



**LUNDS**  
UNIVERSITET

# Romers hälsosituation i Bosnien

En studie om hur socioekonomisk status inverkar på hälsan

Senka Juzbasic

Avdelningen för mänskliga rättigheter

Historiska institutionen

Kurskod: MRSK30

Termin: Vt-terminen 2013

Handledare: Anna-Karin Bergman och Dan-Erik Andersson



# Abstract

Socioeconomic differences are a significant factor for health problems worldwide. Several studies have shown that people who are socially disadvantaged in society have less access to health care. They become sicker to a greater extent and die earlier than people living in more privileged social classes. The gap between those who have access to health care is becoming more noticeable, even though we now live in a society with more developed global prosperity. This paper intends to study the health status of Roma in Bosnia and Herzegovina. I have studied their situation from a socioeconomic perspective to see how it affects their health. Several studies have shown that there is a correlation between low socioeconomic status and poor health, especially for marginalized groups in the society. Although this status is not proclaimed in the Convention on Economic, Social and Cultural Rights extended commentary, General Comment No. 14.

*Nyckelord:* Romer, socioekonomisk status, hälso- och sjukvård, Bosnien och Hercegovina, General Comment No. 14

<b>1</b>	<b>Inledning</b>	<b>2</b>
1.1	<i>Problemformulering</i>	4
1.2	<i>Syfte och frågeställning</i>	6
1.3	<i>Material och avgränsningar</i>	7
1.3.1	Primär- och sekundärmaterial	7
1.3.2	Källkritik	8
1.4	<i>Forskningsetiska bedömningar</i>	9
<b>2</b>	<b>Intersektionellt perspektiv</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Metod</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Socioekonomisk status inverkan på hälsa</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>Rätten till hälsa enligt internationell standard</b>	<b>17</b>
5.1	<i>General Comment No. 14 under ICESCR</i>	18
5.2	<i>Rätten till hälsa utan diskriminering</i>	21
5.2.1	Diskriminering, hur inverkar det på socioekonomisk status?	23
<b>6</b>	<b>Diskriminering mot romer i tillgång till hälsa i Bosnien</b>	<b>25</b>
6.1	<i>Diskriminering mot romska kvinnor i tillgång till hälsa- och sjukvård</i>	27
<b>7</b>	<b>Analys av rättsläget</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>Intersektionell analys av socioekonomisk inverkan på hälsa för romska kvinnor i Bosnien</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>Diskussion</b>	<b>37</b>
	<b>Referenser</b>	<b>39</b>

# 1 Inledning

Romer har genom historien lidit av svår fattigdom och uteslutning, vilket har fört dem i en avstannad socioekonomisk utveckling. Den utbredda arbetslösheten och ständig diskriminering har lett till försämrade livsvillkor för många romer runt om i världen. Det är allmänt känt att människor som hör till den lägre sociala klassen har en kortare livslängd och drabbas i högre utsträckning av fler sjukdomar, i förhållande till de som befinner sig i mer privilegierade samhällsklasser. Detta varierar givetvis från land till land, men missförhållanden för romer är mer eller mindre ett ständigt faktum.<sup>1</sup> Romer utsätts ständigt för en utbredd offentlig diskriminering som är rotad i negativa attityder och stereotyper kring deras kultur. I synnerhet har de svårt att få tillgång till bostäder, sjukvård, sysselsättning, utbildning samt andra sociala tjänster. Det har orsakat att majoriteten av dem är arbetslösa varav väldigt få arbetar inom den offentliga sektorn.<sup>2</sup>

Institutionell rasism som drivs av olika institutioner i samhället förnekar lika rättigheter och möjligheter för romer. Detta påverkar deras socioekonomiska status som i sin tur påverkar på hälsan genom försämrad levnadsstandard, näringstillförsel, arbetsvillkor samt andra livsområden.<sup>3</sup> De upplever många gånger både indirekt och direkt diskriminering i tillgången till hälsa- och sjukvård. De nekas många gånger vård av läkarna på sjukhusen och möts med främlingsfientlig attityd på grund av deras etnicitet. Diskrimineringen tillsammans med andra faktorer så som ekonomiska hinder orsakar en barriär för den romska befolkningen att kunna tillgodoseas vård på samma villkor som icke-romer. Denna sociala exkludering leder i sin tur till att de sällan söker vård samt att de

---

<sup>1</sup> Parekh N, Rose T, Health inequalities of the Roma in Europe: A literature review, Cent Eur J Public

<sup>2</sup> Human Rights Watch, "Second class citizens – Discrimination against Roma, Jews and other national minorities in Bosnia and Herzegovina", 2012, s. 3

<sup>3</sup> European Roma Rights Centre, "Ambulance not on the way – The disgrace of healthcare for Roma in Europe", Westimprim bt. in Budapest, Hungary, 2006, s. 12

har svårt att lita på statens institutioner.<sup>4</sup> Indikationer av att det sker indirekt- eller direkt diskriminering av romer i tillgången till hälso- och sjukvård innebär att staten inte har vidtagit skyldigheter enligt internationell rätt för att säkerställa rätten till hälsa utan diskriminering på någon grund.<sup>5</sup>

Trots att många regeringar anser sig ha vidtagit åtgärder för att tillgodose alla medborgare med adekvat hälso- och sjukvård återstår en hel del att göra. I Bosnien och Hercegovina förbises och missgynnas många till lika rätt för lika vård, särskilt minoriteter. Tydliga etniska skiljelinje kvarstår än idag från balkankriget, trots att det har gått mer än tjugo år. De stridande fraktionerna i Bosnien bestod huvudsakligen av de tre största etniska grupperna – bosnier, kroater och serber, vilka än idag anses som de ingående i konstitutionen. Det är också de som skyddas i högsta grad av Bosniens två viktigaste självstyrande politiska organ, Republika Srpska och Federationen Bosnien och Hercegovina.<sup>6</sup> De nationella minoriteter som inte tillhör landets tre största etniska grupper saknar skydd och hör till de ”övriga”. De beräknas utgöra cirka tre till fem procent av Bosniens befolkning, varav romer är den största minoriteten. Den europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna, ECHR, har funnit att minoriteters utestängning från politiken och offentliga institutioner utgör en rättsstridig etnisk diskriminering.<sup>7</sup>

