandra, exempelvis kan de som svarat ”annan orsak” även ha uppgivit någon diskrimineringsgrund som orsak och tvärtom.

¹⁰ Diskrimineringsgrunder: etnisk bakgrund, kön, sexuell läggning, ålder, funktionshinder, religion.

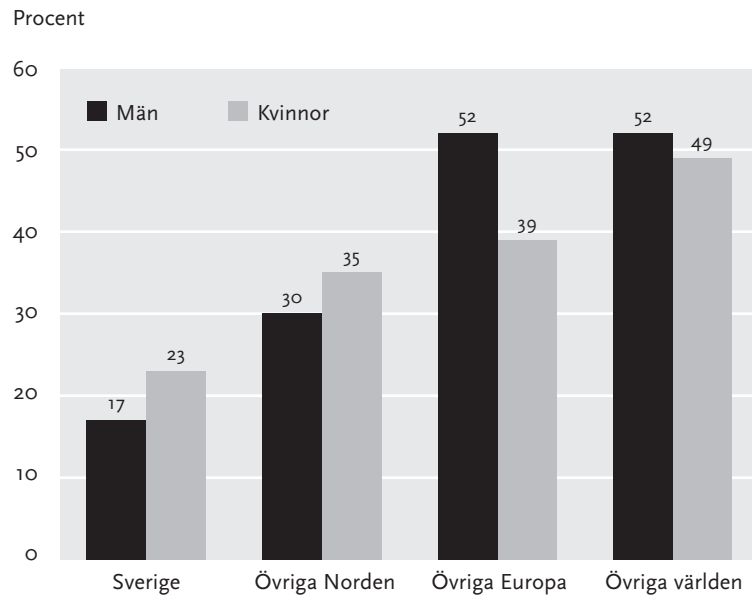


Figur 8. Andelen män respektive kvinnor som hade uppgivit någon diskrimineringsgrundande orsak eller annan orsak, bland dem som blivit utsatta för kränkande bemötande, 18–84 år (n=8 617). Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 9. Andelen män respektive kvinnor i olika åldersgrupper som uppgivit någon diskrimineringsgrundande orsak, bland dem som blivit utsatta för kränkande bemötande. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.

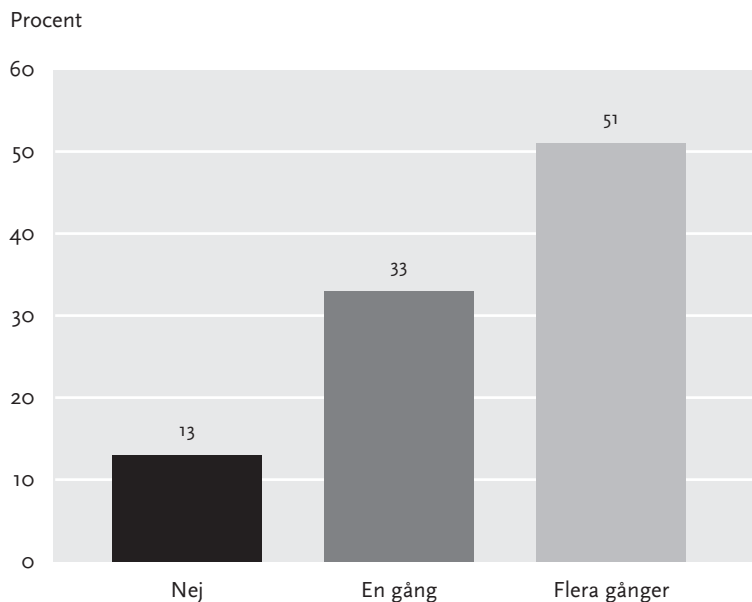
Det var något vanligare bland kvinnor än bland män att uppe någon diskrimineringsgrundande orsak till det kränkande bemötandet (figur 8). Detta gällde framförallt bland de yngre kvinnorna (figur 9). Bland både kvinnor och män var en diskrimineringsgrundande orsak vanligast i den yngsta och den äldsta åldersgruppen.



Figur 10. Andelen män respektive kvinnor, uppdelade på födelseland som uppgivit någon diskrimineringsgrundande orsak, bland dem som blivit utsatta för kränkande bemötande, 18–84 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare bland både män och kvinnor födda utanför Sverige än bland personer födda i Sverige att uppgive en diskrimineringsgrundande orsak till det kränkande bemötandet.

Kränkande bemötande och hälsa



Figur 11. Andel med nedsatt psykiskt välbefinnande bland dem som inte blivit utsatta och de som blivit utsatta för kränkande bemötande en respektive flera gånger, 16–84 år. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut.

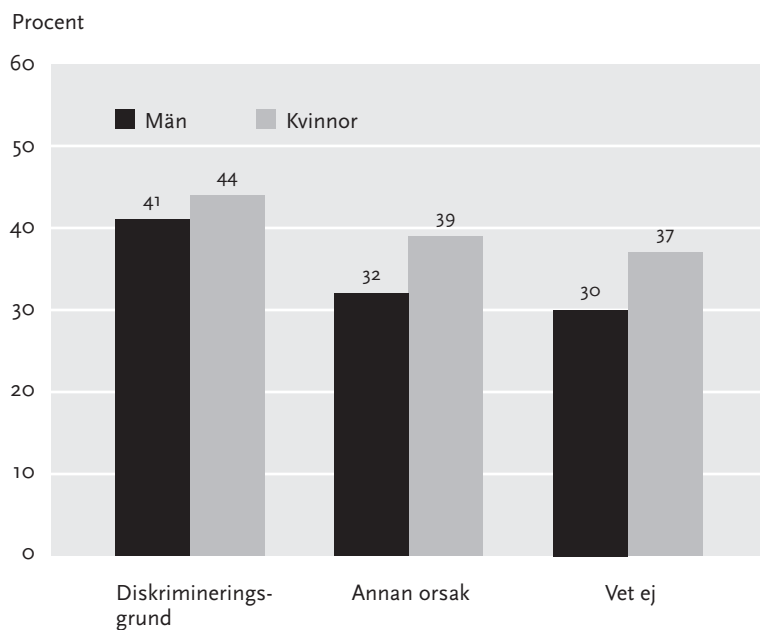
Det var betydligt vanligare med nedsatt psykisk hälsa bland dem som varit utsatta för kränkande bemötande flera gånger än bland dem som varit utsatta en gång.

Tabell 1. Andelen kvinnor och män med ohälsa bland dem som inte blivit utsatta och dem som blivit kränkande bemötta, 16–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Ohälsoundikatorer	Utsatt för kränkande bemötande			
	Kvinnor		Män	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Nedsatt psykiskt välbefinnande	36	15	36	10
Svår ångslan, oro, ångest	13	4	12	2
Mycket stressad	6	3	6	1
Svåra sömnsvårigheter	12	5	12	3
Självordstankar	27	9	24	7
Självordsförsök	11	3	8	2
Dålig självskattad hälsa	14	5	15	5

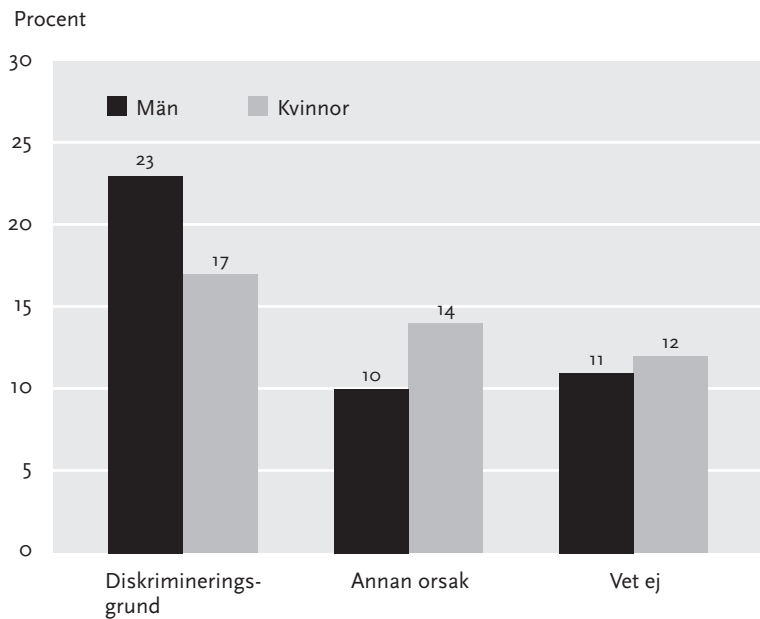
Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005, Statens folkhälsoinstitut.

Förekomsten av ohälsa var betydligt vanligare bland kvinnor och män som varit utsatta för kränkande bemötande än bland dem som inte alls blivit utsatta (tabell 1). Detta mönster kvarstod och till och med förstärktes vid kontroll för ålder, utbildning och inkomst. En logistisk regressionsanalys med kontroll för ålder, utbildning och inkomst visade att ett nedsatt välbefinnande var fyra gånger vanligare bland män som blivit utsatta för kränkande bemötande än bland män som inte blivit det och tre gånger vanligare bland kvinnor som blivit utsatta. Ett dåligt allmänt hälsotillstånd var 3,6 gånger vanligare bland män och 2,8 gånger vanligare bland kvinnor som blivit utsatta än bland dem som inte upplevt sig som utsatta.



Figur 12. Andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande bland dem som uppgett någon diskrimineringsgrund som orsak, annan orsak respektive dem som inte visste orsaken, 18–84 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.



Figur 13. Andelen med dålig självskattad hälsa bland dem som uppgett någon diskrimineringsgrund som orsak, annan orsak respektive dem som inte visste orsaken, 18–84 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2004, Statens folkhälsoinstitut.

Nedsatt psykiskt välbefinnande var vanligare bland kvinnor och män som uppgett någon diskrimineringsgrund som orsak till det kränkande bemötandet än bland dem som uppgett annan orsak eller inte visste orsaken. Bland män som uppgett diskrimineringsgrund som orsak var det även vanligare med dålig självskattad hälsa än bland dem som uppgett annan orsak eller inte visste orsaken. Bland kvinnor som uppgett diskrimineringsgrund som orsak var det vanligare med dålig självskattad hälsa än bland dem som inte visste orsaken, men det var inte signifikant skiljt från dem som uppgett annan orsak.

Sammanfattning av resultaten från folkhälsoenkäten

Enligt resultaten från folkhälsoenkäten uppgav nästan en fjärdedel av Sveriges befolkning att de under en tremånadersperiod har upplevt sig utsatta för kränkande bemötande. Resultaten visade på skillnader i utsatthet uppdelat på kön, ålder, födelseland, och sexuell läggning och visade på att upplevelsen av kränkande bemötande hade starka samband med ohälsoindikatorer. Det var exempelvis tre till fyra gånger vanligare med nedsatt välbefinnande bland män och kvinnor som blivit utsatta för kränkande bemötande än bland de personer som inte upplevt sig som utsatta.

Cirka en fjärdedel av de personer som uppgav att de hade utsatts för kränkande bemötande uppgav en eller flera diskrimineringsgrunder (kön, ålder, etnisk bakgrund, religion, sexuell läggning, funktionshinder) som orsak till kränkningen. En stor andel visste inte vad orsaken var och 44 procent uppgav annan orsak till kränkningen. Det var i högre grad kvinnor, yngre samt personer med annat födelseland än Sverige som uppgav diskrimineringsgrund som orsak till kränkningen. De personer som uppgav diskrimineringsgrund som orsak till kränkningen visade på starkare samband med ohälsa än de samband som fanns med annan orsak till kränkningen.

KAPITEL 4.

Expertgrupp för
diskriminering
och hälsa

I syfte att fördjupa diskussionen om diskriminering och hälsa tillsattes en expertgrupp av forskare och sakkunniga på området för att representera kunskap inom diskrimineringsfrågor, olika diskrimineringsgrunders särprägel, samt kopplingen till hälsa.

Expertgruppen fick i uppdrag att följa, granska och stödja projektets utveckling genom att författa ett separat skriftligt utlåtande på temat diskriminering och hälsa samt hålla ett anförande i samband med det expertseminarium som hölls i Stockholm den 23 augusti 2005.¹¹

FRÅGESTÄLLNINGAR TILL EXPERTGRUPPEN

Varje ledamot i expertgruppen gavs i uppdrag att inom ramen för sitt utlåtande och anförande vid expertseminariet diskutera följande frågeställningar:

1. Vilka samband mellan diskriminering och hälsa går att fastställa utifrån informationen i kunskapsunderlaget samt utifrån egna erfarenheter och kunskaper på området?
2. Vilka är de stora kunskapsluckorna när det gäller de eventuella sambanden mellan diskriminering och hälsa?
3. I kunskapsunderlaget beskrivs olika metoder att mäta diskriminering och hälsa. Hur bör dessa metoder betraktas, vilka är att föredra och/eller kan metoderna komplettera varandra?
4. Ett syfte med detta projekt är att ringa in områden för att ta fram indikatorer för att följa upp och mäta diskriminering (och hälsa). Vilka indikatorer är speciellt viktiga för respektive diskrimineringsgrund (med utgångspunkt från respektive experts kompetensområde)?
5. Vilket är det viktigaste framtida forskningsområdet för att bredda kunskapen kring sambandet mellan diskriminering och hälsa?
6. Finns det andra alternativa angreppssätt att mäta diskrimineringens samband med hälsa (och i så fall vilka)? På vilket sätt kan i så fall en sådan undersökning genomföras?

Representanterna i expertgruppen uppmanades att beakta sina egna specifika sakkunskaper, som på olika sätt har beröringspunkter med sambandet diskriminering och hälsa, och tillföra dessa kunskaper i sitt expertutlåtande.

¹¹ Till stöd för analysen fick expertgruppen ett diskussionsunderlag som i stort påminner om kapitel 1–3. Det är däremot viktigt att påtala att det finns skillnader mellan det ursprungliga diskussionsunderlaget och redovisningen i denna rapport. Experternas analys utgår med andra ord från en äldre version av kapitel 1–3.

EXPERTGRUPPEN

Gunilla Krantz, som är universitetslektor i beteendemedicin vid Centre for Health Equity Studies vid Stockholms universitet/Karolinska Institutet. Hon är läkare med specialistkompetens i allmänmedicin och socialmedicin och har disputerat i socialmedicin i Lund. Hennes forskning är inriktad på sociala faktorerens betydelse för kvinnors hälsa, på mäns och kvinnors fördelning av betalt och obetalt arbete, stress och hälsoeffekter och på våld mot kvinnor i nära relationer.

Anders Lange, som är professor i internationell migration och etniska relationer vid CEIFO (Centrum för forskning om internationell migration och etniska relationer), Stockholms universitet samt docent i pedagogik och pedagogisk psykologi och fil dr. i psykologi. Han har gett ut ett femtiotal publikationer på området sedan 1981 (de flesta i bok- eller rapportform) och deltagit i ett flertal utredningar inom området diskriminering, rasism, integration, och invandrar- och flyktingfrågor.

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

Anders Printz, som är jurist och utredare på verksledningskansliet vid Socialstyrelsen. Han är samordnare på Socialstyrelsen för arbetet med den nationella handlingsplanen för handikappolitiken och arbetar just nu med att bygga upp ett system för att på ett fungerande och enhetligt sätt kunna beskriva funktionshindrade personers levnadsförhållanden.

Expertgruppens redovisning

Denna redovisning bygger på de fyra separata skriftliga utlåtandena. I denna beskrivning av respektive utlåtande lyfts vissa avsnitt fram som av DH anses ha mest koppling till det ursprungliga uppdraget. Utlåtandena går därför också att läsa i sin helhet i bilaga 2–5.

Den 23 augusti 2005 anordnades ett seminarium kring diskriminering och hälsa där experterna presenterade sina expertutlåtanden. I fokus för diskussionen var samband mellan diskriminering och hälsa samt indikatorer och metoder för att följa upp och mäta dessa. Syftet var också att identifiera kunskapsluckor och ringa in viktiga forskningsområden. Vid seminariet deltog representanter från FHI, JämO, DO, HO och HomO. En dokumentation från seminariet går att läsa i bilaga 6.

Gunilla Krantz

Diskriminering – definitioner och synsätt

Gunilla Krantz menade i sitt expertutlåtande att Nancy Kriegers definition av diskriminering som ”ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av ideologi och uttrycks i interaktioner, bland och emellan individer och institutioner, där dominerande grupper försöker behålla sina fördelar i samhället på bekostnad av ökad utsatthet för andra grupper” (8) ger en tydlig beskrivning av begreppet. Definitionen är allmängiltig och kan tillämpas på diskriminering som har samband med olika grunder såsom kön, etnisk tillhörighet eller religion, sexuell läggning eller sjukdom/handikapp. Krantz menar att utmaningen i att arbeta mot diskriminering ligger i att medvetandegöra sig själv och andra om att det just handlar om ”ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av en ideologi” och att denna ideologi inte finns beskriven i lagtexter eller reglementen utan utgör en del av varje samhälles ”kultur”.

Krantz ansåg att denna ideologi är så självklar att den knappast ifrågasätts och därför kommer att bestå genom att den överförs från generation till generation, ofta på ett omedvetet sätt. Denna ”ideologioverföring” sker via socialiseringsprocessen, det vill säga den process som innebär att vi fostrar våra barn in i ett tänkande som ska passa in i det samhälle och den tid vi lever i, vilket betyder att majoriteten kommer att anamma denna dominerande ideologi och kanske aldrig ifrågasätta den. Diskriminering bygger på över- och underordning och resultatet av detta kan bli intolerans mot grupper av människor eller individer som enligt överordnade grupper har en avvikande ideologi eller ter sig avvikande.

Krantz menade också att projektgruppens definition av diskriminering: ”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 avsiktligt eller oavsiktligt”¹² bör utvecklas eftersom det saknas en diskussion om varför diskriminering sker.

Krantz stödjer inte resonemanget att diskriminering ”kan ske avsiktligt eller oavsiktligt” eftersom det är oprecist i det att varje diskriminerande handling bör ses som avsiktlig, annars är det knappast frågan om diskriminering eftersom diskriminering handlar om en överordnad grupp eller individs sätt att behålla sina fördelar gentemot en underordnad grupp.

Hon för in resonemanget om det inte är frågan om *medveten eller omedveten handling*. Detta skulle i så fall stödja tanken om att konsekvenserna av ett samhälles kultur inte alltid medvetandegjorts för dess medborgare, vilket gör att diskriminering kan ske där grunden för handlingen är *medveten* eller *omedveten* snarare än avsiktlig eller oavsiktlig.

¹² Gunilla Krantz refererar till ett kunskapsunderlag som överlämnades till expertgruppen 2005-04-15 och som till stor del överensstämmer med kapitel 1–3.

Hur kan man mäta hälsa?

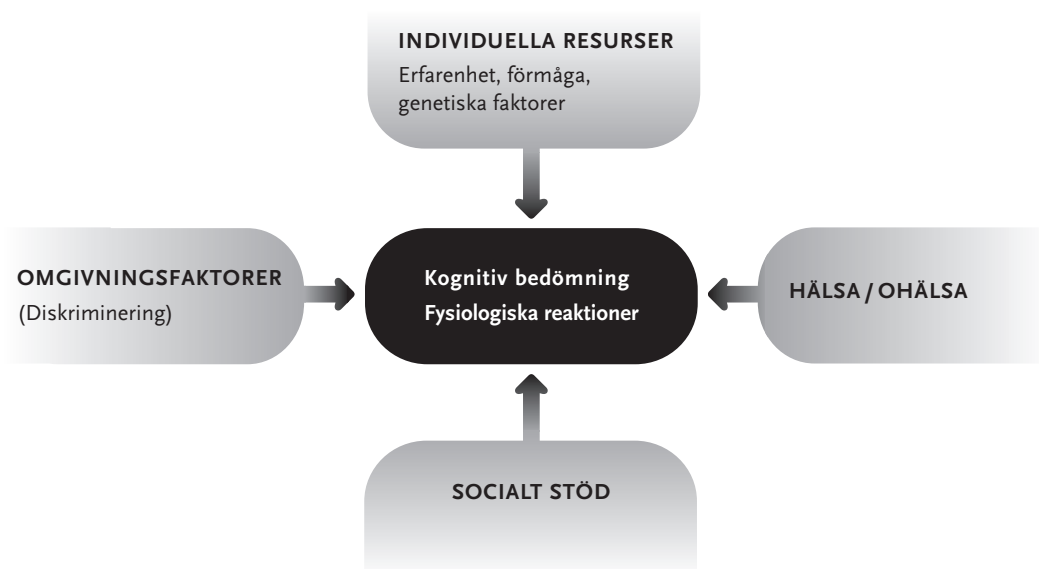
Gunilla Krantz pekar även på olika sätt att mäta hälsa. De vanligaste sätten att mäta hälsa på är att fråga en population, via frågeformulär, hur de uppfattar sin hälsa. Man kan ställa en direkt fråga: ”Hur upplever du din egen hälsa?” samt ge tre eller fem svarsalternativ (självskattad hälsa, *self-rated health*, SRH). Det har visat sig att denna fråga med god precision predicerar sjukdom och ohälsa men den har samtidigt kritiserats för att vara för ospecifik, man vet inte vad man mäter. I andra fall försöker man vara mer specifik genom att efterfråga symtom, fysiska och psykiska, som personen kan tänkas lida av och dessa symtom och symtomkonstellationer kan ses som ett uttryck för stress (15). Det finns en mängd olika validerade instrument som mäter hälsa utifrån funktionsstatus, såsom *General Health Questionnaire* (GHQ) och *Short Form 36*, SF 36 (16, 17).

Andra sätt att mäta hälsa är att via läkarbedömning bilda sig en uppfattning om en individs hälsa genom undersökning och provtagning men det blir då ett mer begränsat mått på hälsa där upplevelsen av egen hälsa saknas, men som å andra sidan kanske kan möjligen betraktas som ett mer objektiva mått. Vårdkonsumtionsstatistik, slutenvårdsdiagnoser, läkemedelsuttag samt sjukfrånvaro ger andra sidor av människors och befolkningars hälsa där den enskilde inte kommer till tals.

Stresshypotesen

Gunilla Krantz för fram en hypotes att de olika hälsoutfall som beskrivits som effekt av diskriminering har en gemensam grund genom att, oavsett skälet för diskriminering, ett sådant bemötande eller en sådan upplevelse skapar stress.

Stress uppstår i den situation då omgivningens krav överstiger individens förmåga att klara dessa krav (18). 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.



Figur 14. Biopsykosocial modell för interaktionen mellan stress och hälsa. Källa: Frankenhaeuser (19).

Enligt Krantz ska modellen förstås så att *omgivningsfaktorer* ger upphov till kronisk stress. Exempel på omgivningsfaktorer är fattigdom (socioekonomisk status), låg utbildning eller andra psykosociala faktorer inkluderande upplevelse av utsatthet såsom diskriminering – alltså levnadsförhållanden som upplevs som påfrestande på längre sikt. Men en omgivningsfaktor kan också vara en omedelbar utmaning i form av att behöva prestera något, vilket snarare ger upphov till akut stress. Individen gör då en *kognitiv bedömning* av sin förmåga och sina *individuella resurser* att klara den uppkomna situationen, likaså kan ett gott *socialt stöd* ha en positiv effekt. Upplevs situationen som en kronisk stressfaktor uppstår *fysiologiska reaktioner* genom utsöndring av stresshormoner (adrenalin, noradrenalin och kortisol) och resultatet blir ohälsa. Om däremot situationen upplevs som möjlig att lösa blir utfallet istället positivt, det vill säga hälsa.

Den ohälsa som uppstår som svar på kronisk stress kan ta sig olika uttryck och ge upphov till en mängd symtom genom att de så kallade stresshormonerna har effekter på hjärtkärlsystemet (blodtryck, blodfetter, hjärtfrekvens), på det metabola systemet, på immunsystemet genom nedsatt immunförsvar och på den psykiska hälsan, vilket kan leda till ökat alkoholintag, ökad cigarettkonsumtion, mindre motion, depressivitet, ångest, oro och sömnsvårigheter. På längre sikt ökar detta risken för hjärtinfarkt, hjärnblödning, diabetes typ II, infektionssjukdomar, fetma och metabolt syndrom.

Denna modell och förståelse av fenomenet stress kan enligt Krantz förklara varför så många olika hälsoutfall är möjliga trots att exponeringen är densamma. Likaså förklarar modellen varför inte en specifik grund för diskriminering ger ett specifikt hälsoutfall, exempelvis att etnisk diskriminering skulle ge upphov till förhöjt blodtryck. Modellen sammanfattar diskriminering som en stressfaktor som kan ge upphov till akut kronisk stress och därmed ohälsa som kan ta sig en mängd olika uttryck.

Fördelen med att bekräfta den hypotesen skulle enligt Krantz vara att man på så sätt verkligen visar att diskriminering av en viss grad och kanske även art medför ökad risk för kronisk stress och på längre sikt allvarlig sjukdom och att man får ytterligare ett argument för att bekämpa alla former av diskriminering – hälsoperspektivet!

Om denna hypotes ska bekräftas så behövs forskningsinsatser av flera slag.

1. Stressfysiologisk studie. För att bekräfta hypotesen ovan att diskriminering via stress leder till ohälsa behövs studier som involverar mätning av ett antal fysiologiska variabler såsom blodtryck, puls, midjastussmått, katekolaminer (adrenalin, noradrenalin/urin) och kortisol i saliv samt eventuellt även blodfetter och blodsocker i tillägg till mer traditionella socioekonomiska och psykosociala faktorer. Sådana studier kan bara göras på mindre populationer eftersom provtagning är resurskrävande.

En frågeställning skulle kunna formuleras på följande sätt: Skiljer sig nivåer av fysiologiska parametrar mellan individer som har upplevt sig utsatta för diskriminerande handlingar under en längre tid jämfört med individer som inte har det, då man kontrollerat för väsentliga socioekonomiska och psykosociala faktorer?

Ett problem med denna frågeställning är att inte diskrimineringsgrunden angetts och det inte går att förutsätta att olika grunder för diskriminering ger samma hälsoutfall även om stresshypotesen antar detta. För att komma till rätta med detta menar Krantz att grupper som upplevt olika former av diskriminering bör inkluderas och jämföras med grupper som inte upplevt sig utsatta för diskriminering.

En dylik studie skulle göra det möjligt att se om och hur fysiologiska profiler skiljer sig åt mellan grupperna och på så sätt skulle man få svar på om olika diskrimineringsgrunder ger likartade eller olika profiler samt om dessa skiljer sig från vad som observerats i den icke-diskriminerade gruppen.

2. Kvalitativ intervjustudie. För att få bättre uppfattning om vad som inryms i begreppet diskriminering skulle man kunna göra en kvalitativ intervjustudie där man dels djupintervjuar individer som upplevt eller upplever sig som diskriminerade, dels genomför fokusgruppsdiskussioner med grupper som exempelvis representerar homosexuella, första generationens invandrare, funktionsnedsatta och män/kvinnor.

Den öppna frågan är då vad begreppet diskriminering innebär. Finns det likheter eller skillnader mellan gruppernas utsagor? Eventuellt samband med upplevd hälsa kan också diskuteras i djupintervjuerna. Ur ett sådant material får man ny kunskap och nya insikter. De olika beskrivningar och nyckelord som framkommer kan sedan omvandlas till variabler och testas i en epidemiologisk (kvantitativ) studie.

3. En epidemiologisk studie. I en studie av Nancy Krieger med flera valideras och reliabilitetstestas ett frågeformulär som använts för att mäta grad av upplevd etnisk diskriminering, dock finns här även andra diskrimineringsgrunder inkluderade (20). Formuläret – *Experiences of Discrimination*, EOD – visade sig ha hög reliabilitet och validitet då det jämfördes med andra skalor. 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. På så sätt valideras instrumentet som sedan kan användas för undersökning av samband mellan (etnisk) diskriminering och olika hälsoutfall. Instrumentet bör testas även på andra grupper än de som upplever sig etniskt diskriminerade för att se om det finns skillnader i hur man svarar.

Sammanfattningsvis menar Krantz att området diskriminering och hälsa är ett mycket spännande forskningsområde där kunskapen ännu är begränsad. Det finns klara likheter mellan att vara utsatt för diskriminering och att vara utsatt för våld. Krantz tror därför att man kan hämta vissa erfarenheter från det forskningsområdet. Inom båda dessa områden är utsattheten inte konstant i den bemärkelsen att en person diskrimineras eller utsätts för våld hela tiden. Det är istället händelser som ger en upplevelse av obehag som är konstant och som kan leda till allvarliga hälsokonsekvenser. Båda dessa företeelser kan åtgärdas! Problemet med detta är dock att lagstiftning och bestraffning inte omedelbart hjälper utan det måste även ske en attitydförändring i samhället. Lagstiftning är oerhört viktigt och lika viktigt är att makthavare tar en klar ställning emot dylika företeelser, men det tar lång tid innan enskilda individer förmår förändra sina värderingar eftersom de ligger djupt förankrade i den kultur (oskrivna lagar och regler) som råder i varje samhälle. Kvinnor har på 100 år gjort hyggliga framsteg mot ökad jämställdhet i samhället men fortfarande finns starka krafter som motverkar denna utveckling!

Anders Lange

Diskussion kring diskriminering

Anders Lange menar i sitt expertutlåtande att projektets definition ”Med strukturell diskriminering avses regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutionen 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 avsiktligt eller oavsiktligt” är för allomfattande och därför mycket problematisk.

Enligt Anders Lange kallas ett tillstånd i ett samhälle där befolkningen åtnjuter lika rättigheter och möjligheter för ”jämlighet”. Eftersom något perfekt jämlikt samhälle enligt Lange inte existerar på denna planet, och hela planeten dessutom präglas av globala orättvisor, kan man enligt Lange konstatera att det i varje samhälle (och globalt) finns en rad hinder för jämlikhet. Vissa grupper eller kategorier av människor kan i olika avseenden sägas vara underordnade – eller befinna sig i sämre situation – än vissa andra grupper eller kategorier. Den ovan citerade definitionen medför att alla hinder för (grupp- eller kategoribaserad) jämlikhet uppfattas som orsakade av diskriminering. Detta leder i sin tur till dels metodologiska och teoretiska problem, dels problem när det gäller fastställandet av optimala åtgärder i syfte att minska eller eliminera ojämlikheter i samhället.

Lange menar att ”diskriminering” är ett lika viktigt ord som det är mångtydigt och missbrukat både inom forskningen och i den offentliga ”diskursen”. Att *diskriminera* betyder att göra åtskillnad mellan. Ordets etymologi går tillbaka på latinets *discernere*, *discrimen*, *discriminare* vars gemensamma mening är att indela, att åtskilja. Redan i det etymologiska ursprunget pekar Lange på att ordet syftar på en *viljeakt*.

Lange anser att i dagligt tal betecknar ordet diskriminering i första hand förhållandet att grupper, eller individer som är eller uppfattas vara representanter för dessa grupper, kollektiv eller kategorier *särbehandlas* av andra grupper eller individer som är eller utger sig för att vara representanter för dessa andra grupper, kollektiv, kategorier, organisationer, institutioner eller myndigheter. De senare har i allmänhet något slags överläge gentemot de förra i fråga om resurser, fysisk eller moralisk styrka, antal, maktmedel, beslutanderätt samt verklig eller självtillskriven legitimitet. Vilken grupp eller

kategori som har överläge gentemot vilken annan grupp eller kategori är emellertid inte givet en gång för alla. Medlemmar i en kategori som befinner sig i underläge i ett visst sammanhang kan finna sig i överläge i ett annat – till exempel mera begränsat – sammanhang, och vice versa. Vad som kan kallas ”makromakt” och ”mikromakt” är långtifrån alltid samma sak.

Enligt Lange kan särbehandlingen gynna den träffade gruppen. Man talar då om positiv diskriminering. Men det är den negativa diskrimineringen, det vill säga den särbehandling som missgynnar den utsatta gruppen och som begränsar och inskränker dess valmöjligheter och handlingsutrymme, som är socialt, moraliskt och politiskt problematiskt. Den negativa särbehandlingen uppfattas vara inskränkningar av de drabbade människornas möjligheter att uppnå frihet, jämlikhet och rättvisa. Diskriminering drabbar individer. Därför kan den se ut att vara något som rör relationerna mellan individuella aktörer. I själva verket rör den relationerna mellan *grupper* eller kategorier i samhället, och aktörerna agerar som regel i termer av kollektiva identiteter just som representanter för de grupper som de tillhör. I princip kan vilka gruppbildningar eller kollektiv som helst drabbas av diskriminering – eller själva utöva diskriminering.

Lange beskriver att sådant handlande och bemötande eller sådana regler och beslut som en grupp anser gynna den andra gruppen ofta ses som ett samtidigt missgynnande av den egna gruppen. Beteckningarna positiv och negativ särbehandling kan därför vara vilseledande. För att bestämma om en viss behandling eller ett visst bemötande är diskriminerande måste analysen enligt Lange lyftas från grupprelationernas nivå, där intressen står mot varandra, till en överordnad värderingsnivå. För att avgöra om diskriminering föreligger måste behandlingen, bemötandet eller handlingssättet relateras till rådande och i stort sett allmänt accepterade värderingar i samhället.

I varje fall där man ska avgöra om diskriminering föreligger behöver enligt Lange därför de värderingar (universella normer, lagar och umgängesregler) anges som bedömningen grundar sig på. Det är nog så svårt när det gäller relationerna mellan grupper inom ett samhälle. Ännu mera komplicerat blir det när statsmakten själv är den ena parten i en intressekonflikt med en folkgrupp eller en kategori av människor som lever och verkar i det samhälle som staten har kontroll över.

Lange menar att diskriminering helst bör bestämmas i förhållande till universella normer (till exempel FN:s deklaration om mänskliga rättigheter). Samtidigt innebär statens eller statsbildningens autonomi att de universella normerna i vissa avseenden kolliderar med de ”lokala” värden, preferenser och normer, vilka staten sanktionerar, underhåller eller påbjuder. Så länge de nationella normsystemen inte är helt överensstämmande med universella normsystem innebär statens särbehandling av vissa grupper ett dilemma. För att avgöra om diskriminering föreligger krävs alltså en noggrann analys av hela det sociala sammanhang där handlingen har ägt rum.

Termen diskriminering bör enligt Lange reserveras för att beteckna *behandling och bemötande i konkreta situationer*. Diskriminering har karaktären av händelse och handling. Det är besvärligt att empiriskt studera diskriminering och skälen därtill är många. Ett av de främsta sammanhänger just med diskrimineringens karaktär av handling och händelse. För forskaren består därför den kanske främsta svårigheten i att dessa handlingar och händelser inte inträffar på begäran, med undantag av framprovocerade händelser, som till exempel ”fejkade” ansökningar om anställning (”*situation testing*”) eller av journalister arrangerade situationer i krogköer. För det mesta är forskaren hänvisad till att studera (den förmodade) diskrimineringens konsekvenser så att säga *ex post facto*. Hur man än avser att lägga upp empiriska studier av diskriminering, måste sådana studier alltid bygga på en omsorgsfull analys av diskrimineringsbegreppets olika aspekter och förutsättningar.

En alternativ analys av begreppet diskriminering

Sammanfattningsvis kan Langes alternativa analys av diskriminering beskrivas enligt följande:

Diskriminering är ett specialfall av *differentiell (eller differentierande) behandling*; termen diskriminering bör därför inte syfta på *differentierande processer* (eller mekanismer), eftersom processer inte förutsätter avsiktlighet. Syftet med den differentiella behandlingen är att *exkludera* den behandlade från eftersträvansvärda tillgångar (som inte behöver vara materiella). Inte heller bör termen diskrimi-

nering syfta på utfall, konsekvenser eller resultat (av behandlingar eller processer), inte ens om den görs om till ett adjektiv. *Utfall* eller resultat kan inte sägas vara diskriminerande – de kan endast vara lika eller olika (det vill säga differentiella), negativa eller positiva (för specificerade parter) samt rättvisa eller orättvisa (legitima eller illegitima) i enlighet med artikulerade värderingar.

Diskrimineringsens omfattning begränsas enligt Lange till *negativ* differentiell behandling, varvid ”negativ” syftar i första hand på den behandlade aktörens perspektiv och bedöms vara *illegitim* och/eller *orättvis* i enlighet med allmänt (helst universellt) accepterade normer och värderingar. Lange definierar därmed diskriminering som *illegitim och/eller orättvis, exkluderande negativ differentiell behandling*. Detta kallas den ”medelstarka” definitionen av diskriminering. Enligt Lange är det troligt att ytterligare ett villkor bör läggas till, nämligen det att de som diskrimineras utgör en *urskiljbar kategori eller grupp*, till exempel etnisk, och diskrimineras på grund av sitt medlemskap i denna kategori eller grupp.

Lange lyfter också fram en strängare (eller starkare) definition av diskriminering som bör inkludera *motiv*. Medan *syftet* med den diskriminerande handlingen är att i någon bemärkelse exkludera människor som tillhör en viss kategori, kan motiven bakom en sådan handling vara mycket skiftande. Sunda förnuftet och intuitionen säger att endast vissa av dessa motiv kan kandidera till posten som definierande kriterier när det gäller diskrimineringsbegreppet.

Lange menar att uttrycket ”institutionell diskriminering” är meningslöst eftersom institutioner inte kan handla annat än genom sina aktörer. Däremot är termen *institutionaliserad diskriminering* högggradigt meningsfull och syftar på de situationer där diskriminerande avsikter blivit kodifierade i institutionell form, som till exempel apartheidsystemet. På motsvarande sätt är den lika flitigt som nebulöst använda termen ”strukturell diskriminering” enligt Lange meningslös, främst på grund av att de som använder den i stort sett aldrig definierar vad de menar med termen ”struktur”. ”Strukturer” i mänskliga samhällen skapas och befolkas av människor och manifesteras genom deras handlingar. Ofta tycks den dunkla innebörden i termen ”strukturell diskriminering” sammanfalla med den ovan definierade betydelsen hos begreppet ”institutionaliserad diskriminering”.

Lange berör den nödvändiga distinktionen mellan *subjektivt upplevd* och ”*objektivt konstaterad*” diskriminering. En person med invandrarbakgrund som söker arbete hos till exempel ett privat företag eller en statlig institution blir trots goda meriter inte kallad till en anställningsintervju och kan uppleva detta som en diskriminerande handling från arbetsgivarens sida. Även om det finns goda skäl att tro att det i många sådana fall faktiskt rör sig om diskriminering på etnisk grund, är en subjektiv upplevelse av att vara diskriminerad varken ett nödvändigt eller tillräckligt villkor för att en faktisk diskriminerande handling ska ha ägt rum. En diskriminerande handling bör kunna konstateras även när den som drabbats av dess konsekvenser inte upplever sig vara diskriminerad.

Samband mellan diskriminering och hälsa

Lange beskriver relationen angående sambanden mellan diskriminering och hälsa som svåra att specificera. I Langes egen forskning har han tangerat relationen mellan rapporter om upplevd diskriminering och psykisk hälsa i samband med en analys av Socialstyrelsens undersökning 1996 av fyra invandrargruppers levnadsförhållanden (9). Resultaten visade att det med avsevärd sannolikhet finns ett samband mellan upplevd diskriminering och sämre psykisk hälsa.

Mot denna bakgrund samt utifrån en försiktig samlad bedömning av de i kunskapsunderlaget redovisade studierna påstår Lange att det är mycket troligt att upplevelser av orättvis negativ särbehandling på grund av tillhörighet till vissa grupper eller kategorier har negativ inverkan på framförallt psykisk, men även fysisk, hälsa. Däremot anser han inte att det är möjligt att uttala sig om mera specifika samband, till exempel att vissa typer av negativa erfarenheter medför ökad risk för vissa slag av hälsoproblem men inte andra.

Orättvis negativ särbehandling innebär oftast mer eller mindre ”penetrerande” kränkning, främst genom att en persons människovärde blir ifrågasatt och förminskat (i detta perspektiv ter sig frågorna om kränkning i folkhälsoenkäten som väl valda). Särskilt om sådana kränkningar kumuleras över tid medför de troligtvis en gradvis ökande nivå av ”malig” stress, med alla de hälsokonsekvenser som

ett sådant tillstånd kan medföra. Variationen i dessa konsekvensers svårighetsgrad påverkas förmodligen i väsentlig utsträckning av olikheter i individens förmåga att hantera sådana erfarenheter ("coping strategy") och av de betingelser i deras liv som befrämjar respektive hindrar utvecklandet av en sådan förmåga. Å andra sidan finns det troligtvis för varje människa ett slags "tröskelnivå" som innebär att när mängden kränkande erfarenheter överskrider denna tröskel sätts även de mest välutvecklade "coping-strategierna" ur spel, med uppgivenhet och depression som följd.

Förslag när det gäller metod

Lange anser att ingen befintlig metod att mäta diskriminering och hälsa är att föredra och att de bör betraktas som komplementära. Varje metod har både brister och fördelar. Man bör eftersträva det som brukar kallas "konvergerande validitet" – vid undersökningar av komplexa och svårfångade fenomen kan likartade resultat från sinsemellan mycket olika metoder styrka varandra och möjliggöra slutsatsen att de mäter i stora drag samma sak.

En annan central metodologisk aspekt, som starkt betonas av Krieger, rör standardiseringen och valideringen av de frågor som används vid undersökningar av upplevd orättvis negativ särbehandling. Lange har i sina studier använt samma frågeblock som återkommit i fem studier genomförda i Sverige och som dessutom har replikerats i liknande undersökningar i fem EU-länder.