Den här uppsatsen ämnar till att belysa hur vissa människor har större chans till långt och friskt liv, jämfört med andra. Ojämligheter i människors hälsa är intimt och oskiljaktigt kopplat till människors materiella och sociala förhållanden.<sup>8</sup> Rätten till höst uppnåelig hälsa är en fundamental rättighet, oavsett nationalitet, religion, politisk ståndpunkt eller social och ekonomisk status. Detta finns nedtecknat i flera internationella konventioner och resolutioner.<sup>9</sup>

---

<sup>4</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, ”Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care”, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003, s. 6

<sup>5</sup> Ibid. s. 21

<sup>6</sup> Human Rights Watch, Second class citizens – Discrimination against Roma, Jews, and Other national minorities in Bosnia and Herzegovina, 2012, s. 1

<sup>7</sup> Ibid. s. 1

<sup>8</sup> Graham, Hilary (2007). Unequal lives: health and socioeconomic inequalities. Maidenhead: Open University Press, introduction

<sup>9</sup> Mehmedbegovic-Zivanovic A, Equality in health: Access to health care and right to access to health care for children in the central Bosnia Canton, *Materia socio medica*, Vol. 21 No.4, 2009, pp. 203-206, s. 203

## 1.1 Problemformulering

Socioekonomiska skillnader är en betydande faktor till hälsoproblemen världen över. Flertal studier har visat att människor som är socialt missgynnade i samhället har sämre tillgång till hälsa- och sjukvård. De blir i högre utsträckning sjukare och dör tidigare än människor som lever i mer privilegierade samhällsklasser. Klyftorna mellan de som har tillgång till hälsovård blir allt mer märkbara, trots att vi idag lever i ett samhälle där globalt välstånd samt teknik har utvecklats markant.<sup>10</sup>

Majoriteten av romerna befinner sig längst ner i de socioekonomiska levnadsförhållandena. Misstänksamhet och diskriminering är ett vanligt förekommande bland befolkningen i de länder där de lever.<sup>11</sup> Det är allmänt vedertaget att romer lider av sämre hälsa än den övriga befolkningen i de länder där de är bosatta. Detta på grund av deras höga exponering mot en rad ogynnsamma strukturella faktorer som påverkar hälsa, så som fattigdom, lägre utbildningsgrad och en sämre social integration i samhället. De flesta romer lever i små kompakta bosättningar där bostadsförhållandena ofta saknar grundläggande sanitär utrustning, vilket också orsakar till en försämra hälsa. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) finns emellertid otillräcklig forskning samt hälsoundersökningar om romers hälsosituation, särskilt i länderna i det forna Jugoslavien.<sup>12</sup>

Romska kvinnor i Bosnien upplever sig diskriminerade då de inte har lika rätt till vård som icke-romska kvinnor. En studie visar exempelvis att fattiga romska kvinnor som saknar sjukförsäkring inte har tillgång till vård samt finner det svårt att betala för ett läkardokument. Detta gör att deras barn förblir oregistrerade på grund av att de inte kan be-

---

<sup>10</sup> Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, Koller T, Vega J, The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities, PLoS Medicine 2006, Volume 3, Issue 6, pp. 749-751, s. 749

<sup>11</sup> World Health Organization, "Health and economic development in south-eastern Europe", Paris, 2006, s. 37

<sup>12</sup> Ibid, s. 38

tala kostnaderna för att få sitt barn registrerat vid födseln.<sup>13</sup> Den pågående diskrimineringen och segregationen mot romer har begränsat deras tillgång till sjukvård och utbildning. Dessutom ses de som en låg-kvalificerad arbetskraft, vilket gör att de erbjuds få möjligheter på arbetsmarknaden. Med denna bakgrund är det kanske inte förvånande att arbetslösheten bland romer är exceptionellt hög. Arbetslösheten och sysselsättningsmöjligheten är enormt utbredd i Bosnien där nästintill alla romer är arbetslösa. Detta innebär att den viktigaste källan till inkomst antingen är inom den informella sektorn eller lågutbildade enkla arbeten. Det ger dem föga möjligheter till att undkomma fattigdomen och en utbredd begränsad tillgång till hälsoförsäkring blir ett faktum.<sup>14</sup>

Trots att det finns en tydlig koppling mellan socioekonomisk status och tillgången till hälso- och sjukvård räknas inte denna status som en diskrimineringsgrund under konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Den nämns överhuvudtaget inte under kommentaren. Under artikel 12 i konventionen görs en förlängning och ett förtydligande om vad och vilka som avses rätten till högsta uppnåeliga hälsa. Detta finns proklamerat i konventionens General Comment No. 14 som tillkom år 2000 på begäran av generalförsamlingen. Det är den mest omfattande förklaringen om rätten till hälsa i den internationella rättsregleringen som finns idag.<sup>15</sup> De centrala delarna i den förlängda kommentaren åsyftar att tillgång till adekvat hälso- och sjukvård (accessibility) ska avse alla utan någon som helst diskrimineringsgrund.<sup>16</sup> Tillgången till hälso- och sjukvård är en rättighet och en förutsättning för god hälsa. Den är ytterst avgörande för att kunna avnjuta fullt deltagande i det sociala, ekonomiska och politiska livet. Hälsa är dessutom oskiljaktigt från tillgång till offentliga tjänster som utbildning, boende och socialt skydd, och en förutsättning för att kunna tillträda och upprätthålla sysselsättningen. Att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård för romer är således en viktig faktor för deras sociala integration och ekonomiska utveckling.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> UNICEF CEE/CIS, Regional Office for CEE/CIS Social and Economic Policy for Children, "Romani Children in South East Europe – The challenge of overcoming centuries of distrust and discrimination", Discussion Paper ISSUE #7, 2007, pp. 1-39, s. 11