Det är enligt Lange mycket viktigt att understryka – vilket även med eftertryck påpekas av Krieger – att frågor rörande upplevd diskriminering bör vara konkreta, där respondenterna tillfrågas om specifika erfarenheter i specifika sammanhang, varvid uttrycket "diskriminering" bör undvikas i frågetexterna. En rekommendabel metodologisk väg vore därför att med kvalitativa intervjuer med representanter för relevanta "målgrupper" skapa en "pool" av specifika och konkreta erfarenheter av orättvis negativ särbehandling, som därefter läggs till grund för konstruktion av frågor i större undersökningar.

Lange resonerar i ett längre avsnitt kring begreppet indikator och anser att projektets fortsatta arbete bör underkasta begreppet "indikator på diskriminering" en mer djupgående diskussion.

När det gäller diskriminering (i Langes fall etnisk diskriminering) är de flesta indikatorer både indirekta och ospecifika, i viss mån beroende av den definition av begreppet "diskriminering" som man använder i sin forskning. Lange anser att en av de frågor som han använt i sina diskrimineringsstudier – den om utsatthet för förolämpningar, trakasserier och hot på publika arenor – tycks utgöra en hygglig, men samtidigt ospecifik och indirekt, indikator på det som han kallar det allmänna "attitydklimatet" i samhället, särskilt när det gäller inställningen till personer med utomeuropeisk bakgrund. På samma sätt har frågan om antalet gånger en person sökt men inte fått ett arbete visat sig vara en hygglig indikator på det som kan kallas "attitydklimatet" på arbetsmarknaden, låt vara att det sistnämnda kan hävdas utgöra en komponent i det allmänna "klimatet".

Enligt Lange är "situation testing" mycket intressant i detta sammanhang, eftersom detta tillvägagångssätt kan sägas utgöra en direkt och specifik indikator på exkluderande behandling, må det vara på arbetsmarknaden, i krogköer, på bostadsmarknaden och så vidare. Problemet med denna metod är att den trots sin direkta och specifika karaktär inte ger någon information om diskrimineringsgrunder. Det är möjligt att en utveckling av metoden, samtidigt som den kompletteras med andra metoder, kan råda bot på denna brist. Aggregerade statistiska data, till exempel inkomststatistik, arbetslöshetsstatistik och liknande, kräver ingående komplexa analyser och kompletteringar med andra metoder för att eventuellt kunna användas som indikatorer på diskriminering (med den betydelse som Lange använder för begreppet).

Lange har svårt att utnämna ett visst forskningsområde som det viktigaste för framtiden i detta sammanhang. I det föregående har han på flera ställen pekat på viktiga kunskapsbehov av både teoretisk-begreppsanalytisk, metodologisk och substantiell art. I sin artikel pekar Nancy Krieger på ett antal viktiga forskningsområden, av vilka några sammanfaller med Langes rekommendationer. Lange menar slutligen att om de frågeställningar Lange pekat på bearbetas djupare, kommer eventuella alternativa angreppssätt i fråga om undersökningar av sambandet mellan diskriminering och hälsa att annäla sig själva.

Bera Ulstein Moseng

Inledande kommentar om diskriminering av homo- och bisexuella

Bera Ulstein Moseng inleder sitt skriftliga utlåtande med att konstatera att en nordisk och en rad representativa befolkningsbaserade undersökningar visar att de flesta homosexuella kvinnor och män har goda levnadsvillkor, god hälsa och god livskvalitet (21–35). Det är emellertid ett större mindretal homosexuella än heterosexuella som kämpar med en svår livssituation och dålig hälsa.

Det finns enligt Moseng inga vetenskapliga belägg för att överrepresentationen av hälsobesvär bland homo- och bisexuella skulle böttna i genetik eller på andra sätt vara biologiskt betingat. Det finns utan tvekan flera anledningar till att homosexuella oftare har hälsoproblem än befolkningen i allmänhet. Det är emellertid rimligt att anta att de flesta orsakerna på ett eller annat sätt har sin grund i en skepsis till och en negativ särbehandling av icke-heterosexuella samlevnadsformer.

Moseng menar att det i dag finns få studier som fokuserar på samband mellan diskriminering och hälsa bland homo- och bisexuella. Likväl visar ett antal brett anlagda och representativa undersökningar att homosexuella är överrepresenterade i vålds- och i hot om våldstatistiken och att det är ett större mindretal som socialt sett upplever att de blir utestängda från sociala arenor som hemmet, vänkretsen och arbetsplatsen än bland heterosexuella (28, 30, 36–38). Brett anlagda och representativa befolkningsbaserade undersökningar av psykisk hälsa och självmordsbeteende antyder att förklaringen till sådana dokumenterade snedfördelningar av ohälsa finns i majoritetsbefolkningens attityder och negativa särbehandling av homosexuella.

Epidemiologisk forskning har dokumenterat att grupper som är överrepresenterade med hänsyn till hälsobesvär är bland dem som är mest utsatta för diskriminering. Det finns emellertid i dag få kvantitativa studier som empiriskt belägger sådana antagna samband mellan diskriminering och hälsoproblematik bland homosexuella. Ett undantag är enligt Moseng den representativa befolkningsbaserade studien *Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States* (30).

Vickie Mays och Susan D. Cochran påvisar i detta arbete att homo- och bisexuella blir mer utsatta för hot, övergrepp och social utstötning och oftare upplever att de blir nekade befordran, trakasserade av polisen och så vidare än heterosexuella. Grovt räknat rapporterar hälften av respondenterna att diskrimineringshändelsen ägde rum på grund av deras sexuella läggning. Vidare påvisas samband mellan självrapporterad diskriminering och fördelningen av psykisk stress, ångest- och depressionssymtom samt missbruk av rusmedel bland homo- och bisexuella. Ett mycket intressant rön är att homo- och bisexuella oftare än heterosexuella kvinnor och män tycks känna av negativa följder av diskrimineringshändelser, som psykiska problem och självmordstankar.

Nätverks- och miljöbaserade undersökningar av levnadsvillkor

Moseng menar att inkludandet av frågor om sexuell läggning i de reguljära nationella undersökningarna av hälsa och levnadsvillkor representerar ett stort genombrott i forskningen om hälsoeffekter av olika former av diskriminering av homo- och bisexuella. Det har gett forskare möjlighet att sätta in homo- och bisexuellas hälsa i ett större perspektiv.

Moseng anser att även kvalitativa och kvantitativa miljö- och nätverksbaserade undersökningar med bekvämlighetsurval kan dokumentera skillnader mellan homo- och bisexuella och befolkningen i övrigt. Moseng menar dock att det är viktigt att komma ihåg att bekvämlighetsurval innebär att man inte får en lika god representativitet bland respondenterna som i representativa befolkningsbaserade undersökningar. Representativa befolkningsbaserade undersökningar innebär ett mer heterogent urval av homo- och bisexuella och kan ge en långt bredare och mer sammansatt bild av vad som utgör specifika riskfaktorer och skyddande faktorer för målgruppen. Vid sidan av urvalsproblemen tenderar ibland miljö- och nätverksbaserade hälsoundersökningar inte använda standardiserade och redan beprövade frågor. Detta sker dock ofta utifrån hänsyn till att det är nödvändigt att inbegripa frågor om levnadsvillkor och livskvalitet som är speciellt anpassade efter homo- och bisexuellas specifika situation och som kan bidra till att kasta ljus över förhållanden som man sedan tidigare vet lite om.

Moseng menar att operationalisering är en huvudutmaning när man inbegriper frågor om homo- och bisexualitet i de reguljära nationella undersökningarna av hälsa och levnadsvillkor. Många av problemen med operationalisering bottnar i det enkla faktum att personer som förälskar sig i och har sex med personer av samma kön inte utgör någon enhetlig gruppering. De kan uppfatta sig på många olika sätt, till exempel som homosexuella, bisexuella, ”queer” och så vidare. Det finns även personer som känner sexuell attraktion till personer av samma kön utan att på något sätt uppfatta detta som en del av identiteten. Några lever ut sin sexuella attraktion till det egna könet, medan andra inte gör det.

Sexualitetens sammansatta karaktär och inte minst dess variabilitet gör den svår att operationalisera. Bera Moseng beskriver en arbetsgrupp, bestående bland annat av Susan D. Cochran, Robert Garofalo, Vickie Mays, Gary Remafedi, Michael Resnick, Stephen T. Russel och Ritch Savin-Williams, som drar slutsatsen att följande dimensioner av sexualitet bör ingå i de amerikanska undersökningarna av levnadsvillkor och hälsa:

- 1. Identitet:** Vad innebär en persons självuppfattning och självidentifiering i samband med sexualiteten?
- 2. Praktik:** Vem har personer sex med?
- 3. Attraktion:** Av vem attraheras personer sexuellt?
- 4. Uppfattning/identifiering:** Hur uppfattas eller definieras en person av andra när det gäller sexualitet?

Arbetsgruppen gör dessutom en poäng av att man vid utformning av forskningsupplägg och val och konstruktion av frågeuppsättningar för personer utanför den heterosexuella populationen måste ta hänsyn till följande kriterier:

1. Vilka dimensioner av hälsan, diskriminering och så vidare är det som ska studeras?
2. Finns det redan acceptabla frågor och frågeuppsättningar?
3. Ramvillkor (ekonomiska, forskningstradition)?

Mot bakgrund av befintliga representativa hälsoundersökningar som tar hänsyn till homo- och bisexuellas hälsa kan man enligt Moseng ge följande grova tumregel om möjliga hälsoproblem som statistiskt sett associeras med de fyra dimensionerna sexuell attraktion, sexuell identitet, sexuell praktik och tillskriven sexuell identitet. De tre hälsoområdena psykisk hälsa, självmordsbeteende och utsatthet för hot, våld eller diskriminering korrelerar med alla de fyra nämnda dimensionerna.

Ur ett diskrimineringsperspektiv anser Moseng att det är viktigt att poängtera att hälsoproblem i kölvattnet av negativ särbehandling ofta korrelerar med tillskriven sexuell identitet, det vill säga hur omgivningen (föräldrar, vänner, bekanta, grannar, kolleger och så vidare) uppfattar och definierar aktörernas sexuella läggning. I diskrimineringsundersökningar bör därför alltid frågor om tillskriven sexuell identitet vara med. De bästa studier som i dag behandlar psykisk hälsa, allmänhälsa, självmordsbeteende och våld, hot och diskriminering omfattar alla de fyra dimensionerna.

Diskrimineringsbegreppet

Bera Moseng beskriver att det är tradition att fokusera på varje form av särbehandling av kvinnor och män som älskar personer av samma kön när det talas om diskriminering av homo- och bisexuella – antingen som grupp eller som enskilda individer. Man skiljer vanligtvis mellan diskriminering i en vid och i en snävare betydelse (28, 39). I en snävare betydelse omfattar diskriminering förhållanden som i princip är av rättslig karaktär, till exempel det att bli nekad anställning, det att bli uppsagd från jobbet eller att bli nekad befördran. Hatbrott mot homosexuella är också ett exempel på diskriminering i snävare mening. Diskriminering i vid betydelse omfattar även företeelser som baktaleri, mobbing och trakassering. I de flesta arbeten som behandlar homosexuellas livssituation läggs den vida definitionen av diskriminering till grund.

Diskriminering på grund av sexuell läggning utspelar sig enligt Moseng ofta i vardagliga relationer, till exempel i grannskapet där man bor, på stadens gator, bland klasskamraterna eller mellan arbetskolleger på jobbet. Det kan handla om användning av ordet ”homo” eller ”flata” som skällsord,

om klasskamraters eller arbetskollegers förlöjligande av homosexuella som grupp eller i värsta fall om trakassering och våldshandlingar gentemot enskilda personer. Forskare som arbetar med diskrimineringsbegreppet varnar emellertid för tendensen att definiera särbehandling i ett aktörsperspektiv. Särbehandlingen eller övergreppen får inte uppfattas som tillfälliga resultat av enskilda individers isolerade handlingar – de har alltid sin grund i samhället.

Diskriminering är ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av ideologi och uttrycks i interaktioner, bland och mellan individer och institutioner, när dominerande grupper försöker behålla sina fördelar i samhället på bekostnad av ökad utsatthet för andra grupper (8).¹³

Moseng visar på att epidemiologen Nancy Krieger lyfter fram att all diskriminering per definition är socialt strukturerad, antingen i form av institutionaliserade normer eller i form av ett samhälles hegemoniska föreställningar om vilka sociala levnadsformer eller grupperingar som utgör normen för normalt eller respektabelt beteende. Diskriminering av homosexuella har sin grund i en samhällelig föreställning om att heterosexuell praktik är biologiskt given och utgör grundenheten i ett välfungerande samhällsliv.

Vid studier av homo- och bisexuella måste man, enligt Moseng, vid operationalisering av diskrimineringsbegreppet i stor utsträckning ta hänsyn till samma förhållanden som vid operationalisering av begreppet sexuell läggning. Ett huvudkrav är att standardiserade mått bör användas. Det är meningslöst att studera förekomsten och hälsokonsekvenserna av negativ särbehandling av homo- och bisexuella om rönen inte kan jämföras och sättas in i ett bredare perspektiv.

Enligt Moseng måste diskrimineringsbegreppet därför operationaliseras på ett sådant sätt att man kan jämföra olika befolkningsgrupper. Självklart måste frågeuppsättningen anpassas efter målgruppens livssituation, exempelvis genom tillägg av skraddarsydda frågor. Det är också viktigt att inbegripa ett mått som effektivt mäter majoritetsbefolkningens uppfattningar om hur acceptabelt och önskvärt homosexuell kärlek och sexualitet är som samlevnadsform.

Moseng beskriver frågebatteriet med hjälp av tre undersökningar som undersökt diskriminering och hälsa. I NOVA:s studie från 1999 är tre av sex frågeuppsättningar som behandlar diskriminering hämtade från den norska Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsvillkor i Norge (28). Den svenska Statistiska centralbyrån (SCB) genomförde på uppdrag av Arbetslivsinstitutet (ALI) en undersökning 2003 om diskriminering på grund av sexuell läggning. Den undersökningen var representativ och riktade detaljerade frågor om attityder och uppfattningar om hur homo- och bisexuella behandlas i arbetslivet till både heterosexuella och homosexuella intervjupersoner (36, 37). I Vickie Mays och Susan D. Cochrans representativa befolkningsbaserade studie *Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States* besvarar såväl homosexuella som heterosexuella en och samma uppsättning diskrimineringsfrågor (30).

Moseng redovisar också resultat gällande sambanden mellan diskriminering och hälsa på grund av sexuell läggning med utgångspunkt från NOVA-undersökningen som hon själv har medverkat till att ta fram (28) och resultaten från ALI:s representativa befolkningsundersökning som publicerades 2004 (36, 37). Båda undersökningarna visar på ett flertal samband, bland annat att den vanligaste formen av diskriminering eller trakassering på arbetsplatsen är nedvärdering och förlöjligande av homosexuella. I ALI:s undersökning framkom att heterosexuella kvinnor och män upplever diskriminering av personer utanför den heterosexuella populationen som ett långt mindre problem än vad homosexuella gör. Detta antyder att heterosexuella inte ”ser” de mindre uttalade formerna av diskriminering eller att de inte upplever trakasseringen och mobbningen av homosexuella som något större problem. Uppgifter från NOVA-undersökningen visar dessutom enligt Moseng ett samband mellan diskriminering av homosexuella arbetstagare och deras självmordsbeteende samt psykiska och kroppsliga hälsa. Resultaten visar även på samband mellan att bli utsatt för våld eller hot och hälsoproblem.

¹³ *Discrimination is a structured and sanctioned phenomenon, justified by ideology and expressed in interactions, among and between individuals and institutions, intended to maintain privileges for members of dominant groups at the cost of deprivation for others. (8)*

Anders Printz

Funktionshinder som begrepp

Funktionshinder definieras i lagstiftningen¹⁴ som ”varaktiga fysiska, psykiska och begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns vid födseln, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå”. Enligt Anders Printz är detta ett allmänt hållet begrepp som ytterligare måste definieras och avgränsas för att bli användbart i studier som rör sambandet mellan diskriminering och hälsa. Hur man definierar och avgränsar gruppen avgör nämligen i hög grad vilka resultat man får. Generellt kan sägas att smala avgränsningar ofta visar stora skillnader i välfärd mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen, medan bredare avgränsningar ger mindre sådana skillnader.

WHO har utvecklat en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Syftet är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd (40). Enligt Printz uppfattning har emellertid ICF en utvecklingspotential som bör beaktas i projektet ”Diskriminering och hälsa”.

ICF är indelad i två delar: dels en för kroppens funktioner och strukturer, samt för den enskildes möjlighet till aktiviteter och delaktighet, dels en för omgivningsfaktorer och personfaktorer. Personfaktorer klassificeras dock inte. Med kroppsfunktioner menas fysiska och psykiska funktioner, som till exempel synskärpa eller orientering i tid och rum, och med kroppsstrukturer menas kroppens anatomiska delar som organ, lemmar och deras komponenter. Aktiviteter är en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet är personens engagemang i en viss livssituation. Aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning beskriver svårigheter på dessa respektive områden. Med omgivningsfaktorer avses all yttre påverkan som till exempel tillgänglighet och hjälpmedel. Som ett samlat begrepp för en persons kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet används termen funktionsstillstånd. På motsvarande sätt är funktionshinder ett samlingsbegrepp för avvikelser, hinder och begränsningar på samtliga dessa områden.

Enligt Printz uppfattning kan det vara ett möjligt tillvägagångssätt, när personer med funktionshinder ska identifieras i studier om sambandet mellan diskriminering och hälsa, att ställa frågor om funktionstillstånd med utgångspunkt från ICF:s begreppsapparat. Detta förutsätter emellertid att vissa funktionstillstånd utesluts och att begreppsapparaten bearbetas på ett sådant sätt att den blir möjlig att använda i intervjustudier. Sådana försök kan komma att ingå i Socialstyrelsens arbete med att mäta levnadsförhållanden för personer med funktionshinder.

Printz konstaterar att merparten av de studier som beskriver levnadsförhållanden för personer med funktionshinder ägnar en mycket liten del åt vad som orsakar den ojämlikhet i levnadsvillkor mellan personer med funktionshinder och övriga medborgare som enligt respektive studie förekommer. Förekomsten av diskriminering har därför undersökts endast i liten omfattning. Det innebär också att kunskap om kopplingen mellan diskriminering och hälsa när det gäller personer med funktionshinder i hög grad saknas, åtminstone i skandinavisk forskning.

Exempel på pågående eller publicerade studier om funktionshinder och diskriminering

Printz beskriver en artikel som har undersökt funktionshindrade människors acceptans av sitt eget funktionshinder vilket i tidigare studier, visat sig ha betydelse till exempel för självförtroendet och uppfattningen av den egna livssituationen. Studien visar ett samband mellan upplevd diskriminering och bristande acceptans av det egna funktionshindret (41). En senare artikel av samma forskare visar också ett tydligt samband mellan upplevd diskriminering, bristande acceptans av det egna funktionshindret och, indirekt, missbruk av illegala droger (42).

Printz pekar på att särskilt i anglosaxiska länder, men även på senare år i Sverige, har det forskats kring stigmatisering av människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Med stigmatisering

14 2 § Lag (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder respektive 4 §, tredje punkten, Lag (2003:307) om förbud mot diskriminering.

menas att en viss grupp kategoriseras eller tillskrivs negativa egenskaper. Detta kan i sin tur leda till att man diskrimineras, det vill säga att man ägnas mindre intresse, ges mindre resurser och så vidare.

I samband med Socialstyrelsens uppföljning av insatsen personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder gjordes en studie av universitetslektor Tommy Björkman där 92 personer intervjuades. Cirka hälften av dessa uppgav att de i olika sammanhang inte behandlats rättvist, lika många att andra undvikit dem på grund av deras psykiska funktionshinder och cirka 15 procent uppgav att andra kände sig besvärade i deras närvaro. Starkast var dessa känslor hos dem som fått mest psykiatriska vårdinsatser. (43)

Printz beskriver att Björkman för tillfället genomför ytterligare två studier. En är en tvärsnittsstudie som undersöker i vilken utsträckning psykiskt störda upplever stigma och diskriminerande beteende från omgivningen samt hur detta hanteras av dem som drabbas. Den andra är en randomiserad kontrollerad studie som ingår i en europeisk multicenterstudie för att pröva effektiviteten i en psykosocial intervention som avser att främja patienternas delaktighet, bemäktigande, *empowerment* och autonomi. I en förstudie har intressanta preliminära resultat framkommit som visar att upplevelsen av makt över den egna livssituationen är negativt associerad till en högre grad av nedvärderande och diskriminerande attityder. I förstudien framkom också att egna erfarenheter av bemötande av diskriminerande karaktär upplevs i högre grad av dem som varit inlagda flest gånger i psykiatrisk slutenvård.

Printz sammanfattar att det således finns ett fåtal studier som har undersökt sambandet mellan bemötande, diskriminering och självuppfattning/självkänsla/hälsa. Dessa visar på ett samband mellan diskriminering och bristande självkänsla/självuppfattning.

Printz redovisar också undersökningar som visar att diskriminering förekommer till exempel på arbetsmarknaden och att bristande tillgänglighet i många fall utgör ett hinder för personer med funktionshinder att leva som andra. Att personer med funktionshinder har väsentligt sämre hälsa än befolkningen i övrigt står enligt Printz också klart. Därför kan man möjligtvis anta att det finns ett samband mellan den konstaterade diskrimineringen och den utbredda ohälsan hos personer med funktionshinder, men att detta behöver konkretiseras och undersökas närmare.

Vilka kunskapsluckor finns?

En lucka i de studier som gjorts av livssituationen (där ohälsa ingår) för personer med funktionshinder är att man i mycket liten grad har undersökt orsaken till de stora skillnader i välfärd som finns mellan personer med funktionshinder och befolkningen i stort, men också mellan olika funktionshindergrupper. Det behövs därför enligt Printz en bred kunskap om vilka processer i samhället som skapar skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Diskriminering bör undersökas som en av flera möjliga orsaker till dessa skillnader. Särskilt intressant är det om man kan urskilja om diskriminering drabbar vissa grupper av funktionshindrade mer än andra, om den kan kopplas till ekonomiska och sociala skillnader mellan olika grupper, samt om man kan få ökad kunskap om vilka hälsovariabler den främst påverkar.

För att kunna gå vidare och öka kunskapen om diskriminering och dess samband med hälsan menar Printz att begreppet diskriminering behöver närmare avgränsas och definieras. Ökad kunskap behövs om i vilka situationer diskriminering sker, vad den består av och hur begreppet förhåller sig till exempel bristande bemötande eller bristande delaktighet. Det behöver också klargöras om bristande tillgänglighet är ett exempel på diskriminering, i vilka situationer och på vilket sätt. För att funktionshindrade människors eget perspektiv i forskningen ska stärkas anser Printz att det kan finnas skäl att understryka vikten av att utvecklingsarbete på handikappområdet sker i samråd med handikapporganisationerna.

Självrapporterade uppgifter på individnivå är enligt Printz den metod som är mest lämpad för att mäta sambandet mellan diskriminering och hälsa. Med indirekta metoder eller studier av socioekonomiska förhållanden finns klara validitetsproblem eftersom skillnader mellan individer eller grupper i sådana undersökningar kan ha andra orsaker än diskriminering. Ställs direkta frågor till individerna finns däremot en observerad diskriminering att utgå ifrån. Det förutsätter emellertid att frågorna är

specifika och beskriver konkreta diskriminerande situationer. Men även självrapporterade uppgifter på individnivå riskerar att innehålla ett antal felkällor. En sådan risk är det så kallade Pollyanna-syndromet som innebär att respondenten vill beskriva sin situation bättre än den faktiskt är (44).¹⁵

När det gäller personer med funktionshinder redovisar Printz att det också finns en särskild svårighet med självrapporterade uppgifter, i synnerhet om uppgifterna inhämtas genom enkäter. Nämligen att det finns människor som på grund av till exempel intellektuella eller kommunikativa funktionshinder inte kan besvara frågorna. Detta kan lösas till exempel genom indirekta intervjuer där en nära anhörig eller en personlig assistent får besvara frågorna. Att det inte är den enskilde själv utan någon annan som har besvarat frågorna måste förstås beaktas när resultaten analyseras. Även människor med till exempel intellektuella eller psykiska funktionshinder kan emellertid ofta svara på frågor, men metoderna måste då anpassas efter deras behov. Kvalitativa djupintervjuer kan vara ett sätt som gör det lättare för personer i sådana situationer att delta.

En viktig aspekt är enligt Printz barnperspektivet. Barn med funktionshinder och deras familjer lever under väsentligt sämre förhållanden än vad som gäller andra barn och ungdomar (45). Specifika kunskaper om diskriminering, hälsa och sambandet däremellan hos barn med funktionshinder saknas.

Inom handikappforskningen redovisar Printz exempel på forskning där strukturell diskriminering beskrivs genom att funktionshindrade personers levnadsförhållanden jämförs med övriga befolkningens. Handikappforskaren Magnus Tideman undersöker i sina studier huruvida välfärd, rättvisa och normalisering, i bemärkelsen likvärdiga levnadsvillkor, uppnåtts för personer med utvecklingsstörning genom den svenska handikappreformen. När han konstaterar att så inte har skett menar han att detta förhållande är ett uttryck för strukturell diskriminering (46).

Enligt Printz är detta en svår använd metod när det gäller att mäta sambandet mellan diskriminering och hälsa. Printz anser att diskriminering ska ses som ett avgränsat fenomen som påverkar hälsoförhållanden för olika grupper vid sidan av andra förhållanden. Hälsan hos gruppen personer med funktionshinder påverkas till exempel av sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga, som är skälet till att man anses ha ett funktionshinder, av att man tillhör en ekonomiskt och socialt utsatt grupp men också av diskriminering, det vill säga att man till exempel hos myndigheter eller i näringsverksamhet särbehandlas på ett negativt sätt. Att man har låg förtidspension och därför knappa ekonomiska förhållanden kan påverka hälsan men är enligt Printz inte ett uttryck för diskriminering. Att många arbetsplatser är utformade på ett sätt så att det inte blir möjligt för personer med funktionshinder att försörja sig själva kan däremot vara diskriminering beroende på hur begreppet definieras.

Viktiga utgångspunkter för framtida studier

Anders Printz pekar på att olika sätt att ”hitta” *personer med funktionshinder* behöver prövas i undersökningar om sambandet mellan diskriminering och hälsa hos olika grupper. I Socialstyrelsens arbete med att utveckla ett system för att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionshinder diskuteras ett eventuellt försök att operationalisera delar av ICF:s begreppsapparat. Vidare behöver metoder utvecklas för att man ska kunna mäta diskriminering av barn och ungdomar, samt för att nå personer som inte själva kan svara på frågor.

Att konkret definiera vilka situationer som kan vara att betrakta som diskriminering är enligt Printz ett viktigt utvecklingsarbete. Möjligheten att ställa frågor som innehåller konkreta exempel på diskriminerande situationer bör undersökas. De politiska och juridiska definitioner som officiellt används måste operationaliseras för att de ska kunna användas i studier om sambandet mellan diskriminering och hälsa. Man bör också ta ställning till om diskriminering betyder samma sak för alla grupper. Specifika företeelser som bara berör en grupp kan, för dem som tillhör den gruppen, upplevas som den tydligaste formen av diskriminering. Bristande tillgänglighet för personer med funktionshinder är ett sådant exempel.

Printz anser att en annan fråga som behöver diskuteras är i vilka typer av studier sambandet mellan diskriminering och hälsa ska undersökas. Hälsa hos olika grupper påverkas av en rad förhållanden,

¹⁵ Pollyanna är en barnboksfigur som trots en rad motgångar behåller sitt goda humör.

som till exempel tillgång till resurser, sårbarhet, exponering för riskfaktorer som till exempel tobaksrök, samt individuella psykologiska och biologiska faktorer (47). Printz drar därför slutsatsen att förekomsten av diskriminering och dess betydelse för hälsan bör beskrivas i sammanhang där man undersöker olika aspekter på välfärd och hälsa för olika befolkningsgrupper, till exempel i nationella folkhälsoenkäten eller i SCB:s studier av levnadsförhållanden. På det sättet kan man få en relativt heltäckande bild av vad som utgör orsaken till skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och det kan bli synligt i hur pass stor utsträckning diskriminering påverkar en negativ hälsoutveckling, jämfört med andra orsaker.

Även hälsobegreppet bör enligt Printz utvecklas och diskuteras. Särskilt när det gäller funktionshindergrupper, som människor med psykiska funktionshinder och personer med utvecklingsstörning, tycks frågor om självuppfattning, makt och kontroll vara användbara. Det är intressant att notera att frågor som inte konkret handlar om erfarenheter utan där respondenten ger uttryck för hur han eller hon uppfattar omgivningens attityder mot den diskriminerade gruppen i flera studier har ansetts användbara för att identifiera diskriminering.

Printz ser projektet "Diskriminering och hälsa" som en möjlighet för berörda organisationer, myndigheter och forskarsamhället att föra viktiga teoretiska diskussioner om de frågor som angetts ovan. Det är mycket viktigt att företrädare för de diskriminerade grupperna ges möjlighet att delta i dessa diskussioner. Därutöver bör begrepp och metoder utvecklas och prövas. I sådana sammanhang ser Printz samarbetsmöjligheter mellan till exempel Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och SCB.

KAPITEL 5.

Sammanfattande analys

DH syftar till 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 och utveckla indikatorer. DH syftar också till att sprida resultaten av projektet till aktörer på nationell, regional och lokal nivå.

Denna rapport omfattar projektets två första faser. Utifrån kunskapsunderlaget i *kapitel 1–3* och experternas synpunkter i *kapitel 4* redovisar projektgruppen vissa ställningstaganden, belyser några centrala teman samt redogör för möjliga alternativ och blickar framåt inför projekts fortsättning 2006.

Ett gemensamt förhållningssätt till diskriminering

Projektets gemensamma förhållningssätt till diskriminering som presenterades tidigare i rapporten är att all diskriminering är strukturell i den bemärkelsen att även individuell diskriminering bottnar i rådande samhällsstrukturer:

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 avsiktligt eller oavsiktligt.

Detta förhållningssätt har kritiserats i några av expertutlåtandena. Trots denna kritik anser DH att de gemensamma definitionerna och förhållningssättet till individuell diskriminering och det relaterade begreppet strukturell diskriminering utgör en god plattform i det fortsatta arbetet. Begreppen är visserligen komplexa att operationalisera, men lägger grunden för ökad förståelse för hur diskriminering uppstår och hur dess följder kan analyseras.

Förhållningssättet tar hänsyn till att det råder olika maktstrukturer i samhället som består av underordnade respektive dominerande grupper (som baseras på exempelvis kön, ålder, etnicitet, sexuell läggning och funktionshinder). Tack vare en sådan utgångspunkt ger detta förutsättningarna för mer djupgående analyser, som tar hänsyn till hur olika maktstrukturer och diskrimineringsgrunder samvarierar och förhåller sig till varandra. Denna form av analys ökar sannolikheten för att närmare förstå på vilket sätt diskrimineringen i samhället samvarierar med hälsan.

Förhållningssättet beskriver att diskrimineringen kan ske avsiktligt eller oavsiktligt. Denna beskrivning har kritiserats av bland annat Gunilla Krantz som menar att varje diskriminerande handling är att betrakta som avsiktlig och att det i annat fall inte skulle vara frågan om diskriminering. Krantz förde i stället in resonemanget om *medveten eller omedveten handling* som i så fall stödjer tanken om att konsekvenserna av ett samhälles kultur inte alltid medvetandegjorts för dess medborgare, vilket gör att diskriminering kan ske, där grunden för handlingen är *medveten* eller *omedveten* snarare än avsiktlig eller oavsiktlig. Krantz resonemang är intressant och kommer därför att beaktas inom projektet under 2006.

DH strävar efter att inkludera ett ”intersektionalitetsperspektiv” i arbetet. Intersektionalitet är ett relativt nytt tvärvetenskapligt begrepp och kan något förenklat beskrivas som ett analytiskt verktyg för att granska just makt och ojämlikhet i skärningspunkter av olika former av förtryck som baseras på kategori eller gruppindelning, som till exempel etnisk tillhörighet, kön, funktionstillstånd och sexuell läggning. Utgångspunkten överensstämmer således med projektets gemensamma förhållningssätt vad avser strukturell diskriminering.

Förhoppningen är att denna ansats ska öppna upp för möjligheten att använda intersektionalitet som ett analysverktyg i framtida studier som handlar om diskriminering och hälsa. 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 etnisk tillhörighet, kön, funktionsförmåga och sexuell läggning är en förutsättning.

Självrapporterad diskriminering som metod

Denna rapport baserar sig på resultaten från studier där olika självupplevda mått på diskriminering har använts. I projektets egna mätningar (den nationella folkhälsoenkäten) har denna tolkning skett på grundval av upplevelsen av kränkande bemötande och upplevd diskrimineringsgrund som orsak till kränkningen. Denna formulering har fått stöd av experterna, men det är viktigt att validera frågan om upplevda kränkningar för att kunna säkerhetsställa om frågan utgör en lämplig indikator för diskriminering.

DH har utifrån befintligt underlag och experternas utlåtande sammantaget bedömt att självrapporterad diskriminering är det i dag lämpligaste sättet att fånga upp förekomsten av diskriminering, även om tillvägagångssättet inte är oproblematiskt. Om frågor kring självrapporterad diskriminering är validerade kan ändå summan av dem på sikt medverka till att synliggöra de strukturer som råder i samhället. Eftersom det är respondentens egna upplevelser som utgör den självrapporterade diskrimineringen fångar frågan in många av de upplevda handlingarna (eller icke-handlingarna) oavsett om de har varit avsiktliga, oavsiktliga, dolda eller synliga.

Den självrapporterade diskrimineringen är dock inte den enda metoden att mäta diskrimineringens samband med hälsan och det är troligt att det inte är den enda indikatorn som behövs för att uppfylla behovet att på ett heltäckande sätt följa diskrimineringens utveckling och utbredning. Exempelvis ger inte frågan svar på i vilken omfattning och hur sambanden ser ut mellan den diskriminering i samhället som existerar men som inte respondenten själv upplever. Denna icke-upplevda diskriminering får med säkerhet konsekvenser för individer och befolkningsgruppers hälsa. Det är därför viktigt att ta fram kompletterande data inom olika välfärdsområden, exempelvis inom arbetsmarknaden, bostadsmarknaden, hälso- och sjukvården och utbildningssektorn.

Samband mellan diskriminering och hälsa

I denna rapport redovisas resultat som visar på samband mellan självrapporterad diskriminering och hälsa (både i form av fysisk och psykisk hälsa). Sammantaget visar resultaten på, med stöd från extern expertis, att det är mycket troligt att sambandet går att fastställa. Sammanställningen av publicerade artiklar och resultaten från den nationella folkhälsoenkäten understödjer dessa samband.

I den nationella folkhälsoenkäten visade resultaten att frågan om kränkningar har starka samband med olika hälsoutfall. Resultatet visade också att de personer som uppgav någon diskrimineringsgrund som orsak till kränkningen hade sämre hälsa än de personer som uppgav andra eller inga orsaker till kränkningen.

Det är däremot oklart om, hur, och i vilken omfattning den självrapporterade diskrimineringen påverkar hälsan. De ovan redovisade sambanden mellan diskriminering och hälsa innebär dock att tesen att diskriminering påverkar hälsan i fortsättningen kommer att vara en utgångspunkt för projektet.

Diskriminerande handlingar oavsett diskrimineringsgrund påverkar hälsan i negativ bemärkelse!

Gunilla Krantz hypotes innebär att de olika hälsoutfall som beskrivits som effekt av diskriminering har en gemensam grund. Oavsett skälet för diskriminering, skapar ett diskriminerande bemötande eller en upplevelse av diskriminering stress.

Stress uppstår i den situation då omgivningens krav överstiger individens förmåga att klara dessa krav (18). 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/sjukdom.

Sammanfattningsvis tyder allt på att sambanden mellan diskriminering och hälsa går att fastställa och det är rimligt att anta att diskriminerande handlingar oavsett diskrimineringsgrund påverkar hälsan i negativ bemärkelse. Området diskriminering och hälsa innefattar däremot fortfarande flertalet kunskapsluckor som bland annat har identifierats i experternas skriftliga utlåtanden.

Nedan följer några exempel på generella kunskapsluckor som har identifierats i denna rapport och som är gemensamma för de olika diskrimineringsgrunderna:

- Longitudinella studier om sambanden mellan diskriminering och hälsa.
- Ett validerat gemensamt frågebatteri för enkätundersökningar som omfattar olika diskrimineringsgrunder.
- Fler studier som belyser diskriminering och hälsa och som omfattar diskrimineringsgrunderna ålder, funktionshinder, religion och sexuell läggning.
- Fler studier som belyser samspelet mellan olika diskrimineringsgrunder, upplevelsen av diskriminering och relationen till hälsa.
- Identifiera andra data som kan komplettera de självrapporterade upplevelserna av diskriminering för att närmare förstå relationen till hälsa.
- Fler studier om diskriminering och hälsa som genomförs i en svensk kontext.
- Fler studier som pekar på vilket sätt individers reaktioner mot upplevd diskriminering också påverkar hälsan.
- Fler studier som lyfter fram huruvida åtgärder mot diskriminering har någon effekt på förekomsten av diskriminering, men också på de drabbades hälsa.

Kvalitativa undersökningar av upplevelsebaserade data

I denna rapport har olika förslag på undersökningar presenterats för att man på ett bättre sätt ska förstå sambanden mellan diskriminering och hälsa. Den metod som förs fram av samtliga experter i denna rapport är att genomföra kvalitativa undersökningar i syfte att validera frågor som berör självrapporterad diskriminering och hälsa. Tanken är att frågorna ska valideras för att de på sikt ska kunna ingå i befolkningsenkäter som exempelvis SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) eller den nationella folkhälsoenkäten, vars resultat denna rapport bygger på.

En utgångspunkt för de kvalitativa undersökningarna är att de ska utgöra ett underlag för ett gemensamt frågebatteri om diskriminering och hälsa som kan användas för olika diskrimineringsgrunder. Exempel på frågor som kan diskuteras i en sådan undersökning är de som redan ställts i den nationella folkhälsoenkäten samt ytterligare frågor som bedöms relatera till diskriminering och hälsa.

Det finns många faktorer att ta hänsyn till i urvalet av respondenter för kvalitativa undersökningar av detta slag och som diskuteras av Moseng och Printz i sina respektive utlåtanden. För olika diskrimineringsgrunder, exempelvis sexuell läggning och funktionshinder, krävs andra tillvägagångssätt än de traditionella, för att man ska nå ett representativt urval. Metoden för de kvalitativa undersökningarna kan variera och bestå av kvalitativa djupintervjuer eller av fokusgrupper.

Uppläggen av undersökningarna bör också diskuteras. Lange förordar att skapa en pool av specifika och konkreta erfarenheter bland de olika målgrupperna. Printz menar att en väg att gå är att ställa frågor som innehåller konkreta exempel på diskriminerande situationer. Krantz menar att en öppen fråga om diskriminering bör ställas till respondenterna och sedan diskuteras. Moseng tar upp det faktum att det är viktigt att ta reda på vilka dimensioner av diskrimineringen och hälsan som ska undersökas och sedan använda sig av adekvata frågeställningar.

Avslutning

De två första faserna av DH är härmed avslutade. De två resterande faserna avslutas under 2006 med ekonomiskt bidrag från EU-kommissionen (men utan deltagande från JämO). Projektet har kommit några steg på vägen. Genom utarbetandet av ett gemensamt förhållningssätt till diskriminering samt redovisningen av sambanden mellan diskriminering och hälsa har grunden lagts för det fortsatta arbetet.

I den tredje fasen (undersökning) av projektet kommer undersökningar att genomföras i syfte att fördjupa analysen av den nationella folkhälsoenkäten. I den fjärde och sista fasen redovisas en sammanfattande rapport av hela projektet som förhoppningsvis kan fungera som stöd för att man ska kunna följa diskrimineringens utveckling och vidta rätt åtgärder i det fortsatta arbetet mot diskriminering på lokal, regional, nationell och internationell nivå.

BILAGOR

Bilaga 1. Lagstiftning mot diskriminering

Bilaga 2. Gunilla Krantz

Bilaga 3. Anders Lange

Bilaga 4. Bera Moseng

Bilaga 5. Anders Printz

Bilaga 6. Expertseminarium "Diskriminering och hälsa"

Bilaga 1. Lagstiftning mot diskriminering

Internationella åtaganden

FN:s standardregler om delaktighet och jämlikhet för människor med funktionsnedsättning

I december 1993 antog Förenta Nationernas generalförsamling 22 standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Avsikten med standardreglerna är att säkerställa att människor med funktionsnedsättning som medborgare har samma rättigheter och skyldigheter som andra medborgare i samhället.

Den politiska och moraliska grunden för standardreglerna är de internationella reglerna om mänskliga rättigheter. De består av den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, konventionen om barnets rättigheter och konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor, tortyrkonventionen och konventionen om migrerande arbetares rättigheter.

Standardreglerna är inte juridiskt bindande. De innebär ett moraliskt och politiskt åtagande från staternas sida att anpassa samhället till människor med funktionsnedsättning.

Europakonventionen

Den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Europakonventionen, är från 1950. Den ratificerades av Sverige 1952. Europakonventionen gäller som lag i Sverige sedan den 1 januari 1995. Konventionen innehåller ett förbud mot diskriminering. I artikel 14 föreskrivs att åtnjutandet av de fri- och rättigheter som anges i konventionen ska säkerställas utan någon åtskillnad på grund av kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.

Diskrimineringsförbudet i förhållande till de fri- och rättigheter som nämns i konventionen

På initiativ av Europarådets ministerkommitté började man 1954 utarbeta en europeisk social stadga som komplement till Europakonventionen. Stadgan var klar att undertecknas 1961 och ratificerades av Sverige 1962.

Den sociala stadgan är en motsvarighet till Europakonventionen inom området för ekonomiska och sociala rättigheter. Under början av 1990-talet gjordes en genomgripande omarbetning av stadgan (1996 års reviderade sociala stadga). Nya artiklar infördes och antalet artiklar utökades från 19 till 31. Bland de omskrivna artiklarna finns en om rätt till oberoende, social integrering och deltagande i samhällslivet för personer med funktionshinder. I artikeln sägs bland annat att staterna ska vidta nödvändiga åtgärder för att ge personer med funktionshinder vägledning, undervisning och yrkesutbildning inom de allmänna systemen. Detta för att trygga rätten till oberoende och deltagande i samhällslivet. Om det inte är möjligt inom de allmänna systemen ska det göras inom statliga eller privata specialinstitutioner.

När stadgan arbetades om tillfördes en artikel enligt vilken åtnjutande av de rättigheter som anges i stadgan ska säkerställas utan någon åtskillnad på grund av ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk

eller annan uppfattning, nationell härstamning eller socialt ursprung, hälsa, tillhörighet till nationell minoritet, börd eller ställning i övrigt.

Staterna förbinder sig också att främja funktionshindrades tillgång till anställning genom att med olika medel uppmuntra arbetsgivare att anställa och behålla personer med funktionshinder. Det kan kräva särskilda arbetsförmedlingsorgan och stödfunktioner. Staterna ska också främja fullständig social integration och deltagande i samhällslivet för personer med funktionshinder. De ska särskilt bidra med medel, inbegripet tekniska hjälpmedel, som syftar till att övervinna hinder för informationsutbyte och rörlighet. Staterna ska också möjliggöra tillgången till transportmedel, bostäder, kulturell verksamhet och fritidssysselsättning för personer med funktionshinder.

Barnkonventionen

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, antogs av FN:s generalförsamling 1989. Sverige ratificerade barnkonventionen 1990. Konventionen handlar om det enskilda barnets rättigheter. I barnkonventionens andra artikel framgår att alla barn har samma rättigheter, utan diskriminering eller åtskillnad. Enligt artikel 3 ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata institutioner och myndigheter.

ILO:s konvention nummer 111

År 1958 antog Internationella arbetstagarorganisationen (ILO) konventionen om diskriminering i fråga om anställning och yrkesutövning. Sverige ratificerade konventionen 1962. Därigenom har Sverige förbundit sig att utforma och tillämpa en nationell politik som främjar likställdhet när det gäller möjligheterna till anställning och yrkesutövning. Avsikten är att motverka varje form av diskriminering i detta avseende.

I konventionen definieras diskriminering som ”varje åtskillnad, uteslutning eller företräde på grund av ras, hudfärg, kön, religion, politisk uppfattning, nationell härstamning eller socialt ursprung, som har till följd att likställdhet med avseende på möjligheter eller behandling i fråga om anställning eller yrkesutövning omintetgörs eller beskärs”. Åtskillnad, uteslutning eller företräde, som grundas på de personliga kvalifikationer som krävs för anställningen, ska inte anses som diskriminering.

EG-rätten

Som EU-medlem påverkas Sverige av den rättsliga utvecklingen inom unionen. EG-rätten styr i mångt och mycket utformningen av den svenska lagstiftningen. Det gäller till exempel direktiven mot diskriminering (48, 49) – se nedan.

I juli 1986 utfärdade ministerrådet en rekommendation om anställning av personer med funktionshinder i gemenskapen (50). I denna rekommenderas medlemsstaterna att vidta åtgärder för att främja jämlika möjligheter till arbete, yrkesutbildning och rehabilitering för personer med funktionshinder.

Genom Amsterdamfördraget år 1997 infördes en ny artikel 13 i Fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen (EG-fördraget). Med stöd av artikel 13 kan rådet vidta lämpliga åtgärder för att bekämpa diskriminering på grund av kön, ras, etniskt ursprung, religion eller övertygelse, funktionshinder, ålder eller sexuell läggning. Rådet kan göra detta inom ramen för de befogenheter som fördraget ger gemenskapen, genom enhälligt beslut, på förslag av kommissionen och efter att ha hört Europaparlamentet.

Enligt artikel 6 i fördraget om Europeiska unionen bygger Europeiska unionen på principerna om frihet, demokrati och respekt för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna och på rättsstatsprincipen.

Direktivens tillkomst

Med stöd av artikel 13 i EG-fördraget lade kommissionen den 25 november 1999 fram förslag till åtgärder för att bekämpa diskriminering. Förslagen bestod av ett meddelande, två direktiv och ett handlingsprogram. Den 29 juni 2000 antog ministerrådet direktiv 2000/43/EG om att genomföra principen om likabehandling av personer oavsett deras ras eller etniska ursprung, *direktivet mot etnisk diskriminering* (49). Den 27 november 2000 antog ministerrådet direktiv 2000/78/EG om att inrätta en allmän ram för likabehandling i arbetslivet (arbetslivsdirektivet) (50). Samma dag beslutade rådet genom beslut 2000/750/EG om att inrätta gemenskapens handlingsprogram mot diskriminering (2001–2006). (51)

Arbetslivsdirektivet, direktiv 2000/78/EG

Syftet med arbetslivsdirektivet (49) är att fastställa en allmän ram för bekämpning av diskriminering i arbetslivet på grund av religion eller övertygelse, funktionshinder, ålder eller sexuell läggning för att genomföra principen om likabehandling i medlemsstaterna (artikel 1). Direktivet behandlar diskriminering i arbetslivet i en vidare mening än de svenska lagarna mot diskriminering i arbetslivet.

Nationell rätt

Skyddet mot diskriminering har successivt förstärkts i svensk lag. Förutom en formulering i grundlagen finns det i dag sex lagar som förbjuder diskriminering, nämligen följande:

- 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

Grundlagsbestämmelser

Enligt 1 kapitlet 2 § regeringsformen (RF) ska det allmänna motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller annan omständighet som gäller den enskilde som person.

I 1 kapitlet 9 § RF sägs att domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iakttaga saklighet och opartiskhet.

Enligt 2 kapitlet 23 § RF får lag eller annan föreskrift inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).

Olaga diskriminering

Enligt brottsbalken är det förbjudet för näringsidkare att i sin verksamhet diskriminera någon på grund av hans eller hennes ras, hudfärg, nationella eller etniska ursprung eller trosbekännelse. Diskriminering får inte heller ske på grund av att denne har homosexuell läggning (16 kapitlet 9 § brottsbalken).

Jämställdhetslagen (1991:433)

Syftet med lagen är att främja jämställdhet i arbetslivet. Lagen gäller för både kvinnor och män, men av lagens ändamålsparagraf framgår att ”lagen siktar till att förbättra främst kvinnornas villkor i arbetslivet”. Jämställdhetslagen består av tre delar.

Den första delen innebär att alla arbetsgivare måste bedriva ett målinriktat jämställdhetsarbete och vidta aktiva åtgärder för att främja jämställdheten på arbetsplatsen. Det aktiva åtgärdsarbetet ska omfatta följande områden: arbetsförhållanden, förvärvsarbete och föräldraskap, sexuella trakasserier, utbildning och kompetensutveckling, rekrytering och jämställdhetsanalys av löner.

Den andra delen av lagen innehåller ett förbud mot direkt och indirekt könsdiskriminering i samband med anställning, arbetsledning, lönesättning och uppsägning. Det finns även ett förbud för arbetsgivare att trakassera arbetstagare som avvisat sexuella närmanden av arbetsgivaren eller som anmält arbetsgivaren för könsdiskriminering. Arbetsgivaren är även skyldig att vid kännedom utreda fall av sexuella trakasserier och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas för att trakasserierna ska upphöra.

Den tredje delen innehåller bestämmelser om skadestånd vid brott mot lagen, om tillsynen av lagens efterlevnad och om rättegångsförfarandet vid diskrimineringstvister.

Lagen (1999:130) om åtgärder mot diskriminering i arbetslivet på grund av etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning

Syftet med lagen är att i fråga om arbete, anställningsvillkor och andra arbetsvillkor samt utvecklingsmöjligheter i arbete, främja lika rättigheter och möjligheter oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning. Med etnisk tillhörighet menas att någon tillhör en grupp av personer som har samma nationella eller etniska ursprung, ras eller hudfärg. Lagen skyddar både arbetssökande och arbetstagare och definierar arbetsgivare som den hos vilken arbete utförs. Arbetsgivarens skyldigheter är att inom ramen för sin verksamhet bedriva ett målinriktat arbete för att främja lagens syfte. Fokus ska ligga på arbetsförhållanden och rekrytering. När det gäller arbetsförhållanden ska arbetsgivarens se till att de lämpar sig alla arbetstagare oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning. Vidare ska arbetsgivaren förebygga och förhindra att någon arbetstagare utsätts för trakasserier eller repressalier. Vid rekrytering ska arbetsgivaren verka för att personer oavsett etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning ges möjlighet att söka lediga anställningar.

Lagen definierar även centrala begrepp som direkt diskriminering, indirekt diskriminering, trakasserier och instruktioner och förbjuder uttryckligen förekomsten av dessa i alla led av anställningen eller anställningsförhållanden, från rekrytering till uppsägning. Det är också arbetsgivarens skyldighet att agera om denne får kännedom om att en arbetstagare anser sig vara utsatt för trakasserier.

Påföljder som kan vara aktuella då diskriminering förekommer är ogiltighet av avtal och skadestånd till den drabbade. Den diskriminerade har rätt att vända sig till DO eller till sitt fackförbund för att få hjälp. Dessa båda kan också föra talan i domstol om det finns en misstanke om att diskriminering förekommit.

Lagen (1999:132) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av funktionshinder

Syftet med lagen är att motverka diskriminering i arbetslivet av personer med funktionshinder. Lagen innehåller fyra diskrimineringsförbud: direkt diskriminering, indirekt diskriminering, trakasserier och instruktioner att diskriminera.

Enligt 3 § får en arbetsgivare inte missgynna en arbetssökande eller en arbetstagare genom att behandla honom eller henne sämre än arbetsgivaren behandlar, har behandlat eller skulle ha behandlat någon annan i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med funktionshinder.

I 4 § stadgas att en arbetsgivare inte får missgynna en arbetssökande eller en arbetstagare genom att tillämpa en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt men som i praktiken särskilt missgynnar personer med visst funktionshinder jämfört med personer utan sådant funktionshinder. Detta gäller dock inte om bestämmelsen, kriteriet eller förfaringsättet kan motiveras av ett berättigat mål och medlen är lämpliga och nödvändiga för att uppnå målet.

Enligt 6 § gäller förbudet i 3 § även när arbetsgivaren vid anställning, befordran eller utbildning för befordran genom att vidta stöd- och anpassningsåtgärder kan skapa en situation för en person med funktionshinder som är jämförbar med den för personer utan sådant funktionshinder och det skäligen kan krävas att arbetsgivaren vidtar sådana åtgärder.

Lagen (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning

Lagen har som ändamål att motverka diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning. Med sexuell läggning avses homosexuell, bisexuell och heterosexuell läggning. Lagen innehåller förbud mot direkt diskriminering, indirekt diskriminering, trakasserier samt instruktioner att diskriminera. Förbuden omfattar såväl arbetssökande som arbetstagare och gäller såväl under anställningsförfarandet som under själva anställningen.

Men direkt diskriminering avses att arbetsgivaren missgynnar en arbetssökande eller arbetstagare genom att behandla denne sämre än någon annan skulle ha behandlats i en jämförbar situation, om missgynnandet har samband med sexuell läggning. Indirekt diskriminering är det fråga om när arbetsgivaren missgynnar en arbetssökande eller arbetstagare genom att tillämpa en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringssätt som framstår som neutralt men som i praktiken särskilt missgynnar personer med viss sexuell läggning. Undantag görs dock om åtgärden ifråga kan motiveras av ett berättigat mål och medlen är lämpliga och nödvändiga för att uppnå målet.

Lagen innehåller även en bestämmelse om förbud för arbetsgivaren att utsätta en arbetstagare för repressalier på grund av att arbetstagaren har anmält arbetsgivaren för diskriminering eller medverkat i en diskrimineringsutredning. Vidare har en arbetsgivare som får kännedom om att en arbetstagare anser sig ha blivit utsatt för trakasserier en skyldighet att utreda och vidta åtgärder mot trakasserier.

En arbetstagare eller arbetssökande som blivit diskriminerad kan begära skadestånd av arbetsgivaren. Lagen ger även i vissa fall möjlighet att ogiltigförklara eller jämka ett avtal. Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) utövar tillsyn över lagen och har en rätt att föra talan för en enskild arbetstagare eller arbetssökande. I första hand är det dock facket som för talan enligt lagen, endast om facket väljer att avstå från denna rätt eller den enskilde inte är fackligt ansluten träder HomO:s talerätt in.

Lagen (2001:1286) om likabehandling av studenter i högskolan

Syftet med lagen om likabehandling av studenter i högskolan är att främja lika rättigheter för studenter och sökande och att motverka diskriminering på grund av könstillhörighet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning och funktionshinder (1 §). Förbuden gäller direkt och indirekt diskriminering, trakasserier och instruktioner att diskriminera (7–8 §).

Lagen (2003:307) om förbud mot diskriminering

Syftet med lagen är att motverka diskriminering som har samband med någon av diskrimineringsgrunderna etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder (1 §). Lagen förbjuder direkt och indirekt diskriminering, trakasserier och instruktioner att diskriminera (3 §).

Förbuden gäller mot diskriminering i arbetsmarknadspolitisk verksamhet (till exempel arbetsförmedling), vid start eller bedrivande av näringsverksamhet, i yrkesutövning (till exempel legitimation för yrken). Förbuden mot diskriminering gäller också i samband med medlemskap i fackföreningar och yrkesorganisationer samt när det gäller yrkesmässigt tillhandahållande av varor, tjänster eller bostäder.

Bilaga 2. Gunilla Krantz

Disposition

I detta utlåtande har jag disponerat texten så att det först finns en bakgrundsbeskrivning där definitioner diskuteras och en hypotes formuleras. Sedan förs en diskussion som svar på den uppställda hypotesen. De frågor som formulerats av Folkhälsoinstitutets projektgrupp¹⁶ diskuteras invävt i texten. I sista delen finns en sammanfattning av mina synpunkter och idéer som svar på de uppställda frågeställningarna.

Bakgrund

Diskriminering – definitioner och synsätt

Diskriminering är ett begrepp som diskuteras och definieras av statsapparaten och av media och allmänheten. Begreppet förekommer även i samhällsvetenskaplig och medicinsk forskning om än i begränsad utsträckning. Diskriminering på grund av kön är det mest utforskade området och FN:s generalförsamling antog år 1979 Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (*Convention on the elimination of all forms of discrimination against women, CEDAW*). Sverige var det första land som ratificerade konventionen (1980). Den dominerande termen i samhällsvetenskaplig och medicinsk forskning har härefter varit genus och jämställdhet och på senare tid talas det mycket om könsmaktordning som vid FN:s kvinnokonferens i Beijing 1995 beskrevs som ”historiskt ojämlika maktrelationer mellan kvinnor och män vilka har lett till mäns dominans över och diskriminering av kvinnor”.

Diskriminering på grund av ras och hur det påverkar hälsan har diskuterats inom folkhälsovetenskapen sedan 1800-talet men specifika mätmetoder för användning i empirisk forskning har inte utvecklats förrän på senare tid. Under 1960- och 70-talet utvecklades inom psykologin olika mätmetoder för hur diskriminering och rasism påverkade psykisk hälsa men inte förrän under 1990-talet kom ett antal folkhälsovetenskapliga studier om samband mellan självrapporterade händelser av diskriminerande rasism och fysisk och psykisk hälsa (20).

Andra grunder för diskriminering, såsom sjukdom och handikapp och dess hälsoeffekter, har på senare tid fått uppmärksamhet i forskningen, kanske främst via hiv- och aidsepidemin och fysiska handikapp, medan hälsoeffekter av diskriminering på grund av sexuell läggning är betydligt mindre utforskat. Under 2005 har 17 nya artiklar registrerats i Medline/PubMed under sökorden ”*discrimination and health*”¹⁷ (52). Majoriteten av dessa handlar om diskriminering på grund av hiv och aids. Detta fåtal artiklar inom ett så omfattande område speglar troligen komplexiteten i begreppet.

Nancy Kriegers definition av diskriminering som ”ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av ideologi och uttrycks i interaktioner, bland och emellan individer och institutioner, där dominerande grupper försöker behålla sina fördelar i samhället på bekostnad av ökad utsatthet för andra grupper” (8) ger en tydlig beskrivning av detta komplicerade fenomen. Denna definition är allmängiltig så till vida att den kan tillämpas på diskriminering på olika grunder, såsom

16 Med Folkhälsoinstitutets projektgrupp avses i detta utlåtande representanter från FHI, JämO, DO, HO och HomO. Frågorna beskrivs närmare i kapitel 4, ”Expertgrupp för diskriminering och hälsa”

17 Gunilla Krantz jämför med de artiklar som beskrivs i kapitel 3, ”Samband mellan diskriminering och hälsa”

kön, etnisk tillhörighet eller religion, sexuell läggning eller sjukdom och handikapp. Utmaningen i att arbeta mot diskriminering ligger i att medvetandegöra sig själv och andra om att det just handlar om ”ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av en ideologi” och att denna ideologi inte finns beskriven i lagtexter eller reglementen utan utgör en del av varje samhälles ”kultur”. Det innebär i sin tur att denna ideologi är så självklar att den knappast ifrågasätts och därför kommer att bestå genom att den överförs från generation till generation, ofta på ett omedvetet sätt. Denna ”ideologiöverföring” sker via socialiseringsprocessen, det vill säga den process som innebär att vi fostrar våra barn in i ett tänkande som ska passa in i det samhälle och den tid vi lever i, vilket betyder att majoriteten kommer att anamma denna dominerande ideologi och kanske aldrig ifrågasätta den. Diskriminering bygger på över- och underordning och resultatet av detta kan bli intolerans mot grupper av människor eller individer som har en avvikande ideologi eller ter sig avvikande.

Denna syn på hur en dominerande ideologi överförs mellan generationer synliggör hur svårt det är att ändra på en uppfattning som genomsyrar ett samhälle och att lagstiftning inte alltid hjälper för att motverka företeelser såsom diskriminering. Men lagstiftning är nödvändig för att man ska kunna vidta eventuella åtgärder. Att arbeta mot diskriminering är ett långsiktigt arbete som handlar om att grundvärderingar måste ifrågasättas och nya synsätt anammas.

Den definition av strukturell diskriminering som Folkhälsoinstitutets projektgrupp (härefter refererad till som FHI) formulerat 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 avsiktligt eller oavsiktligt.

Vad skiljer denna definition från den som formulerats av Nancy Krieger? FHI:s definition innebär en försnävning av begreppet och ger en definition av ”strukturell diskriminering”, det vill säga sådan diskriminering som sker på samhällets institutioner men här finns inte någon teori eller förklaring till varför en sådan diskriminering sker, det vill säga man får inte någon hypotes om hur dessa regler, normer, förhållningssätt och beteenden uppstår. FHI:s definition kan ses som en följd av Nancy Kriegers och utgör inte någon motsättning till denna. FHI påpekar därtill att all form av diskriminering är strukturell då den bottnar i rådande samhällsstrukturer. Måste det vara så? Ja, Krieger säger att diskriminering rättfärdigas av en ideologi och med det ovan beskrivna synsättet på hur denna ideologi vidmakthålls (socialiseringsprocessen) så är all diskriminering strukturell i den meningen att varje samhälle genomsyras av sin kultur och därmed sina synsätt. Detta gör att en individs trakassering av en annan individ (till exempel mobbning) inte kan klassas som diskriminering om inte grunden för dessa trakasserier står att finna i en överordnad ideologi.

Påståendet att diskriminering ”kan ske avsiktligt eller oavsiktligt” är oprecist i det att varje diskriminerande handling bör ses som avsiktlig, annars är det knappast frågan om diskriminering eftersom diskriminering handlar om en överordnad grupps eller individs sätt att behålla sina fördelar gentemot en underordnad grupp eller individ. Är det inte snarare frågan om *medveten eller omedveten handling*? Det stödjer tanken om att konsekvenserna av ett samhälles ”kultur” inte alltid medvetandegjorts för dess medborgare, vilket gör att diskriminering kan ske där grunden för handlingen är *medveten* eller *omedveten* snarare än avsiktlig eller oavsiktlig.

Hur kan man mäta hälsa?

Hälsa kan definieras på lika många sätt som det finns individer. Den mest kända definitionen på hälsa har formulerats av WHO och av många betraktats som utopisk. Den har fått stor genomslagskraft men är inte lätt att operationalisera. Vill man få en uppfattning om befolkningars eller grupperns hälsa är man hänvisad till kvantitativa metoder. De vanligaste sätten att mäta hälsa på är att fråga en population, via frågeformulär, hur de uppfattar sin hälsa. Man kan ställa en direkt fråga: ”Hur upplever du din egen hälsa?” samt ge tre eller fem svarsalternativ (självskattad hälsa, *self-rated health*, SRH). Det har visat sig att denna fråga med god precision predicerar sjukdom och ohälsa men den har samtidigt kritiserats för att vara för ospecifik, man vet inte vad man mäter. I andra fall försöker man vara mer specifik genom att efterfråga symtom, fysiska och psykiska, som personen kan tänkas lida av och dessa symtom och symtomkonstellationer kan ses som ett uttryck för stress (15). Det finns en mängd olika validerade instrument som mäter hälsa utifrån funktionsstatus, såsom *General Health Questionnaire* (GHQ) och *Short Form 36*, SF 36 (16, 17).

Andra sätt att mäta hälsa är att via läkarbedömning bilda sig en uppfattning om en individs hälsa genom undersökning och provtagning, men det blir då ett mer begränsat mått på hälsa där upplevelsen av egen hälsa saknas, men som å andra sidan kanske kan möjligen betraktas som ett mer objektiva mått. Vårdkonsumtionsstatistik, slutenvårdsdiagnoser, läkemedelsuttag samt sjukfrånvaro ger andra sidor av människors och befolkningars hälsa där den enskilde inte kommer till tals.

Samband mellan diskriminering och hälsa är undersökt utifrån olika diskrimineringsgrunder och olika utfallsvariabler (11). De flesta studier har gjorts inom fältet kön och ohälsa, följt av etnicitet och ohälsa, betydligt färre inom området sexuell läggning och ohälsa samt sjukdom/handikapp och ohälsa. Som utfallsvariabler finns dels självskattade mått såsom fysiska och psykiska symtom, SRH, upplevd livskvalitet, psykisk ohälsa, våldsamt beteende, upplevd diskriminering, upplevelse av orättvis behandling, självmordstankar och alkoholvanor, dels fysiologiska indikatorer såsom förhöjt blodtryck, ökad hjärtfrekvens, förhöjda nivåer av kortisol i urin och även vårdkonsumtion.

Kvalitativa metoder är hypotesgenererande, det vill säga de kan ge uppslag till nya synsätt, innebörder och förståelser av begrepp som exempelvis diskriminering. Genom att intervjua individer enskilt eller i grupp kan man få en uppfattning om innebörden samt vilka känslor och erfarenheter som är förknippade med begreppet diskriminering. På så sätt kan man skapa variabler som kan prövas i epidemiologiska studier för att undersöka om de mäter art eller grad av diskriminering.

Hypotes

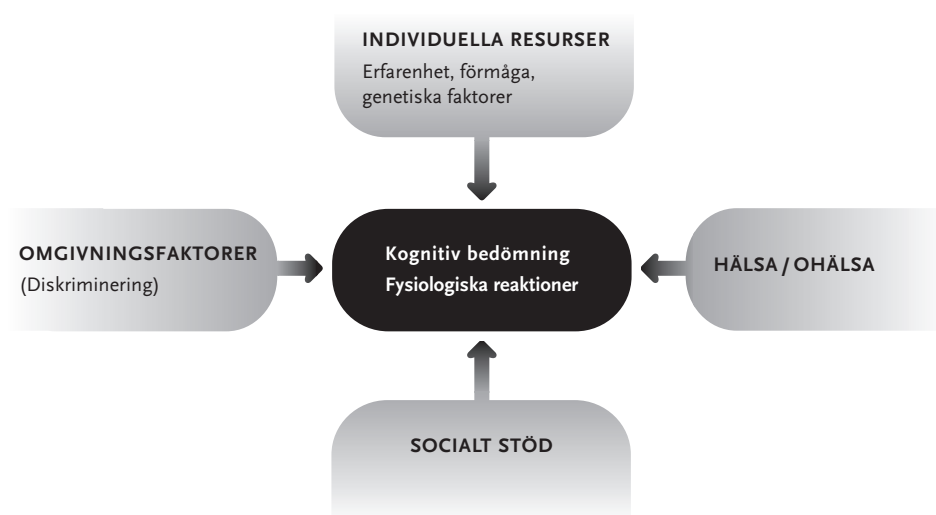
Den hypotes jag önskar pröva att diskutera i detta utlåtande är att de olika hälsoutfall som beskrivits som effekt av diskriminering har en gemensam grund genom att, oavsett skälet för diskriminering, ett sådant bemötande eller en sådan upplevelse skapar stress.

Diskussion

De studier som sammanställts i Bilaga 3¹⁸ av Folkhälsoinstitutets projektgrupp visar att det finns samband mellan ”upplevelse av diskriminering” och ohälsa. Ohälsa har mätts på flera olika sätt som beskrivits ovan.

Stresshypotesen

Stress uppstår i den situation då omgivningens krav överstiger individens förmåga att klara dessa krav (18). 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. Detta kan beskrivas med hjälp av nedanstående biopsykosociala modell för interaktionen mellan stress och hälsa, enligt Frankenhaeuser (19):



Modellen ska förstås så att *omgivningsfaktorer* ger upphov till kronisk stress. Exempel på omgivningsfaktorer är fattigdom (socioekonomisk status), låg utbildning eller andra psykosociala faktorer inkluderande upplevelse av utsatthet såsom diskriminering – alltså levnadsförhållanden som upplevs som påfrestande på längre sikt. Men en omgivningsfaktor kan också vara en omedelbar utmaning i form av att behöva prestera något, vilket snarare ger upphov till akut stress. Individen gör då en *kognitiv bedömning* av sin förmåga och sina *individuella resurser* att klara den uppkomna situationen, likaså kan ett gott *socialt stöd* ha en positiv effekt. Upplevs situationen som en kronisk stressfaktor uppstår *fysiologiska reaktioner* genom utsöndring av stresshormoner (adrenalin, noradrenalin och kortisol) och resultatet blir ohälsa. Om däremot situationen upplevs som möjlig att lösa blir utfallet istället positivt, det vill säga hälsa.

Den ohälsa som uppstår som svar på kronisk stress kan ta sig olika uttryck och ge upphov till en mängd symtom genom att de så kallade stresshormonerna har effekter på hjärtkärlets systemet (blodtryck, blodfetter, hjärtfrekvens), på det metabola systemet, på immunsystemet genom nedsatt immunförsvar och på den psykiska hälsan, vilket kan leda till bland annat ökat alkoholintag, ökad cigarettkonsumtion, mindre motion, depressivitet, ångest, oro och sömnsvårigheter. På längre sikt ökar detta risken för hjärtinfarkt, hjärnblödning, diabetes typ II, infektionssjukdomar, fetma och metabolt syndrom.

¹⁸ Studierna finns sammanställda i kapitel 3, ”Samband mellan diskriminering och hälsa”.

Denna modell och förståelse av fenomenet ”stress” kan då förklara varför så många olika hälsoutfall är möjliga trots att exponeringen är densamma. Likaså förklarar modellen varför inte en specifik grund för diskriminering ger ett specifikt hälsoutfall, exempelvis att etnisk diskriminering skulle ge upphov till förhöjt blodtryck. Modellen sammanfattar diskriminering som en stressfaktor som kan ge upphov till akut men framför allt kronisk stress och därmed ohälsa som kan ta sig en mängd olika uttryck.

Denna modell har använts i många studier som teoretisk utgångspunkt och bildar underlag för förståelsen av hur och varför psykosociala förhållanden och levnadsvillkor kan ge fysiologiskt mätbara förändringar hos individer samt leda till fysisk och/eller psykisk sjukdom. Denna modell refereras numera även till som *allostatisk belastning*, i bemärkelsen att kroppen strävar efter *homeostas* (jämvikt) och när belastningen blir för stor uppstår ojämvikt i kroppens försvarssystem (allostatisk belastning) med ogynnsamma hälsoeffekter som följd (53).

Den mest undersökta variabeln för att beskriva skillnader i hälsa för olika grupper i en befolkning är socioekonomiskt status (socialgrupp) och därefter utbildningsnivå innefattande könsskillnader. Diskriminering skiljer sig från dessa strukturella variabler så till vida att diskriminering är en handling som ger en upplevelse hos mottagaren och är inte ett konstant fenomen. På så sätt kan diskriminering jämföras med att vara utsatt för våld och att utsatthet för våld har en flora av hälsoeffekter är väl känt. Dessa är av samma, ofta ospecifika, art som de som beskrivits för diskriminering. Stresshypotesens relevans för diskriminering bekräftas även av en nyligen genomförd studie av Nancy Krieger m.fl. som visar hög korrelation mellan diskriminering och två så olika variabler som ”*psychological distress*” och hög cigarettkonsumtion (20).

Vad skulle då fördelen vara med att bekräfta hypotesen nedan?



Fördelen skulle vara att man på så sätt verkligen visar att diskriminering av en viss grad och kanske även art medför ökad risk för kronisk stress och på längre sikt allvarlig sjukdom. Man får ett argument utöver det mänskliga rättighetsperspektivet för att bekämpa alla former av diskriminering – hälsoperspektivet!

Om denna hypotes ska bekräftas så behövs forskningsinsatser av flera slag.

Tre förslag till forskningsinsatser

Att visa att diskriminering leder till ohälsa har gjorts i ett antal studier. Vill man komma vidare på detta område så finns förstås många möjligheter. Ganska lite är gjort i Sverige och den huvudsakliga forskningen kring särskilt etnisk diskriminering och dess hälsoeffekter har utförts i USA. Det är inte självklart att studier från Sverige skulle ge samma resultat men man ska förstås använda sig av erfarenheter som gjorts på andra håll i världen när man planerar studier i Sverige.

1. Stressfysiologisk studie. Vill man bekräfta hypotesen ovan att diskriminering via stress leder till ohälsa så får man göra studier som involverar mätning av ett antal fysiologiska variabler såsom blodtryck, puls, midja-stussmått, katekolaminer (adrenalin, noradrenalin/urin) och kortisol i saliv samt eventuellt även blodfetter och blodsocker i tillägg till mer traditionella socioekonomiska och psykosociala faktorer. Sådana studier kan bara göras på mindre populationer eftersom provtagning är resurskrävande.

En frågeställning skulle kunna formuleras på följande sätt: Skiljer sig nivåer av fysiologiska parametrar mellan individer som upplevt sig utsatta för diskriminerande handlingar under en längre tid jämfört med individer som inte har det, då man kontrollerat för väsentliga socioekonomiska och psykosociala faktorer?

Ett problem med denna frågeställning är att inte diskrimineringsgrunden angetts och man kan inte förutsätta att olika grunder för diskriminering ger samma hälsoutfall även om stresshypotesen antar detta. Därför bör man inkludera grupper som upplevt olika former av diskriminering. Det gör projektet omfattande och kanske får man nöja sig med att undersöka en eller två diskrimineringsgrunder, såsom exempelvis etnisk diskriminering och sexuell läggning att jämföra med en grupp som inte känt sig utsatt för diskriminering.

En dylik studie skulle göra det möjligt att se om och hur fysiologiska profiler skiljer sig åt mellan grupperna och på så sätt skulle man få svar på om olika diskrimineringsgrunder ger likartade eller olika profiler samt om dessa skiljer sig från vad som observeras i den icke-diskriminerade gruppen.

Professor Ulf Lundberg, som leder en forskargrupp som jag ingår i, har mångårig erfarenhet av att göra sådana här mätningar och analysera stresshormonprover. Han gör det i ett eget laboratorium på psykologiska institutionen på Stockholms universitet.

2. Kvalitativ intervjustudie. För att få bättre uppfattning om vad som inryms i begreppet diskriminering skulle man kunna göra en kvalitativ intervjustudie där man dels djupintervjuar individer som upplevt eller upplever sig som diskriminerade, dels genomför fokusgruppsdiskussioner med grupper av individer tillhörande olika minoriteter såsom homosexuella och lesbiska, första generationens invandrare, funktionsnedsatta och män/kvinnor.

Den öppna frågan är då vad begreppet diskriminering innebär. Finns likheter eller skillnader mellan gruppernas utsagor? Eventuellt samband med upplevd hälsa kan också diskuteras i djupintervjuerna.

Ur ett sådant material får man ny kunskap och nya insikter. De olika beskrivningar och nyckelord som framkommer kan sedan omvandlas till variabler och testas i en epidemiologisk (kvantitativ) studie.

3. En epidemiologisk studie. I den studie som tidigare nämnts av Krieger m.fl. (20) valideras och reliabilitetstestas ett frågeformulär som använts för att mäta grad av upplevd etnisk diskriminering, dock finns här även andra diskrimineringsgrunder inkluderade. Formuläret – *Experiences of Discrimination*, EOD – visade sig ha hög reliabilitet och validitet då det jämfördes med andra skalor. 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. På så sätt valideras instrumentet som sedan kan användas för undersökning av samband mellan (etnisk) diskriminering och olika hälsoutfall. Instrumentet bör testas även på andra grupper än de som upplever sig etniskt diskriminerade för att se om det finns skillnader i hur man svarar.

Projektgruppens frågeställningar

1. Vilka samband mellan diskriminering och hälsa går att fastställa utifrån informationen i kunskapsunderlaget¹⁹ samt utifrån egna erfarenheter och kunskaper på området?

Ur kunskapsunderlaget framkommer att ohälsa i form av självskattade mått såsom fysiska och psykiska symtom, SRH, 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 har visat samband med diskriminering i olika studier.

Mina egna erfarenheter finns beskrivna under rubriken Diskussion – *stresshypotesen*.

2. Vilka är de stora kunskapsluckorna när det gäller de eventuella sambanden mellan diskriminering och hälsa?

Dels har vi dålig uppfattning om vad begreppet diskriminering innebär för gemene man och för dem som anser sig vara utsatta för diskriminering, dels saknas validerade instrument på svenska.

När det gäller hälsoeffekterna är det svårt att bedöma dem om vi inte riktigt vet vad vi mäter när vi frågar individer ”om de upplevt sig diskriminerade”. Hälsoutfallen ser ut att vara många och olika och vi vet inte om dessa kan sammanfattas såsom stressutlösta symtom, men den tanken förefaller trolig just för att symtomen är så mångfacetterade.

3. I kunskapsunderlaget beskrivs olika metoder att mäta diskriminering och hälsa. Hur bör dessa metoder betraktas, vilka är att föredra och/eller kan metoderna komplettera varandra?

Min uppfattning är att indirekta metoder inte är att föredra utan att självupplevd diskriminering ger bättre svar på frågeställningen om samband med hälsa. Den modell som skissats i kunskapsunderlaget har stora likheter med stresshypotesen. Det som i kunskapsunderlaget benämns hot/rädsla är känslor som skapar stress och i sin tur framkallar den kognitiva bedömning som jag beskrivit ovan och därefter följer eventuellt en fysiologisk respons. Som jag argumenterat ovan så ställer jag mig främst bakom denna modell och föreslår som forskningsinsats att man i en svensk population validerar det ovan nämnda instrumentet (EOD) samt genomför en stressfysiologisk studie i linje med mitt förslag 1 ovan.

Det finns en fara i att låta individer självskatta sina upplevelser av diskriminering då det kan leda till att individer överskattar graden av utsatthet. Men samtidigt måste man fråga sig vem som kan bedöma att det ”objektivt sett inte förekommer någon diskriminering”. Självklart vet vi att det finns *reporting bias*, det vill säga att om man upplever sig som utsatt på något sätt så tenderar man att ha en generellt negativ attityd som kan leda till att man överdriver svårigheterna i sin allmänna livssituation, men det kan man föra ett resonemang omkring. Den så kallade ”objektiva bedömningen” känner jag mig tveksam till – är den bättre än den som individen själv gör? Detta illustrerar just hur nödvändigt det är med ett validerat instrument som kan mäta grad av upplevd diskriminering på ett mer mångfacetterat sätt än genom att bara ställa frågan ”om man upplevt sig diskriminerad”. Då finns fler frågor som berör samma sak (upplevelse av diskriminering), vilket gör att man kan ringa in begreppet diskriminering utan att behöva ge en definition av begreppet som kan upplevas som svårbegripligt och kanske inte omfattas av alla.

Att indirekt mäta hälsoutfall av diskriminering genom att använda sig av strukturella faktorer såsom bostadssegregation kan kanske vara en väg att gå, men man kan inte förutsätta att alla som bor i ett visst område upplever sig som diskriminerade. Det kan ju till och med vara tvärtom, det vill säga att människor som bor tillsammans med andra som befinner sig i en likartad situation inte upplever sig som diskriminerade i samma utsträckning som de skulle göra om de bodde i ett välbärgat område där de själva avvek från majoriteten. Wilkinson har diskuterat detta utifrån det faktum att i samhällen där det är relativt små skillnader i levnadsförhållanden mellan grupper i befolkningen åtnjuter samtliga

¹⁹ Gunilla Krantz refererar till ett kunskapsunderlag som överlämnades till expertgruppen 2005-04-15 och som till stor del överensstämmer med kapitel 1–3.

(även de mest välbärgade) bättre hälsa än i samhällen där stora klasskillnader råder. Orsaken skulle vara att i mer jämlika samhällen förekommer mindre av våld och stöld vilket gynnar samtliga, även de mest välbärgade (54).

Min bedömning är att olika metoder kompletterar varandra och att även kvalitativa metoder behöver användas inom detta område.

4. Ett syfte med detta projekt är att ringa in områden för att ta fram indikatorer att följa upp och mäta diskriminering (och hälsa). Vilka indikatorer är speciellt viktiga för respektive diskrimineringsgrund (med utgångspunkt från respektive experts kompetensområde)?

Mitt kompetensområde är kön som diskrimineringsgrund i första hand och det finns förstås många viktiga indikatorer att ta hänsyn till, men mitt sätt att se på frågan handlar – som framgått ovan – mer om att sätta själva upplevelsen av diskriminering i fokus och inte grunden för den upplevda diskrimineringen. Med det synsättet så blir det viktigt att finna indikatorer som mäter diskriminering generellt och inte specifika indikatorer för varje diskrimineringsgrund. Det utesluter inte att det kan behövas sådana också, kanske speciellt inom de områden där det i dag finns mindre kunskap om sambanden med hälsa. Min huvudinställning är dock att testa hypotesen att samma variabler kan användas för olika diskrimineringsgrunder och instrumentet EOD kan då vara en utgångspunkt.

5. Vilket är det viktigaste framtida forskningsområdet för att bredda kunskapen kring sambandet mellan diskriminering och hälsa?

Jag har föreslagit tre områden ovan – om det är de viktigaste vågar jag inte säga.

6. Finns andra alternativa angreppssätt att mäta diskrimineringens samband med hälsa och i så fall vilka? På vilket sätt kan i så fall en sådan undersökning genomföras?

Kvalitativa studier kan genomföras även för att få en uppfattning om hälsoeffekter av diskriminering. Det skulle kunna leda till att andra hälsoindikatorer än de nu kända skulle kunna testas i epidemiologiska studier. När man börjar arbeta i ett område där mycket är okänt är det ofta bra att börja med kvalitativa studier – det kan bidra till att ge en djupare förståelse för det fenomen man önskar undersöka. Jag har goda erfarenheter av det förfarandet från studier om våld mot kvinnor som jag är engagerad i (i Vietnam) och där sedan nya idéer testats i vår befolkningsstudie.

Sammanfattningsvis ser jag området diskriminering och hälsa som ett mycket spännande forskningsområde där kunskapen ännu är begränsad. Det finns klara likheter mellan att vara utsatt för diskriminering och vara utsatt för våld och jag tror man kan hämta vissa erfarenheter från det forskningsområdet. Inom båda dessa områden är utsattheten inte konstant i den bemärkelsen att en person inte diskrimineras eller utsätts för våld hela tiden utan det är händelser som ger en upplevelse av obehag som dock kan vara konstant och som kan leda till allvarliga hälsokonsekvenser. Båda dessa företeelser kan åtgärdas! Men problemet i detta är att lagstiftning och bestraffning inte omedelbart hjälper utan att det även måste ske en attitydförändring i samhället. Lagstiftning är oerhört viktig och lika viktigt är att makthavare tar en klar ställning emot den här typen av företeelser, men det tar lång tid innan enskilda individer förmår förändra sina värderingar eftersom de ligger djupt förankrade i den kultur (oskrivna lagar och regler) som råder i varje samhälle. Kvinnor har på 100 år gjort hyggliga framsteg mot ökad jämställdhet i samhället men fortfarande finns starka krafter som motverkar denna utveckling!