<sup>14</sup> Ibid. s. 14

<sup>15</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health. E/C.12/2000/4

<sup>16</sup> Ibid. paragraf 18

<sup>17</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, "Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care", Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003, s. 12

Uppsatsen ämnar inte utvärdera den generella kommentaren, utan snarare använda den som en bakgrund för att visa på att tillgång till hälsa en central fråga för många politiska institutioner såväl som individer, särskilt de som är mest utsatta. Tillgången till hälsa- och sjukvård är avgörande då man talar att alla ska få lika möjligheter till rätten till hälsa. I kommentaren belyser man emellertid inte det socioekonomiska perspektivet trots att det finns en koppling till människors hälsosituation. I uppsatsen kommer det att finnas en tydligare förklaring på hur den socioekonomiska statusen inverkar på hälsan och varför det bör belysas i den generella kommentaren. Jag kommer dessutom att använda mig av ett intersektionellt perspektiv eftersom etnicitet, kön och klass samvarierar och kan på ett tydligare sätt visa hur i synnerhet de romska kvinnorna diskrimineras.

## 1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att studera hur socioekonomisk status inverkar på hälsan för romska kvinnor i Bosnien. Då hälsa är en universell rättighet som finns proklamerad i flertal dokument, saknar trots det många denna grundläggande rättighet, däribland romer. Jag vill visa att den socioekonomiska kopplingen till hälsa är viktig, då många exkluderas tillgången till hälsa- och sjukvård på grund av sin socioekonomiska status. Till skydd för de människor som har en dålig hälsosituation finns potentiellt General Comment No. 14, men även andra rättsregleringar föreligger. Trots skyddet formulerar den generella kommentaren ingenting kring betydelsen av socioekonomisk status. Den blir sålides svåränvänd då den inte belyser det socioekonomiska perspektivet. Jag vill därför i belysa bristerna och problemen med den generella kommentaren genom att göra en analys av romer och romska kvinnors situation i Bosnien.

Uppsatsen kommer att besvara följande frågeställningar;

- *Vilken roll spelar socioekonomisk status i tillgången till hälsa?*
- *Hur reflekteras detta i General Comment No. 14?*



## 1.3 Material och avgränsningar

Stater har en skyldighet att erbjuda alla människor hälsofaciliteter, varor samt tjänster med hänsyn till tillgång (availability), tillgänglighet (accessibility), acceptans samt kvalitet. Tillgången till vård kommer således att utgå från definitionen som finns i FN:s konvention om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Begreppen ”availability” och ”accessibility” kan emellertid efter en svensk översättning ha väldigt snarlik betydelse. Därför läggs fokus på att tala om ”tillgång” från en *de facto* synvinkel, vilket innebär att se till en individs faktiska situation, snarare än hur den potentiellt kunde sett ut efter önskat beteende. Romers situation kommer att studeras och analyseras utifrån den levnadsstandard de har i Bosnien och inte hur den borde vara. Fokus läggs följaktligen på hur romer missgynnas och särbehandlar i tillgången till vård som bevitnas i realiteten.

### 1.3.1 Primär- och sekundärmaterial

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter utfärdade en förlängd juridiskt bindande tolkning av hälsa som en mänsklig rättighet. Detta finns proklamerat i konventionens General Comment No. 14.<sup>18</sup> Dokumentet är en viktig källa för att kunna tillämpa och utveckla principen om de mänskliga rättigheterna både på nationell och internationell nivå. Primärmaterialet som kommer att användas i uppsatsens gång är alltså denna generella kommentar som åsyftar rätten till högsta uppnåeliga hälsan för alla individer. Jag kommer specifikt att studera hur kommentaren talar om icke-diskriminering och vilka som faller utanför denna tolkning. Då det centrala i den generella kommentaren handlar om allas rätt till högsta uppnåeliga hälsa utan diskriminering av något slag, faller det sig naturligt att jag utifrån detta kommer att belysa hur den socioekonomiska statusen påverkar på romers tillgång till hälsa. Då socioekonomisk status

---

<sup>18</sup> Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health. E/C.12/2000/4

inte nämns explicit som en diskrimineringsgrund kommer jag att studera kopplingen mellan denna status och rätten till hälsa.

Sekundärmaterialet består främst av vetenskapliga artiklar som handlar om ojämlikhet kring tillgången till hälsa. Då jag har valt att fokusera på romska kvinnor i Bosnien har jag även funnit rapporter från bland annat Human Rights Watch som beskriver hur romska kvinnor diskrimineras i landet. Befintlig litteratur kring mitt valda ämne är något begränsat, men i Hilary Grahams bok "Unequal Lives" beskrivs kopplingen mellan socioekonomisk status och hälsa väldigt väl. Vidare använder jag Mulinari och De los Reyes bok om intersektionalitet för att beskriva teorins byggstenar. För att se hur ett intersektionellt perspektiv kan kopplas till hälsa har jag funnit vetenskapliga artiklar som belyser hur kön samt etnicitet påverkar på tillgången till hälsa. Då jag har valt att beskriva hur de romska kvinnorna påverkas ur ett intersektionellt perspektiv har jag lagt mycket fokus på Camilla Ravnbols artikel "The Human Rights of Minority Women: Romani Women's Rights from a Perspective on International Human Rights Law and Politics", som har gjort i samarbete med Raoul Wallenberg institutet i Lund.

### 1.3.2 Källkritik

Primärmaterialet som jag undersöker är från 2001. Det har såldes gått mer än tjugo år sedan man skrev ner vad rätten till bästa uppnåeliga hälsa innebär. Mycket hinner att ändras under de åren och det är just därför jag finner det intressant att studera materialet från en annan vinkel. När jag har formulerat mina kunskaper kring socioekonomisk status inverkan på hälsa, med hjälp av andra teoretiker, vill jag applicera detta på ett reellt fall. Såldes blir min uppgift att hitta trovärdigt material om romers situation i Bosnien. Jag har därför valt att förhålla mig till välkända icke-statliga organisationer vars rapporter handlar om romer i Bosnien. Det är dock alltid svårt att förhålla sig till ett ämne som inte är så väl utforskat. Vad gäller socioekonomisk status och hälsa finns en del forskning, men inte så mycket som jag hade önskat. Därav blir mitt val av teori en ytterligare komponent som kan bidra med flera infallsvinklar.

## 1.4 Forskningsetiska bedömningar

Att tala om romer som en folkgrupp utan att egentligen känna till målgruppen kan ibland vara känsligt. Genom att objektifiera en grupp människor hamnar de lätt i en position som kan leda till negativ särbehandling. De kan hända att de ses som verktyg om de tenderar att objektifieras återkommande och omtalas som om de vore saker. När objektifiering utgör ett mönster utan hänvisning till individernas egna behov, i exempelvis medias framställning, blir den även diskriminerande.<sup>19</sup> Det är därför viktigt för mig att under uppsatsen gång kunna lyfta fram romers egna behov och känslor som de upplever i tillgången till vård.

---

<sup>19</sup> Boréus, K., 2005. *Diskriminering med ord*. Umeå: Boréa Bokförlag, s. 43

## 2 Intersektionellt perspektiv

Intersektionalitet är ett samhällsvetenskapligt begrepp som syftar till att synliggöra strukturer av förtryck i samhället. Dessa strukturer grundar sig i hur vi uppfattar olika egenskaper hos individer, såsom kön, klass etnicitet, ålder m.m.<sup>20</sup> Det intersektionella perspektivet används för att analysera och problematisera maktens och ojämlikhetens komplexa konstruktioner. Författarna los Reyes och Mulinaria menar att analysen ur ett intersektionellt perspektiv inte kan reduceras till enbart en kategori, utan det handlar om att synliggöra och ifrågasätta hur olika maktstrukturer bidrar till ett stereotypt kategoritänk.<sup>21</sup> De menar att det är viktigt att kunna identifiera maktstrukturer som en intersektion mellan samhällets strukturer, annars riskerar individer att stigmatiseras - ” *att inte se det specifika i individens utsatthet inom dessa strukturer medför en diskriminerande praxis som både osynliggör människors historiskt skilda erfarenheter av förtryck och hindrar formuleringen av kollektiva strategier mot makten*”.<sup>22</sup> Diskriminering går att eliminera genom att uppmärksamma och synliggöra kategoriers komplexitet.<sup>23</sup>

Schulz och Mullings bok, ”Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches”, handlar om att förstå hur kön, ras och klass samverkar och orsakar ojämlikhet i hälsa. De menar att man med en intersektionell förståelse om hur olika maktstrukturer samverkar till diskriminering, kan eliminera social ojämlikhet som driver skillnader i hälsa. En färgad kvinna är ett tydligt exempel på ett sådant perspektiv då förståelsen av intersektionen mellan kön, ras och klass blir evident.<sup>24</sup> Färgade kvinnor som kommer från en minoritetsgrupp riskerar i högre grad att bli diskriminerade och marginaliserade i samhället än en vit medelklasskvinna. De betonar särskilt att kön, ras och klass inte är

---

<sup>20</sup> De los Reyes, Paulina & Mulinari, Diana (2005). Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlikhetens landskap. 1. uppl. Malmö: Liber, s. 11

<sup>21</sup> Ibid, s. 90

<sup>22</sup> Ibid, s. 128

<sup>23</sup> Ibid, s. 127

<sup>24</sup> Medical Anthropology Quarterly, Book Review Editor, ”Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches, Amy J. Schulz and Leith Mullings, eds. San Francisco: Jossey-Bass, 2007(297-310), s.306

additiva, utan snarare ömsesidigt konstitutiva kategorier som bidrar till ojämlikhet till hälsa. Vidare tas strukturell rasism upp som visar på hur tillgången till vård gynnar de människor som är mer privilegierade, samtidigt som människor i lägre samhällsklasser nekas.<sup>25</sup>

De mänskliga rättigheterna är ämnade att säkerställa och skydda alla individers mänskliga värdighet, genom internationella standarder och processrättsliga bestämmelser. Verklighetsbilden visar dock att minoriteter faller utanför detta skydd, vilket gör att man ifrågasätter tillämpningen av rättighetsramverket. Romska kvinnor faller ofta utanför den universella tillämpningen, både på grund av kön och etnicitet.<sup>26</sup> Den här uppsatsen kommer att fokusera på den romska kvinnans utsatthet genom förståelsen av hennes socioekonomiska status. Det intersektionella perspektivet kommer bland annat att visa hur genus och etnicitet blir sammankopplande och orsakar multipel maktlöshet hos romska flickor och kvinnor inom hälso- och sjukvården. Diskrimineringsgrunder blir även påtagliga vid tillgången till utbildning, sysselsättning samt omsorg, vilket är förenat med deras socioekonomiska status.<sup>27</sup>

Romska kvinnor i Bosnien och i hela Balkan är utsatta för trippel diskriminering. De förbises på grund av samhällets rasistiska attityder mot romer i allmänhet, negativa attityder mot individer som lever i fattigdom samt könsdiskriminering i hushållet på grund av patriarkala familjenormer. Således blir de romska kvinnorna på grund av sin sociala ställning i samhället särskilt sårbara för sämre hälsa. Diskriminering av romska kvinnor handlar om att synliggöra effekterna av hur olika kategorier skapar makt och ojämlikhet på olika samhällsnivåer.<sup>28</sup> Presumtivt blir detta synbart vid studiet av hur socioekonomisk status inverkar på tillgången till hälsa. Hur den socioekonomiska statusen påverkar romska kvinnors tillgång till hälsa- och sjukvård i Bosnien kommer att diskuteras och analyseras under uppsatsens undersökning.