Bilaga 3. Anders Lange

Begreppsliga utgångspunkter för projektet

Projektets definition av begreppet ”diskriminering”

I projektbeskrivningen²⁰ konstateras att en oundgänglig förutsättning för klargörandet av sambanden mellan diskriminering och hälsa utgörs av ett gemensamt förhållningssätt kring begreppet ”diskriminering”. Detta gemensamma förhållningssätt materialiseras sedan i form av en definition som presenteras i det första avsnittet i den preliminära versionen av projektrapporten. Definitionen, som utgår från ”axiomet” att alla former av diskriminering är ”strukturell” i bemärkelsen att den bottenar i rådande samhällsstrukturer, har följande lydelse:

Med strukturell diskriminering avses regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutionen 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 avsiktligt eller oavsiktligt.

Enligt min uppfattning är en sådan ”allomfattande” definition av det centrala begreppet i projektet mycket problematisk. Det tillstånd i ett samhälle där befolkningen åtnjuter lika rättigheter och möjligheter brukar kallas ”jämlighet” (i detta sammanhang bör man dock erinra sig om den flera decennier gamla diskussionen kring distinktionen mellan ”*equality of opportunity*” och ”*equality of results*”). Eftersom något perfekt jämlikt samhälle mig veterligt inte existerar på denna planet, och hela planeten dessutom präglas av orättvisor, kan man konstatera att det i varje samhälle (och globalt) föreligger en rad hinder för jämlighet, varigenom vissa grupper eller kategorier av människor kan i olika avseenden sägas vara underordnade – eller befinna sig i sämre situation – än vissa andra grupper eller kategorier. Den ovan citerade definitionen medför att alla hinder för (grupp- eller kategoribaserad) jämlighet uppfattas som orsakade av diskriminering. Detta leder i sin tur till dels metodologiska och teoretiska problem, dels problem när det gäller att kunna fastställa optimala åtgärder i syfte att minska eller eliminera ojämlikheter i samhället.

I själva verket är de hinder för (grupp- eller kategoribaserad) jämlighet som präglar dagens svenska samhälle (samt alla andra samhällen) resultatet av ”kausala” mekanismer och processer som är dels mycket olikartade till sin natur, dels endast ofullständigt kända. Olikheter i de kausala mekanismerna eller – för att använda en medicinsk-epidemiologisk term – etiologin bakom hinder för jämlighet innebär i sin tur att de åtgärder som kan vara effektiva för att åstadkomma önskvärda förändringar blir mest sannolikt mycket olika.

Den av projektet anammade definitionen har – så vitt jag förstår – sin upprinnelse i två källor, nämligen de definitioner som föreslagits av epidemiologen Nancy Krieger (8) samt utredningen om strukturell diskriminering av Paul Lappalainen (6), varvid den sistnämnda tycks ha haft störst inflytande. Kriegers utomordentliga översikt över problemområdet ”Diskriminering och hälsa” presenterar emellertid en definition av ”diskriminering” som på en väsentlig punkt skiljer sig från Lappalainens. Krieger skriver att:

²⁰ Se avsnittet ”Diskriminering och hälsa – ett samverkansprojekt”, sidan 13.

Discrimination is a structured and sanctioned phenomenon, justified by ideology and expressed in interactions, among and between individuals and institutions, intended to maintain privileges for members of dominant groups at the cost of deprivation for others.

(Min markering med understrykning.)

Medan Lappalainens definition – och med den projektets definition – hävdar att diskriminering kan vara både avsiktlig och oavsiktlig, innebär de av mig markerade orden i Kriegers definition att *avsikten* att upprätthålla dominerande gruppers privilegier på bekostnad av de underprivilegerade utgör en konstituerande beståndsdel i hennes uppfattning om begreppets innebörd. Det är även inte helt oviktigt att påpeka att uttrycket ”structured” i hennes definition bör översättas med ”strukture-rad”, inte med ”strukturell”. Skillnaden mellan de två begreppen är allt annat än trivial.

Detta är långtifrån fråga om akademiska hårklyverier. Tvärtom har en korrekt definition av det centrala begreppet, som möjliggör en fruktbar empirisk förankring, en avgörande betydelse för studier, förståelse och förändring av de komplexa sambanden mellan diskriminering och hälsa. Jag kan således inte okritiskt acceptera den definition som föreslagits för projektet och anser att en fördjupad diskussion av begreppets innebörd utgör en viktig förutsättning för projektets fortsatta arbete. Nedan presenterar jag därför en ”alternativ” analys av denna innebörd som mitt bidrag till denna diskussion.

En alternativ analys av begreppet ”diskriminering”

”Diskriminering” är ett lika viktigt ord som det är mångtydigt och missbrukat både inom forskningen och i den offentliga ”diskursen”. Att *diskriminera* betyder att göra åtskillnad mellan. Ordets etymologi går tillbaka på latinets *discernere*, *discrimen*, *discriminare*, vars gemensamma mening är att indela, att åtskilja. Redan i det etymologiska ursprunget ser vi alltså att ordet syftar på en *viljeakt*. I dagligt tal betecknar ordet diskriminering i första hand förhållandet att grupper, eller individer som är eller uppfattas vara representanter för dessa grupper, kollektiv eller kategorier *särbehandlas* av andra grupper, eller individer som är eller utger sig för att vara representanter för dessa andra grupper, kollektiv, kategorier, organisationer, institutioner eller myndigheter. De senare har i allmänhet något slags överläge gentemot de förra i fråga om resurser, fysisk eller moralisk styrka, antal, maktmedel, beslutanderätt samt verklig eller självtillskriven legitimitet. Vilken grupp eller kategori som har överläge gentemot vilken annan grupp eller kategori är emellertid inte givet en gång för alla. Medlemmar i en kategori som befinner sig i underläge i ett visst sammanhang kan befinna sig i överläge i ett annat – till exempel mera begränsat – sammanhang, och vice versa. Vad som kan kallas ”makromakt” och ”mikromakt” är långtifrån alltid samma sak.

Särbehandlingen kan gynna den träffade gruppen. Man talar då om positiv diskriminering. Det är dock den negativa diskrimineringen, det vill säga den särbehandling som missgynnar den utsatta gruppen och som begränsar och inskränker dess valmöjligheter och handlingsutrymme, som är socialt, moraliskt och politiskt problematisk. Den negativa särbehandlingen uppfattas vara inskränkningar av de drabbade människornas möjligheter att uppnå frihet, jämlikhet och rättvisa. Diskriminering drabbar individer. Därför kan den se ut att vara något som rör relationerna mellan individuella aktörer. I själva verket rör den relationerna mellan grupper eller kategorier i samhället, och aktörerna agerar som regel i termer av kollektiva identiteter just som representanter för de grupper som de tillhör. I princip kan vilka gruppbildningar eller kollektiv som helst drabbas av diskriminering – eller själva utöva diskriminering.

Sådant handlande och bemötande eller sådana regler och beslut som en grupp anser gynna den andra gruppen ses ofta som ett samtidigt missgynnande av den egna gruppen. Beteckningarna positiv och negativ särbehandling kan därför vara vilseledande. För att bestämma om en viss behandling eller ett visst bemötande är diskriminerande måste analysen lyftas från grupprelationernas nivå där intressen står mot varandra till en överordnad värderingsnivå. För att avgöra om diskriminering föreligger måste behandlingen, bemötandet eller handlingssättet relateras till rådande och i stort sett allmänt accepterade värderingar i samhället. I varje fall där man ska avgöra om diskriminering föreligger behöver därför de värderingar (universella normer, lagar och umgängesregler) anges som bedömningen förutsätter. Det är nog så svårt när det gäller relationerna mellan grupper inom ett samhälle.

Ännu mera komplicerat blir det när statsmakten själv är den ena parten i en intressekonflikt med en folkgrupp eller en kategori av människor som lever och verkar i det samhälle som staten har kontroll över.

Diskriminering bör helst bestämmas i förhållande till universella normer (till exempel Förenta nationernas förklaring av de mänskliga rättigheterna). Samtidigt innebär statens eller statsbildningens autonomi att de universella normerna i vissa avseenden kolliderar med de ”lokala” värden, preferenser och normer, vilka staten sanktionerar, underhåller eller påbjuder. Så länge de nationella normsystemen inte är helt överensstämmande med universella normsystem innebär statens särbehandling av vissa grupper ett dilemma. För att avgöra om diskriminering föreligger krävs alltså en noggrann analys av hela det sociala sammanhang där handlingen har ägt rum.

Termen diskriminering bör enligt min uppfattning reserveras för att beteckna *behandling och bemötande i konkreta situationer*. Diskriminering har karaktären av händelse och handling. Det är besvärligt att empiriskt studera diskriminering och skälen därtill är många. Ett av de främsta sammanhänger just med diskrimineringens karaktär av handling och händelse. För forskaren består därför den kanske främsta svårigheten i att dessa handlingar och händelser inte inträffar på begäran, med undantag av framprovocerade händelser, som till exempel ”fejkade” ansökningar om anställning (”*situation testing*”) eller av journalister arrangerade situationer i krogköer. För det mesta är forskaren hänvisad till att studera (den förmodade) diskrimineringens konsekvenser så att säga *ex post facto*. Hur man än avser att lägga upp empiriska studier av diskriminering, måste sådana studier alltid bygga på en omsorgsfull analys av diskrimineringsbegreppets olika aspekter och förutsättningar. Alltför ofta möter man exempel på ett slags ”mentala genvägar” när man drar slutsatser rörande diskriminerande orsaker från studier om resultatet av processer vars natur man inte har grepp om. Här kan jag endast peka på några viktiga distinktioner.

Särskilt när man – som i detta fall – har att göra med moraliskt laddade begrepp kan det vara nyttigt att börja analysen med en moraliskt neutral (och samtidigt mera generell) variant av den företeelse som begreppet syftar på. När det gäller diskriminering bör analysen börja med en uppsättning mer generella begrepp, nämligen *process* (eller förlopp), *behandling*, *utfall* (eller konsekvens), *differentiell* (eller *differentierande*), *exkluderande*, *negativ* samt *positiv*. Medan *process* inte förutsätter avsiktlighet hos de inblandade aktörerna, syftar *behandling* just på avsiktlighet. I varje känt mänskligt samhälle utsätts människor (både som individer och som medlemmar i grupper eller kategorier) för differentierande processer och behandlingar av många olika slag. Många – men inte alla – av dessa processer och behandlingar resulterar i differentiella utfall eller resultat, individuella och kollektiva.

Nästa steg är att kombinera begreppsparen differentierande process/behandling/utfall med begreppen positiv och negativ. I detta sammanhang är det viktigt att fråga: positiv eller negativ *för vem*? En aktör kan vara utsatt för en process eller behandling som denne uppfattar som negativ, medan den som behandlar respektive bedömer processen utifrån kan hävda motsatsen med hänvisning till processens eller behandlingens positiva konsekvenser (för den behandlade och/eller den behandlande). I alla mänskliga samhällen förekommer differentiella processer/behandlingar/utfall som bedöms vara positiva eller negativa av inblandade aktörer, både som individer och som grupp- eller kategorimedlemmar. För att kunna urskilja vilka av dessa positiva eller negativa differentiella processer, behandlingar eller utfall, som bör betraktas som instanser av diskriminering med den betydelse jag anser att ordet bör ha, krävs ytterligare två begrepp, nämligen *legitimitet* och *rättvisa*.

Som bekant är inte detta några lätthanterliga begrepp och jag har i det föregående påpekat några svårigheter, till exempel i samband med kollisioner mellan universella och ”lokala” normer och värderingar. Andra svårigheter sammanhänger med vad som skulle kunna ses som inkonsekvenser i tillämpningen av rättnormer i olika livsdomäner, till exempel i den *publika* kontra den *privata* sfären. Medan till exempel en differentiell, negativ och exklusiv (i betydelsen uteslutande) behandling av en etnisk grupp inom arbetslivet kan (med rätta) ses som orättvis eller illegitim, föreligger det knappast någon konsensus rörande det orättvisa i liknande, negativt exklusiva inställningar som många etniska grupper har i fråga om giftermål. Etnisk endogami – giftermål inom den egna etniska eller nationella gruppen – utgör ett av de mest effektiva och oftast tillämpade instrumenten för bevarande av gränser och ”särart”. Många liknande exempel kan anföras. Jag anser att en mera djupgående förståelse av diskrimineringsproblematiken (vare sig det handlar om arbetslivet eller andra domäner av socialt liv) kräver att innebörden hos begreppen *legitimitet* och *rättvisa* preciseras, relationen mellan dem undersöks närmare och deras olikartade tillämpningar inom olika livsdomäner kartläggs.

Hursomhelst tycker jag mig av det ovan sagda kunna dra följande slutsatser:

1. Det man vanligtvis kallar diskriminering är ett specialfall av *differentiell (eller differentierande) behandling*; termen diskriminering bör därför inte syfta på *differentierande processer* (eller mekanismer), eftersom processer inte förutsätter avsiktlighet. Syftet med den differentiella behandlingen är att *exkludera* den behandlade från eftersträvansvärda tillgångar (som inte behöver vara materiella). Inte heller bör termen diskriminering syfta på utfall, konsekvenser eller resultat (av behandlingar eller processer), inte ens om den görs om till ett adjektiv. *Utfall* eller resultat kan inte sägas vara diskriminerande – de kan endast vara lika eller olika (det vill säga differentiella), negativa eller positiva (för specificerade parter) samt rättvisa eller orättvisa (legitima eller illegitima) i enlighet med artikulerade värderingar.
2. Jag har visserligen i det föregående påpekat att diskriminering kan vara både negativ och positiv, men för enkelhetens skull (och i enlighet med det vanliga språkbruket) begränsar jag här dess omfång till *negativ* differentiell behandling, varvid ”negativ” i första hand syftar på den behandlade aktörens perspektiv.
3. För att utgöra diskriminering måste negativ differentiell behandling kunna bedömas vara *illegitim* och/eller *orättvis* i enlighet med allmänt (helst universellt) accepterade normer och värderingar.
4. Vi kan således definiera diskriminering som *illegitim och/eller orättvis, exkluderande negativ differentiell behandling*. Detta kan kallas den ”medelstarka” definitionen av diskriminering. Det är troligt att ytterligare ett villkor bör läggas till, nämligen det att de som diskrimineras utgör en *urskiljbar kategori eller grupp*, till exempel etnisk, och att de diskrimineras på grund av sitt medlemskap i denna kategori eller grupp. Jag har svårt att tro att uttrycket ”diskriminering” kan användas i de fall där den negativa, exkluderande behandlingen endast avser en individ, samtidigt som dennes tillhörighet till grupper och/eller kategorier är helt irrelevant. Inom privatsfären har vi – för det mesta – full frihet att exkludera eller inkludera personer i olika sammanhang samt behandla dem positivt eller negativt alltefter våra preferenser och värderingar. Så länge dessa behandlingar endast grundar sig på deras individuella egenskaper – och inte på deras tillhörighet till en viss grupp eller kategori – betraktas de inte som moraliskt eller politiskt problematiska.
Av definitionen ovan följer att uttrycket ”oavsiktlig diskriminering” är meningslöst, eftersom varje diskriminerande handling per definition är avsiktlig.
5. *En sträng* (eller stark) definition av diskriminering bör av allt att döma inkludera *motiv*. Medan *syftet* med den diskriminerande handlingen är att i någon bemärkelse exkludera människor som tillhör en viss kategori, kan motiven bakom en sådan handling vara mycket skiftande. Sunda förnuftet och intuitionen säger att endast vissa av dessa motiv kan kandidera till posten som definierande kriterier när det gäller diskrimineringsbegreppet.
6. I vissa fall kan *differentierande processer* eller förlopp sägas vara diskriminerande i ovan given mening, men endast under förutsättning att man empiriskt kan visa att de tidigare varit förtöjda i diskriminerande avsikter.
7. Alla *differentiella (olika, ojämna) utfall* är inte resultat av diskriminering, även om de kan visas selektivt drabba vissa (till exempel etniska) kategorier. Detta gäller även om de differentiella utfallen ses som negativa och orättvisa av dem som drabbas och/eller av andra.
8. Av det ovan sagda följer *inte* att det är oviktigt att undersöka varför vissa processer (eller, om man så föredrar, ”mekanismer”) i ett samhälle genererar negativa, exkluderande konsekvenser för vissa, till exempel etniska, kategorier eller grupper. Det är tvärtom av största vikt att undersöka sådana processer eller mekanismer och förhindra deras negativa konsekvenser. Detta kan man göra utan att man blandar in termen diskriminering.

9. Eftersom diskriminering enligt ovanstående definition konstitueras av avsiktliga handlingar, är uttrycket ”institutionell diskriminering” meningslöst – institutioner kan inte handla annat än genom sina aktörer. Däremot är termen *institutionaliserad diskriminering* höggradigt meningsfull och syftar på de situationer där diskriminerande avsikter blivit kodifierade i institutionell form, som till exempel apartheidsystemet. På motsvarande sätt är den lika flitigt som nebulöst använda termen ”strukturell diskriminering” meningslös enligt min uppfattning, främst på grund av att de som använder den i stort sett aldrig definierar vad de menar med termen ”struktur”. ”Strukturer” i mänskliga samhällen skapas och befolkas av människor och manifesteras genom deras handlingar. Ofta tycks den dunkla innebörden i termen ”strukturell diskriminering” sammanfalla med den ovan definierade betydelsen hos begreppet ”institutionaliserad diskriminering”. Jag anser i så fall att den sistnämnda är att föredra, eftersom termen ”institutionaliserad” har en påtagligt mer gripbar innebörd jämfört med ”strukturell”.
10. Av 1 och 9 ovan följer att när en institution eller organisation, som varken vid sin tillkomst eller under sin fortsatta existens haft som mål att begå diskriminerande handlingar gentemot någon kategori av människor, trots detta kan visas generera oavsiktliga resultat som bedöms vara negativt, orättvist differentiella för en viss kategori, är detta *inte* en instans av institutionaliserad diskriminering. Många institutioner, organisationer, lagar och regler i ett samhälle kan vid vissa tillfällen – till exempel när befolkningens sammansättning ändras eller när vissa grundläggande värderingar byts ut mot andra – visas generera negativa konsekvenser som selektivt drabbar vissa kategorier av människor och upplevs som orättvisa både av de drabbade och av det omgivande samhället. Men detta behöver inte ha något med diskriminering att göra och det finns en rad uttryck som adekvat beskriver sådana situationer: nackdel (*disadvantage*), orättvist utfall, negativ konsekvens med flera.
11. Det är emellertid viktigt att påpeka att i vissa situationer kan *frånvaro av handling* (det vill säga underlåtenhet eller ovilja att handla) utgöra ett instrument för förverkligande av diskriminerande avsikter. Om den situation jag angett under punkt 10 ovan är för handen, kan vissa aktörer inom institutionen eller organisationen avsiktligt (det vill säga i diskriminerande syfte) låta bli att vidta åtgärder som skulle motverka de konsekvenser av institutionens handlande, om vilkas orättvist negativa konsekvenser för vissa kategorier av människor de är medvetna. Enskilda aktörer inom organisationen kan även utföra diskriminerande handlingar av skäl som inte är förtöjda i organisationens policy. Inte heller i detta fall finns det dock skäl att tala om *institutionaliserad* diskriminering.

I det ovan sagda har jag inriktat denna kortfattade begreppsanalys på diskriminering i allmänhet. *Etnisk* diskriminering föreligger när *det enda kriteriet* för urval av de människor som utsätts för en orättvis, negativ, exkluderande differentiell behandling är deras medlemskap i en etnisk kategori eller grupp. Detta är en hård förenkling, som här görs i klargörande syfte. I det verkliga sociala livet är medlemskap i etniska grupper eller kategorier aldrig befriat från konnotationer – det är alltid korrelerat med kluster av kännetecken, både faktiska och påstådda eller inbillade. Medlemmar i en etnisk grupp har uppfattningar om både faktiska och påstådda eller påhittade kännetecken hos den egna gruppen. Omgivningen – det vill säga oftast medlemmar i andra etniska grupper eller kategorier – har även den uppfattningar om både faktiska och påstådda eller påhittade kännetecken hos samma grupp. Det är således inte det ”rena” medlemskapet som är grunden för de flesta diskriminerande handlingar, utan (vissa av) de uppfattningar – som oftast är värderande – som i den diskriminerande aktörens föreställningsvärld ”klistrats på” detta medlemskap. Jag bör även notera att man i den engelskspråkiga världen ofta använder uttrycket rasdiskriminering (*racial discrimination*), som dock är mindre vanligt i det svenska sammanhanget. Även om jag i grund och botten inte anser att rasdiskriminering är ett specialfall av etnisk diskriminering, accepterar jag som ett slags arbetsdefinition tillsvidare att så är fallet.²¹

²¹ Ras och etnicitet sammanfaller sällan och relationen mellan kategorierna är oklar och okomplicerad. För närmare diskussion se (55).

Det förhåller sig givetvis så att distinktionen mellan handlingar, processer och utfall är mycket grov och kan i viss mån hävdas göra våld på verkligheten. Det sociala skeendet konstitueras av komplexa förlopp där handlingar ingår i processer och vice versa, där utfall av vissa handlingar eller processer kan vara element i andra processer eller instrument för nya handlingar och så vidare. Jag anser emellertid att de ovan presenterade distinktionerna är nödvändiga för den precisering av innebörden i begreppet diskriminering som är oundgänglig både för empirisk forskning och för lagstiftning. Distinktionernas slutliga utformning är givetvis en öppen fråga som bör diskuteras.

Ytterligare några distinktioner är nödvändiga, som jag här endast kan beröra ytterst skissartat. En viktig åtskillnad är den mellan *subjektivt upplevd* och *”objektivt” konstaterad* diskriminering. En person med invandrarbakgrund som söker arbete hos till exempel ett privat företag eller en statlig institution blir trots goda meriter inte kallad till en anställningsintervju och kan uppleva detta som en diskriminerande handling från arbetsgivarens sida. Även om det finns goda skäl att tro att det i många sådana fall faktiskt rör sig om diskriminering på etnisk grund, är en subjektiv upplevelse av att vara diskriminerad varken ett nödvändigt eller tillräckligt villkor för att en faktisk diskriminerande handling ska ha ägt rum. En diskriminerande handling bör kunna konstateras även när den som drabbats av dess konsekvenser inte upplever sig vara diskriminerad.

Däremot är det viktigt att uppmärksamma om många människor upplever sig vara diskriminerade (till exempel på etnisk grund) vid kontakter med myndigheter, organisationer och företag, eftersom dessa upplevelser kan indikera att dessa instansers funktionsprinciper, regler och struktur kan innehålla element som *oavsiktligt genererar orättvisa negativa konsekvenser för vissa kategorier av människor*. Av två skäl är detta förmodligen särskilt viktigt när det gäller myndigheter. Dels utgör myndigheter i många människors ögon auktoritativa, ”överfolkliga” instanser, från vilka man i ett demokratiskt samhälle åtminstone i princip borde kunna förvänta sig en rättvis behandling, dels utgör myndigheter ofta sociala konstruktioner med en avsevärd inneboende tröghet när det gäller benägenheten att förändra sina regelsystem och funktionsprinciper, vilka allteftersom samhället förändras kan visa sig vara anakronistiska och inadekvata.

En annan distinktion, som jag redan nämnt i punkt 5 ovan, är den mellan *motiv* och *syfte*. Eftersom jag definierat diskriminering som en (negativt) exkluderande handling, är det nästintill trivialt att konstatera att handlingens syfte är just att exkludera. Den ”medelstarka” definition av diskriminering jag presenterat i det föregående nöjer sig med detta syfte som ett av de definierande kriterierna. I verkligheten torde det emellertid uppstå svårigheter bland annat i de fall där man kan visa att den som utfört en (så definierad) diskriminerande handling åberopar godtagbara argument för den exkluderande handlingen. Ett exempel kan vara när en person som ursprungligen är muslim från Bosnien-Hercegovina söker arbete på ett företag som arbetsledare för en grupp som till stor del råkar bestå av personer med serbiskt ursprung. Vi tänker oss att de andra sökande är ”helsvenskar” samt att personen med muslimsk bakgrund har minst lika goda meriter som de sistnämnda. Företaget beslutar att inte anställa muslimen med argumentet att det vill undvika etniska konflikter på arbetsplatsen samt att den sökande, om han anställdes, skulle få stora svårigheter att utföra sitt arbete. Hur realistiska sådana argument än kan bedömas vara, är det svårt att i detta tänkta fall hitta motiv som ”fördomar”, ”rasism”, oresonliga antipatier mot muslimer, vinstintresse eller liknande. Å andra sidan konstituerar beslutet att inte anställa den muslimske sökanden klart en diskriminerande handling enligt den ”medelstarka” definitionen, eftersom det avgörande kriteriet för exklusionen utgjordes av den sökandes etniska eller religiösa bakgrund.

Med detta tänkta – men inte helt orealistiska – exempel ville jag illustrera de svårigheter som den ”medelstarka” definitionen av diskriminering medför. Den ”stränga” eller starka definitionen, i vilken vissa speciella motiv måste konstateras för att en exkluderande handling gentemot en medlem i en viss kategori ska uppfylla villkoren för en diskriminerande akt, medför emellertid ännu större svårigheter. Det är mycket svårt att fastställa motiv bakom mänskliga handlingar, inte minst på grund av att människor sällan öppet deklarerar sina motiv, i synnerhet när dessa strider mot kodifierade normer och värderingar. Å andra sidan verkar den gängse användningen av begreppet diskriminering ligga närmare det jag kallat den starka definitionen än den ”medelstarka” – diskriminering tycks uppfattas som ett etiskt eller socialt problem just på grund av att den antas böttna i negativa känslor eller motiv gentemot dem som diskrimineras, som motvilja, fientlighet, avundsjuka, nedvärdering eller

hat. Jag anser att man både i empiriska studier och i lagstiftnings-sammanhang bör klart ange vilken av de diskuterade definitionerna av diskriminering som står i fokus.

I forskningslitteraturen kring diskriminering möter man även ofta distinktionen mellan *direkt* och *indirekt* diskriminering. Med indirekt diskriminering menas vanligtvis de situationer där inga diskriminerande avsikter föreligger, men där handlingar eller, vilket är vanligast, processer eller mekanismer genererar orättvist negativa, differentiella konsekvenser för en viss kategori av människor. Oftast tycks termen ”indirekt diskriminering” användas i uttrycket ”indirekt institutionell diskriminering”. Med direkt diskriminering avses då avsiktliga diskriminerande handlingar, där både individer och institutioner anses kunna utgöra de handlande aktörerna. Mot bakgrund av mitt försök till begreppsanalys förefaller denna distinktion problematisk. I det föregående har jag försökt klargöra att termen institutionell diskriminering saknar mening. Dess meningsfullhet ökar inte nämnvärt när den kombineras med uttrycken ”direkt” eller ”indirekt”. När en organisations funktionssätt oavsiktligt genererar orättvist negativa, differentiella effekter för en viss kategori av människor, är det helt tillräckligt och adekvat att kalla detta orättvisor, negativa konsekvenser eller nackdelar, identifiera de (ur rättvisesynpunkt) dysfunktionella aspekterna hos organisationen samt eliminera dem medelst lämpliga åtgärder. I annat fall löper man risken att *alla* orättvisor i ett samhälle definitionsmässigt betraktas som resultat av diskriminering. Det är föga troligt att en allvarligt menad jämlikhets- och rättvisepolitik är betjänt av en så vidlyftig definition.

Det kan emellertid finnas situationer där uttrycket indirekt diskriminering kan vara meningsfullt i enlighet med min definition av diskriminerande handlingar. Det kan tänkas att somliga aktörer kan handla försåtligt på ett sådant sätt att medan de omedelbara konsekvenserna av deras handlingar inte är orättvist negativt exkluderande för en viss kategori av människor, kan längre fram liggande (och av aktören förutsedda) konsekvenser visas vara det. Den springande punkten är emellertid just att dessa konsekvenser i tredje eller fjärde led kan visas vara förutsedda av aktören i fråga, vilket empiriskt kan vara svårt att åstadkomma. Det finns å andra sidan inga skäl att tro att de personer som av någon anledning hyser starka diskriminerande avsikter gentemot någon kategori av människor alltid handlar så att de exkluderande, negativa konsekvenserna visar sig i första led. Om denna tolkning av uttrycket ”indirekt diskriminering” är realistisk, är det viktigt att understryka att ”indirekt” i detta sammanhang inte betyder ”oavsiktlig” – det indirekta består i att de *avsedda* negativa konsekvenserna visar sig först längre fram.

Den ovan skisserade innebörden av begreppet ”diskriminering” medför att en någorlunda tydlig distinktion görs mellan de hinder för jämlikhet som är förtöjda i avsiktlig negativ särbehandling (till exempel i syfte att upprätta och/eller upprätthålla den egna gruppens privilegier, att ge uttryck åt oersonliga antipatier eller hat mot vissa grupper och liknande) och de hinder som genereras av andra samhällseliga mekanismer och processer, där inga sådana syften kan konstateras. Det är mycket troligt – men mig veterligt aldrig undersökt – att ”offren” uppfattar och upplever de orättvisor de drabbas av väsentligt olika beroende på vilken av de två grova kategorierna de tillhör. Detta kan i sin tur innebära att dessa upplevelsers hälsokonsekvenser kan vara markant olika. Ett intressant forskningsproblem vore därför att undersöka huruvida det finns skillnader i eventuella hälsokonsekvenser av orättvisor, nackdelar och hinder människor drabbas av beroende av de orsakattributioner (tillskrivningar av orsaker) de gör till dessa hinder.

Till sist en kommentar beträffande en formulering i den preliminära projektrapporten²² där det konstateras att ”Diskriminering kan på ett enkelt sätt beskrivas som olika behandling av lika fall”. Därefter anges ett antal verklighetsbaserade exempel hämtade från de olika diskrimineringsombudsmännen. Det förhåller sig emellertid så att samtliga personer i exemplen är olika sina ”konkurrenter” (i vid bemärkelse, således även ”den övriga omgivningen”) i åtminstone ett avseende: en kvinna blir gravid och skiljer sig således från icke gravida; en transsexuell man har genomgått ett könsbyte och skiljer sig därför från de män som inte är transsexuella och inte genomgått könsbyte, och så vidare. Personerna i dessa fall är alltså inte möjliga att jämföra med den abstrakta kategorin ”övriga”. Den

22 Anders Lange refererar till ett kunskapsunderlag som överlämnades till expertgruppen 2005-04-15 och som till stor del överensstämmer med *kapitel 1–3*. De olika exempel som Anders Lange hänvisar till är dock borttagna och är inte inkluderade i föreliggande rapport.

springande punkten är att man måste kunna visa att dessa olikheter är *irrelevanta* med avseende på de omständigheter som den olika (differentiella) behandlingen avser – fortsatt provanställning, att få ett arbete och så vidare. Måhända är detta lätt att visa i de exempel som anförs. Men begrunda ett annat, konstruerat exempel som kanske inte är helt orealistiskt. En ung man har fått provanställning på en avdelning inom den svenska militära underrättelsetjänsten. På en ”firmafest” anförtror han sig åt en arbetskamrat att han konverterat till islam och börjat sympatisera med al-Qaida. Arbetskamraten för denna information vidare till den närmaste chefspersonen, som dagen därpå kallar den unge mannen till sig och meddelar utan motivering att provanställningen upphör med omedelbar verkan. Är den unge mannen lik alla andra, i sammanhanget relevanta, personer? Och om man finner att så inte är fallet, är olikheten irrelevant med avseende på möjligheten till fortsatt provanställning?

Samband mellan diskriminering och hälsa

När det gäller empirisk forskning är det viktigt att understryka att ytterst få undersökningar av diskriminering innehåller information om *objektiv diskriminering*. Man skulle kunna urskilja tre faser i det ”mätproblem” vi möter här:

1. Objektiv diskriminering, det vill säga avsiktlig illegitim/orättvis/olaglig negativ särbehandling enbart på grund av individens tillhörighet till en etnisk eller nationell kategori (men även andra kategorier som kön, ålder och så vidare).
2. Upplevelse av diskriminering hos individen.
3. Rapport om upplevd diskriminering när man svarar på frågor i en undersökning.

De flesta studier (inklusive de jag själv genomfört) tillhandahåller individernas *rapporter om upplevelser av diskriminering*. Flera diskrepanser kan inträffa här: människor kan uppleva att de är diskriminerade trots att ingen objektiv diskriminering föreligger och, omvänt, faktiska diskriminerande handlingar behöver inte alltid medföra en upplevelse av diskriminering hos individen, av en eller annan anledning; människor rapporterar diskriminering trots att de inte haft sådana upplevelser eller låter bli att rapportera upplevelser som de faktiskt haft.

I stort sett alla de studier som redovisas i kunskapsunderlaget²³ baserar sig på rapporter om upplevelser av orättvis negativ särbehandling. Den knapphändiga informationen om studierna i sammanställningen försvårar bedömningen av deras vetenskapliga kvalitet. Bland annat är det viktigt att veta hur de frågor som använts i undersökningarna varit formulerade och om ordet ”diskriminering” använts i formuleringarna (vilket inte är att rekommendera). I de flesta sammanfattningar av artiklarna saknas även information om i vilken utsträckning multivariata analysmetoder använts i dataanalysen samt vilka kännetecken som använts som kontrollvariabler. Den sistnämnda aspekten är särskilt viktig med tanke på det stora antalet potentiella ”*confounders*” (icke undersökta faktorer som kan generera skensamband och sammanblandning av orsaksfaktorer) som förekommer i epidemiologiska studier (8).²⁴ Även när det gäller utfallsmått är det viktigt att veta om standardiserade frågor rörande självskattad psykisk och fysisk hälsa använts samt huruvida de fysiologiska aspekterna undersökts på ett någorlunda homogent sätt (till exempel om blodtrycket mättes liggande eller sittande i de fall där en bärbar mätare inte använts, vid vilken tidpunkt på dygnet mätningarna av kortisolhalten i urinen har gjorts, om de fysiologiska mätningarna gjorts vid flera tillfällen hos samma individer och så vidare). Jag får intrycket att de redovisade studierna är mycket heterogena i väsentliga avseenden, vilket minskar möjligheten till en fruktbar meta-analys. Jag kan därför inte uttala mig om i vilken utsträckning de samband mellan rapporterade erfarenheter av diskriminering och olika aspekter av hälsa som framkommit i de olika studierna är reella.

I min egen forskning har jag tangerat relationen mellan rapporter om upplevd diskriminering och psykisk hälsa i samband med en analys av Socialstyrelsens undersökning 1996 av fyra invandrargrupper

23 Studierna som redovisas i kunskapsunderlaget finns sammanställda i kapitel 3, ”Samband mellan diskriminering och hälsa”.

24 Se även Bartleys bok, *Health Inequality. Theories, Concepts and Methods* (56).

levnadsförhållanden (9). Resultaten visade att det med avsevärd sannolikhet finns ett samband mellan upplevd diskriminering och sämre psykisk hälsa. Mot denna bakgrund samt utifrån en försiktig samlad bedömning av de i kunskapsunderlaget redovisade studierna skulle jag våga påstå att det är mycket troligt att upplevelser av orättvis negativ särbehandling på grund av tillhörighet till vissa grupper eller kategorier har negativ inverkan på framförallt psykisk, men även fysisk, hälsa (om nu en sådan distinktion måste upprätthållas). Däremot anser jag inte att det är möjligt att uttala sig om mer specifika samband, till exempel att vissa typer av negativa erfarenheter medför ökad risk för vissa slag av hälsoproblem men inte andra. Även skillnader mellan könen framstår som problematiska på grund av alltför knapphändig information om de kontrollåtgärder som vidtagits vid analysen av resultaten i de olika studierna.

Orättvis negativ särbehandling innebär oftast mer eller mindre ”penetrerande” kränkning, främst genom att en persons människovärde blir ifrågasatt och förminskat (i detta perspektiv ter sig frågorna om kränkning i folkhälsoenkäten som väl valda). Särskilt om sådana kränkningar kumuleras över tid medför de troligtvis en gradvis ökande nivå av ”malign” stress, med alla de hälsokonsekvenser som ett sådant tillstånd kan medföra. Variationen i dessa konsekvensers svårighetsgrad påverkas förmodligen i väsentlig utsträckning av olikheter i individens förmåga att hantera sådana erfarenheter (*coping strategy*) och av de betingelser i deras liv som befrämjar respektive hindrar utvecklandet av en sådan förmåga. Å andra sidan finns det troligtvis för varje människa ett slags ”tröskelnivå” som innebär att när mängden kränkande erfarenheter överskrider denna tröskel sätts även de mest välutvecklade ”coping-strategierna” ur spel, med uppgivenhet och depression som följd.

Det ovan sagda gäller ”direkta” undersökningar av självrapporterad orättvis negativ särbehandling och dess konsekvenser för hälsa. Man kan skifta perspektivet till aggregerade mått på differentiella utfall av mekanismer och processer (inklusive diskriminering) på ”befolkningsnivå” och deras relation till hälsa. Jag anser att det är omöjligt att diskutera frågeställningen om samband mellan diskriminering och hälsa innan man genomfört en ingående analys av dessa mekanismer och processer och försökt fastställa vilken roll *avsiktlig* orättvis negativ särbehandling spelar i dessa sammanhang. Kriegers ”ekosociala” teori och de fem ”*causal pathways*” hon skisserar kan vara till stor hjälp i ett sådant företag.

Vilka kunskapsluckor finns?

- a) Oprecisa och alltför inklusiva definitioner av begreppet ”diskriminering”, vilket bland annat medför att relationen mellan andra orättvisor i samhället och hälsa sammanblandas med relationen mellan avsiktlig orättvis negativ särbehandling och hälsa. En sådan ”*confounding*” är starkt kontraproduktiv i kunskapshänseende.
- b) I övrigt kan kunskapsluckorna i mångt och mycket sammanfattas med hjälp av Kriegers fem hypotetiska ”*causal pathways*”, som till stor del utgör en lista över det vi inte vet alls respektive inte vet med rimlig säkerhet. En reservation bör dock göras för hennes alltför ensidiga fokusering på afroamerikaner. Kunskapen om de processer som genererar (orättvis) differentiell tillgång till resurser och, framför allt, kunskapen om de mekanismer som transformerar dess konsekvenser till hälsoeffekter är mycket ofullständig. Jag själv skulle lägga till ett krav på en tydligare distinktion enligt a) ovan.
- c) ”Coping-strategiernas” roll i fråga om diskrimineringens hälsoeffekter. När det gäller migration och etnicitet har frågan om denna roll intrikata samband med spörsmål rörande integration, assimilation, marginalisering med flera.
- d) En djupare analys av begreppet ”indikator” och dess tillämpning i fråga om diskriminering respektive hälsa lyser med sin frånvaro. Ordet används ofta alltför lättvindigt trots att det döljer en härva av svårigheter (se nedan).
- e) Standardisering och validering av instrument för mätning av diskriminering. Detta sammanhänger i hög grad med dels punkt a), dels punkt d) ovan.

Mätmetoder

Ingen av de diskuterade mätmetoderna i fråga om diskriminering är att föredra och de bör betraktas som komplementära. Varje metod har både brister och fördelar. Man bör eftersträva det som brukar kallas ”konvergerande validitet” – vid undersökningar av komplexa och svårfångade fenomen kan likartade resultat från sinsemellan mycket olika metoder styrka varandra och möjliggöra slutsatsen att de mäter i stora drag samma sak. Åtminstone inom mitt forskningsområde kan analyser av aggregerade statistiska data rörande etniska gruppers levnadsförhållanden sammanställas med surveydata om upplevd diskriminering och resultat från ”*situation testing*”. Den sistnämnda metoden är intressant eftersom den är ensam om att kunna fånga eventuella diskriminerande akter ”*in vivo*”. I mina egna undersökningar rapporterar afrikanska män i högre grad än andra erfarenheter av att bli vägrade inträde till nöjeslokal eller restaurang. Om lämpligt arrangerade situationstest visar att afrikaner oftare än andra stoppas i krogköer bekräftar de två studierna varandra och stärker sin validitet.

En annan central metodologisk aspekt, som starkt betonas av Krieger, rör standardiseringen och valideringen av de frågor som används vid undersökningar av upplevd orättvis negativ särbehandling. I min egen forskning har jag använt samma frågeblock som återkommit i fem studier genomförda i Sverige och som dessutom har replikerats i liknande undersökningar i fem EU-länder. Detta utgör kanske ett litet steg på väg mot en standardisering av mätinstrument. Det är mycket viktigt att understryka – vilket även med eftertryck påpekas av Krieger – att frågor rörande upplevd diskriminering bör vara konkreta, där respondenterna tillfrågas om specifika erfarenheter i specifika sammanhang, varvid uttrycket ”diskriminering” bör undvikas i frågetexterna. Det är långtifrån säkert att det frågeblock jag själv använt är tillräckligt representativt för det ”erfarenhetsuniversum” som föreligger bland dem som drabbas av diskriminering. En rekommendabel metodologisk väg vore därför att medelst kvalitativa intervjuer med representanter för relevanta ”målgrupper” skapa en ”pool” av specifika och konkreta erfarenheter av orättvis negativ särbehandling, som därefter läggs till grund för konstruktion av frågor i större undersökningar.

Indikatorer

Ordet ”indikator” förekommer i många olika sammanhang, men används ofta utan någon djupare förståelse för dess möjliga respektive önskvärda betydelser. Uttrycket ”indikatorer på diskriminering” kan få mycket olika innebörder beroende på dels hur man definierar ”diskriminering”, dels hur man uppfattar begreppet ”indikator”. I fråga om den sistnämnda termen bör man, till att börja med, dels gå tillbaka till ordets ursprungliga betydelse, dels undersöka vilka innebörder det har inom olika användningsområden.

Låt oss börja med verbet ”indikera”. Det har sitt ursprung i latinets *indico* (”ange”, ”utvisa”, ”röja” eller ”avslöja”) och används i dag med betydelserna ”att utgöra eller ge tecken eller symptom på något”, ”att peka ut eller visa” eller ”att visa en angivelse av (något)”. Substantivet ”indikator” (av senlatinets *indicator*, ”angivare”) syftar i sin mest generella betydelse på en *anordning för att fånga uppmärksamheten*, till exempel en visare eller en varningslampa. Till exempel är en körriktningvisare en indikator som visar en fordonsförarens avsikt att svänga. Den ursprungliga innebörden är förankrad i maskintekniska sammanhang, där den syftade på en apparat som visar vissa interna arbetsbetingelser hos en maskin, till exempel ångtryck, oljetryck eller liknande. Den mekaniska indikatorn uppfanns cirka 1785 av den skotske instrumentmakaren James Watt, tillika uppfinnare av (den förbättrade) ångmaskinen. Ordet indikator används i dessa sammanhang ofta som synonym för ”mätare”, till exempel tryckindikator och lägesindikator. Det kan vara intressant att notera att det även förekommer en femininform av ”indikator” – ”indikatrix” – som inom optiken syftar på en geometrisk figur som beskriver ljusbrytningen i vissa typer av kristaller. Inom kemin förekommer termen ”indikator” främst som beteckning på substanser som används för att indikera (signalera, visa) att en kemisk reaktion har fullföljts, respektive påvisa (detektera, se längre fram) närvaron av syror eller baser, till exempel lackmus.

Inom biologin används uttrycken ”biologisk indikator” eller ”bioindikator”. Generellt syftar uttrycken på en biologisk art (oftast en växtart) vars förekomst kan tolkas som tecken på att vissa

betingelser råder i den omgivande miljön. Arten kan antingen specifikt känneteckna ett visst ekosystem eller, genom tolerans eller känslighet för en speciell miljöbetingelse, ”ge information” om denna betingelses aktuella status. Till exempel används vissa lavar som indikatorer på graden av luftföroreningar genom att de slutar växa på platser där graden av dessa föroreningar är för hög. Andra växtarter, som företrädesvis växer på jordar där halten av vissa metaller är särskilt hög, används som indikatorer på malmförekomster. Larver hos insekten nattslända spinner nät för att fånga föda. Vissa arter påverkas av vattenföroreningar och spinner då nät med oregelbundna maskor, vilket kan användas som biologisk indikator på dessa föroreningar.

Ytterligare ett intressant exempel på komplexa biokemiska indikatorer föreligger i den främst inom arkeologin använda kol-14-metoden för datering. Den radioaktiva kolisotopen kol-14 bildas i atmosfären på grund av kosmisk strålning och tas upp av växter och djur. Då hastigheten hos isotopens sönderfall är känd, kan halten av kol-14 i lämningar användas som åldersindikator. Osäkerheten i sådana dateringar är dock avsevärd.

Det är intressant att i detta sammanhang beröra ett begrepp med en mycket närliggande innebörd, nämligen ”detektor” (från latinets *detector*, ”upptäckare”). Termen syftar på en anordning som gör det möjligt att påvisa och lokalisera närvaron av ett ämne i ett visst sammanhang (rökdetektor, metall-detektor), en naturprocess (till exempel jordbävning), en fysikalisk egenskap i den omgivande miljön (till exempel fuktdetektor) eller andra fysikaliska fenomen som elektriska och magnetiska fält, elektromagnetisk strålning eller partikelstrålning. Det viktiga i sammanhanget är att anordningen innehåller en givare eller *sensor* som reagerar specifikt på det fenomen eller den process som ska detekteras och ger upphov till en signal (oftast elektrisk) som kan bearbetas och visas (indikeras) på en visare av ett eller annat slag. Det sistnämnda innebär att detektorer *indikerar* det de detekterar.

Inom medicinen använder man sig av en mängd biologiska, kemiska och fysikaliska indikatorer på och detektorer av sjukdomstillstånd. Ett bra exempel, vars skenbara enkelhet och samtidiga komplexitet utgör en fruktbar analogi med problematiken kring diskriminering och hälsa, utgörs av sänkingsreaktionen, SR, en klassisk metod för att undersöka blodet. SR mäter de röda blodkropparnas sedimentationshastighet, det vill säga hur snabbt blodkropparna sjunker nedåt i ett rör med blod. Sänkan går upp (sedimentationshastigheten ökar) vid många sjukdomar, och ett förhöjt värde är därför ett mycket *ospecifikt* tecken.

Normalvärdet för sänkan hos yngre friska personer är 2–15 millimeter (per timme). Hos äldre friska personer är ett värde upp till 30 ingen ovanlighet. Normalvärdet är något högre hos kvinnor än hos män. Ett normalt värde utesluter inte allvarlig sjukdom. Förhöjda värden, upp till 50 millimeter, kan tyda på sjukdom, som fortfarande inte behöver vara allvarlig. Med ännu högre värden ökar sannolikheten för allvarlig sjukdom. Förhöjd sänka föranleder nästan alltid ytterligare undersökningar, såvida inte diagnosen redan är känd. Sänkan kan i sådana fall användas för att följa effekten av en insatt behandling.

Eftersom sänkan är ett *ospecifikt* tecken kan den inte leda till en bestämd diagnos. Men den har fördelen att vara enkel och ge information snabbt. Orsaken till förhöjd sänka är att förändringar i halterna av vissa plasmaproteiner vid sjukdom ökar de röda blodkropparnas tendens att häfta vid varandra i små staplar. De större partiklar som då bildas sjunker snabbare genom plasman än enstaka blodkroppar. I dag används halten av c-reaktivt protein (ett så kallat akutfasprotein, CRP) i blodet i allt större utsträckning i stället för SR. CRP är dock en lika *ospecifikt* indikator som SR.

En viktig gemensam nämnare som framträder i dessa exempel är följande: för att något ska kunna användas som indikator på något annat måste en *kausal relation* finnas mellan de två fenomenen. Särskilt inom biologiska (och samhällsvetenskapliga) områden har den kausala relationen oftast formen av kausala kedjor, där indikatorn utgör den sista länken i kedjan. Här kan det vara relevant att nämna distinktionen mellan indikator och mått på indikator, en distinktion som kan ha stor betydelse i samhällsvetenskapliga och epidemiologiska sammanhang. Detta är i själva verket en komplex problematik som jag inte kan utreda i denna text. Distinktionen förutsätter att åtminstone vissa länkar i den kausala kedjan mellan en indikator och det som ska indikeras är kända. I exemplet med sänkingsreaktion kan man – med viss förenkling – säga att SR och CRP utgör två alternativa mått på den indikator som består i halten av vissa proteiner i blodplasman.

En annan viktig distinktion som är värd att diskutera vidare är den mellan *distala* och *proximala* orsaker. Särskilt inom epidemiologin – och många samhällsvetenskapliga områden – är de kausala

kedjor som kan misstänkas generera observerbara fenomen långa och komplexa. Distala orsaker är de faktorer i kedjan som är mest avlägsna i tid och rum från det observerade fenomen som står i fokus. Proximala orsaker är de som i tid och rum närmast föregår fenomenet i fråga. Termen ”etiologisk period”, som Krieger använder, är besläktad med denna distinktion. Jag bör emellertid påpeka att jag i detta sammanhang använder begreppet ”kausalitet” i en mycket vid bemärkelse. Inom samhällsvetenskapen och epidemiologin utgör kausala kedjor en ”mix” av biologiska, fysikaliska och ”psykosociala” faktorer, varvid de sistnämndas verkningssätt skiljer sig på flera väsentliga sätt från de två förstnämnda.

Distinktionen mellan distala och proximala orsaker gör det möjligt att införa ytterligare två begreppspår, nämligen *specifika* och *ospecifika* samt *direkta* och *indirekta* indikatorer. De två begreppsparen är i viss mån besläktade. Distinktionen direkt-indirekt har att göra med längden på den kausala kedjan mellan indikator och det den indikerar. Distinktionen specifik-ospecifik kan sägas syfta på antalet alternativa orsakskedjor som kan generera den proximala länken närmast före det fenomen som valts som mått på en indikator. Indikatorer kan beskrivas med samtliga kombinationer av dessa fyra begrepp. CRP är till exempel en ospecifik direkt indikator på inflammationsprocesser i kroppen medan SR är en ospecifik indirekt indikator på samma fenomen.

När det gäller diskriminering – i mitt fall etnisk sådan – är, så vitt jag förstår, de flesta indikatorer både indirekta och ospecifika, i viss mån beroende av den definition av begreppet ”diskriminering” som man använder i sin forskning. Jag har själv funnit att en av de frågor jag använt i mina diskrimineringsstudier – den om utsatthet för förolämpningar, trakasserier och hot på publika arenor – tycks utgöra en hygglig, men samtidigt ospecifik och indirekt, indikator på det jag kallar det allmänna ”attitydklimatet” i samhället, särskilt när det gäller inställningen till personer med utomeuropeisk bakgrund. På samma sätt har frågan om antalet gånger en person sökt men inte fått ett arbete visat sig vara en hygglig indikator på det som kan kallas ”attitydklimatet” på arbetsmarknaden, låt vara att det sistnämnda kan hävdas utgöra en komponent i det allmänna ”klimatet”. ”*Situation testing*” är mycket intressant i detta sammanhang, eftersom detta tillvägagångssätt kan sägas utgöra en direkt och specifik indikator på exkluderande behandling, må det vara på arbetsmarknaden, i krogköer, på bostadsmarknaden och så vidare. Problemet med denna metod är att den trots sin direkta och specifika karaktär inte ger någon information om diskrimineringsgrunder. Det är möjligt att en utveckling av metoden, samtidigt som den kompletteras med andra metoder, kan råda bot på denna brist. Aggregerade statistiska data, till exempel inkomststatistik, arbetslöshetsstatistik och liknande, kräver ingående komplexa analyser och kompletteringar med andra metoder för att eventuellt kunna användas som indikatorer på diskriminering (med den betydelse som jag använder för begreppet).

Jag anser emellertid att projektets fortsatta arbete kräver att man underkastar begreppet ”indikator på diskriminering” en mer djupgående diskussion. Föregående avsnitt utgör ett försök att initiera denna diskussion.

Det viktigaste framtida forskningsområdet och alternativa angreppssätt

Jag har svårt att utnämna ett visst forskningsområde som det viktigaste för framtiden i detta sammanhang. I det föregående har jag på flera ställen pekat på viktiga kunskapsbehov av både teoretisk-begreppsanalytisk, metodologisk och substantiell art. I sin artikel pekar Nancy Krieger på ett antal viktiga forskningsområden, av vilka några sammanfaller med mina rekommendationer. Jag tror även att om de frågeställningar jag pekat på bearbetas djupare, kommer eventuella alternativa angreppssätt i fråga om undersökningar av sambandet mellan diskriminering och hälsa att anmäla sig själva.

Bilaga 4. Bera Ulstein Moseng²⁵

Utlåtandet *Homosexuella, diskriminering och hälsa* är skrivet på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut i Sverige. Projektet har följande målsättningar: Att inhämta kunskap och problematisera användningen av diskrimineringsbegreppet som detta används inom forskning om homo- och bisexuella. Med utgångspunkt i bakgrundsmaterial från Statens folkhälsoinstitut²⁶ samt nordisk och internationell litteratur ska en översikt ges över den kunskap som i dag finns på fältet. Särskilt fokus kommer att riktas mot metodologiska krav som bör ställas vid brett anlagda kvantitativa studier av samband mellan diskriminering och homosexuella kvinnors och mäns hälsa. På vilka sätt bör och kan sexualitets-, hälso- och diskrimineringsbegrepp operationaliseras? Vilka slags undersökningsupplägg lämpar sig bäst för att belysa hälsoeffekter av diskriminering gentemot homo- och bisexuella? Med utgångspunkt i tidigare relevant forskning och outnyttjade uppgifter från NOVA-rapporten *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn* identifieras teman och problemställningar som bör vara centrala i Statens folkhälsoinstituts vidare verksamhet och möjliga framtida forskningsprojekt (28).

Inledande kommentarer

Det är inte alltid lätt att tillhöra en befolkningsminoritet. Invandrare, funktionshindrade och homosexuella är exempel på befolkningsgrupper som faller utanför eller som upplever att de blir aktivt utestängda från delar av norskt och nordiskt samhällsliv. Ett sådant utanförskap kan medföra hälso- och sjukvård. Filosofer och samhällsteoretiker har de senaste 30 åren hyllat marginaliserade män och kvinnor som postmodernismens hjältar och hjältinnor. Homosexuella, transvestiter och transsexuella är avantgardistiska avvikare som hjältemodigt bildar en första glest bemannad linje i kampen mot traditionella borgerliga värderingar, som tron på förstelnade könsroller och en monogam och entydig heterosexuell sexualmoral. Befintlig statistik över hälsa och levnadsvillkor antyder att homosexuella är skandalösa i en annan och långt mer grundläggande negativ välfärdspolitisk mening.

En nordisk och en rad representativa befolkningsbaserade undersökningar visar att de flesta homosexuella kvinnor och män har goda levnadsvillkor, god hälsa och god livskvalitet (21–35). Det är emellertid ett större mindretal homosexuella än heterosexuella som kämpar med en svår livssituation och dålig hälsa. I detta utlåtande ska denna snedfördelning studeras närmare ur ett diskrimineringsperspektiv.

Det finns i dag inga vetenskapliga belägg för att överrepresentationen av hälsobesvär bland homosexuella och bisexuella bottnar i genetik eller på andra sätt kan vara biologiskt betingad. Det finns utan tvekan flera anledningar till att homosexuella oftare har hälsoproblem än befolkningen i allmänhet. Det är emellertid rimligt att anta att de flesta orsakerna på ett eller annat sätt har sin grund i en skepsis till och en negativ särbehandling av icke-heterosexuella samlevnadsformer. Under stora delar av det förra århundradet uppfattades homosexuell samlevnad som ett socialt oacceptabelt beteende och som ett hot mot samhället. De senaste 30 åren har en uppmjukning av majoritetsbefolkningens attityder till homosexuell kärlek, samlevnad och sexualitet ägt rum i Norden. Den formellt rättsliga situationen för homosexuella närmar sig den som gäller för heterosexuella. I de nordiska länderna har man gått från förbud mot sex eller en högre sexuell myndighetsålder (18–21 år) till antidiskrimineringslagar, styvbarnsadooption och partnerskapslagar. Snart kommer Sverige, antagligen som första nordiska land, att införa en könsneutral äktenskapslag. Likväl visar opinionsundersökningar att majoritetsbefolkningen fortfarande är splittrad i synen på homosexuell kärlek, samlevnad och sexualitet. Färskas attityduppgifter från Norge och Sverige visar att sex av tio anser att heterosexuell och homo-

²⁵ Bilaga 4 har översatts från norska till svenska av Mats Borgström.

²⁶ Bera Moseng refererar till ett kunskapsunderlag som överlämnades till expertgruppen 2005-04-15 och som till stor del överensstämmer med *kapitel 1–3*.

sexuell samlevnad ska regleras av en och samma lag. Ett betydande mindretal av befolkningen – någonstans mellan 30 och 40 procent – är emellertid emot en könsneutral äktenskapslag.

Det finns i dag få studier som fokuserar på *samband* mellan diskriminering och hälsa bland homosexuella. Likväl visar ett antal brett anlagda och representativa undersökningar att homosexuella är överrepresenterade i vålds- och i hot om våldsstatistiken och att det är ett större mindretal som socialt sett upplever att de blir utestängda från sociala arenor som hemmet, vänkretsen och arbetsplatsen än bland heterosexuella (28, 30, 36–38). Brett anlagda och representativa befolkningsbaserade undersökningar av psykisk hälsa och självmordsbeteende *antyder* å sin sida att förklaringen till sådana dokumenterade snedfördelningar av ohälsa måste finnas i majoritetsbefolkningens attityder och negativa särbehandling av homosexuella.

Epidemiologisk forskning dokumenterar att grupper som är överrepresenterade med hänsyn till hälsobesvär är bland dem som är mest utsatta för diskriminering. Exempel på detta är minoriteter som funktionshindrade, etniska minoriteter och svenskar/norrmän med invandrarbakgrund. Det finns emellertid i dag få kvantitativa studier som empiriskt belägger sådana antagna samband mellan diskriminering och hälsoproblematik bland homosexuella. Ett undantag är den representativa befolkningsbaserade studien *Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States* (30). Vickie Mays och Susan D. Cochran påvisar i detta arbete att homosexuella och bisexuella blir mer utsatta för hot, övergrepp och social utstötning och oftare upplever att de blir nekade befördran, trakasserade av polisen och så vidare än heterosexuella. Grovt räknat hälften rapporterar att diskrimineringshändelsen ägde rum på grund av deras sexuella läggning. Vidare påvisas samband mellan självrapporterad diskriminering och fördelningen av psykisk stress, ångest- och depressionssymtom samt missbruk av rusmedel bland homosexuella och bisexuella. Ett mycket intressant rön är att homosexuella och bisexuella oftare tycks känna negativa följder av diskrimineringshändelser, som psykiska problem och självmordstankar, än heterosexuella kvinnor och män. Heterosexuella tycks ha en mental ”teflonbeläggning” som i högre grad skyddar dem mot verkningar av negativ särbehandling. Det måste med andra ord vara något med livssituationen för homosexuella och bisexuella som gör dem mer sårbara, i betydelsen sämre rustade att hantera erfarenheter av diskrimineringsstress. Undersökningar av Diaz m.fl., Huebner m.fl., King m.fl. och Welch m.fl. är exempel på miljö- och nätverksbaserade studier från Storbritannien och Nya Zeeland som också antyder liknande tendenser och rön (57–60). Flera av dessa fokuserar även på etnisk minoritetsproblematik i förhållande till diskriminering och homo- och bisexuellas hälsa.

Nätverks- och miljöbaserade undersökningar av levnadsvillkor

Vilka slags undersökningsupplägg lämpar sig bäst för att belysa hälsoeffekter av diskriminering bland homosexuella? Inbegripandet av frågor om sexuell läggning och homosexuellt beteende i de reguljära nationella undersökningarna av hälsa och levnadsvillkor representerar ett stort genombrott i forskningen om hälsoeffekter av olika former av diskriminering av homosexuella och bisexuella. Kvantitativa undersökningar av hälsa och levnadsvillkor har sedan 1940- och 50-talet dokumenterat systematiska och bestående snedfördelningar av sjukdom, hälsa, dödlighet och riskbeteende mellan olika segment av befolkningar. I socialmedicinsk forskning är det tradition att studera sådana snedfördelningar av hälsa i ett perspektiv av social ojämlikhet. Brett anlagda statistiska hälsoundersökningar, som har legat till grund för utformningen av politiken i västländer sedan andra halvan av 1900-talet, har således dokumenterat systematiska och bestående strukturella skillnader i hälsa, sjukdom och dödlighet bland olika befolkningsgrupper. I amerikansk och europeisk forskning om levnadsvillkor har man särskilt fokuserat på hur psykisk och kroppslig hälsa varierar med social status eller klasstillhörighet, men även med andra samhällsstrukturella skillnader, som till exempel civilstånd, kön eller etnisk bakgrund (61).

I europeisk och nordamerikansk forskning om homo- och bisexuellas levnadsförhållanden finns det ingen tradition att studera homosexuellas livssituation i ett sådant kvantitativt perspektiv inriktat på hälsa och levnadsvillkor. Forskning om homo- och bisexuellas levnadsförhållanden har hittills varit ett lågkostnadsprojekt, och brett anlagda arbeten på samma nivå som Statens folkhälsoinstituts,

Statistiska centralbyråns eller norska Statistisk sentralbyrås (SSB) undersökningar av hälsa och levnadsvillkor kräver stora urval och stora ekonomiska budgetar.

Politiska myndigheter och forskningsinstitutioner som utför regelmässiga nationella undersökningar av hälsa och levnadsvillkor – med undantag för pilotprojekt i USA och Australien – har å sin sida inte inbegripit ”sexuell status” som obligatorisk variabel i nationella undersökningar. Då USA, som första nation i världen, i början av 1990-talet inbegrep frågor om homosexualitet i sina hälsoundersökningar, var det som ett resultat av överhängande hälsoproblem i kölvattnet av den omfattande hiv- och aidsepidemin bland män som har sex med män. Efter flera års häftiga diskussioner i fackmiljöerna valde man att ta itu med de metodologiska utmaningarna och inbegrep frågor om homosexualitet. De häftiga diskussionerna i fackmiljöerna innebar bland annat att man var upptagen av bortfallsproblematik (att heterosexuella inte ville delta i undersökningar där de tillfrågades om sexuell identitet eller att de inte ville svara på själva frågan om sexuellt beteende och sexuell läggning) och efterföljande problem med generaliserbarhet och så vidare.

Att frågor som sexuell läggning inbegrips i de reguljära statliga undersökningarna av levnadsvillkor och hälsa har gett forskare möjlighet att sätta in homosexuellas och bisexuellas hälsa i ett större perspektiv. Brett anlagda representativa studier där man skiljer mellan heterosexuellt och icke-heterosexuellt praktiserande kvinnor och män ger anledning att dokumentera eventuell överrepresentation av ohälsa bland homosexuella och bisexuella. Viktigare är det att forskare med utgångspunkt i standardiserade undersökningsupplägg och goda normerade mått kan ge detaljerade beskrivningar av många sidor av homosexuellas och bisexuellas hälsa. I det praktiska förebyggande hälsoarbetet är sådana hälsoprofiler a och o.

Uppgifter från representativa undersökningar av levnadsvillkor som omfattar heterosexuella tydliggör inte minst riskfaktorer och skyddande faktorer som är specifika för homosexuella. Ett exempel på sådana specifika variabler har framkommit vid nyare rusmedels- och skolundersökningar i USA. Dessa visar att homosexuella och bisexuella har en något förhöjd risk med hänsyn till missbruk av rusmedel. Studierna antyder att identitetsproblematik är en viktig strategisk variabel i arbetet för att förebygga bruk av rusmedel bland icke-heterosexuella kvinnor och män. En entydig sexuell identitet som homosexuell tycks skydda mot missbruk av rusmedel. Homo- och bisexuella med en heterosexuell förhistoria, å sin sida, utmärker sig som särskilt sårbara grupper i russammanhang (32, 33, 62, 63).

Även kvalitativa och kvantitativa miljö- och nätverksbaserade undersökningar med bekvämlighetsurval kan dokumentera skillnader mellan homo- och bisexuella och befolkningen i allmänhet när det gäller psykisk hälsa, självmords- och våldsproblematik och det att berusa sig på alkohol och narkotiska preparat. Det är dock värt att påpeka att överrepresentationen i sådana här undersökningar ofta ser något annorlunda ut än i representativa befolkningsbaserade undersökningar, där en betydande andel homo- och bisexuella rekryteras som har liten eller ingen anknytning till andra homosexuella eller en homosexuell miljö.

Vid ett mer heterogent urval av homosexuella och bisexuella kan representativa undersökningar ge en långt bredare och mer sammansatt bild av vad som utgör specifika riskfaktorer och skyddande faktorer för målgruppen. Problemet med icke-representativa kvantitativa såväl som kvalitativa undersökningar är att uppgiftslämnarna i dessa rekryteras antingen genom deras deltagande i homosexuellas aktiviteter eller genom olika sociala nätverk som är kända för forskaren eller forskargruppen. Rekrytering genom självselektion på internet – något annat är det när det görs strukturerade urval av internetanvändare (representativiteten är dock dålig för dem över 60 år) – resulterar också i missvisande beskrivningar av speciella segment av den homosexuella populationen (många unga och antagligen en överrepresentation av män). Resultatet blir ofta smala och homogeniserade beskrivningar, eftersom viktiga segment från målgruppen inte låter sig rekryteras genom sådana här forskningsupplägg. Sett mot bakgrund av att hälsan inte bara är snedfördelad mellan heterosexuella och homosexuella/bisexuella, utan även utanför den heterosexuella populationen, är detta mycket problematiskt.

Vid sidan av urvalsproblem kan miljö- och nätverksbaserade hälsoundersökningar några gånger lida av att det inte används standardiserade och utprovade frågor och frågeuppsättningar. Detta ofta utifrån hänsyn till att det är nödvändigt att inbegripa frågor om levnadsvillkor och livskvalitet som är speciellt anpassade efter homosexuellas specifika situation och som kan bidra till att kasta ljus över förhållanden som man sedan tidigare vet lite om. Resultatet blir emellertid att viktiga rön, exempelvis om hälsa och diskriminering, inte kan sättas in i ett perspektiv, varken i förhållande till majoritets-

befolkningen eller homosexuella som minoritet. Val och utformning av undersökningsupplägg sker ofta i spänningsfältet mellan metodologiska utmaningar och krav och hårda ekonomiska realiteter.

NOVA:s rapport *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn* (28) är ett bra exempel på detta. I budgeten för denna, efter nordisk måttstock, mycket omfattande undersökning fanns det inte pengar till ett representativt upplägg. Styrkan i NOVA:s miljö- och nätverksbaserade undersökning ligger i att den är brett anlagd. Den har vidare ett komparativt upplägg, i betydelsen att det har använts normerade mått från pågående norsk och internationell forskning om hälsa och levnadsvillkor. På detta sätt kan uppgifter från NOVA-undersökningen jämföras med majoritetsbefolkningen, men också med uppgifter från representativa hälsoundersökningar från utlandet. Således kan rön och resultat sättas in i ett perspektiv, smalheten kan testas och den eventuella tendensen till homogenisering kompenseras. Goda miljöbaserade undersökningar som använder standardiserade mått kan med hjälp av externa uppgifter så att säga lokalisera undersökningsobjektet, och de kan under gynnsamma omständigheter vara ett viktigt bidrag i studien av hälsoproblematik bland homosexuella och bisexuella.

Operationalisering av homosexualitet

Operationalisering är en huvudutmaning när man inbegriper frågor om homosexualitet i de reguljära nationella undersökningarna av hälsa och levnadsvillkor. Många av problemen med att operationalisera kvinnor och män som älskar personer av samma kön bottnar i det enkla faktum att de inte utgör någon enhetlig gruppering. Några, men inte alla, som förälskar sig i och har sex med personer av samma kön uppfattar sig själva som homosexuella, bisexuella, ”queer” och så vidare. Andra å sin sida kan känna sexuell attraktion till personer av samma kön utan att på något sätt uppfatta detta som en del av identiteten. Några lever ut sin sexuella attraktion till det egna könet, medan andra inte gör det.

Forskningen på 1990- och tidigt på 2000-talet har genom att pröva sig fram ständigt utvecklat mer sofistikerade forskningsupplägg med hänsyn till konstruktion av urval och frågeuppsättningar vid studier av hälsa bland homosexuella kvinnor och män (64). I USA har man sedan cirka 1993 genomfört en rad nationella hälsoundersökningar som omfattar frågor om sexuella identiteter och sexuell attraktion och orientering. Tre exempel på sådana omfattande kvantitativa studier är *National Survey of Midlife Development in the United States* (MIDUS), *National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health)* och *Youth Risk Behaviour Surveillance System* (YRBSS). Dessa databaser har mynnat ut i en rad centrala arbeten som på olika sätt behandlar homosexuellas och bisexuellas levnadsvillkor och hälsa.

I början av 2000-talet tillsattes i USA en arbetsgrupp med centrala epidemiologiska forskare som studerade homo- och bisexuellas levnadsförhållanden. Arbetsgruppen har försökt sammanfatta erfarenheterna av att frågor om sexuell läggning inbegripits i de reguljära nationella undersökningarna av hälsa och levnadsvillkor – inbegripet operationaliseringsproblematik. I en rapport från Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Sexual Orientation Measurement Work Group som fokuserar på unga och unga vuxna kvinnor och män som älskar personer av samma kön fastslås att det 2001 fanns över tio studier i USA (därtill kommer det studier från Australien, Nya Zeeland, Kanada och Nederländerna) som tar representativa uppgifter om levnadsvillkor och hälsa till utgångspunkt (64). Sedan dess har det tillkommit många fler. Antalet – i Europa och USA – är i dag långt över 30.

Forskare om homo- och bisexuellas levnadsförhållanden som arbetar epidemiologiskt har i stort sett löst tvisten om huruvida homosexuella är överrepresenterade med hänsyn till hälsobesvär. De har också kunnat sätta in problemen i ett perspektiv. Att dokumentera överrepresentation är inte att bedriva svartmålning. Homosexuellas hälsa handlar om minoritetshälsa. Som med invandrare, etniska minoriteter och så vidare finner man att de flesta kvinnor och män som älskar personer av samma kön mår utmärkt. Den andel som har svåra psykiska problem, depressioner och så vidare verkar vid första ögonkastet försvinnande liten. Det är först när siffrorna jämförs med majoritetsbefolkningens hälsa som det antyds ett strukturellt problem och en enorm utmaning för den nationella folkhälsan. De få homosexuella blir många, när de mäts med heterosexuella kvinnors och mäns hälsa som mall. Denna första generation forskning om homosexuellas hälsa håller hög vetenskaplig standard. Likväl är de

centrala bidragsgivare som utgör arbetsgruppen Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Sexual Orientation Measurement Work Group medvetna om att de kämpar med metodologiska utmaningar och operationaliseringsproblematik. En huvudutmaning är, såsom redan nämnts, att meningen med kärlek och sexualitet inte bara är biologiskt given, utan även socialt konstruerad. Den individuella och samhällsliga betydelsen av det att vara man eller kvinna och känna sig sexuellt attraherad av personer av det egna könet varierar därför från samhälle till samhälle, ja, även inom ett samhälle och med tiden. Ett centralt antagande bland konstruktivistiskt orienterade forskare är att kön och sexualitet på väldigt många sätt är sociala konstruktioner. Inom en sådan uppfattningshorisont framstår kön och sexualitet också som relativa företeelser som är underkastade kontinuerlig förändring (65).

Sexualitetens sammansatta karaktär och inte minst dess variabilitet gör den svår att operationalisera. Forskare om homo- och bisexuellas levnadsvillkor som inte arbetar epidemiologiskt finner det omöjligt – ja, på gränsen till löjligt – att försöka klassificera sexualiteten som en social företeelse. Andra går så långt som att stämpla sådana klassificeringsförsök som diskursiv reglering och maktövertagande.²⁷ I sin kritik av undersökningar av levnadsvillkor och hälsa som behandlar homosexuella driver Ritch Savin-Williams med pedantiska samhällsforskare som har behov av att gräva i unga människors sexualliv (66). Med utgångspunkt i egen kvalitativ forskning argumenterar han för att unga män som har sex med män inte är speciellt intresserade av att inplacera sig själva.

Epidemiologiska forskare om homo- och bisexuellas levnadsvillkor tänker emellertid förledande enkelt och pragmatiskt. Av och till är statistik nyttigt. Huruvida den nya generationen män som har sex med män är upptagen av sexuella identiteter eller inte är en empirisk fråga. Statistik kan också ge oss svar på om denna ”nya generationen män” har bättre hälsa än dem som identifierar sig själva som homosexuella, heterosexuella och så vidare. Sexualundersökningar visar att vi fortfarande lever i ett samhälle där en överväldigande majoritet kvinnor och män har sex med personer av motsatt kön (67–73). Inom den nya könsforskningstrenden betecknas detta som heteronormativt. Den enkla fråga som forskare på levnadsvillkor ställer är om människors sexuella tillhörighet gör någon skillnad. Finns det empiriska belegg för att vara icke heterosexuell är utslagsgivande för hälsan? Det enklaste sättet att besvara sådana frågor på är att inbegripa frågor om sexuell tillhörighet i de reguljära nationella undersökningarna av levnadsvillkor och hälsa. Detta pragmatiska tillvägagångssätt medför emellertid ett problem. Hur ska man på ett meningsfullt sätt ställa frågor om en företeelse som i så hög grad är sammansatt och variabel? Ett sätt att angripa detta problem på är att inbegripa ett stort antal frågor om sexualitet i undersökningen. En hälsoundersökning är emellertid ingen sexualvaneundersökning, och det finns en gräns för hur många frågor om sexualitet som kan inbegripas. Vid en detaljerad utfrågning om sexualvanor inbjuder man dessutom till bortfallsproblematik. Mot bakgrund av erfarenheter från *National Survey of Midlife Development in the United States*, *National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health)* och *Youth Risk Behaviour Surveillance System (YRBSS)* rekommenderar arbetsgruppen att två till fyra frågor som behandlar sexuell tillhörighet inbegrips.

Obligatoriska frågor omfattar ämnen som sexuell självuppfattning och identitet och vem, i betydelsen vilket kön, man har sex med. Det är också önskvärt att frågeformuläret innehåller frågor som syftar till att mäta egenskaper som sexuella attraktioner och hur omgivningen uppfattar intervjupersonens sexualitet (tillskriven sexuell status). Arbetsgruppen, bestående bland annat av Susan D. Cochran, Robert Garofalo, Vickie Mays, Gary Remafedi, Michael Resnick, Stephen T. Russel och Ritch Savin-Williams, drar slutsatsen att följande dimensioner av sexualitet bör ingå i de amerikanska undersökningarna av levnadsvillkor och hälsa:

- 1. Identitet:** Vad innebär en persons självuppfattning och självidentifiering i samband med sexualiteten?
- 2. Praktik:** Vem har personer sex med?
- 3. Attraktion:** Av vem attraheras personer sexuellt?
- 4. Uppfattning/identifiering:** Hur uppfattas eller definieras en person av andra när det gäller sexualitet?

27 Socialkonstruktivisterna och poststrukturalisterna vill självklart problematisera operationalisering i ett maktdiskursivt perspektiv. Detta är en intressant diskussion, men den har ingen plats i detta utlåtande, vars syfte är att ge Statens folkhälsoinstitut praktiska råd om hur homosexuella, bisexuella och så vidare på ett bra sätt kan inbegripas i undersökningar av hälsa och diskriminering.

Några av de första undersökningar som behandlar homosexuellas och bisexuellas hälsa är närmast oanvändbara eftersom de omfattar för få frågor – vanligtvis en – om sexuell tillhörighet. Den existerande forskningslitteraturen ger många exempel på hur viktigt det är att kunna skilja mellan sexualitet som attraktion, identitet och beteende vid studier av diskriminering och hälsa.

Arbetsgruppen från 2003 ger följande exempel. Genom att skilja kategorin unga och unga vuxna kvinnor och män som har sex med personer av samma kön utan att identifiera sig själva som homosexuella från unga och unga vuxna som har sex med en person av samma kön och som identifierar sig själva som homosexuella/bisexuella har den första generationen representativa hälsoundersökningar tydligt dokumenterat skyddande faktorer och riskfaktorer som tycks vara specifika för målgruppen. Andra bra exempel på hur viktigt det är att skilja mellan beteende, attraktion och identitet framgår av NOVA:s forskning (63, 74) och en rad hälsoundersökningar utförda och offentliggjorda efter 2003. Genom att köra statistiska analyser där man kontrollerar hur homosexuellt praktiserande uppfattar sina egna attraktioner och inplaceras sin egen sexualitet synliggörs intressanta snedfördelningar av hälsa inom den population kvinnor och män som älskar personer av samma kön. Många homosexuella levnadsformer kännetecknas av mycket god hälsa. Några tycks vara förbundna med en överrepresentation av hälsobesvär. Genom att kontrollera huruvida självidentifierande homosexuella, bisexuella och så vidare har praktiserat heterosexualitet eller inte har man också kunnat påvisa och avföra spännande hälsoskillnader inom den population kvinnor och män som älskar personer av samma kön (32, 33, 62, 63, 74). Här kan man fortsätta i det oändliga med att studera samband. De representativa befolkningsbaserade undersökningar där man skiljer mellan attraktion, identitet och beteende ger forskare möjlighet att följa väldigt många spår i jakten på riskfaktorer och skyddande faktorer som kan förklara snedfördelningen av hälsa både gentemot majoritetsbefolkningen, men också utanför den heterosexuella populationen.

Utformning av frågor

Vidare gör arbetsgruppen Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Sexual Orientation Measurement Work Group (64) en poäng av att man vid utformning av forskningsupplägg och val och konstruktion av frågeuppsättningar för personer utanför den heterosexuella populationen måste ta hänsyn till följande kriterier:

1. Vilka dimensioner av hälsan, diskriminering och så vidare är det som ska studeras?
2. Finns det redan acceptabla frågor/frågeuppsättningar?
3. Ramvillkor (ekonomiska, forskningstradition)?

Kommentar till punkt 1. Epidemiologiska forskare som studerar homo- och bisexuellas levnadsförhållanden som Remafedi, Garafalo och så vidare finner det optimalt – såsom redan nämnts – att man vid konstruktion av uppsättningar utformar frågor som mäter flesta möjliga dimensioner av det att uppfatta sig själv som eller det att leva homosexuellt. Av praktiska orsaker – vanligtvis ekonomiska – är det emellertid inte alltid möjligt att operera med fyra mått för populationen utanför den heterosexuella. Med utgångspunkt i tidigare forskningslitteratur bör man då noga överväga vilka frågor som måste vara med. Mot bakgrund av befintliga representativa hälsoundersökningar som problematiserar homosexuellas hälsa²⁸ kan man ge följande grova tumregel om möjliga hälsoproblem som statistiskt sett *associeras* med de fyra dimensionerna sexuell attraktion, sexuell identitet, sexuell praktik och tillskriven sexuell identitet. De tre hälsoområdena psykisk hälsa, självmordsbeteende och det att bli utsatt för hot/våld/diskriminering korrelerar med alla de fyra nämnda dimensionerna.

I ett diskrimineringsperspektiv är det viktigt att poängtera att hälsoproblem i kölvattnet av negativ särbehandling ofta korrelerar med tillskriven sexuell identitet, det vill säga hur omgivningen (föräldrar, vänner, bekanta, grannar, kolleger och så vidare) uppfattar och definierar aktörernas sexualitet.

²⁸ Se hänvisningar i avsnittet "Inledande kommentarer", sidan 83.

I diskrimineringsundersökningar bör därför alltid frågor om tillskriven sexuell identitet vara med. De bästa studier som i dag behandlar psykisk hälsa, allmänhälsa, självmordsbeteende och våld/hot/diskriminering omfattar alla de fyra dimensionerna.

Missbruk av alkohol och narkotika korrelerar med både sexuellt beteende och sexuell identitet. Arbetsgruppen Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Sexual Orientation Measurement Work Group fokuserar av denna anledning i första hand på den sexuella självuppfattningen, det vill säga hur individen reflexivt inplacerar sig i det sexuella landskapet (identiteten och så vidare). Nyare forskning antyder emellertid att det är viktigt att fokusera på alkoholvanor i ett beteendeperspektiv. En entydig homosexuell identitet tycks skydda mot missbruk av rusmedel.²⁹ I en studie av Burgard, Cochran och Mays är det exempelvis bisexuella kvinnor och kvinnor som har sex med kvinnor som står för överrepresentationen när det gäller missbruk av alkohol och narkotika (62). I denna representativa undersökning från Kalifornien om bruk av rusmedel har självidentifierande homosexuella kvinnor lika god "rushälsa" som heterosexuella kvinnor. Det är därför av överordnad betydelse att vidare studier av missbruksproblematik omfattar mått på både beteende och identitet. Detta gäller även studier av hiv och aids och sexuellt överförbara infektioner (STI). Förekomst av hiv och aids och STI korrelerar självklart starkt med sexuellt beteende. Arbetsgruppen antyder att det i detta slags studier kan vara tillräckligt att inbegripa frågor om vem man har haft sex med. Nyare forskning om hiv och aids antyder emellertid att identitetsproblematik har avgörande betydelse för mäns sexuella hälsa och att frågor om sexuell attraktion och självuppfattning därför alltid bör vara med i sådana här studier av hiv och aids.³⁰

Kommentar till punkt 2. När man utformar undersökningsupplägg bör man gå igenom redan existerande undersökningar av levnadsvillkor och hälsa på jakt efter acceptabla frågor och frågeuppsättningar. Är frågorna prövade och kvaliteten på dem rimligt god, bör man av komparativa hänsyn överväga om dessa bör inbegripas i upplägget. Identiska upplägg öppnar för jämförelse av hälsouppgifter. I den första brett anlagda studie som behandlar livssituationen för homosexuella och bisexuella i Norden, NOVA:s *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*, skiljer man mellan homosexualitet som attraktion, identitet och beteende (28).³¹ I formuläret försökte man fånga in variationer utanför den heterosexuella populationen genom att konstruera svarsalternativ som homosexuell, bisexuell, heterosexuell med vissa homosexuella inslag, homosexuell med vissa heterosexuella inslag och osäker på den egna sexuella identiteten. Med hjälp av de något oeleganta formuleringarna heterosexuell med vissa homosexuella inslag och homosexuell med vissa heterosexuella inslag försöker man fånga upp eventuella dynamiska sidor av den sexuella självuppfattningen. Därtill omfattar frågeformuläret flera frågor om sexuell praktik – både heterosexuell och homosexuell (vem man har haft sex med och hur ofta) – och om sexuell attraktion (både heterosexuell och homosexuell).