---

<sup>25</sup> Ibid, s. 307

<sup>26</sup> C.I. Ravnbøl, *International Journal on Minority and Group Rights*, 17 (2010) 1–45, s. 34

<sup>27</sup> Ibid. s. 41

<sup>28</sup> Janevic T, Jankovic J, Bradley E, Socioeconomic position, gender, and inequalities in self-rated health between Roma and non-Roma in Serbia, *Int J Public Health* (2012) 57:49–55, s. 10

### 3 Metod

Uppsatsen tar sin grund i att förklara kopplingen mellan socioekonomisk status och hälsa. Därefter konkretiseras detta med de romska kvinnornas tillgång till hälsa i Bosnien. Här blir syftet att se hur de romska kvinnornas socioekonomiska status påverkar på deras tillgång till hälsa. Hypotetiskt är kvinnorna diskriminerade på flera olika nivåer jämfört med icke-romska kvinnor, grundat på kunskapen kring romers situation i Europa. Genom ett intersektionellt perspektiv vill jag se hur kvinnorna diskrimineras och hur detta påverkar på deras hälsostatus. Med det intersektionella perspektivet kan jag tillägga ytterligare aspekter för att på ett än mer tydligare sätt visa på de romska kvinnornas utsatthet. Då socioekonomisk status kan delas upp i ekonomisk tillgång, utbildning samt yrkesstatus blir risken större för att falla under en diskrimineringskategori. Genom att lägga ett intersektionellt perspektiv kan jag addera något extra för att visa på hur viktigt det är att ta hänsyn till den socioekonomiska statusen.

Det valda primärmaterialet, General Comment No. 14, kommer att användas som en bakgrund för att visa att tillgången till hälsa är en utformad prioriteringsfråga bland politiska institutioner. Under paragraf arton i kommentaren ges en lista på olika diskrimineringsgrunder. Bland dem finns emellertid inte socioekonomisk status som en av grunderna. Den socioekonomiska statusen anges inte någonstans under kommentaren. Då listan inte är uttömmande blir mitt ändamål att ge en bredare tolkning av paragrafen, genom att visa på vilket sätt det finns en koppling mellan socioekonomisk status och tillgången till hälsa. Jag kommer således att studera hur de romska kvinnornas hälsa i Bosnien påverkas av deras socioekonomiska status. Paragrafen ger dock ett utrymme till en extensiv tolkning då den uppger ”other status”. Huruvida detta är tillräckligt kommer att analyseras med hjälp av analysen kring de romska kvinnornas situation i Bosnien.

## 4 Socioekonomisk status inverkan på hälsa

Definitionen för socioekonomisk status kan ibland vara skiljaktiga men tenderar ändå till att inkludera vissa specifika kategorier. Jag har därför valt att utgå ifrån den definition som finns i Hilary Grahams bok "Unequal lives: health and socioeconomic inequalities", för att komma nära en så grundläggande beskrivning som möjligt. Graham förklarar att begreppet används som ett samlingsbegrepp för inkomst, utbildningsgrad samt yrkesstatus. Den socioekonomiska statusen har en tydlig effekt på vår hälsa, där flertalet studier har visat tydlig korrelation mellan låg socioekonomisk status och sämre hälsa.<sup>29</sup> Den socioekonomiska statusen inverkar på risken för exponering för skadliga intermediära faktorer som kan orsaka dålig hälsa. Hälsa är därför både ett resultat av samt en avgörande faktor för människors sociala förhållanden. God hälsa gör det lättare för människor att stanna kvar på arbetsmarknaden och därmed leva samt arbeta i miljöer med lägre risker för ohälsosam exponering.<sup>30</sup>

Dessa tre komponenter som omfattar socioekonomisk status är viktiga och avgörande för individens inflytande och möjligheter på ens levnadsstandard. Komponenterna kan identifiera en individs sociala ställning i samhällshierarkin genom att bedöma meriterande kvalifikationer, status på sysselsättning samt grad av inkomst. Sysselsättning, utbildning samt inkomst fångar sålunda viktiga dimensioner av individers sociala och materiella omständigheter.<sup>31</sup> Socioekonomiska skillnader i hälsa kan bestyrkas hos de individer som lever med en sjukdom eller har fysisk eller psykisk dysfunktion. De har oftast fler ekonomiska besvär som är svåra att undvika. Bestående hälsoproblem anknyts även till en större utsatthet för diskriminering, vilket ökar risken för arbetslöshet

---

<sup>29</sup> Graham, H (2007). Unequal lives: health and socioeconomic inequalities, s. 36-37

<sup>30</sup> Ibid. s. 108

<sup>31</sup> Graham H, "Socioeconomic inequalities in health in the UK: Evidence on patterns and determinants", A short report for the Disability Right Commission, Institute for Health Research, Lancaster University, 2004, s. 3

samt på längre sikt eventuellt även fattigdom. Studier visar att de som har högre socioekonomiska status även har en större möjlighet att stanna kvar i arbetslivet, trots en långvarig sjukdom, än de som lever i fattigdom.<sup>32</sup>

En individs socioekonomiska status kan även påverka på hälsan indirekt, genom ohälsosam miljöexponering (t.ex. dåliga bostadsförhållanden, föroreningar samt riskfylld arbetsplats) samt hälso-skadliga beteende (t.ex. ostabila familjerelationer samt oförutsedda livshändelser).<sup>33</sup> Barn och vuxna som lever i fattigdom är mer utsatta för hälsovådliga miljöer samt mer benägna att hamna i ett hälso-skadligt beteende. Ojämlig exponering för hälsorisker kan försätta barn i ohälsa genom hela livet. De lever oftast i överbefolkade bostäder med begränsade faciliteter, vilket försätter dem i en försämrad levnadsstandard.<sup>34</sup>