Efter NOVA:s rapport har NOVA:s frågor om sexuell läggning inbegripits i den norska sexualvaneundersökningen (72).³² Detta gör det möjligt att sätta in sexualvanorna hos de kvinnor och män som deltog i NOVA:s undersökning i ett perspektiv. Statens folkhälsoinstitut i Sverige använder samma dimensioner i sin kommande hälsoundersökning, vars resultat presenteras senhösten 2005.³³ Det finns ingen anledning att tro att det finns betydande skillnader mellan Sverige och Norge när det gäller homosexuellas och bisexuellas livssituation. Eftersom hälsoundersökningarna i de två länderna opererar med ungefär samma frågeuppsättningar vid studier av hälsa, ger detta en god grundval för jämförande analyser, även med hänsyn till eventuella förändringar som har ägt rum sedan 1999.

29 Se NOVA-rapporten *Skeive dager 2003* för hänvisningar (63).

30 Se NOVA-rapporten *Skeive dager 2003* för hänvisningar (63).

31 Det hade tidigare genomförts liknande studier av homosexuellas och bisexuellas livssituation i Sverige och Danmark, men dessa är inte studier av hälsa och levnadsvillkor i klassisk mening. Den danska är en kvalitativ studie utförd av Henning Bech och Karin Lützen, och den svenska omfattar få mått från ordinarie statliga hälsoundersökningar m.m. (75–77).

32 Dessvärre lider denna av en något låg svarsprocent.

33 Resultaten presenteras delvis i avsnittet om "Den nationella folkhälsoenkäten 2004–2005" i kapitel 3. En annan redovisning sker i samband med folkhälsoinstitutets redovisning av det så kallade HBT-uppdraget till regeringen den 31 december 2005.

Inbegripande av frågor om homosexualitet i reguljära statliga undersökningar av levnadsvillkor och hälsa kräver ofta att man utvidgar urvalsmängden (N), för att få med en andel som är tillräckligt stor för att det ska gå att köra statistiska analyser. I den första generationen undersökningar av levnadsvillkor och hälsa i Australien, Nya Zeeland, USA och Kanada finns det exempel på att man inte har kunnat studera hälsoskillnader mellan undergrupper av kvinnor och män som älskar personer av samma kön, som homosexuella, bisexuella och så vidare, eftersom man har varit tvungen att slå samman grupperna under analysen. Förhoppningsvis är den andel i den svenska undersökningen som har sex med personer av samma kön eller som identifierar sig själva som homosexuella och så vidare tillräckligt stor för att man ska kunna göra ordentliga analyser.

I den representativa studien av diskriminering beroende på sexuell läggning i det svenska arbetslivet, *Arbetsvillkor och utsatthet*, utnyttjas ett mått på sexuell tillhörighet som ligger nära standardiserade mått som tidigare har använts i utländska och svenska undersökningar av levnadsvillkor och sexualvanor (37). Man frågar hur intervjupersonen definierar sin egen sexuella läggning (heterosexuell, homosexuell, bisexuell, annat, jag definierar inte min sexuella läggning), vart han eller hon riktar sina sexuella handlingar (uteslutande eller oftast mot män, både mot män och kvinnor, uteslutande eller oftast mot kvinnor, könet spelar ingen roll, jag är inte sexuellt aktiv med någon) och mot vem man riktar sina känslor, tankar och fantasier.

Diskrimineringsbegreppet – attityder, regelverk och tidigare forskning i Norden³⁴

Begreppet diskriminering utgår från det latinska *discernere*, *discrimen*, *discriminare*, som betyder att indela eller att åtskilja. När det talas om diskriminering av homo- och bisexuella är det tradition att fokusera på varje form av särbehandling av kvinnor och män som älskar personer av samma kön – antingen som grupp eller som enskilda individer. Man skiljer vanligtvis mellan diskriminering i en vid och i en snävare betydelse (28, 39). I snävare betydelse omfattar diskriminering förhållanden som i princip är av rättslig karaktär, till exempel det att bli nekad anställning, det att bli uppsagd från jobbet eller att bli nekad befordran. Hatbrott mot homosexuella är också ett exempel på diskriminering i snävare mening. Diskriminering i vid betydelse omfattar även företeelser som baktaleri, mobbning och trakassering. I de flesta arbeten som behandlar homosexuellas livssituation läggs den vida definitionen av diskriminering till grund.

Diskriminering på grund av sexuell läggning utspelar sig ofta i vardagliga relationer, till exempel i grannskapet där man bor, på stadens gator, bland klasskamraterna eller mellan arbetskollegor på jobbet. Det kan handla om användning av ordet ”homo” eller ”flata” som skällsord, om klasskamraters eller arbetskollegers förlöjligande av homosexuella som grupp eller i värsta fall om trakassering och våldshandlingar gentemot enskilda personer. Forskare som arbetar med diskrimineringsbegreppet varnar emellertid för tendensen att definiera särbehandling i ett aktörsperspektiv. Särbehandlingen eller övergreppen får inte uppfattas som tillfälliga resultat av enskilda individers isolerade handlingar – de har alltid sin grund i samhället.

Diskriminering är ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av ideologi och uttrycks i interaktioner, bland och mellan individer och institutioner, när dominerande grupper försöker behålla sina fördelar i samhället på bekostnad av ökad utsatthet för andra grupper (8).³⁵

34 Till grund för framställningen refererar Bera Moseng till ett kunskapsunderlag som överlämnades till expertgruppen 2005-04-15 och som till stor del överensstämmer med kapitel 1–3.

35 *Discrimination is a structured and sanctioned phenomenon, justified by ideology and expressed in interactions, among and between individuals and institutions, intended to maintain privileges for members of dominant groups at the cost of deprivation for others. (8)*

Epidemiologen Nancy Krieger gör således en poäng av att all diskriminering per definition är socialt strukturerad, antingen i form av institutionaliserade normer eller i form av ett samhälles hegemoniska föreställningar om vilka sociala levnadsformer eller grupperingar som utgör normen för normalt eller respektabelt beteende. Således har diskriminering av kvinnor historiskt sett haft sin grund i en samhällelig föreställning om att män av naturen är bättre rustade kroppsligt och intellektuellt att påta sig centrala och viktiga uppgifter i ett samhälle. På samma sätt har diskriminering av homosexuella sin grund i en samhällelig föreställning om att heterosexuell praktik är biologiskt given och utgör grundenheten i ett välfungerande samhällsliv. Kvinnor och män som älskar personer av samma kön framstår som en biologisk eller psykologisk avvikelse från en heterosexuell regel. Denna särbehandling av homosexuella har i dag även en grund i regelverket. Ett bra exempel på sådan kontextuell särbehandling är hur familjerelationer mellan kvinnor och män som älskar personer av samma kön lagregleras på ett annat sätt än familjerelationer mellan heterosexuellt praktiserande kvinnor och män.

Partnerskapslagen, som infördes 1993 i Norge och 1995 i Sverige, måste räknas som en B-äktenskapslag, eftersom den ger homosexuella och deras barn färre rättigheter och färre förpliktelser än heterosexuellt praktiserande kvinnor och män. I Norge har särbehandlingen av homosexuella arbetstagare en uttrycklig grund i det norska regelverket. År 1981 infördes ett särskilt straffskydd för homosexuella, genom att de inbegreps i antidiskrimineringslagen. I arbetsmiljölagen görs emellertid bland annat undantag för religiösa samfund, som kan utestänga homosexuella från tjänster. Genom att bland annat utestänga homosexuella från delar av arbetsmarknaden, och äktenskapet som institution, fungerar regelverket som en viktig gränsmarkör med hänsyn till samkönsälskandes ställning i förhållande till det norska majoritetssamhället. Strukturalistiskt orienterade diskrimineringsteorier studerar självklart särbehandling av enskilda individer i ett handlingsperspektiv. Men övergrepp som ”ändamålsrationella” handlingar förstås också mot bakgrund av samhälleliga lagar och föreställningar om vad som utgör normalt majoritetsbeteende och onormalt minoritetsbeteende i en given tidsepok och kultur.

Diskrimineringens grundval – lagstiftning och attityder

Sedan 1970-talet har det skett förändringar i homosexuellas faktiska rättsställning. Man har gått från straffförbud till straffrättsligt skydd i form av antidiskrimineringslagar och en tillnärmad civilrättslig jämställdhet. År 1989 införde Danmark som första land i världen en partnerskapslag för homosexuella, efterföljt av Norge (1993), Sverige (1995), Island (1996) och Finland (2002). Storbritannien införde sin partnerskapslag i december 2005. Även Frankrike (1999) och Tyskland (2001) har infört en partnerskapslag, dock efter en annan modell än den ursprungliga nordiska, i det att heterosexuella – exempelvis syskon som bor tillsammans – också kan ingå partnerskap.³⁶ Nederländerna inbegrep, som första land i världen, homosexuella i den allmänna äktenskapslagen 2001 (denna revidering ersatte en partnerskapslag från 1998). Könsneutralt äktenskap är infört även i Belgien (2003) samt Spanien och Kanada (2005).

I det norska regelverket inbegreps 1981 homosexuell ”*legning, leveform eller orientering*” (läggning, levnadsform eller orientering) i strafflagens § 135a (antidiskrimineringsparagrafen) och 349a, något som troligen har bidragit till att fler homosexuella känner att de kan träda fram på jobbet utan att riskera diskriminerande påföljder från arbetsgivare eller arbetskolleger. I de nya likabehandlingsreglerna i arbetsmiljölagen, kapitlen XA och XB, som trädde i kraft den 1 maj 2004, förbjuds särbehandling och diskriminering på ett sätt som ska omfatta alla sidor av arbetsförhållandet – från tjänstens utlysning till arbetsförhållandets upphörande. Där nämns uttryckligen särbehandling på grundval av sexuell orientering. I den norska arbetsmiljölagen görs, såsom redan nämnts, emellertid undantag bland annat för religiösa samfund, som kan utestänga homosexuella från tjänster. Enligt den nyligen antagna diskrimineringsombudslagen *Om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Likestillings- og diskrimineringsnemnda* omfattas homosexuella som diskrimineras i arbetslivet och

³⁶ Många andra europeiska länder har i dag infört partnerskapslagar. De ger dock homosexuella mycket svagare civilrättsligt skydd.

bostadssektorn av diskrimineringsombudets utvidgade mandat.³⁷ Ombudets mandat när det gäller homosexuella definieras likväl klart snävare än för människor som diskrimineras på grund av kön, etnisk tillhörighet, nationellt ursprung, härkomst, hudfärg, språk, religion eller livssyn. Här ska ombudet ”arbeide for å fremme reell likestilling [...] på alle samfunnsområder”. När det gäller homosexuella ska ombudet bara arbeta för att främja *likabehandling* – och det bara i arbetslivet och bostadssektorn. Detta är likväl mer än vad som gäller för funktionshindrade, åldersdiskriminerade, transsexuella/transvestiter och andra diskriminerade som får ännu svagare skydd.³⁸

År 2000 antog EU två direktiv för att bekämpa diskriminering (direktivet mot etnisk diskriminering och arbetslivsdirektivet).³⁹ Arbetslivsdirektivet omfattar bland annat diskrimineringsgrunden sexuell läggning. Alla EU-länder ska anpassa sin nationella lagstiftning efter direktiven, men hur dessa genomförs varierar mellan länderna. Vissa medlemsländer har inbegripit sexuell läggning i sina antidiskrimineringslagar, men inte alla. Det finns i dag mycket att göra för att uppnå goda institutionella ramar för homosexuellas situation i arbetslivet.

I Sverige har man sedan 1999 haft den särskilda Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO). Som myndighet har HomO ett brett uppdrag. HomO har i uppgift att arbeta mot homofobi och att verka mot att diskriminering på grund av sexuell läggning förekommer inom något område av svenskt samhällsliv – även arbetslivet. Svensk lagstiftning skyddar mot diskriminering som har samband med sexuell läggning. Skyddet omfattar inte sexuellt beteende, som uppfattas som något var och en kan uppvisa oavsett om han eller hon är homo-, bi- eller heterosexuell.⁴⁰ I Norge finns det i dag ingen liknande ombudsordning.

Motståndet mot homosexuell samlevnad har djupa rötter. Den första omfattande opinionsundersökning som syftade till att mäta befolkningens attityder till homosexualitet i Sverige, Norge, Danmark och Finland är den gemensamma nordiska gallupundersökningen från 1947.⁴¹ I denna undersökning ombads intervjupersonerna att rangordna sju angivna förbrytelser efter deras svårhetsgrad. Det rörde sig om mord, våldtäkt på vuxen kvinna, inbrott, urkundsförfalskning, rattfylleri, jakt utanför jakttiden och homosexualitet. I Danmark rangordnade 61 procent av befolkningen homosexualitet som den värsta eller den näst värsta förbrytelsen, i Norge 26 procent, i Sverige och Finland 19 respektive 18 procent. Vid denna tidpunkt var alla homosexuella förbindelser förbjudna enligt lag i Finland, och manliga homosexuella förbindelser i Norge.⁴² I Finland och Norge avkriminaliserades homosexualitet 1971 respektive 1972, medan avkriminaliseringen i Danmark och Sverige ägde rum så tidigt som 1930 respektive 1944. Det är emellertid värt att påpeka att lagförbudet i Danmark och Sverige ersattes med en skyddsbestämmelse i form av högre sexuell myndighetsålder för homosexuella (18 år, eller 21 år vid beroendeförhållande). Dessa skyddsbestämmelser raderade i realiteten ut de straffrättsliga verkningarna av avkriminaliseringen. Lagföringen var i realiteten mer omfattande i Sverige än till exempel i Norge.

Det är lätt att bländas av förändringarna i positiv riktning av majoritetsbefolkningens attityder till homosexuellas juridiska ställning. Opinionsundersökningar visar att positiva attityder till och förändringar av homosexuellas rättsliga ställning inte nödvändigtvis sammanfaller med en positiv och accepterande attityd till homosexuell kärlek och sexualitet som samlevnadsform. Många uppger sig vara *för* avkriminalisering, partnerskapslag och så vidare *samtidigt* som de svarar att homosexualitet är en mindre acceptabel samlevnadsform än heterosexuell kärlek och sexualitet. Attitydundersökningar under perioden 1970–2005 antyder att uppmjukningen av regelverket under denna period inte bara kan uppfattas som ett resultat av en liberalisering av majoritetsbefolkningens attityder till

37 Hänvisar till norsk lagstiftning: LOV av 3. juni 2005 nr. 33.

38 Se även Odelstingets propositioner (78, 79).

39 Bera Moseng refererar till ett kunskapsunderlag som överlämnades till expertgruppen 2005-04-15 och som till stor del överensstämmer med *kapitel 1–3*.

40 För finsk lagstiftning, se antologin *Sexual and Gender Minorities at work* (80).

41 Undersökningens resultat återges i en artikel av Havelin (81). Denna ligger till grund för framställningen här.

42 Ordalydelsen i den norska lagens 213 paragraf var den följande: *Finder utugtig Omgjængelse Sted mellem Personer af Mandkjøn, straffes de, der heri gjør sig skyldige eller som medvirker dertil, med Fængsel indtil 1 Aar. Med samme straf ansees den, som har utugtig Omgjængelse med Dyr eller som medvirker dertil. Paatale finder alene Sted naar det paakræves af almene Hensyn.*

homosexualitet. Väl så viktig är den allmänna humanisering av straffbestämmelserna som ägde rum på 1900-talet i europeiska och nordamerikanska länder. Redan i mitten av 1900-talet blev det att juridiskt särbehandla minoritetsbefolkningar i form av kriminalisering ansett som orimligt. Således visar Norsk Gallups undersökning från 1967, som genomfördes fem år innan § 213 upphävdes, att 65 procent av männen och 64 procent av kvinnorna menade att homosexuella förhållanden mellan vuxna människor *inte* borde vara straffbara. Samtidigt uppger ett klart flertal en önskan om att homosexuella borde förbli en marginaliserad och osynlig befolkningsminoritet. Homosexuella borde i sina liv uppträda som om de vore heterosexuella och inte tala om sitt kärleksliv. I Norsk Gallups undersökning gav sex av tio kvinnor och män uttryck för åsikten att *”det ville få skadelige eller uheldige følger om de homoseksuelle i Norge i samme utstrekning som folk flest kunne omtale og vedstå seg sitt seksualliv”* (81). Därtill intog 72 procent av männen och 81 procent av kvinnorna ståndpunkten *”at de homoseksuelle må gjøre alt de kan for å bekjempe sine tilbøyeligheter”* (81).

Det är fortfarande rimligt att förstå diskriminering av homosexuella och bisexuella mot bakgrund av negativa attityder hos majoritetsbefolkningen. Opinionsundersökningar från 1990-talet dokumenterar samma brist på överensstämmelse mellan befolkningens attityder till homosexuellas juridiska rättigheter och deras uppfattning om hur acceptabelt och önskvärt homosexuell kärlek och sexualitet är som samlevnadsform. Gemensamma europeiska undersökningar om värderingar visar att det fortfarande är ett betydande mindretal som anser att homosexualitet är, om inte ett hot mot samhället, en socialt sett mindre acceptabel eller rentav oacceptabel beteendeform. Detta trots att det finns ett betydande och ökande stöd bland befolkningen för att homosexuella ska ha samma juridiska rättigheter som heterosexuella. I de europeiska och efterhand världsomspännande undersökningarna om värderingar har man försökt mäta befolkningars moralsyn längs två dimensioner (personlig moral och samhällsmoral) genom att be intervjupersonen ta ställning till om olika handlingar kan rättfärdigas eller inte (82). Detta görs längs en tiopunktsskala, där ytterpunkterna markeras som 1 (aldrig) och 10 (alltid). Ju lägre genomsnittsvärde man finner för befolkningen, desto strängare moralsyn gäller för den aktuella handlingen.

År 1996 gav den norska befolkningen homosexualitet genomsnittsvärdet 5,7. Det betyder att befolkningen som helhet betraktad *nött och jämnt* anser att homosexuell kärlek och sexualitet kan rättfärdigas i ett samhällsmoraliskt perspektiv. År 2000 svarade tre av tio norrmän att homosexualitet alltid är oacceptabelt. Samma undersökning om värderingar har genomförts i Sverige (83). År 1990 svarade knappt fem av tio svenskar att de alltid anser att homosexualitet är fullständigt oacceptabelt – år 2000 svarar en av tio detsamma (i Danmark två av tio!). Detta är en tydlig förändring i positiv riktning. Men det är värt att påpeka att det därtill kommer andelar av den svenska och norska befolkningen som anser att homosexualitet är mindre oacceptabelt, ganska acceptabelt och så vidare. Det är i dag ett knappt flertal som tillkännager att de har en i grunden positiv syn på homosexuell kärlek och sexualitet som samlevnadsform.

Operationalisering av diskrimineringsbegreppet

Vid studier av homosexuella måste man vid operationalisering av diskrimineringsbegreppet i stor utsträckning ta hänsyn till samma förhållanden som vid operationalisering av begreppet sexuell läggning. Ett huvudkrav är att standardiserade mått bör användas. Det är meningslöst att studera förekomsten och hälsokonsekvenser av negativ särbehandling av homosexuella och bisexuella om rönen inte kan sättas in i ett perspektiv. Homosexuella utgör en befolkningsminoritet. Detta hindrar inte att även kvinnor och män från den heterosexuella majoritetsbefolkningen kan uppleva att de blir negativt särbehandlade – exempelvis i betydelsen utfrusna av arbetskollegerna eller hotade eller utsatta för våld. Hälsostatistiken berättar vidare att heterosexuella på samma sätt som homosexuella kämpar med hälsoverknningar av sådana diskrimineringshändelser.

Diskrimineringsbegreppet måste därför operationaliseras på ett sådant sätt att man kan jämföra olika befolkningsgrupperingar, och man bör – om detta är möjligt – ta väl utprovade och existerande frågeuppsättningar till utgångspunkt. Självklart måste frågeuppsättningen anpassas efter målgrup-

pens livssituation, exempelvis genom tillägg av skraddarsydda frågor. Genom att i huvudsak hålla fast vid standardiserade diskrimineringsmått från pågående undersökningar av levnadsvillkor och hälsa kan man emellertid besvara frågor som om homosexuella och bisexuella är mer utsatta för diskriminering än heterosexuella och om diskrimineringen av homosexuella tar andra former än hos andra minoriteter, som funktionshindrade, invandrare och så vidare. Man kan på detta sätt även studera eventuella variationer i negativa verkningar i olika hälso- och levnadsvillkor. Därtill bör konstruerade mått om negativ särbehandling förankras i huruvida hoten utgår från den kränktes minoritetsstatus eller inte. I ett perspektiv inriktat på levnadsvillkor är det självklart intressant att få veta att homosexuella män är mer utsatta för våld än heterosexuella män – även när våldet inte är homofobiskt motiverat. Diskriminering i sträng mening förutsätter emellertid att särbehandlingen utgår från antingen individuella motiv eller tunga samhällsstrukturella faktorer (negativt attitydklimat eller rättsliga strukturer). Vid studier av den attitydmässiga grundvalen för diskriminering av homo- och bisexuella är det vidare olyckligt att mäta denna uteslutande utifrån befolkningens attityder till minoritetsgruppens juridiska rättigheter (se ”Diskrimineringens grundval – lagstiftning och attityder”) Det är viktigt att inbegripa ett mått som effektivt mäter majoritetsbefolkningens uppfattningar om hur acceptabelt och önskvärt homosexuell kärlek och sexualitet är som samlevnadsform.

I NOVA-undersökningen från 1999 är tre av sex frågeuppsättningar som behandlar diskriminering hämtade från den norska statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsvillkor i Norge (28). I svenska Statistiska centralbyråns undersökning från 2003 om diskriminering beroende på sexuell läggning, som är representativ, riktas detaljerade frågor om attityder och uppfattningar av hur homo- och bisexuella behandlas i arbetslivet till både heterosexuella och homosexuella intervjupersoner (36, 37). Som i NOVA-undersökningen används normerade mått, men många är – även det i likhet med NOVA-undersökningen – speciellt utformade för denna studie. Dessvärre låg det inte i detta projekts uppdrag att studera hälsokonsekvenser av diskrimineringen. I en rad miljö- och nätverksbaserade undersökningar fokuserar man på olika korrelationer mellan diskriminering och hälsa (57–60). En kombination av nykonstruerade och väletablerade mått används. I några av dessa arbeten kan man jämföra diskriminerings- och hälsoproblematik bland homosexuella med befolkningen i allmänhet (59).

I Vickie Mays och Susan D. Cochrans representativa befolkningsbaserade studie *Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States* (30) besvarar såväl homosexuella som heterosexuella en och samma uppsättning diskrimineringsfrågor. Huvudslutsatsen i detta arbete – se inledningen – är att homosexuella och bisexuella är snedfördelade med hänsyn till diskriminering och mer utsatta för negativa efterverkningar, som psykiska problem och självmordstankar, än heterosexuella kvinnor och män. Uppgifterna för denna analys framkom vid den nationella undersökningen av hälsa och diskriminering *National Survey of Midlife Development in the United States* (MIDUS).⁴³ Denna innehåller en (!) fråga om sexuell läggning. Intervjupersonerna ombads att ange sin sexuella läggning genom att svara på följande frågor:⁴⁴ Hur skulle du beskriva din sexuella läggning? Skulle du säga att du är heterosexuell (sexuellt attraherad av det motsatta könet), homosexuell (sexuellt attraherad av samma kön) eller bisexuell (sexuellt attraherad av båda könen)? Urvalet på 3 032 personer är gjort med utgångspunkt i hela USA (åldersspannet är 25–72 år). Det frågeformulär som ingår i MIDUS består av ett stort antal frågor kring levnadsvillkor, många detaljerade mått på diskriminering och fyra normerade mått för psykisk hälsa och missbruk av rusmedel.

I MIDUS kompenserar en omfattande och detaljerad uppsättning diskrimineringsfrågor för det olyckliga faktum att det i denna studie bara opereras med ett mått för sexuell orientering. Frågeformuleringarna tar på ett bra sätt hänsyn till att negativ särbehandling är en sammansatt – på gränsen till osammanhängande – företeelse. Måtten begränsar, samtidigt som de tar hänsyn till att

43 För allmänna resultat av denna studie, se Kessler med fleras artikel (84).

44 Mays och Cochran är här inte ansvariga för att denna undersökning bara mäter en dimension av den sexuella tillhörigheten. De kom till dukat bord en 4–5 år efter det att uppgifterna hade samlats in. Dessvärre är även urvalet för litet – 3 032 personer – för att man i analysen ska kunna jämföra hälso- och diskriminerings effekter av olika former av levnadsformer på den utanförheterosexuella populationen. För att få signifikanta resultat slås bisexuella och homosexuella samman i analysen.

diskriminering kan ta många former och utspelar sig på många arenor. Frågeknippena är konstruerade kring fyra dimensioner:

1. Individuella erfarenheter av diskriminering i ett livstidsperspektiv.
2. Färska eller närliggande erfarenheter.
3. Självrapporterade orsaker till att man har blivit diskriminerad.
4. Självrapporterade negativa verkningar av det att bli diskriminerad.

Dimensionen erfarenheter av diskriminering i ett livstidsperspektiv omfattar frågor om elva möjliga negativa händelser, som det att bli diskriminerad på grund av ras, etnisk tillhörighet, kön, ålder, religion, fysiskt utseende och sexuell orientering. Denna dimension omfattar även frågor om på vilka arenor diskrimineringen har ägt rum, som skolan (utstötning och så vidare), arbetsplatsen (att omotiverat bli förflyttad från en arbetsuppgift till en annan, tvungen att sluta sitt jobb, ingen befordran och så vidare), statliga tjänster eller privat tjänstesektor (nekad banktjänster, inte fått hyra eller köpa lägenhet, dåligt behandlad av den offentliga hjälpapparaten och så vidare) och upplevelse av social fientlighet på den sociala arenan rent allmänt (att bli utstött i ett grannskap, trakasserad av polisen och så vidare). Händelserna kvantifierades.

Dimensionen färska eller närliggande erfarenheter omfattar i MIDUS-undersökningen frågor som att bli behandlad med mindre respekt än andra, att bli behandlad nedlåtande i butiker och restauranger, att allmänt bli hotad, trakasserad eller utskälld samt att bli utpekad som dum, oärlig och så vidare. Händelserna kvantifieras. Rapporteringar om diskriminering klassificerades vidare i förhållande till en orsaksdimension. Denna omfattade svarsalternativ som diskriminering på grund av ras, etnisk tillhörighet, kön, ålder, längd och vikt, religion, utseende, funktionshinder och sexuell orientering. Dimensionen egenrapporterade verkningar av diskriminering omfattar frågor om huruvida livet efteråt har blivit svårare eller framstår som mindre kreativt och meningsfullt. Till båda frågorna fanns det fyra svarsalternativ.

Forskning i Norden om diskriminering på grund av sexuell läggning

Tidigare nordisk forskning har huvudsakligen fokuserat på negativ särbehandling i skolan och arbetslivet. Den första beskrivningen av homosexuell situation i det norska arbetslivet gjordes i *Homofile – myter og virkelighet* från 1978 (85). Denna bok är det första försöket att ge en övergripande, empiriskt grundad framställning av homosexuell livssituation i Norge. Med utgångspunkt i ett statistiskt urval på 450 kvinnor och män från Det Norske Forbundet av 1948:s (DNF-48) medlemmar försökte man ge en beskrivning av homosexuell levnadsvillkor och självuppfattning. I denna undersökning svarade 28 procent av kvinnorna och 26 procent av männen att arbetsgivare eller överordnad visste att de var homosexuella. Ungefär en av tre svarade att de flesta av deras arbetskollegor eller medstudenter visste att de levde homosexuellt. De flesta av DNF-48:s medlemmar 1978 hade goda erfarenheter av att vara öppna på jobbet. Likväl var det en inte obetydlig andel som berättade att de utsattes för diskriminering. 20 procent av männen sade att de hade utsatts för förolämpningar eller blivit utfrusna av kollegor.

NOVA:s undersökning från 1999 – omfattning av öppenhet, trakassering och diskriminering på arbetsplatser och i skolor

20 år senare – i NOVA:s undersökning från 1999 (28) – har det skett förändringar i positiv riktning när det gäller homosexuellas situation på jobbet. En dubbelt så stor andel – i runda tal sex av tio homosexuella – berättar att de nu är öppna om sin egen sexuella läggning. I NOVA:s undersökning svarar en av fem kvinnor och en av fyra män att de har upplevt en eller annan form av diskriminering på arbetsplatsen eller studieplatsen på grund av sin sexuella läggning. De vanligaste formerna av diskriminering är trakassering, mobbning och baktaleri. Liknande rön framkommer av den färiska svenska representativa arbetslivsstudien från 2003/2004 (36, 37). Den negativa särbehandlingen av homo- och bisexuella på arbetsplatsen tar alltså sällan formen av konkreta övergrepp – som exempelvis att bli utsatt för upprepade våldsepisoder eller att bli uppsagd. Att bli utestängd från en gemenskap, händelser som tvetydiga yttranden eller antydningar, rykten eller gester är ett slags informell diskriminering som kan vara svårgripbar och svår att bevisa. De allvarligare formerna av diskriminering är det färre som har upplevt. Sju procent av kvinnorna och nio procent av männen i NOVA:s studie påstår att de inte har blivit anställda, att de har blivit tvungna att sluta, att de inte har blivit befordrade eller att de har blivit förflyttade från en arbetsuppgift till en annan *på grund av sin sexuella läggning*. När det gäller att ha blivit diskriminerad i snävare mening (våldsepisoder, uppsägning) är det fler bland de vuxna och äldre männen och kvinnorna i urvalet som har upplevt detta än bland de yngsta.

Detta kan bero på en enkel kumuleringseffekt, där de som har ett långt arbetsliv bakom sig har haft ”tid” att uppleva fler sådana episoder än de yngre intervjupersonerna. Det kan även tolkas som att diskriminering i form av uppsägningar och så vidare först och främst ägde rum tidigare och att det är händelser som ligger långt tillbaka i tiden som rapporteras. En tredje förklaring kan vara att äldre erfarna arbetstagare lättare uppfattar den särbehandling som de blev utsatta för i sin ungdom som trakassering. Dessa tendenser stämmer väl överens med siffrorna från den svenska undersökningen från mitten av 1980-talet (77).

När det gäller den vanligaste formen av negativ särbehandling på arbetsplatsen – som baktaleri, utfrysning, trakassering och mobbning – är det de unga homo- och bisexuella som uppger att de är mest utsatta. NOVA:s uppgifter visar vidare – inte speciellt överraskande – att öppenhet om sexuell läggning på arbetsplatsen är en nödvändig förutsättning för att uppleva diskriminering som homo- eller bisexuell. På samma sätt som den svenska undersökningen av levnadsvillkor från 1984 (77) påvisar NOVA:s uppgifter att det att dölja sin läggning på jobbet hindrar diskriminering och mobbning. Priset man får betala är emellertid en ständig rädsla för att kollegerna likväl ska få reda på det och för att de andra talar bakom ens rygg. Att denna rädsla är reell antyds av att även några av dem som döljer sin läggning uppger att de har blivit ofredade på grund av sexuell läggning på arbetsplatsen.

NOVA:s uppgifter påvisar dessutom en rad andra negativa konsekvenser av att dölja sin sexuella läggning. Nya statistiska körningar som har utförts före detta utlåtande dokumenterar homosexuella som döljer sin läggning. De rapporterar om dålig psykisk hälsa och om fler ångest- och depressions-symtom än dem som är öppna om sin egen sexuella läggning. Detta trots att de är mindre utsatta för trakassering och diskriminering än dem som väljer att leva öppet.

Tabell 1. Jämförelse av förekomst av psykiska problem under de senaste 14 dagarna, efter kön och öppenhet på arbetsplatsen. Andel ganska/väldigt besvärade (procent).

Kvinnor	Alla	Alla/de flesta vet det	Några få vet det	Ingen vet det	Vet inte
Huvudvärk	11	10	8	26	12
Nervositet, inre oro	11	9	13	20	14
Plötslig rädsla utan anledning	3	3	3	9	2
Anspänd, uppjagad	12	10	15	17	10
Brist på energi, allt går långsammare än vanligt	14	12	16	20	26
Sömnpromblem	10	7	12	15	10
Känsla av hopplöshet med tanke på framtiden	8	5	12	16	12
Känsla av ensamhet	8	5	11	16	16
Nedtryckt, tungsint	9	7	12	16	8
Mycket bekymrad eller orolig	11	9	14	16	14
Känsla av att vara onyttig	4	3	6	9	2
Förlust av sexuell(t) lust och intresse	7	8	4	10	2
Bastal (N)	1 062	669	267	75	51

Saknas: de som inte har arbete eller går i skolan.

Män	Alla	Alla/de flesta vet det	Några få vet det	Ingen vet det	Vet inte
Känsla av hopplöshet med tanke på framtiden	11	9	12	14	11
Känsla av ensamhet	14	11	15	27	12
Bastal (N)	1 762	1 057	414	151	140

Saknas: de som inte har arbete eller går i skolan. Källa: NOVA-undersökningen 1999 (28)

Det är värt att påpeka att den andel som upplevt diskriminering har gått ned betydligt, trots att långt fler homosexuella kvinnor och män är öppna gentemot arbetskolleger i dag jämfört med i slutet av 1970-talet. Att andelen helt öppna är såpass stor, samtidigt som en relativt liten andel berättar att de har blivit utsatta för diskriminering på jobbet, tyder på att situationen för homo- och bisexuella på arbetsplatsen är bättre i dag än för två årtionden sedan. Bland annat har inbegripandet av homosexuella kvinnor och män i arbetsmiljö- och antidiskrimineringslagar från och med slutet av 1970-talet (se under avsnittet "Diskrimineringens grundval – lagstiftning och attityder") – även om dessa i dag inte ger homosexuella fullvärdigt skydd på samma nivå som heterosexuella – gett homosexuella arbetstagare allmänt bättre institutionellt stöd och ramvillkor. När det gäller de allvarligaste formerna av diskriminering tycks omfattningen inte ha förändrats mycket sedan 1978. I slutet av 1990-talet var det en lika stor andel som 20 år tidigare – 3 procent – som uppgav att de hade blivit tvungna att sluta på jobbet.

Den svenska arbetslivsundersökningen från 2004

I Sverige har det sedan 1980-talet genomförts fyra studier som behandlar homo- och bisexuellas livssituation i arbetslivet. Redan omnämnda är den svenska offentliga utredningen från 1984, som ger en bred beskrivning av homosexuellas livssituation i allmänhet (77), och den offentliga utredningen från 1997, som fokuserade speciellt på homo- och bisexuellas livssituation i arbetslivet (39).

Den största och mest omfattande studien av diskriminering på grund av sexuell läggning som har genomförts i Sverige är Arbetslivsinstitutets (ALI) *representativa* befolkningsundersökning från 2004 (36, 37). Närmare 11 000 personer (plus drygt 3 000 personer från ett urval av organisationsanknutna homo- och bisexuella) svarade på Arbetslivsinstitutets frågeformulär om villkoren i det svenska arbetslivet för homo- och bisexuella. Ett huvudrön är, som i NOVA:s undersökning, att den vanligaste formen av diskriminering eller trakassering på svenska arbetsplatser är nedvärdering och förlöjligande av homosexuella. Nästan 30 procent av de homo- och bisexuella menade att denna form av diskriminering förekom på deras arbetsplats. Mellan 8 och 10 procent av de homo- eller bisexuella sade att de själva blev eller hade blivit utsatta för direkt diskriminering av chefer, arbetskamrater eller andra som de mötte genom sitt arbete. På samma sätt som i NOVA:s uppgifter brister överensstämmelsen mellan homosexuella och befolkningen i övrigt när det gäller uppfattningen av hur omfattande diskrimineringen på grund av sexuell läggning är på arbetsplatsen. Heterosexuella kvinnor och män upplever diskriminering av personer utanför den heterosexuella populationen som ett långt mindre problem än vad homosexuella gör.

I Arbetslivsinstitutets *representativa* studie svarade hälften av de homosexuella att de upplevde att arbetskollagererna hade fördomar mot homosexualitet. Bara en tredjedel av de heterosexuella menade att deras arbetskollager hade negativa attityder gentemot kvinnor och män som älskar personer av samma kön. På frågan om huruvida homosexuella kunde bli förlöjligade och trakasserade på arbetsplatsen svarade en av fyra kvinnor och män som älskar personer av samma kön bekräftande medan bara en av tio heterosexuella gjorde detsamma. Att så få heterosexuella uppfattar det som att homosexuella blir utsatta för negativ behandling på arbetsplatsen kan enligt Arbetslivsinstitutet bero på bristande insikt och kunskap. Närmare nio av tio heterosexuella som uppgav att det inte förekom diskriminering av homosexuella på deras arbetsplats svarade samtidigt att de hade kolleger med negativa attityder till samkönssälskande kvinnor och män. Detta antyder att heterosexuella inte ”ser” de mindre uttalade formerna av diskriminering eller att de inte upplever trakasseringen och mobbningen av homosexuella som något problem. I Arbetslivsinstitutets *representativa* undersökning varierar socialt umgänge med arbetskollager inte med sexuell läggning.

Karlstadsrapporten: homosexuellas villkor i arbetslivet

Arbetslivsinstitutets *representativa* befolkningsundersökning från 2004 utfördes i kombination med en större kvalitativ studie på 172 sidor (86). Med utgångspunkt i 15 kvalitativa intervjuer och samtal i fyra fokusgrupper önskade man identifiera problemställningar till ett senare forskningsprojekt. I vilka situationer och på vilka sätt aktualiseras frågor om sexuell läggning i arbetslivet? Man önskade vidare identifiera vilka mekanismer som reproducerar respektive modifierar eller förändrar den antagna heterosexuella ”normering” som präglar arbetslivet som institution. Av den kvalitativa analysen dras slutsatsen att homosexuella, trots att en positiv attitydförändring har ägt rum, upplever fler problematiska situationer på jobbet än heterosexuella. En andra slutsats är att homosexuella, trots stora sektorsvariationer, konfronteras med gemensamma svårigheter och problem som måste bemästras – det handlar om öppenhets- och utestängningsproblematik. En tredje slutsats är att könsperspektivet är viktigt när man ska förklara skillnader i öppenhet och erfarenheter av diskriminering i arbetslivet. Villkoren för homosexuella i arbetslivet varierar vidare med om verksamheten är karriärstrukturerad eller inte och om den är mans- eller kvinnodominerad.

Rapporten *Fackmedlemmars uppfattningar om diskriminering på grund av sexuell läggning på arbetsplatsen* (36) antyder att homosexuellas situation inom polis och försvar är mycket bättre än

man tror. Karlstadsrapporten inskränker denna beskrivning genom att antyda att toleransen mot kvinnliga homosexuella är mycket större än mot manliga homosexuella inom försvarsmakten och polisen. Som i Arbetslivsinstitutets representativa studie dras i den kvalitativa Karlstadsrapporten slutsatsen att barn- och äldreomsorgen utmärker sig som särskilt problematiska sektorer i svenskt arbetsliv.

Finska homo- och transsexuella arbetstagares livssituation och hälsa

I antologin "*Straight people don't tell, do they...?*": *Negotiating the boundaries of sexuality and gender at work* från 2004 undersöks finska homo- och transsexuella arbetstagares livssituation och hälsa (87).⁴⁵ Undersökningen bygger på svar från drygt 700 kvinnor och män. Hälften av intervjupersonerna döljer sin sexuella läggning på jobbet. Det påvisas även ett samband mellan det att hemlighålla sin sexuella läggning och hälsan. Bland de homosexuella som döljer sin läggning är det en större andel som har psykiska problem. Homosexuella som döljer sin läggning rapporterar också om ett större antal sjukdagar än homosexuella arbetstagare i allmänhet. Men i rapporten dras slutsatsen att det att dölja sin läggning även kan ha sina positiva sidor och att denna bemästringsteknik i vissa fall är ett tecken på social skicklighet. Hälften av intervjupersonerna berättar att deras arbetskolleger har talat om homosexualitet på ett sätt som de finner obehagligt. Tolv procent uppger att de har blivit direkt mobbade på grund av sin sexuella läggning.

NOVA-undersökningen 1999 – diskriminering på arbetsplatser och hälsa

Uppgifter från NOVA påvisar ett samband mellan diskriminering av homosexuella arbetstagare och deras självmordsbeteende samt psykiska och kroppsliga hälsa.⁴⁶ Det har även påvisats samband mellan det att bli utsatt för våld eller hot och hälsoproblem. Huvudslutsatsen i NOVA:s rapport är att *de flesta* homosexuella rapporterar om en ypperlig hälsa och livskvalitet. Exempelvis svarar grovt räknat 3 procent av deltagarna i NOVA:s undersökning att de har haft tankar på att ta sitt eget liv under de senaste 14 dagarna (28, 88). Det vill säga att hela 97 procent av deltagarna svarade att de *inte* har haft självmordstankar. Att homosexuella är överrepresenterade med hänsyn till självmordstankar kommer emellertid tydligt fram när vi jämför dem med befolkningen i allmänhet: bara 0,5 procent av dessa svarar att de har haft självmordstankar de senaste 14 dagarna. Det vill säga att den andel bland homosexuella som har tankar på att ta sitt eget liv är 6–7 gånger större än andelen av befolkningen i allmänhet.