Enligt Johan Mackenbach, en framstående forskare inom folkhälsa, utgör ojämlikhet i hälsa bland grupper med olika socioekonomisk status, en av de viktigaste utmaningarna för folkhälsan. I likhet med Graham mäter Mackenbach den socioekonomiska statusen med hjälp av utbildningsnivå, yrkesstatus samt inkomst.<sup>35</sup> Mackenbach gjorde en studie i tjugotvå europeiska länder år 2008 som visade resultat på att både rökning och fetma är vanligare bland personer med lägre utbildningsnivå. Resultaten visade även att personer med lägre utbildningsnivå tenderar att insjukna eller avlida på grund av dåliga vanor kring nutrition, alkohol samt rökning.<sup>36</sup> Tillgången till hälsa- och sjukvård var emellertid även en av de vanligaste orsakerna till ojämlikheterna i dödlighet. Ojämlighet i tillgången till kvalitativ hälsovård leder enligt studien till att de med lägre socioekonomisk status drabbas av kroniska sjukdomar i högre utsträckning. En orättvis fördelning av tillgång till sjukvård resulterar även i ojämlikhet i överlevnad.<sup>37</sup>

Vidare visar resultaten från en rapport av Världshälsoorganisationen (WHO) att det finns tydliga socioekonomiska ojämlikheter i hälsa där fattiga människor uppvisar

---

<sup>32</sup> Ibid, s. 6

<sup>33</sup> Ibid, s. 7

<sup>34</sup> Ibid, s. 8

<sup>35</sup> Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries (2468-2481), s. 2468

<sup>36</sup> Ibid, s. 2473

<sup>37</sup> Ibid, s. 2479



sämre hälsostatus samt är mindre benägna till att använda och söka sig till hälsovårdstjänster. Hälsan inskränks av långa inkomster, hög arbetslöshet, brist på utbildning samt brist på sjukförsäkring. Vissa befolkningsgrupper utsätts dessutom för social utestängning, vilket gör att deras hälsobehov inte tas med lika stort beaktande. Studien förevisade dessutom att det största skälet till varför människor inte söker hälsovård vid sjukdomsfall var på grund av kostnaden. De fann även bevis på att låg nivå av välfärd korrelerade med sämre hälsoreultat.<sup>38</sup> WHO menar att stater därför bör inrätta strategier för att minska fattigdom och ojämlikhet i hälsa.<sup>39</sup>

I en artikel skriven av Karien Stronks 1997 förklarar hon att den socioekonomiska statusen hos en individ är avgörande för att kunna åtnjuta god fysisk och psykisk hälsa. Många individer från väst påvisar att låg socioekonomisk status också har samband med ökad sjuklighet och dödlighet, precis som Graham konstaterade. Det är dock inte förvånande, enligt Stronks, då ens socioekonomiska status hör ihop med vad vi äter, var och hur vi bor, möjligheter till sysselsättning, miljön där man vistas och lever samt hur vi livnär oss ekonomiskt. Många av dessa faktorer påverkar tillgången till hälsa som i sin tur är en förutsättning för god hälsa.<sup>40</sup> Ojämlikhet i hälsa kan såldes påverkas av flera faktorer. I likhet med Graham menar Stronks att en jämlik och rättvis fördelning samt tillgång till hälso- och sjukvård är grundläggande för att alla ska ha lika möjlighet till ett hälsosamt liv.<sup>41</sup> En jämlik fördelning bland hälsoresurserna skulle såldes även resultera i att de socioekonomiska skillnaderna i hälsa kommer att minska. Stronks menar dock att verkligheten inte ser ut så. Få stater har lyckats med att tillgodose sina medborgare med lika tillgång till hälsofaciliteter och vård. De mest utsatta och marginaliserade är också de som drabbas hårdast.<sup>42</sup> Politiska beslutsfattare bör ta hänsyn till alla de faktorer som påverkar en individs socioekonomiska status för att uppnå en jämn fördelning av hälso- och sjukvård. Då socioekonomiska ojämlikheter minskar kommer även skillnaderna i hälsa att reduceras.<sup>43</sup> Karien Stronks skrev några år tidigare en vetenskaplig

---

<sup>38</sup> World Health Organization, "Health and economic development in south-eastern Europe", Paris, 2006, s. 89

<sup>39</sup> Ibid. s. 89

<sup>40</sup> Stronks, Karien, "Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?", University of Rotterdam, Rotterdam, 1997, s. 4

<sup>41</sup> Ibid, s. 31

<sup>42</sup> Ibid, s. 32

<sup>43</sup> Ibid, s. 34

artikel tillsammans med den tidigare nämnda forskaren Mackenbach som handlade om hur medicinsk vård fördelades mellan olika socioekonomiska grupper. I sin undersökning kunde de konstatera att den medicinska vården inte nådde fram till de som befann sig i de lägre socioekonomiska grupperna, alltså de som behövde den som mest. De föreslog en grundlig omfördelning av de medicinska resurserna om dödligheten bland de mest utsatt skall minska.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Johan P. Mackenbach, Karien Stonks, Anton E Kunst, ”The Contribution of medical care to inequality in health: Differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention”, Department of Public Health & Social Medicine, Soc. Sci. Med. Vol. 29, No 3, pp.369-376, Rotterdam, 1989, s. 375-376

## 5 Rätten till hälsa enligt internationell standard

Stater har en skyldighet att skydda och främja de mänskliga rättigheterna. De definieras och garanteras genom att stater ratificerar internationella fördrag som i sin tur betyder att innebär att stater bundna till att genomföra dessa rättigheter.<sup>45</sup> De statliga åtaganden innebär att staten har en skyldighet att respektera, skydda samt att uppfylla rätten till hälsa för alla individer.<sup>46</sup>