Vidare framgår att det finns tydliga snedfördelningar av hälsoproblem inom den icke heterosexuella populationen. De flesta homosexuella kvinnor och män är väldigt duktiga på att hantera sina liv som medlemmar av en befolkningsminoritet. Några får emellertid inte till sina icke heterosexuella liv. Sådana problem har en tendens att lyftas fram inte bara i det norska majoritetssamhället, utan även inom de homosexuella miljöerna. Uppgifter från NOVA antyder att det att tillhöra en sexuell minoritet utsätter homo- och bisexuella arbetstagare för livserfarenheter och psykisk stress som kan få negativa följder för den psykiska och kroppsliga hälsan. I NOVA:s undersökning tillfrågades homo- och bisexuella om hur de på det hela taget bedömde sin egen hälsa. Tabell 4 visar hur den självskattade hälsan bland homosexuella varierar med huruvida man har blivit utsatt för diskriminering på arbetsplatsen eller inte.

⁴⁵ Antologin *Sexual and Gender Minorities at Work* från 2002 utgör ett tidigare bidrag i detta projekt (80).

⁴⁶ Denna framställning baserar sig på rapporten *Lesbiske og homofile arbeidstakere – en pilotundersøkelse* (74). Dessa körningar finns inte i NOVA-rapporten från 1999 (28).

Tabell 2. Självskattad hälsa (mycket god, god), efter kön och diskriminering på arbetsplatsen. (procent). De som inte har arbete eller går i skolan finns inte med i urvalet.

	Alla	Har inte blivit diskriminerad på arbetsplatsen	Har blivit diskriminerad på arbetsplatsen
Kvinnor	(87) 71 (1 080)	75	58
Män	(88) 75 (1 771)	78	68

Källa: NOVA-undersökningen 1999 (28). Siffrorna inom parentes är hämtade från *Helseundersøkelsen 1995*, Statistisk sentralbyrå i Oslo.

De flesta homosexuella arbetstagare bedömer sin egen hälsa som god eller mycket god. Emellertid framgår av tabellen att homosexuella kvinnor har något sämre självskattad hälsa än homosexuella män och att homosexuella sammantaget har sämre självskattad hälsa än den kvinnliga och manliga befolkningen i allmänhet. Bland de sistnämnda svarar i runda tal nio av tio att de har god eller mycket god hälsa (siffrorna inom parentes). Vidare framgår att det finns ett starkt samband mellan det att ha upplevt diskriminering på arbetsplatsen och den självskattade hälsan. Knappt sex av tio kvinnor och sju av tio män som har upplevt diskriminering på arbetsplatsen på grund av sexuell läggning uppger att de har god eller mycket god hälsa, mot närmare åtta av tio bland homosexuella som uppger att de aldrig har blivit diskriminerade på jobbet.

Förklaringarna till att sambandet mellan det att bli utsatt för diskriminering och självskattad hälsa är starkare bland kvinnor än bland män kan vara många. Möjligen är det så att homosexuella kvinnor som blir utsatta för diskriminering faktiskt får större hälsoproblem än män. Det kan också vara så att homosexuella män är duktigare på att hantera trakassering och minoritetsstress som kan följa i kölvattnet av att leva utanför den heterosexuella populationen. En alternativ förklaring kan vara att kvinnor som får hälsoproblem i kölvattnet av att de blir diskriminerade på arbetsplatsen är duktigare på att erkänna och förhålla sig aktivt till sådana problem än män. Det kan vara så att homosexuella män i högre grad underrapporterar hälsobesvär än homosexuella kvinnor. Även när det gäller självmordstankar ser vi ett tydligt samband mellan det att vara utsatt för diskriminering på arbetsplatsen och snedfördelning av självmordsbeteende.

Tabell 3. Självmordstankar, efter kön och diskriminering på arbetsplatsen (procent). De som inte har arbete eller går i skolan finns inte med i urvalet.

	Alla	Har inte blivit diskriminerad på arbetsplatsen	Har blivit diskriminerad på arbetsplatsen
Kvinnor	(0,5) 3,3 (N=1 071)	3	6
Män	(0,4) 3,4 (N=1 758)	2	7

Källa: NOVA-undersökningen 1999 (28). Siffrorna inom parentes är hämtade från *Helseundersøkelsen 1995*, Statistisk sentralbyrå i Oslo.

Av tabell 3 framgår att de flesta homosexuella som har blivit utsatta för diskriminering på arbetsplatsen inte har självmordstankar. Den andel som har sådana problem är emellertid dubbelt så stor bland de kvinnor och tre gånger så stor bland de män som har blivit diskriminerade än bland dem som uppger att de aldrig har upplevt någon form av negativ särbehandling på jobbet. De flesta som har tankar på att ta sitt eget liv – även bland homo- och bisexuella arbetstagare – har inte för avsikt att avsluta livet. Självmordstankar är emellertid en indikation på att människor har det kämpigt och en viktig riskfaktor när det gäller självmordsförsök. Kan det vara så att den andel som har försökt ta sitt eget liv är högre bland homosexuella som har blivit utsatta för diskriminering på arbetsplatsen, eftersom dessa uppger att de oftare har självmordstankar än homosexuella i allmänhet?

Tabell 4. Självordsförsök, efter kön och diskriminering på arbetsplatsen (procent). De som inte har arbete eller går i skolan finns inte med i urvalet.

	Alla	Har inte blivit diskriminerad på arbetsplatsen	Har blivit diskriminerad på arbetsplatsen
Kvinnor	20 (1 080)	17	31
Män	16 (1 770)	13	26

Källa: NOVA-undersökningen 1999 (28).

Tabell 4 visar att det finns ett tydligt samband mellan diskriminering och självmordsbeteende bland kvinnor och män utanför den heterosexuella populationen. Hela 31 procent av de kvinnor och 26 procent av de män som har upplevt någon form av negativ särbehandling på jobbet säger att de har försökt ta sitt eget liv. När man kontrollerar om diskriminering har förekommit på arbetsplatsen försvinner några av skillnaderna i självmordsbeteende mellan den icke heterosexuella populationen och den heterosexuella majoritetsbefolkningen. Bland män som inte har blivit utsatta för diskriminering är självmordsförsöken nästan i nivå med den manliga befolkningen i allmänhet (här finns inga direkt jämförbara siffror, men den andel som har försökt ta sitt eget liv ligger någonstans mellan 9 och 11 procent). I konventionell självmordsforskning räknas svaga sociala nätverk, vid sidan av svåra psykiska problem och högfrekvent alkoholbruk, som en viktig utlösande faktor vid självmord och självmordsförsök. Inom samhällsvetenskaplig forskning är sociala förhållanden som försvagad social tillhörighet och avbrott eller störningar i vanliga sociala relationer – exempelvis vid dödsfall, skilsmässa och jobbförlust – ofta nämnda riskfaktorer.

Bland den icke heterosexuella populationen tycks självmordstankarna kretsa kring livserfarenheter som är specifika för den gruppen. Vid sidan av skam- och identitetsproblematik ligger det nära till hands att förklara självmordstankar och självmordsförsök bland homosexuella med att de i högre grad än befolkningen i allmänhet utsätts för negativa händelser och konkreta kränkningar. Det finns i dag inga representativa befolkningsbaserade undersökningar som har fokuserat på vilken betydelse diskriminering på arbetsplatsen kan ha för självmordsbeteende bland vuxna homosexuella. Självordsstudier som behandlar den icke heterosexuella populationen fokuserar ofta *ensidigt* på ungdomar och unga vuxna samt på diskriminering inom ramen för ”ungdomsinstitutioner”, som familjen och skolan.

I flera representativa undersökningar från utlandet har det emellertid påvisats att det bland homosexuella finns ett tydligt samband mellan självmordsbeteende och det att ha blivit hotad och trakasserad. Bland homosexuella kvinnor är sambandet ofta indirekt, i betydelsen att det bland kvinnor med hög alkoholkonsumtion har påvisats ett samband mellan självmordsbeteende och det att utsättas för fysiska och verbala övergrepp *på grund* av sin sexuella läggning (25, 26, 35). Ett viktigt rön är att unga homosexuella kvinnor, jämfört med befolkningen i allmänhet, tycks vara mer utsatta för våld och trakasserier än unga homosexuella män. NOVA:s uppgifter ger anledning att rekommendera att man vid studier av självmordsbeteende bland homosexuella utvidgar perspektivet till att även gälla vuxna kvinnor och män och speciellt diskriminering i arbetslivet. Tabell 5 visar korrelationer mellan vålds- och hot om våldsepisoder och tolv ångest- och depressionsmått bland homosexuella kvinnor och män.

Tabell 5. Jämförelse av förekomst av psykiska problem bland homosexuella kvinnor och män under de senaste 14 dagarna, samt utsatthet för våld och hot under det senaste året. Andel ganska/väldigt besvärade (procent).

Kvinnor	Alla	Har inte varit utsatt	Har upplevt våld/hot
Huvudvärk	11(13)	10	30
Nervositet, inre oro	12(5)	11	25
Plötslig rädsla utan anledning	4(1)	3	12
Anspänd, uppjagad	13(5)	12	26
Brist på energi, allt går långsammare än vanligt	15(7)	14	28
Sömnpromblem	10(6)	9	26
Känsla av hopplöshet med tanke på framtiden	9(5)	8	19
Känsla av ensamhet	8(4)	7	21
Nedtryckt, tungsint	10(4)	9	25
Mycket bekymrad eller orolig	12(6)	11	24
Känsla av att vara onyttig	6(3)	5	11
Förlust av sexuell(t) lust och intresse	8(7)	7	10
Bastal (N)	1 107	1 011	96

Män	Alla	Har inte varit utsatt	Har upplevt våld/hot
Huvudvärk	8(6)	7	13
Nervositet, inre oro	13(4)	12	21
Plötslig rädsla utan anledning	4 (1)	3	8
Anspänd, uppjagad	14(3)	12	26
Brist på energi, allt går långsammare än vanligt	13(4)	12	19
Sömnpromblem	12(4)	10	17
Känsla av hopplöshet med tanke på framtiden	11(3)	10	21
Känsla av ensamhet	14(2)	12	26
Nedtryckt, tungsint	11(3)	9	19
Mycket bekymrad eller orolig	12(3)	10	20
Känsla av att vara onyttig	5(2)	4	11
Förlust av sexuell(t) lust och intresse	6(3)	5	9
Bastal (N)	1 799	1 554	245

Källa: NOVA-undersökningen 1999 (28). Siffrorna inom parentes är hämtade från *Helseundersøkelsen 1995*, Statistisk sentralbyrå i Oslo.

Bilaga 5. Anders Printz

Omfattning av uppdraget

Undertecknad har Folkhälsoinstitutets uppdrag att genomföra en kunskapsanalys som bland annat ska bestå av en granskning av kunskapsbehovet på området, problematisering kring mätmetoder samt en diskussion om behovet av lämpliga studier som bör genomföras på området.

Analysen berör sambandet mellan hälsa och diskriminering när det gäller personer med funktionshinder. Huvuddelen av de aspekter som tas upp i utlåtandet är specifika just för diskrimineringsgrunden funktionshinder. Andra kan vara relevanta även för övriga diskrimineringsgrunder. Den forskning som ligger till grund för utlåtandet är främst skandinaviska arbeten om levnadsförhållanden för personer med funktionshinder.

Rubrikerna följer i huvudsak de frågeställningar som framgår av uppdraget⁴⁷. Inledningsvis lämnas emellertid några allmänna synpunkter som rör avgränsningen av gruppen *personer med funktionshinder* i Folkhälsoinstitutets projekt.

Begreppet funktionsnedsättning och funktionshinder

Funktionshinder är en diskrimineringsgrund som HO definierar som ”varaktiga fysiska, psykiska och begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom som fanns vid födseln, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå”.

Formuleringen är allmänt hållen och begreppet *personer med funktionshinder* måste ytterligare definieras och avgränsas för att bli användbart i studier som rör sambandet mellan diskriminering och hälsa. Hur man definierar och avgränsar gruppen avgör nämligen i hög grad vilka resultat man får. Generellt kan sägas att smala avgränsningar ofta visar stora skillnader i välfärd mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen, medan bredare avgränsningar ger mindre sådana skillnader.

WHO har utvecklat en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Syftet är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd (40). ICF kan komma att användas som stöd när gruppen personer med funktionshinder ska avgränsas i studier av deras hälsa och levnadsvillkor. Erfarenheterna av detta är emellertid hittills mycket få.⁴⁸ Enligt min uppfattning har emellertid ICF en utvecklingspotential som bör beaktas i FHI:s projekt.

ICF är indelad i två delar: dels en för kroppens funktioner och strukturer, samt för den enskildes möjlighet till aktiviteter och delaktighet, dels en för omgivningsfaktorer och personfaktorer. Personfaktorer klassificeras dock inte.

Med kroppsfunktioner menas fysiska och psykiska funktioner som till exempel synskärpa eller orientering i tid och rum och med kroppsstrukturer menas kroppens anatomiska delar som organ, lemmar och deras komponenter. Aktiviteter är en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet är personens engagemang i en viss livssituation. Aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning beskriver svårigheter på dessa respektive områden. Med omgivningsfaktorer avses all yttre påverkan som till exempel tillgänglighet och hjälpmedel.

De tre komponenterna 1) kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, 2) aktiviteter och delaktighet samt 3) omgivningsfaktorer har samtliga en förteckning kallad domän kopplad till sig. I domänen redovisas ett antal huvudområden som till exempel *psykiska funktioner* under komponenten kropps-

⁴⁷ För frågeställningar se kapitel 4, ”Expertgrupp för diskriminering och hälsa”.

⁴⁸ Se dock Loeb och Eides artikel (89).

funktioner och kroppsstrukturer, eller *samhällsgemenskap, socialt och medborgligt liv* under komponenten aktiviteter och delaktighet. Under varje domän finns ett antal kategorier med olika koder, till exempel *medvetande eller orientering* under domänen psykiska funktioner.

Som ett samlat begrepp för en persons kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet används termen funktionsstillstånd. På motsvarande sätt är funktionshinder ett samlingsbegrepp för avvikelser, hinder och begränsningar på samtliga dessa områden.

ICF bygger på en kombination av en medicinsk och social modell för att förklara mänskliga funktionsstillstånd och funktionshinder (90). Med det menas att man ser funktionshinder både som ett kroppsligt och individuellt problem hos den enskilde och som ett socialt och politiskt problem. Klassifikationen beskriver därför, som framgått ovan, både kroppsliga funktioner och strukturer, möjligheter till aktiviteter och delaktighet samt omgivande faktorer som kan påverka dessa båda områden.

Genom den begreppsapparat som återfinns i ICF får begreppet funktionshinder snarast betecknas som ett relativt begrepp som kan avse såväl nedsatta kroppsfunktioner, delaktighetsinskränkningar som omgivningsfaktorer. Detta innebär också att *personer med funktionshinder* inte kan vara en urvalsgrupp vars förhållanden är statistiskt mätbara eftersom det beror på individuella och föränderliga förhållanden vem som tillhör urvalsgruppen (91).

I litteraturen har därför anförts att specifika *funktionsnedsättningar* är bättre lämpade att använda som urvalskriterier i studier om funktionshindrade personers levnadsförhållanden, än frågor till respondenten huruvida han eller hon anser sig ha ett funktionshinder eller inte (92). Nedan används dock även fortsättningsvis begreppet funktionshinder eftersom detta är det vanliga i diskriminerings-sammanhang.

Enligt min uppfattning kan det vara ett möjligt tillvägagångssätt, när personer med funktionshinder ska identifieras i studier om sambandet mellan diskriminering och hälsa, att ställa frågor om funktionsstillstånd med utgångspunkt från ICF:s begreppsapparat. Detta förutsätter emellertid att vissa funktionsstillstånd utesluts och att begreppsapparaten bearbetas på ett sätt så att den blir möjlig att använda i intervjustudier. Sådana försök kan komma att ingå i Socialstyrelsens arbete med att mäta levnadsförhållanden för personer med funktionshinder.

Vilka samband mellan diskriminering och hälsa går att fastställa?

Merparten av de studier som beskriver levnadsförhållanden för personer med funktionshinder ägnar en mycket liten del åt vad som orsakar den ojämlikhet som studierna visar i levnadsvillkor mellan personer med funktionshinder och övriga medborgare. Förekomsten av diskriminering har därför undersökts endast i liten omfattning. Det innebär också att kunskap om kopplingen mellan diskriminering och hälsa när det gäller personer med funktionshinder i hög grad saknas, åtminstone i skandinavisk forskning.

Det finns emellertid några få studier som belyser förekomsten av diskriminering och en del uppgifter om hur personer med funktionshinder upplever sin hälsa. Dessa redovisas nedan under särskilda rubriker. Inledningsvis redovisas några exempel på pågående eller publicerade studier vars syfte tycks vara att beskriva just samband mellan diskriminering och hälsa, främst i bemärkelsen självkänsla och självuppfattning.

I Folkhälsoinstitutets underlag presenteras en artikel som undersökt funktionshindrade människors acceptans av sitt eget funktionshinder vilket i tidigare studier, enligt artikeln, visat sig ha betydelse till exempel för självförtroendet och uppfattningen av den egna livssituationen (41). Studien visar ett samband mellan upplevd diskriminering och bristande acceptans av det egna funktionshindret. En senare artikel av samma forskare visar också ett tydligt samband mellan upplevd diskriminering, bristande acceptans av det egna funktionshindret och, indirekt, missbruk av illegala droger (42). I avsnitt 6 diskuteras självuppfattning och andra psykologiska aspekter som indikatorer på hälsa.

Särskilt i anglosaxiska länder, men även på senare år i Sverige, har det forskats kring stigmatisering av människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Med stigmatisering menas att en viss grupp kategoriseras eller stämpas utifrån negativa egenskaper. Detta kan i sin tur leda till att man diskrimineras det vill säga att man ägnas mindre intresse, ges mindre resurser och så vidare. Det är intressant att notera att internationell stigmaforskning visar på ett samband mellan upplevd stigmatisering och antal psykiatriska symtom och vårdbehov.

I samband med Socialstyrelsens uppföljning av insatsen personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder gjordes en studie av universitetslektor Tommy Björkman där 92 personer intervjuades. Cirka hälften av dessa uppgav att de i olika sammanhang inte behandlats rättvist, lika många att andra undvikit dem på grund av deras psykiska funktionshinder och cirka 15 procent uppgav att andra kände sig besvärade i deras närvaro. Starkast var dessa känslor hos dem som fått mest psykiatriska vårdinsatser. (43)

Björkman genomför just nu ytterligare två studier. En är en tvärsnittsstudie som undersöker i vilken utsträckning psykiskt störda upplever stigma och diskriminerande beteende från omgivningen samt hur detta hanteras av dem som drabbas. Den andra är en randomiserad kontrollerad studie som ingår i en europeisk multicenterstudie för att pröva effektiviteten i en psykosocial intervention som avser att främja patienternas delaktighet, bemäktigande, *empowerment* och autonomi. I en förstudie har intressanta preliminära resultat framkommit som visar att upplevelsen av makt över den egna livssituationen är negativt associerad till en högre grad av nedvärderande och diskriminerande attityder. Resultatet visar också att egna erfarenheter av bemötande av diskriminerande karaktär upplevs i högre grad av dem som varit inlagda flest gånger i psykiatrisk slutenvård.

Funktionshindrades hälsa jämfört med övriga befolkningen

Av SCB:s ULF-undersökningar kan man utläsa att personer med funktionshinder i allmänhet bedömer det egna hälsotillståndet sämre än jämnårigas (93). Gruppen besöker läkare i dubbelt så stor utsträckning som övriga befolkningen. Men personer med funktionshinder avstår också oftare från att uppsöka sjukvården även när behov finns. Det senare kan bero på ekonomiska svårigheter och på att merkostnader för funktionshinder inte kompenseras fullt ut. Det psykiska välbefinnandet är också väsentligt lägre hos vissa funktionshindergrupper än hos befolkningen i övrigt. Det gäller förstås personer med psykiska besvär men också människor med mag- och tarmsjukdomar och människor med rörelsehinder.

I den analys av välfärden hos personer med funktionshinder som bygger på SCB:s undersökningar som gjordes av kommittén för välfärdsbokslut drogs liknande slutsatser (94). Genomgående fann kommittén att samtliga grupper av funktionshindrade hade sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Personer med rörelsehinder och nedsatt rörlighet i armar och händer hade de högsta ohälsoriskerna när kommittén studerade långvariga sjukdomar, självskattad ohälsa och värk. Även när det gällde ångslan, oro och ångest är riskerna hos dessa grupper nästan fördubblad jämfört med befolkningen i stort.

I Magnus Tidemans studier av levnadsförhållanden för personer med utvecklingsstörning framkommer att vuxna utvecklingsstörda nyttjar sjukvården i ungefär samma utsträckning som totalbefolkningen men att nästan hälften medicinerar för att kunna sova, vilket 1995 kunde jämföras med cirka 8 procent av totalbefolkningen. Intressant i Tidemans studie är att i en jämförelse mellan före och efter kommunaliseringen av omsorgen tycks fler personer med utvecklingsstörning visa tecken på sämre psykiskt välbefinnande eftersom fler känner trötthet och uppger att de har svårt att sova. Tideman understryker dock att psykiskt välbefinnande hos den aktuella gruppen är svårsmärktbar.

Diskriminering på arbetsmarknaden

De uppgifter om diskriminering av personer med funktionshinder som finns gäller främst arbetsmarknaden. Några av dessa uppgifter bör redovisas i detta sammanhang.

Generellt kan konstateras att personer med funktionshinder är ute på arbetsmarknaden i väsentligt lägre grad än befolkningen i övrigt men också att det är stora skillnader mellan olika grupper av funktionshinder (95). I grupperna personer med rörelsehinder och personer med psykiska besvär förvärvsarbetar drygt 40 procent, och i gruppen personer med nedsatt hörsel förvärvsarbetar nästan 80 procent vilket ungefär motsvarar vad som gäller för befolkningen i övrigt.

Socialstyrelsen genomförde 1992 en studie av levnadsförhållanden för 1200 unga personer som hade förtidspension (96). Över en tredjedel av de intervjuade angav att de skulle vilja arbeta om de erbjöds ett lämpligt arbete. Skälen till att de inte förvärvsarbetade uppgav de var bristande hälsa, brist på lämpligt arbetstillfälle på orten, samt arbetsgivares ovilja att anställa personer med funktionshinder och otillräcklig utbildning. Att diskriminering är en av flera orsaker till att personer med funktionshinder har bristande förankring på arbetsmarknader stämmer även överens med resultatet av andra studier, till exempel den SCB-rapport (95) som det hänvisas till i Folkhälsoinstitutets delrapport 1.⁴⁹ Handikappombudsmannen har också de senaste åren noterat en ökning av antalet anmälda diskrimineringsfall inom arbetslivet. Uppgifter om kopplingen mellan diskriminering i arbetslivet och hälsa finns däremot inte.

Diskriminering och tillgänglighet

Bristande tillgänglighet kan vara att betrakta som indirekt diskriminering och bör därför nämnas i detta sammanhang. I en studie som gjorts av RFV och som innehåller intervjuer med personer som är beviljade assistansersättning, handikappersättning och/eller bilstöd uppgav många av de tillfrågade att samhället fortfarande brister när det gäller tillgänglighet och att detta hindrade dem att leva som andra (97). Rapportförfattarna drar slutsatsen att varken målet om jämlikhet i levnadsvillkor eller målet om fullt deltagande i samhällslivet är uppnått och att den bristande tillgängligheten försvårar för personer med funktionshinder att studera, arbeta och ägna sig åt sina fritidsintressen.

Att samhället brister i tillgänglighet överensstämmer också med andra uppgifter. I Sverige finns 130 000 rullstolsanvändare. Av hela befolkningen bor 80 procent i bostäder som inte är tillgängliga för rullstolsburna. Hela 60 procent av dem med svåra rörelsehinder bor i otillgängliga bostäder. Människor med rörelsehinder är på olika sätt förhindrade att besöka vänner, handla i affärer, arbeta eller studera på samma villkor som andra. Även statsförvaltningens tillgänglighet brister. Enligt en undersökning som gjordes av Handikappombudsmannen 2003 är det ofta svårt för personer med funktionshinder att kommunicera med myndigheterna och att ta del av information. En fjärdedel av de statliga myndigheterna har lokaler som är otillgängliga för människor med rörelsehinder (98).

Slutsatser

Ett fåtal studier finns som har undersökt sambandet mellan bemötande, diskriminering och självuppfattning/självkänsla/hälsa. Dessa visar på ett samband mellan diskriminering och bristande självkänsla/självuppfattning.

Av framställningen ovan kan man också konstatera att diskriminering förekommer till exempel på arbetsmarknaden och att bristande tillgänglighet i många fall utgör ett hinder för personer med funktionshinder att leva som andra. Att personer med funktionshinder har väsentligt sämre hälsa än

49 Anders Printz refererar till delrapport 1 som överlämnades till expertgruppen 2005-04-15 och som till stor del överensstämmer med *kapitel 1-3*. Redovisningen av SCB rapporten (95) är inte medtagen i föreliggande rapport.

befolkningen i övrigt står också klart. Därför kan man möjligtvis anta att det finns ett samband mellan den konstaterade diskrimineringen och den utbredda ohälsan hos personer med funktionshinder, men att detta behöver konkretiseras och undersökas närmare.

Vilka är kunskapsluckorna?

Som konstaterats i föregående avsnitt har de studier som gjorts av livssituationen för personer med funktionshinder, där ohälsa ingår, i mycket liten grad undersökt orsaken till de stora skillnader i välfärd som finns mellan personer med funktionshinder och befolkningen i stort, men också mellan olika funktionshindergrupper.

Som jag ser det behövs därför en bred kunskap om vilka processer i samhället som skapar skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Diskriminering ska undersökas som en av flera möjliga orsaker till dessa skillnader. Särskilt intressant är det om man kan urskilja om diskriminering drabbar vissa grupper av funktionshindrade mer än andra, om den kan kopplas till ekonomiska och sociala skillnader mellan olika grupper, samt om man kan få ökad kunskap om vilka hälsovariabler den främst påverkar.

I den nordiska handikappforskningen har diskriminering studerats i mycket liten utsträckning. I stället är det andra begrepp som utgjort den teoretiska utgångspunkten när livssituationen för människor med funktionshinder har undersökts, till exempel normalisering och exkludering/inkludering.

För att man ska kunna gå vidare och öka kunskapen om diskriminering och dess samband med hälsan behöver begreppet diskriminering närmare avgränsas och definieras. Ökad kunskap behövs om i vilka situationer diskriminering sker, vad den består av och hur begrepp förhåller sig till till exempel bristande bemötande eller bristande delaktighet. Det behöver också klargöras om bristande tillgänglighet är ett exempel på diskriminering, i vilka situationer och på vilket sätt.

Redan i bemötandeutredningen påpekades att det saknades djupare kunskap om till exempel samhällets struktur i relation till funktionshinder eller i vilken mån människors upplevelser av dåligt bemötande har strukturell grund (99). Utredningen menade också att det sällan sker forskning utifrån den funktionshindrade personens eget perspektiv och så gått som aldrig med utgångspunkt i medborgarskap och mänskliga rättigheter. Dessa förhållanden kvarstår i hög grad sex år efter bemötandeutredningens slutbetänkande. Däremot har initiativ tagits för förändring, bland annat genom att riksdagen genom den nationella handlingsplanen för handikappolitiken avsatt medel för ett handikappolitiskt forskningsprogram – Forskningsrådet för arbetsliv och samhälle (FAS).

För att funktionshindrade människors eget perspektiv i forskningen ska stärkas kan det finnas skäl att understryka vikten av att utvecklingsarbete på handikappområdet sker i samråd med handikapporganisationerna. Samrådet kan till exempel gälla vilka metoder som ska användas för att man ska kunna mäta samband mellan diskriminering och hälsa eller vilka indikatorer som är viktigast.

Sammanfattningsvis behövs ökad kunskap om:

- Hur begreppet *personer med funktionshinder* ska avgränsas och definieras för att en heltäckande bild ska kunna ges.
- Vad diskriminering innebär i olika situationer och på olika livsområden.
- Hur diskriminering förhåller sig till andra faktorer som orsakar skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper, till exempel personer med funktionshinder.

Vilka metoder är att föredra?

Indirekta metoder

Liksom Krieger anser jag att indirekta metoder som används på individnivå kan ge värdefull kunskap om sambandet mellan diskriminering och hälsa om de kontrolleras mot andra möjliga förklaringar till skillnader i hälsa, på det sätt som hon föreslår i sin artikel.

Självupplevd diskriminering

Självrapporterade uppgifter på individnivå är enligt min uppfattning den metod som är mest lämpad för att mäta sambandet mellan diskriminering och hälsa. Med indirekta metoder eller studier av socioekonomiska förhållanden finns klara validitetsproblem eftersom skillnader mellan individer eller grupper i sådana undersökningar kan ha andra orsaker än diskriminering. Ställs direkta frågor till individerna finns däremot en observerad diskriminering att utgå ifrån. Det förutsätter emellertid att frågorna är specifika och beskriver konkreta diskriminerande situationer.

Men även självrapporterade uppgifter på individnivå riskerar att innehålla ett antal felkällor. Detta tas upp i FHI:s underlag men utvecklas här med de risker som tagits upp i litteraturen kring att mäta levnadsförhållanden och som jag anser vara relevanta även i epidemiologisk forskning om diskriminering och hälsa.

En sådan risk är det så kallade Pollyanna-syndromet som innebär att respondenten vill beskriva sin situation bättre än den faktiskt är (44).⁵⁰ Det kan finnas flera skäl till detta. Ett är att goda levnadsförhållanden förknippas med framgång och därför ger ökad respekt. Studier som har gjorts visar emellertid inte att personer med funktionshinder skulle vara mer benägna att idyllisera än andra grupper i samhället. En annan felkälla med självrapporterade uppgifter är teorin om det så kallade förväntansgapet som utgår ifrån att människors förväntningar påverkar hur de upplever sin livssituation. Ju större gapet är mellan förväntningarna och den faktiska situationen, desto mindre tillfredsställda är de med situationen. Detta kan sannolikt ha betydelse när det gäller självrapporterad diskriminering. Om man förväntar sig att bli behandlad som andra anser man sig diskriminerad när detta inte sker. Föreställer man sig däremot att man är mindre värd eller åtminstone att andra uppfattar det så, finns en risk att man accepterar särbehandling och diskriminering och därför inte rapporterar detta i intervjuundersökningar.

När det gäller personer med funktionshinder finns också en särskild svårighet med självrapporterade uppgifter, i synnerhet om uppgifterna inhämtas genom enkäter. Nämligen att det finns människor som på grund av till exempel intellektuella eller kommunikativa funktionshinder inte kan besvara frågorna. Detta kan lösas till exempel genom indirekta intervjuer där en nära anhörig eller en personlig assistent får besvara frågorna. Så sker till exempel i SCB:s ULF-undersökning och var fallet i den studie av levnadsförhållanden för personer med funktionshinder som RFV genomförde 2003.

Att det inte är den enskilde själv utan någon annan som har besvarat frågorna måste förstås beaktas när resultaten analyseras. Studier har visat att till exempel när det gäller äldre personer finns stora skillnader i hur den enskilde själv, respektive en anhörig tolkar behov, hälsa och funktionsförmåga (100). Sannolikt kan det finnas liknande skillnader när det gäller vilka situationer den funktionshindrade själv, respektive hans eller hennes anhöriga, upplever som diskriminerande. Det bör emellertid understrykas att diskriminering även av grupper som inte själva kan svara på frågor bör undersökas till exempel genom indirekta intervjuer men att man måste beakta att resultaten kan påverkas av att uppgifterna lämnas av andra.

Även människor med till exempel intellektuella eller psykiska funktionshinder kan emellertid ofta svara på frågor men metoderna då måste anpassas efter deras behov. Kvalitativa djupintervjuer kan vara ett sätt som gör det lättare för personer i sådana situationer att delta.

⁵⁰ Pollyanna är en barnboksfigur som trots en rad motgångar behåller sitt goda humör.

Barnperspektiv

En viktig aspekt som inte tas upp FHI:s delrapport är barnperspektivet. Barn med funktionshinder och deras familjer lever under väsentligt sämre förhållanden än vad som gäller andra barn och ungdomar (45). Men specifika kunskaper om diskriminering, hälsa och sambandet däremellan hos barn med funktionshinder saknas. För att vi ska få sådan kunskap krävs det att man utvecklar metoder för detta, inte minst genom att frågorna anpassas så att man kan identifiera diskriminerande situationer i barns och ungdomars vardag till exempel i skolan eller på fritiden. Även när det gäller barn behöver också diskussioner om företrädsrätt föras. Är det barnen själva eller deras föräldrar som ska svara på frågorna?

Diskrimineringens effekter på befolkningsnivå

Inom handikappforskningen finns exempel på forskning där strukturell diskriminering beskrivs genom att funktionshindrade personers levnadsförhållanden jämförs med övriga befolkningens. Exempelvis använder handikappforskaren Magnus Tideman tre begrepp som han anser är likvärdiga för att analysera funktionshindrade människors ställning i samhället. *Välfärd* i nordisk bemärkelse, *rättvisa* i den Rawlska tappningen och *normalisering* i den skandinaviska. Tideman undersöker i sina studier huruvida välfärd, rättvisa och normalisering, i bemärkelsen likvärdiga levnadsvillkor, uppnåtts för personer med utvecklingsstörning genom den svenska handikappreformen. När han konstaterar att så inte har skett menar han att detta förhållande är ett uttryck för *strukturell diskriminering* (46).

Enligt min uppfattning är detta en svåränvänd metod när det gäller att mäta sambandet mellan diskriminering och hälsa. Jag anser att diskriminering ska ses som ett avgränsat fenomen som påverkar hälsoförhållanden för olika grupper vid sidan av andra förhållanden. Hälsan hos gruppen *personer med funktionshinder* påverkas till exempel av sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga som är skälet till att man anses ha ett funktionshinder, av att man tillhör en ekonomiskt och socialt utsatt grupp men också av diskriminering, det vill säga att man till exempel hos myndigheter eller i näringsverksamhet särbehandlas på ett negativt sätt. Att man har låg förtidspension och därför knappa ekonomiska förhållanden kan påverka hälsan men är enligt min uppfattning inte ett uttryck för diskriminering. Att många arbetsplatser är utformade på ett sätt så att det inte blir möjligt för personer med funktionshinder att försörja sig själva kan däremot vara diskriminering beroende på hur begreppet definieras.

Vilka indikatorer är särskilt viktiga?

Hälsa är, som nämnts ovan, en komplicerad utfallsindikator när det gäller personer med funktionshinder. Särskilt gäller det hälsa i bemärkelsen funktionsförmåga. I SCB:s undersökningar och i ICF definieras funktionshinder bland annat just som nedsatt funktionsförmåga vilket innebär att man får ett definitionsmässigt samband mellan funktionshinder och ohälsa. Detta innebär också att skillnader i ohälsa mellan personer med funktionshinder och befolkningen i stort eller andra diskriminerade grupper tenderar att vara givna på förhand.

När det gäller hälsa och ohälsa hos personer med funktionshinder använde kommittén för välfärdsbokslut (94) följande indikatorer för att undvika det definitionsmässiga sambandet: långvarig sjukdom, värk i rörelseorganen, självskattning av det allmänna hälsotillståndet och ångslan, oro och ångest. Långvarig sjukdom rensades från de med psykiska funktionshinder eftersom den gruppen urskiljdes just med en fråga om långvariga psykiska besvär.

Men även efter denna rensning kvarstod, enligt kommittén, risken för definitionsmässiga samband eftersom frågans formulering innebar att även andra funktionshinder eller dess konsekvenser skulle komma att rapporteras som långvarig sjukdom. Därför skiljde man de som uppgett att de hade minst två långvariga sjukdomar från dem som hade färre än så. Att ha långvariga sjukdomar innebar därför i kommitténs studier av hälsa att man uppgett sig ha minst två sådana hälsoproblem och att ingen av dem hör till kategorin psykiska besvär.

Psykiskt välbefinnande och ohälsa är en viktig men svårångad indikator eftersom den varierar i hög grad beroende på vid vilket tillfälle frågan ställs. Svaren på frågorna är en dålig värdemätare av vilka problem en viss person har (93). Däremot kan de ha betydelse när man vill jämföra olika grupper med varandra, till exempel den psykiska hälsan hos personer med funktionshinder jämfört med andra diskriminerade grupper eller befolkningen i stort. Skillnaderna mellan olika grupper behöver dock vara ganska stora för att man ska kunna dra relevanta slutsatser.

I en artikel som återfinns i Folkhälsoinstitutets underlagsrapport används funktionshindrade människors acceptans av sitt eget funktionshinder som en variabel (41).

Som angetts ovan har detta i tidigare studier visat sig ha ett samband med självförtroende och upplevd livssituation. Upplevd diskriminering undersöktes i studien genom att respondenterna fick ta ställning till ett antal påståenden till exempel om i vilken utsträckning de flesta människor skulle acceptera en funktionshindrad som vän, anse en funktionshindrad som lika intelligent som genomsnittet, eller anställa en person med funktionshinder. Dessa påståenden är ursprungligen tagna från en skala som syftar till att mäta diskriminering av personer med erfarenhet av psykiatrisk behandling. Av artikeln framgår inte om och hur sambandet mellan upplevd diskriminering och uppfattningen av andras syn på personer med funktionshinder undersökts.

I forskning som bedrivs kring livssituationen för människor med psykiska funktionshinder är det vanligt att man använder självskattningsskalor av olika slag. Ofta syftar dessa till att mäta faktorer både på ett personligt och psykologiskt plan och på ett politiskt och maktorienterat plan och de kan därför vara lämpade att vidareutveckla för att mäta sambandet mellan diskriminering och hälsa. Som exempel på sådana skalor kan nämnas ett amerikanskt instrument för att mäta empowerment genom frågor om självtillit, makt, samhällsengagemang, rättmätig ilska och optimism inför framtiden (101). I Sverige pågår också ett arbete med att med utgångspunkt från ICF utveckla ett instrument för egenbedömning av delaktighet (102).

En svårighet med variabler som mäter självuppfattning och liknande psykologiska faktorer är att de är särskilt utvecklade för personer med olika funktionsnedsättningar och därför inte kan ligga till grund för jämförelser mellan grupperna. De är också ofta omfattande och därför mer lämpade för enskilda forskningsprojekt än för breda befolkningsstudier.

Samtidigt är det intressant eftersom hälsa traditionellt i svenska undersökningar undersökts genom frågor om förekomsten av sjukdom eller funktionsnedsättningar. Genom att makt och kontroll över den egna livssituationen används som variabler betonas i stället positiva hälsoaspekter.

Sammanfattning och framtida behov

Olika sätt att ”hitta” personer med funktionshinder behöver prövas i undersökningar om sambandet mellan diskriminering och hälsa hos olika grupper. I Socialstyrelsens arbete med att utveckla ett system för att beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionshinder diskuteras ett eventuellt försök att operationalisera delar av ICF:s begreppsapparat. Vidare behöver metoder utvecklas för att man ska kunna mäta diskriminering av barn och ungdomar, samt för att nå personer som inte själva kan svara på frågor.

Att konkret definiera vilka situationer som kan vara att betrakta som diskriminering är ett viktigt utvecklingsarbete som bör vara en del av FHI:s projekt. Möjligheten att ställa frågor som innehåller konkreta exempel på diskriminerande situationer bör undersökas. De politiska och juridiska definitioner som officiellt används måste operationaliseras för att kunna användas i studier om sambandet mellan diskriminering och hälsa. Man bör också ta ställning till om diskriminering betyder samma sak för alla grupper. Specifika företeelser som bara berör en grupp kan, för de som tillhör den gruppen, upplevas som den tydligaste formen av diskriminering. Bristande tillgänglighet för personer med funktionshinder är ett sådant exempel.

En annan fråga som behöver diskuteras är i vilka typer av studier sambandet mellan diskriminering och hälsa ska undersökas. Hälsa hos olika grupper påverkas av en rad förhållanden som till exempel tillgång till resurser, sårbarhet, exponering för riskfaktorer till exempel tobaksrök, samt individuella

psykologiska och biologiska faktorer (47). Jag drar därför slutsatsen att förekomsten av diskriminering och dess betydelse för hälsan bör beskrivas i sammanhang där man undersöker olika aspekter på välfärd och hälsa för olika befolkningsgrupper, till exempel i nationella folkhälsoenkäten eller i SCB:s studier av levnadsförhållanden. På det sättet kan man få en relativt heltäckande bild av vad som utgör orsaken till skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och det kan bli synligt i hur pass stor utsträckning diskriminering påverkar en negativ hälsoutveckling, jämfört med andra orsaker.

I dagsläget ställs emellertid sällan frågor om diskriminering i levnadsnivåundersökningar. Det ges inte heller någon heltäckande bild av hälsosituationen för olika grupper även om ett mindre antal frågor om ohälsa förekommer. Överhuvudtaget saknas ofta, som påpekats ovan, frågor om orsaken till skillnader i levnadsförhållanden mellan olika grupper.