Den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna från 1948 nämner hälsa under artikel 25 som en del av rätten till en adekvat levnadsstandard. Rätten till hälsa blev återigen erkänt som en grundläggande rättighet 1966 under konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ICESCR). Sedan dess har allt fler internationella fördrag erkänt rätten till hälsa som en mänsklig rättighet för att kunna leva ett värdigt liv. Oavsett vårt kön, ålder, socioekonomiska eller etniska bakgrund, anser vi att vår hälsa är en av de väsentligaste tillgångarna i våra liv. Rätten till hälsa, enligt internationell standard, omfattar ett brett spektrum av faktorer som kan hjälpa oss att leva ett hälsosamt liv.<sup>47</sup> Under ICESCR har man fastslagit vissa bestämmelser för vad som inkluderas inom rätten till hälsa. Rätten hänvisar till åtnjutandet av olika varor och tjänster som är nödvändiga för att bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa.<sup>48</sup>

Förbudet mot diskriminering vid utövandet av rätten till hälsa nämns under flertalet internationella konventioner som är juridiskt bindande: konventionen om avskaffandet av all slags diskriminering (ICERD), konventionen om avskaffandet av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW) samt barnkonventionen. Under artikel två i ICERD åläg-

---

<sup>45</sup> World Health Organization, ”The Right to health – fact sheet No. 31”, Office of the United Nations, Geneva, 2008, s. 22

<sup>46</sup> Ibid, s. 25

<sup>47</sup> Ibid, s. 2

<sup>48</sup> Ibid, s. 3

ger konventionsstaterna att fullfölja och utöva, med alla lämpliga medel och utan dröjsmål, en politik för att avskaffa rasdiskriminering i alla former. Konventionsstaterna ska i synnerhet garantera allas rätt, utan någon åtskillnad, till likhet inför lagen i åtnjutandet av de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna.<sup>49</sup> Denna skyldighet gäller uttryckligen rätten till hälsa, sjukvård, social trygghet samt social service (ICERD, Artikel 5(e)(iv)). De stater som har ratificerat CEDAW har åtagit sig skyldigheten att vidta alla lämpliga åtgärder för avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller hälsovård, grundat på jämlikhet mellan könen (artikel 12).<sup>50</sup> Vidare under CEDAWs tolfte artikel medges att konventionsstaterna ska tillförsäkra kvinnor lämplig vård i samband med graviditet och förlossning. Uppmärksamhet till mödrar riktas även under ICESCRs artikel 10(2) som proklamerar att särskilt skydd bör ges till mödrar under en rimlig period både före och efter förlossningen.<sup>51</sup>

## 5.1 General Comment No. 14 under ICESCR

De mänskliga rättigheterna är beroende av varandra, vilket innebär att om rätten till hälsa kränks kan det även försämra åtnjutandet av andra grundläggande rättigheter, såsom rätten till arbete eller utbildning. Med den förlängda kommentaren under General Comment vill man värna om skyddet för de varor och tjänster som främjar rätten till hälsa. Om de säkerställs kan de bidra till ett förverkligande av många andra mänskliga rättigheter.<sup>52</sup>

Den konvention där rätten till den högsta möjliga standard av psykisk och fysisk hälsa, åberopas och skyddas är under ICESCR, konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Emellertid medges att förpliktelserna avses med förbehåll för

---

<sup>49</sup> European Roma Rights Centre, ”Ambulance not on the way – The disgrace of healthcare for Roma in Europe”, Westimprim bt. in Budapest, Hungary, 2006, s. 23

<sup>50</sup> Ibid, s. 23

<sup>51</sup> World Health Organization, ”The Right to health – fact sheet No. 31”, Office of the United Nations, Geneva, 2008, s. 12

<sup>52</sup> World Health Organization, ”The Right to health – fact sheet No. 31”, Office of the United Nations, Geneva, 2008, s. 6

progressivt förverkligande, dvs. man är medveten om att staterna i den här frågan är beroende av tillgängliga resurser. Principen om icke-diskriminering vid utövandet av rätten till hälsa omfattas däremot inte av ett förbehåll för progressivt förverkligande. Stater har således omedelbara skyldigheter att garantera att rätten till hälsa utövas utan diskriminering av något slag. Medlemsstaterna skall vidta åtgärder mot det fulla förverkligandet av denna rätt som finns proklamerat i konventionens tolfte artikel.<sup>53</sup> Under konventionens tolfte artikel förklaras rätten till hälsa inte som en rättighet att vara frisk. Rätten till hälsa omfattar snarare juridiskt bindande friheter och rättigheter, dvs. rätten till ett system för hälsoskydd som ger lika möjligheter för människor att åtnjuta bästa uppnåeliga nivå på hälsa. Således inbegriper begreppen ”högst uppnåeliga hälsa” att man tar hänsyn till individers biologiska- och socioekonomiska förutsättningar samt en stats tillgängliga resurser.<sup>54</sup>

Under ICESCRs förlängning av den tolfte artikeln ges som tidigare nämnt den mest omfattande förklaringen om rätten till hälsa i den internationella rättsregleringen. Här erkänns allas rätt att åtnjuta den högsta uppnåeliga fysiska och mentala hälsa.<sup>55</sup> Kommentaren förklarar att stater har en omedelbar skyldighet att garantera att rätten till hälsa ska utövas utan åtskillnad på någon grund. Den beskriver även att stater innehar en skyldighet att respektera, skydda samt uppfylla rätten till hälsa för alla individer. Nedan följer en icke uttömmande anvisning för staters skyldigheter för att uppnå tillgång samt tillgänglighet för bästa möjliga hälsa för sina med medborgare som finns proklamerad under artikel tolv (AAQ). Dessa principer är nödvändiga för staten i syfte att uppfylla att rätten till hälsa blir åberopad. Jag väljer att ta med hela artikeln (12a-12d) för att man på ett tydligare sätt ska kunna få en uppfattning om vad konventionen anser omfattar tillgången till högsta uppnåeliga hälsa. Den tolfte artikeln är således en förteckning över staters skyldigheter för att tillgodose alla individers friheter och rättigheter i åtnjutandet av högsta uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> Ibid, s. 20

<sup>54</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, ”Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care”, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003, s. 27

<sup>55</sup> General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch), senast använd den 19 juli 2013

<sup>56</sup> Ibid.