I den amerikanska *National Health Survey* ställs till exempel den typen av frågor (103). Respondenten får ta ställning till om ett antal listade faktorer hindrar honom eller henne till exempel från att fullfölja en utbildning. På listan återfinns variabler som design, ljus ljud, transporter, trottoarer och dylikt.

En liknande metod har utvecklats av de norska forskarna Loeb och Eide (89) och prövats i ett WHO-projekt i södra Afrika. Med utgångspunkt från domänerna i ICF tillfrågades ett stort antal familjer om det i familjen fanns personer med funktionsnedsättningar. Dessa fick sedan besvara frågor kring 47 olika aktiviteter, allt ifrån personlig hygien till utbildning och arbete. Under varje aktivitet fick respondenten beskriva eventuellt nedsatt aktivitetsförmåga och delaktighetsinskränkning. Därutöver fick han eller hon ange vilka omgivningsfaktorer som kunde underlätta för den enskilde att genomföra aktiviteten och vilka som utgjorde hinder.

Jag menar att om frågor om hälsa inkluderas i breda befolkningsundersökningar bör de utvecklas på ett sätt så att respondenten får ta ställning till ett antal exempel på situationer eller omständigheter som hindrar honom eller henne att leva som andra. Exemplet kan avse till exempel bristande bemötande, negativ särbehandling och bristande tillgänglighet. Samtidigt ges i undersökningen information om ekonomiska och sociala förhållanden hos olika individer och befolkningsgrupper. Jämförelser kan då göras mellan grupper med liknande levnadsomständigheter om det finns skillnader i hälsa mellan de som varit utsatta för diskriminerande situationer och de som inte har varit det. Även hälsobegreppet bör utvecklas och diskuteras. Särskilt när det gäller funktionshindergrupper som människor med psykiska funktioner och personer med utvecklingsstörning, tycks frågor om självuppfattning, makt och kontroll vara användbara. Det är intressant att notera att frågor som inte konkret efterfrågar erfarenheter utan där respondenten ger uttryck för hur han eller hon uppfattar omgivningens attityder mot den diskriminerade gruppen i flera studier har ansetts användbara för att identifiera diskriminering.

Jag ser Folkhälsoinstitutets projekt som en möjlighet för berörda organisationer, myndigheter och forskarsamhället att föra viktiga teoretiska diskussioner om de frågor som angetts ovan. Det är mycket viktigt att företrädare för de diskriminerade grupperna ges möjlighet att delta i dessa diskussioner. Därutöver bör begrepp och metoder utvecklas och prövas. I sådana sammanhang ser jag samarbetsmöjligheter mellan till exempel Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och SCB.

Bilaga 6. Expertseminarium ”Diskriminering och hälsa”

Expertseminarium om diskriminering och hälsa

Hösten 2005 anordnades ett seminarium för diskussion kring diskriminering och hälsa inför projektets fortsatta inriktning, där experterna presenterade sina expertutlåtanden.⁵¹

I fokus för diskussionen var samband mellan diskriminering och hälsa samt indikatorer och metoder att följa upp och mäta dessa. Syftet var också att identifiera kunskapsluckor och ringa in viktiga forskningsområden. Vid seminariet deltog representanter från Folkhälsoinstitutet, DO, HomO, HO och JämO. Inläggen och synpunkterna från experter och deltagare sammanfattas i korthet nedan.

I diskussionen blev det uppenbart att begreppet diskriminering måste definieras, avgränsas och konkretiseras inför det fortsatta arbetet. Det finns en del fallgropar att undvika i forskningen – andra orsaker till ohälsa, homogena undersökningsgrupper och samband som beror på att den grupp som undersöks per definition har en sämre hälsa. Experterna och deltagarna hjälptes åt att vända och vrida på begreppen och lyfta fram många olika aspekter av diskriminering och hälsa. Man kan vara diskriminerad utan att känna sig kränkt och känna sig kränkt utan att det är fråga om någon diskriminering, åtminstone inte avsiktlig. Av psykologiska skäl kanske den drabbade inte vill uppfatta sig som diskriminerad. Även oavsiktlig diskriminering kan få hälsoeffekter, eller det man uppfattar som diskriminering – om det är *upplevelsen* av den negativa särbehandlingen som skapar ohälsa. Identitet och självuppfattning har betydelse för upplevelsen av diskriminering. En individ som internaliserat ett förtryck kan uppfatta den negativa särbehandlingen som rimlig. Det finns också orättvisor som är allmänt accepterade och som därför inte uppfattas som diskriminerande. Det är ingen lätt sak att fånga in komplexa samband och företeelser med frågor som av nödvändighet är kraftigt förenklade. En annan aspekt är det generella och det specifika – diskriminering kan ha olika innebörder för olika människor i olika situationer och grupper, men också föra med sig en likartad upplevelse av kränkning, med risk för negativa hälsoeffekter. Slutsatserna blev bland annat att komplexiteten ändå inte ska överdrivas eller hindra fortsatta försök att öka kunskapen om sambanden mellan diskriminering och hälsa – för kunskapsintresset i allmänhet, och för att kunna påverka folkhälsopolitiken i synnerhet.

Vad är diskriminering?

Den definition av diskriminering som använts inom projektet är:

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 avsiktligt eller oavsiktligt.

Denna definition gav upphov till diskussioner, dels kring begreppet ”strukturell diskriminering”, dels beträffande avgränsningar vad gäller avsiktlig respektive oavsiktlig diskriminering. Både Gunilla Krantz och Anders Lange hade invändningar, från olika utgångspunkter.

Gunilla Krantz ville särskilt lyfta fram att diskriminering har sin grund i ett socialt och strukturellt sanktionerat system, som rättfärdigas av en ideologi, en inofficiell kultur och oskrivna lagar, där

⁵¹ Expertseminariet dokumenterades av Merike Lidholm.

majoriteten har tolkningsföreträde. Den ideologiska föreställningsvärlden förs över till varje ny generation genom socialisationsprocessen. Det är detta som är det centrala – de inympade föreställningarna upplevs som självklara för att de genomsyrar samhället. De ger ett automatiskt tänkande som vi inte så lätt kan befria oss ifrån – det kräver ett långsiktigt och aktivt arbete. Därmed är lagstiftning, trots att den är nödvändig, inte tillräcklig för att motverka diskriminering. Gunilla Krantz föredrar Nancy Kriegers definition (8) som just lyfter fram den ideologiska grunden och ett maktperspektiv – diskriminering som:

...ett socialt strukturerat och sanktionerat fenomen som rättfärdigas av ideologi och uttrycks i interaktioner, bland och emellan individer och institutioner, där dominerande grupper försöker behålla sina fördelar i samhället på bekostnad av ökad utsatthet för andra grupper.

Anders Lange invände mot den preliminära definitionen i projektet för att den är för vid och allomfattande, eftersom den gör det möjligt att uppfatta alla ojämlikheter som resultat av diskriminering. Detta är inte konstruktivt för forskningen om sambanden mellan diskriminering och hälsa. Eftersom hälsoutfallen kan vara olika, behövs enligt Anders Lange en definition som särskiljer ojämlikhet och orättvisor som beror på diskriminering från sådana som inte gör det.

Är all diskriminering strukturell?

Med hänvisning till Kriegers definition menar Gunilla Krantz att all diskriminering är strukturell i den meningen att den rättfärdigas av en överordnad ideologi. För att vi ska kalla det diskriminering krävs att det är ett vedertaget synsätt i samhällsstrukturen. Anders Lange däremot menar att det är nästan meningslöst, och kontraproduktivt, att allmänt tala om samhällsstruktur, institutionell och strukturell diskriminering, utifrån att han ser avsiktligheten som helt central för diskrimineringens hälsoeffekter.

Kan diskriminering vara oavsiktlig?

Nej, menar både Gunilla Krantz och Anders Lange. De är kritiska till att inbegripa det oavsiktliga i diskriminering.

Gunilla Krantz menar att det är mer relevant att tala om medveten respektive omedveten diskriminering. Även om det inte finns en intention, så är drivkraften starka ideologiska föreställningar, som med tiden blir ”självklara”, och som vi behöver bli påmind om.

Anders Lange menar att det är just avsikten att utesluta, förneka och hindra någon som är helt avgörande. Ojämlikhet och hinder som inte beror på avsiktlig negativ särbehandling får *andra psykologiska konsekvenser* än de som uppfattas som avsiktliga. De senare innebär en djupare kränkning, en central psykologisk variabel när det gäller hälsan. Vad som uppfattas som avsiktligt respektive oavsiktligt ger olika hälsoutfall, vilket gör distinktionen dem emellan viktig.

Andres Delgado, DO, talade däremot för att inte utesluta det oavsiktliga ur diskrimineringens begreppet, och gav några exempel på oavsiktlig diskriminering som kan ge hälsoeffekter, till exempel segregation i bostadsområden. Ett annat exempel, som Anders Printz tog upp, är att 80 procent av alla bostäder är otillgängliga för personer med funktionshinder, vilket påverkar deras möjligheter att umgås.

Är diskriminering objektiv eller subjektiv?

Diskriminering kan vara ett objektivt konstaterande, menar Anders Lange. Vi måste ha möjlighet att tolka något som diskriminering, även om den drabbade inte upplever det så eller förknippar ett visst bemötande med sin kategoritillhörighet – som att till exempel ha en viss pigmentering eller språklig brytning. Han exemplifierade med en blind person som uppenbart utsätts för negativ särbehandling,

men som själv inte kan uppfatta detta på grund av han eller hon inte ser. Ett annat exempel är personer som själva införlivat underordningen, som till exempel personer i Indiens lägsta kaster, så länge de inte visste att det hade kunnat vara annorlunda. (Eller dagens kvinnor i tredje världen, påpekade Gunilla Krantz.)

Gunilla Krantz håller ändå på att diskriminering måste ses subjektivt. Ska vi undersöka vad diskriminering betyder *ur hälsosynpunkt* är det ointressant att vi tycker att en person diskrimineras, om inte den utsatta själv upplever det så. Vi måste tro på individen, menar hon.

Katri Linna, DO, talade för att inkludera även det som inte upplevs som negativ särbehandling, eftersom det är viktigt att få mer kunskap om ”objektiv diskriminering”, till exempel ur perspektivet mänskliga rättigheter och ur samhällsekonomisk synpunkt.

Katri Linna tog också upp att det inte alltid är så enkelt att gå på den drabbades upplevelse av diskriminering, till exempel om vederbörande förnekar sin utsatthet. Ibland kan det förefalla som en person som gör en anmälan till DO överreagerar. Reaktionen kan emellertid bero på en längre tids kränkningar som den drabbade försökt förneka. Den senaste händelsen blir droppen som får bägaren att rinna över, och det går inte längre att förneka faktum. Även Anders Printz tog upp att man måste ta hänsyn till det så kallade Pollyannasyndromet – en tendens att försöka se tillvaron mer positivt för att man inte vill identifiera sig som förlorare och därför inte vill uppfatta sig som diskriminerad.

Anders Delgado, DO, menade att det är för tidigt att slå fast vad diskriminering är och inte är. För att fånga in just det behövs i ett första skede en vidare definition. Han menar därför att man måste fortsätta att studera såväl oavsiktlig som avsiktlig, upplevd som objektiv diskriminering.

Samband mellan diskriminering och hälsa

Samtliga experter konstaterade att det finns en del forskning som talar för ett samband mellan diskriminering och hälsa, men det brister ofta i det vetenskapliga underlaget. Anders Lange menar att den presenterade forskningsgenomgången ger mer frågor än den besvarar, eftersom det saknas detaljer om bland annat mått, kontrollgrupper och standardisering. Det finns också en sammanblandning av olika orsaksfaktorer, och det går inte att säga vilken typ av diskrimineringserfarenheter som leder till vilket hälsoutfall.

Diskriminering kan vara en av orsakerna till sämre hälsa, men sambandet är inte klarlagt, menar Anders Printz. För personer med funktionshinder kan det till exempel samvariera med ekonomiska förutsättningar – eller bero på att funktionshindrade per definition har sämre hälsomässiga förutsättningar. Det finns en generell koppling mellan självuppfattning och hälsa, och självuppfattningen har betydelse för hur man blir bemött. Upplevelsen av diskriminering har också att göra med förväntningar – om man anser sig mindre värd tycker man också att det är rimligt att man blir annorlunda behandlad. Flera studier i Lund visar på samband mellan stigmatisering och psykiska symtom och i ULF-undersökningarna har personer med rörelsehinder generellt mer sömnsvårigheter, ångslan, oro och ångest. Här kan det vara fråga om samband som snarare handlar om till exempel svårigheter med självkänslan och brist på makt över vardagen. En vanlig uppfattning är att förtidspensionering av personer med funktionshinder kan förklaras med diskriminering på arbetsmarknaden. Men en intervjustudie som SCB gjort visar att av den tredjedel av de förtidspensionerade som skulle vilja arbeta var det inte mer än en tredjedel som förklarade sin pensionering med attityder hos arbetsgivaren.

Kunskapsluckor

Experterna var överens om att det finns många kunskapsluckor på området. Man behöver ringa in begreppet diskriminering för att veta vad det är man mäter. Vidare behövs till exempel mer kunskap om diskriminering i olika situationer och livsområden, varför vissa uppfattar sig som diskriminerade och andra inte, diskriminering i förhållande till andra faktorer som orsakar skillnader i hälsa och hur olika faktorer förhåller sig till varandra.

Indikatorer och metoder att mäta diskriminering och hälsa

Definitioner och preciseringar

Hur man definierar och avgränsar diskriminering är givetvis avgörande för vilka indikatorer som ska användas när det gäller samband mellan diskriminering och hälsa. Synpunkterna och förslagen när det gäller indikatorer och forskningsmetoder anknöt därför till diskussionen om begrepp och synen på diskriminering.

Anders Lange rekommenderar ytterligare eftertanke och diskussioner om vad en indikator ska vara. Begreppet är komplext och används lite hur som helst, menar han. Olika definitioner av diskriminering ger förstås olika mått och indikatorer. Komplexa orsakskedjor gör att det behövs distinktioner mellan olika aspekter av diskriminering. Det blir till exempel olika om man ska använda direkta eller indirekta metoder, fokusera på det specifika eller det generella.

Flera av forskarna var inne på att det initialt behövs forskning som hjälper till att reda ut, definiera och precisera begreppen. Eftersom upplevelsen enligt Gunilla Krantz är det centrala, tycker hon att det är viktigt att fråga dem som är utsatta för att få mer kunskap och förståelse av problemet. Hon förordar att grunden läggs i kvalitativa studier som djuplodar i hur människor upplever, uppfattar och tolkar diskriminering, för att få fram variabler som sedan kan prövas och användas i vidare forskning. Hon menar också att man måste använda flera olika metoder i olika syften, både kvantitativa och kvalitativa. Det är också en styrka när flera metoder visar samma resultat.

Anders Lange är inne på samma linje. Han menar att vi inte riktigt vet hur de begrepp som används i forskningen faktiskt tolkas, som diskriminering och rasism till exempel. Diskriminering är inte en del av vardagsspråket, och alla vet inte vad som menas. I stället för att fråga om människor känt sig diskriminerade är det bättre att ta reda på hur de uppfattar orsaker till konkreta orättvisor. Alla ojämlikheter uppfattas inte som moraliska, etiska eller sociala problem, utan vi accepterar många av dem. Det är en intressant fråga i sig – hur det kommer sig att vi accepterar vissa men inte andra?

Anders Printz ser också fördelar när det gäller undersökningar av självupplevd diskriminering att specificera konkreta diskriminerande situationer, formulerade så att det är möjligt att svara ja eller nej. Han påtalade vidare att det är viktigt att inte glömma barnperspektivet, med särskilda frågor till barn som rör till exempel skola och fritid.

När det gäller funktionshinder tog Anders Printz upp att avgränsningen av funktionshinder har stor betydelse för resultatet. Gruppen omfattar olika personer, beroende på om man använder ett medicinskt eller socialt synsätt, om man går efter funktionshinder som administrativt begrepp, eller efter funktionsförmåga eller diagnos. Eftersom inskränkning är ett relativt begrepp, med både medicinska och sociala inslag, kan det vara viktigt att innefatta såväl kroppsfunktioner som delaktighet (social interaktion) och omgivningsfaktorer. Det är mer entydigt att fråga efter kroppsfunktioner än funktionsnedsättning och funktionshinder. Eftersom personer kan bli kränkande bemötta på grund av en diagnos (till exempel hiv) räcker det inte att bara inkludera personer med nedsatt funktion för att fånga in hälsoeffekter av diskriminering. Även Gunilla Krantz påpekade att sjukdom, inte bara funktionshinder, bör innefattas som diskrimineringsgrund.

Bera Ulstein Moseng beskrev varför det är viktigt att operationalisera betydelsen av homosexuell i undersökningar om samband mellan diskriminering och hälsa. Personer med olika sexuell läggning är inte en homogen grupp, utan sammansatt, med överrepresentation av olika hälsoproblem i olika grupper. Det är till exempel en väsentlig skillnad om man lever ut sin sexuella läggning eller inte, och om man definierar sig som homo- eller bisexuell eller inte. Typ av diskriminering, av vilken orsak och på vilken arena, hur ofta och hur nyligen har också betydelse för eventuella hälsokonsekvenser. Därför är det viktigt att ha breda indikatorer.

Bera Ulstein Moseng beskrev fyra dimensioner av sexuell orientering att särskilja i undersökningar om diskriminering och hälsa: identitet och självförståelse (bi, queer eller annat), sexuellt beteende (vem man har haft sex med senaste året, kvinnor/män/båda), sexuell attraktion samt hur man ses av omgivningen (bara den som uppfattas som homosexuell kan bli utsatt för diskriminering). Samband med psykisk hälsa och våld har visats i undersökningar i förhållande till alla fyra dimensionerna.

Alkohol- och drogmissbruk, osäkert sex, och hiv korrelerar mest med beteende och identitet. Identitet kan vara utslagsgivande för samband med hälsa. För dem som identifierade sig som lesbiska eller bisexuella fanns det i en amerikansk undersökning ingen skillnad mot heterosexuella, medan det fanns en stark överrepresentation av hälsoproblem bland dem som inte hade en homosexuell identitet. Den gruppen förklarade nästan hela snedfördelningen i undersökningen. En konsekvens av resonemanget är att man måste ha stora urval för att få med tillräckligt många som representerar olika dimensioner.

För att möjliggöra jämförelser rekommenderar Bera Ulstein Moseng att det diskrimineringsbegrepp som används i undersökningar om lesbiska och homosexuella bör vara samma som i undersökningar om heterosexuella. Vidare bör man lägga in delavsnitt som rör sexuell läggning i allmänna frågeformulär om hälsa. Därmed blir det sammantaget många frågor, men erfarenheten visar att man ändå får en hög svarsfrekvens om frågorna är tillräckligt bra. För att kunna göra jämförelser tycker Bera Ulstein Moseng att man i möjligaste mån ska använda frågor och dimensioner som använts i tidigare brett upplagda undersökningar, men komplettera med mer specifika frågor för respektive grupp.

Direkta eller indirekta metoder

Gunilla Krantz förde fram tanken på att använda fysiologiska indikatorer på sambandet mellan diskriminering och ohälsa. Hennes hypotes är att diskriminering – oavsett vad den beror på – ger akut stress som, framförallt om den blir kronisk, i sin tur ger ohälsa. Stress kan definieras som krav som överstiger individens förmåga att hantera dem, som ger en obalans i kroppens hormonsystem. Ett långvarigt stresspåslag ger risk för påverkan på hjärta och kärl, immunförsvar och det metaboliska systemet, vilket kan leda till allvarigare sjukdomar.

Kanske ska man skjuta diskriminering åt sidan, och i stället välja att fråga om kränkningar, menar Anders Lange. Psykologiskt sett finns det en stark koppling mellan kränkning och diskriminering, en stark upplevelse av att ifrågasättas, hindras, nedvärderas och uteslutas. Orättvis negativ särbehandling på grund av en sådan starkt identitetsskapande faktor som etnicitet, kön, fysisk status eller sexuell läggning innebär en stark kränkning, som ger upphov till stress.

Anders Printz tog upp att det behövs metodutveckling för att nå de funktionshindrade som har svårt att besvara enkäter. Indirekta intervjuer, med någon i den funktionshindrades omgivning, är ett alternativ.

Urval

Undersökningsdesignen är viktig, påpekade Bera Ulstein Moseng. Många undersökningar av homosexuella är nätverksbaserade och visar en överrepresentation i ohälsa för att urvalet inte är representativt. Så kallat snöbollsurval eller urval via medlemsregister ger alltför homogena resultat, eftersom levnadsvanor ser olika ut för olika grupper. Populationen måste vara heterogen för att man ska kunna dra generella slutsatser.

Validering

Gunilla Krantz förordar en översättning och validering för svenska förhållanden av Kriegers frågeformulär *Experiences of Discrimination* (EOD). Anders Lange problematiserade validering av amerikanska instrument. Det är svårt att veta att man mäter det man avser att mäta när det handlar om upplevelser. Hur vet man att instrumentet har validitet när man inte har facit? Men Gunilla Krantz menar att detta går att lösa, även om inte blir perfekt. Man kan till exempel jämföra med olika frågeställningar ur andra formulär (FHI-enkäten och annat).

Angelägna forskningsområden och förslag till studier

Experterna har en del konkreta förslag till vidare forskning. Anders Lange menar dock att det är svårt att peka ut prioriterade forskningsområden, eftersom det finns många viktiga forskningsfrågor. Han påpekade också att de ekonomiska begränsningarna får konsekvenser för den fortsatta diskussionen om vad som är möjligt att genomföra.

Gunilla Krantz menar att kvalitativa och kvantitativa studier kompletterar varandra. Kvalitativa undersökningar kan användas för att ta fram hypoteser, som sedan kan testas i kvantitativa studier. Utgångspunkten är att upplevelsen är det avgörande, och inte grunden till diskrimineringen. Hon föreslår tre olika forskningsinsatser:

1. En stressfysiologisk studie med ett par olika grupper som utsätts för olika former av diskriminering, samt kontrollgrupp.
2. En kvalitativ studie med djupintervjuer eller fokusgrupper, om innebörden i diskriminering för olika grupper, för att få fram variabler som sedan kan testas.
3. Översättning, validering och test av Kriegers frågeformulär EOD, som kan användas för att undersöka skillnader mellan olika grupper i befolkningen.

Anders Langes förslag är att skapa bättre indikatorer genom att i intervjuer med personer som drabbats av negativ särbehandling kartlägga och kategorisera konkreta kränkande situationer. Ur en sådan pool av konkreta erfarenheter kan man sedan konstruera frågor för vidare undersökning. Då kan man fråga människor om de har haft sådana erfarenheter, och hur de i så fall förklarar dem för sig själva. Även Anders Lange tilltalas av att se hälsokonsekvenserna i termer av stress. Även om diskriminering kan skilja sig mellan olika grupper, genererar det ett liknande tillstånd av kränkning, som kan leda till kumulativ stress som i sin tur ger hälsokonsekvenser.

Anders Printz menar också att avgränsnings- och definitionsfrågor är viktiga, och håller med om att det är bra att utgå från konkreta situationer och tillstyrker förslaget att utveckla variabler i kvalitativa studier som sedan kan prövas i bredare studier. Han menar att man i första hand bör utveckla de studier av hälsa och levnadsförhållanden som redan görs, genom att lägga in specifika frågor och försöka få fram olika faktorer som samtidigt påverkar hälsan.

Bera Ulstein Moseng menar att det är viktigt att se till att frågor om sexuell läggning ingår i alla undersökningar, för jämförelser mellan heterosexuella och personer med annan sexuell läggning. Överrepresentation i ohälsa behöver dokumenteras genom standardiserade undersökningar, som kan ge detaljerade hälsoprofiler och visa på skillnader i risk- och skyddsfaktorer. Det kräver ett stort urval och att man ställer samma frågor till alla, för att man ska kunna jämföra.

Marie Lindberg, HomO, konstaterade att det är en utmaning att ta sig an frågan om vilka hälsoeffekter diskriminering kan föra med sig, såväl avsiktlig som oavsiktlig, objektiv och internaliserad. Det är ett långsiktigt arbete att operationalisera, konkretisera, få fram mått på samband och riskfaktorer i stora befolkningsundersökningar, att utifrån det vidta åtgärder och följa utvecklingen över tiden.

Jonas Frykman instämde i att det är en stor utmaning, och sammanfattade diskussionen med att det behövs kvalificerade studier både när det gäller gemensamma frågor för olika grupper samt utifrån varje grupps särprägel och vad kränkande behandling innefattar för olika personer. Han fann också förslagen om en kvalitativ ansats och stressfysiologisk undersökning intressanta.

Gunnar Ågren påpekade att det finns ett allmänt kunskapsintresse att klargöra begrepp och skapa nya hypoteser, men för Folkhälsoinstitutet är det främsta syftet med att påvisa hälsoeffekter av diskriminering att gå vidare med interventioner – för att minska diskriminering och ohälsa. Det handlar om att förbättra folkhälsopolitiken. Därför är det också viktigt att ha instrument för att se förändringar och följa effekten av interventionerna. Det kräver stora undersökningar. Av ekonomiska skäl måste det bli ett begränsat antal frågor som lyfts in i befintliga undersökningar, och därför med nödvändighet förenklingar. Man kan börja med att se hur nya frågor med relevans för detta område slagit ut i folkhälsoenkäten.

Gunnar Ågren konstaterade att det finns ett gemensamt kunskapsintresse för berörda myndigheter, varför det är ett idealiskt område för fortsatt myndighetssamarbete, inte minst för att det är möj-

ligt att göra mer när man kan slå ihop sina penningpåsar. Det behövs en fortsatt diskussion och samråd mellan myndigheterna.

Gunilla Krantz och Bera Ulstein Moseng påpekade båda avslutningsvis att man inte ska göra det för komplicerat, även om området är komplext. Man måste börja någonstans, utan ambition att omfatta allt. Det går att få mer kunskap i flera steg. Att det är ett nytt fält innebär också att det kan finnas goda utsikter att få pengar.

Referenser

1. Prop 2002/03:35 Mål för folkhälsan.
2. Folkhälsopolitisk rapport 2005. Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport 2005:43.
3. Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan. Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 2003:31.
4. Lange A. Utrikesfödda småföretagares villkor och verklighet. NUTEK; 2005.
5. Nationalencyklopedin. www.nationalencyklopedin.se 2005-11-15
6. SOU 2005:56 Det blågula glashuset – strukturell diskriminering i Sverige. Betänkande av Utredningen om strukturell diskriminering på grund av etnisk eller religiös tillhörighet.
7. Sawyer L. ”Omvänd rasism?” eller, hur makt undviks i diskussioner om rasism; 2002. Hämtad 2005-12-08 från <http://www.sverigemotrasism.nu/upload/docs/omvandraislam.pdf>
8. Krieger N. Discrimination and health. I Berkman L, Kawachi I, red. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2000. s. 36–75.
9. Lange A. Diskriminering, integration och etniska relationer. Norrköping: Integrationsverket; 2000.
10. 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.
11. Liljeberg K. Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? – En litteratursammanställning. Statens folkhälsoinstitut; 2005. Rapport 2005:2.
12. Karlson S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92(4):624–31.
13. 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.
14. 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.
15. Krantz G, Östergren PO. Women’s health: Do common symptoms in women mirror general distress or specific disease entities? *Scand J Public Health* 1999;27:311–7.
16. Pevalin DJ. Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35(11):508–12.
17. Ware JF Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF 36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473–83.
18. Selye H. The physiology and pathology of exposure to stress. Montreal: Acta Inc.; 1950.
19. Frankenhaeuser M. The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. I Frankenhaeuser M, Lundberg U, Chesney M, (Eds). Women, work and health. New York: Plenum Press; 1991. s. 39–61.
20. 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.
21. Cochran SD. Emerging issues in research on lesbians’ and gay men’s mental health: Does sexual orientation really matter? *Am Psychol* 2001;56(11):931–47.
22. Cochran SD, Mays VM. Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviourally Defined Sexual Orientation in a Sample of the US Population. *Am J Epidemiol* 2000;151(5):516–23.
23. Cochran SD, Keenan C, Schober C, Mays VM. Estimates of Alcohol Use and Clinical Treatment Needs Among Homosexually Active Men and Women in the US Population. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(6):1062–71.
24. Cochran SD, Ackerman D, Mays VM. Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction* 2004;99(8):989–98.

25. Garofalo R, Wolf C, Kessel S, Palfrey J DuRant RH. The Association between Health Risk Behavior and Risk of Suicide among a Schoolbased Sample of Adolescents. *Pediatrics* 1998;101:895–902.
26. Garofalo R, Wolf C, Wissow LS, Woods ER, Goodman E. Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:487–93.
27. Gilman SE, Cochran SS, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler, RC. Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001;91(6):933–39.
28. Hegna K, Kristiansen HW, Moseng BU. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 1999. NOVA Rapport 1/1999.
29. Faulkner AH, Cranston K. Correlates of Same-Sex Behaviour in an Random Sample of Massachusetts High School Students. *Am J Public Health* 1998;88:262–6.
30. 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.
31. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *J Am Med Assoc* 1997;278(10):823–32.
32. Russel ST, Seif H, Truong N. School outcomes of sexual minority youth in the United States: evidence from a national study. *J Adolesc* 2001;24(1):111–27.
33. Russel ST, Driscoll AK, Truong N. Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: Implications for substance use and abuse. *Am J Public Health* 2002;92(2):198–202.
34. Sandfort TGM, de Graaf R, Bijl RV, Schnabel P. Same-sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:85–91.
35. Smith AMA, Lindsay J, Rosenthal DA. Same-Sex Attraction, Drug Injection and Binge Drinking among Australian Adolescents. *Aust N Z J Public Health* 1999;23(6):643–6.
36. Bildt C. Fackmedlemmars uppfattningar om diskriminering på grund av sexuell läggning på arbetsplatsen. Arbetslivsinstitutet; 2004. Rapport nr 2004:10.
37. Ljunggren G, Fredriksson K, Greijer Å, Jädert Rafstedt ML. Arbetsvillkor och utsatthet – en studie genomförd som ett led i arbetet att motverka diskriminering eller kränkande särbehandling beroende på sexuell läggning. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2003.
38. Tiby Eva (1999): Hatbrott? Homosexuella kvinnors och mäns berättelser om utsatthet för brott. Doktorsavhandling. Stockholm: Stockholms universitet.
39. SOU 1997:175: Förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning. Betänkande av utredningen om diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning.
40. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Socialstyrelsen; 2003.
41. Moore D, Li L. Acceptance of Disability and Its Correlates. *Journal Soc Psychol* 1998;138(1):13–25.
42. Moore D, Li L. Disability and illicit drug use: an application of labeling theory. *Deviant Behav Interdisciplinary J* 2001;22:1–21.
43. Personligt ombud för personer med psykiska funktionshinder. En sexårsuppföljning av tio försöksverksamheter. Socialstyrelsen; 2005.
44. Eriksen J, Naess S. Frustrations of studying living conditions of disabled persons. 2004. I Tøssebro J, Kittelsaa A, red. *Exploring the Living Conditions of Disabled People*. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 65–80
45. Handikappomsorg. Lägesrapport 2003. Socialstyrelsen; 2004.
46. Tideman M. Normalisering och kategorisering – Om handikappideologi och välfärdspolitik i teori och praktik för personer med utvecklingsstörning. Lund: Studentlitteratur; 2000.
47. Bremberg Sven. Jämlikhet i hälsa – perspektiv, begrepp och mått. I *Välfärd Jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer*. Statens Folkhälsoinstitut; 2003.
48. Rådets direktiv 2000/43/EG av den 29 juni 2000 om genomförandet av principen om likabehandling av personer oavsett deras ras eller etniska ursprung.

49. Rådets direktiv 2000/78/EG av den 27 november 2000 om inrättande av en allmän ram för lika-behandling.
50. Rådets rekommendation 86/379/EEG av den 24 juli 1986 om anställning av personer med funktionshinder i gemenskapen.
51. Rådets beslut 2000/750/EG av den 27 november 2000 om inrättande av gemenskapens handling-program mot diskriminering (2001–2006).
52. discrimination and health [sökord]. PubMed [databas]. Hämtad 2005-06-30 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
53. McEwen, BS. Protective and damaging effects of stress mediators: Allostasis and allostatic load. *N Engl J Med* 1998;338:171–9.
54. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The afflictions of inequality*. New York: Routledge; 1996.
55. Lange A. Reflektioner kring ”rasifiering” och några andra ord. Ingår i: Cederberg, I (red): *Törnroslandet. Om Om tillhörighet och utanförskap*. Norrköping: Statens integrationsverk; 2001.
56. Bartley M. *Health Inequality. Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press; 2004.
57. Diaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin BV. The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *Am J Public Health* 2001;91(6):927–32.
58. Huebner DM, Rebhook GM, Kegeles SM. Experiences of harassment, discrimination and physical violence among young gay and bisexual men. *Am J Public Health* 2004;94(7):1200–3.
59. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2003;183:552–8.
60. Welch S, Collings SC, Howden-Chapman P. Lesbians in New Zealand: Their mental health and satisfaction with mental health services. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(2):256–63.
61. Elstad JI. *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2000. NOVA Rapport 9/2000.
62. Burgard SA, Cochran SD, Mays VM. Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women. *Drug Alcohol Depend* 2005;77(1):61–70.
63. Moseng BU. *Skeive dager 2003 – en rusundersøkelse*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2005. NOVA Rapport 3/05.
64. Lesbian, Gay, and Bisexual Youth Sexual Orientation Measurement Work Group. *Measuring Sexual Orientation of Young People in Health Research*. San Francisco, LA: Gay and Lesbian Medical Association; 2003.
65. Prieur A, Moseng BU. Sorry We don't speak Queer. *Kvinneforskning* 2000;3–4:140–55.
66. Savin-Williams R. *The New Gay Teenager*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2005.
67. Butler AC. Trends in Same-gender Sexual Partnering, 1988–1998. *J Sex Res* 2000;37(4):333–43.
68. Folkehelse. *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987 og 1992*. Oslo: Statens institutt for folkehelse; 1993.
69. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
70. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson SA. *Sex i Sverige. Om Sexuallivet i Sverige 1996*. 3 uppl. Folkhälsoinstitutet; 1998.
71. Træen B. *Sexuallivet i Oslo 1997. Neon resultater fra Folkehelsas undersøkelse av livsstil, seksualitet og helse i Oslo*. Oslo: Statens institutt for folkehelse; 1997.
72. Træen B, Stigum H, Magnus P. *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi; 2003.
73. Wellings K, Field J, Johnson AM, Wadsworth J. *Sexual Behaviour in Britain*. London: Penguin Books; 1994.
74. Moseng BU. *Lesbiske og homofile arbeidstakere – en pilotundersøkelse*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2005. NOVA Skriftserie 3/05.
75. Lützen Karin. *At prøve lykken. 25 lesbiske livshistorier. Tiderne Skifter*. København; 1988.
76. Bech Henning. *Mellom mænd. Tiderne Skifter*. København; 1989
77. Håkansson PA. *Det okända och det förbjudna. I SOU 1984:63 Homosexuella och samhället. Betänkande av Utredningen om homosexuell situation i samhället*.

78. Ot prp. nr. 33 (2004–2005) Om lov om forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet, religion mv. Det kongelige Kommunal- og Regionaldepartementet.
79. Ot prp. nr. 34 (2004–2005) Om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Likestillings- og diskrimineringsnemnda. Det kongelige Barne- og familiedepartementet.
80. Lehtonen, Jukka, red. *Sexual and Gender Minorities at work*. Stakes: Helsinki; 2002.
81. Havelin A. Almenhetens holdninger til homofile og homoseksualitet. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1968;9:42–74.
82. Listhaug O. Norske verdier og holdninger 1982–1996: Sentrale verdier endrer seg sakte. *Samfunnsspeilet, Statistisk Sentralbyrå* 1998;1:2–9.
83. Inglehart R, Basáñez M, Díez-Medrano J, Halman L, Luijkx R. *Human Beliefs and Values. A cross-cultural sourcebook based on the 1999–2002 values surveys*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2004.
84. Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. The Prevalence, Distribution, and Mental Health Correlates of Perceived Discrimination in the United States. *J Health Soc Behav* 1999;40: 208–30.
85. Bergh S, Bjerck B, Lund E. *Homofile – myter og virkelighet. En undersøkelse blant homofile kvinner og menn i Norge*. Oslo: Pax Forlag; 1978.
86. Forsberg G, Jakobsen L, Smirthwaite G. *Homosexuellas villkor i arbeidslivet*. Karlstad: Karlstads universitet; 2003.
87. Lehtonen J, Mustola K, red. ”Straights people don’t tell, do they...?” *Negotiating the boundaries of sexuality and gender at work*. Helsinki: Ministry of Labour; 2004.
88. Moseng Bera Ulstein. *Lesbiska kvinners helse – et særegent problem? Rapport till Helse-tilsynet*. Oslo; 1998
89. Loeb M, Eide A. Exploring living conditions among people with disabilities in southern areas in Africa. I Tøssebro J, Kittelsaa A, red. *Exploring the Living Conditions of Disabled People*. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 65–80
90. Smedby B, Dahl T. WHO:s nya klassifikation av funktionstillstånd, funksjonshinder och hälsa. *Socialmedicinsk tidskrift* 2002;79(6):486–495
91. Sandvin JT. Can standard of living surveys help us understand the living conditions of disabled people? I Tøssebro J, Kittelsaa A, red. *Exploring the Living Conditions of Disabled People*. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 125–138
92. Tøssebro J, Kittelsaa A. Exploring the living conditions of disabled people – an introduction. I Tøssebro J, Kittelsaa A, red. *Exploring the Living Conditions of Disabled People*. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 11–17
93. Häll L, Skjöld C. *Funktionshindrade 1988–1999*. Statistiska centralbyrån; 2003. Rapport nr 97.
94. SOU 2001:56 *Funktionshinder och välfärd*. Kommittén Välfärdsbokslut.
95. *Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden*. SCB; 2004
96. *Unga förtidspensionärer: hälsa och levnadsförhållanden*. Socialstyrelsen; 1992. Sos Rapport 92:8.
97. Riksförsäkringsverket. *Ojämlighet i levnadsvillkor – en jämförelse mellan personer med funktionshinder och övriga befolkningen*; 2003. RFV Analyserar 2003:15.
98. *Från ord till handling. Handikappombudsmannens 10:e rapport till regeringen*. Handikappombudsmannen; 2004.
99. SOU 1999:21 *Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder*. Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.
100. Jormfelt M. *Brukares och anhörigas syn på autonomi och bemötande inom äldreomsorgen*. NfoU – FoU-enheten, Region Halland; 2002. Meddelandeserien 2002:9.
101. Rogers ES, Chamberlaine J, Langer Ellissom M, Crean T. A Consumer-Constructed Scale to measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Pchychiatr Serv* 1997;48: 1042–7.
102. Granlund M, Haglund L, Lewin B, Sandlund M. *Egenbedömning av delaktighet*. Socialstyrelsens fältprövningsgrupp för tillämpning av ICF i arbetet för personer med psykiska funktionshinder och utvecklingsstörning. Socialstyrelsen; 2004.
103. National Center for Health Statistic, USA. *National Health Interview Survey 2002*. Hämtad 2005-05-10 från http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhis_dis/nhis-dis.htm

I rapporten *Särbehandlad och kränkt* redovisas resultat som visar på samband mellan diskriminering och hälsa. Mycket tyder på att diskriminering påverkar hälsan i negativ bemärkelse. Diskrimineringen i samhället strider inte bara mot de mänskliga rättigheterna och utgör hinder för människors förutsättningar till en god hälsa på lika villkor. Den medför även negativa konsekvenser för samhället i form av ökad ohälsa, vilket drabbar samhällsekonomin i stort.

I rapporten presenteras bland annat:

- Ett gemensamt förhållningssätt till begreppet diskriminering.
- Att metoden självrapporterad diskriminering är att föredra i arbetet med att klargöra sambanden mellan diskriminering och hälsa.
- Resultat från 2004 och 2005 års nationella folkhälsoenkäter som visar på samband mellan kränkande bemötande, olika diskrimineringsgrunder samt hälsa.
- Skriftliga utlåtanden som pekar på att det finns ett flertal kunskapsluckor och ett behov av kompletterande studier inom området. De fyra experterna är: Gunilla Krantz, Anders Lange, Bera Moseng och Anders Printz.

Rapporten är en första redovisning av arbetet i samverkansprojektet "Diskriminering och hälsa" mellan Statens folkhälsoinstitut (FHI), Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ombudsmannen mot etnisk diskriminering (DO), Handikappombudsmannen (HO) och Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO). Projektet pågår under 2004–2006 varav denna rapport innefattar projektets inledande två faser. De resterande faserna av projektet genomförs under 2006.

HO | **HANDIKAPP**
OMBUDSMANNEN

Jäm
O
STÄLLDHETS
OMBUDSMANNEN

DO
OMBUDSMANNEN
MOT ETNISK DISKRIMINERING

HomO OMBUDSMANNEN MOT
DISKRIMINERING PÅ GRUND
AV SEXUELL LÄGGNING



**STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT**

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
12088 Stockholm

Fax 08-4498811
E-post fhi@strd.se
Internet www.fhi.se

Rapport R 2005:49
ISSN 1651-8624
ISBN 91-7257-399-6