## 12. (a) Availability - tillgång

Den här typen av tillgänglighet syftar till att staten bör ha ett välfungerande sjukvårdssystem med tillgängliga lokaler, utbildad vårdpersonal samt mediciner. Utbudet kan givetvis variera från stat till stat, men de ska finnas inom ett lands territorium.<sup>57</sup>

## 12. (b) Accessibility - tillgänglighet

Staten har en skyldighet att se till att hälsofaciliteter, varor samt tjänster finns tillgängliga för alla utan någon diskriminering. Denna tillgänglighet kan delas in i fyra överlappande dimensioner.

1. “**Non-discrimination:** Hälso- och sjukvård ska vara tillgänglig för alla utan någon diskrimineringsgrund. Särskild hänsyn skall vidtas till de som är mest utsatta och marginaliserade.
2. “**Physical accessibility:** Alla ska kunna ta del av vården, även de som funktionshandikappade eller befinner sig långt ifrån sjukhusen.
3. “**Economic accessibility (affordability):** Vården måste vara ekonomisk tillgänglig för alla. De som är utsatta ska inte behöva belastas av för höga kostnader på ett oproportionerligt sätt.
4. “**Information accessibility:** Tillgänglig information avseende hälsa.<sup>58</sup>

## 12. (c) Acceptability - godtagbarhet

Varor, tjänster och faciliteter måste värnas och respekteras, genom etiska normer.<sup>59</sup>

## 12. (d) Quality - kvalitet

God kvalitet samt beprövade metoder är grunden och en måttstock för en bra hälso- och sjukvård. Detta innefattar bland annat välutbildad vårdpersonal och bra utrustning.<sup>60</sup>

---

<sup>57</sup> General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på [www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch), senast använd den 19 juli 2013

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Ibid.

## 5.2 Rätten till hälsa utan diskriminering

Diskriminering betyder åtskillnad, uteslutning eller inskränkning på grund av olika skäl, som har till följd eller syfte att begränsa eller omintetgöra erkännande, åtnjutande samt utövande av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter.<sup>61</sup> Rätten till likabehandling är således en grundläggande rättighet som avser alla. Ingen människa ska bli behandlad annorlunda på grund av ens etniska ursprung, kön, sexuella läggning, funktionshinder samt religion eller annan trosuppfattning. Principen om icke-diskriminering finns uttryckt i flera internationella konventioner samt nationella lagar.<sup>62</sup> De människor som upplever sig diskriminerade utsätts för ett kränkande bemötande som är orsakat av en eller flera diskrimineringsgrunder.<sup>63</sup>

Utsatta och marginaliserade grupper i samhället är olyckligtvis också de som utsätts mest för en orättvis behandling. De är också mest utsatta för hälsoproblemen runt om i världen. Detta är till stor del på grund av de strukturella ojämlikheter som är relaterade till rasism och andra former av diskriminering i samhället.<sup>64</sup> Studier har visat att en utbredd rasism bland hälso- och sjukvården är den största anledning till varför vissa människor inte erhåller vård. Ojämlikhet i hälsa uppstår då likabehandling inte förekommer inom vården. Social uteslutning och marginalisering har visats sig vara en stor riskfaktor för fattigdom och ohälsa.<sup>65</sup> Ytterligare studier har visat att etniska minoriteter och ursprungsbefolkningar inte erhåller samma hälsovård eller hälsoinformation som den inhemska befolkningen i vissa samhällen. Dessutom placeras de sällan i lämpliga bostäder som med rent dricksvatten, vilket gör att de utsätts för fler riskfaktorer som kan påverka deras hälsa. Barn som växer upp i missgynnade familjeförhållande löper också högre risk tidig barndödlighet samt lider mer av undernäring än den övriga befolkningen.<sup>66</sup>

---

<sup>61</sup> World Health Organization, ”The Right to health – fact sheet No. 31”, Office of the United Nations, Geneva, 2008, s. 7

<sup>62</sup> Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, ”Diskriminering- ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet diskriminering och hälsa”, Statens folkhälsoinstitut, R: 2006:22, s. 15

<sup>63</sup> Ibid, s. 24

<sup>64</sup> World Health Organization, ”Health and freedom from discrimination”, Washington D.C, 2001, s. 4

<sup>65</sup> Ibid. s. 10

<sup>66</sup> World Health Organization, ”The Right to health – fact sheet No. 31”, Office of the United Nations, Geneva, 2008, s. 7

Icke-diskriminering och likabehandling är grundläggande principer som är avgörande för att människor ska kunna åtnjuta sina mänskliga rättigheter, samt kritiska komponenter för att rätten till hälsa ska kunna åberopas. Stater har en skyldighet att förbjuda och avskaffa diskriminering på alla grunder samt säkerställa att alla har tillgång till hälsovård och andra underliggande faktorer som påverkar hälsan. Den internationella konventionen som handlar om avskaffandet av all slags diskriminering, betonar under artikel fem att alla medlemsstater ska förbjuda och avskaffa rasdiskriminering samt garantera allas rätt till offentlig hälso- och sjukvård.<sup>67</sup>

Den allmänna kommentaren under ICESCR har under paragraf arton angett vad de anser innefatta icke-diskriminering och likabehandling. Paragrafen syftar på att visa att icke-diskriminering är en viktig princip för att kunna säkerställa de mänskliga rättigheterna samt för att alla skal kunna åtnjuta rätten till bästa uppnåeliga hälsa.

#### **Non-discrimination and equal treatment**

**18.** “By virtue of article 2.2 and article 3, the Covenant proscribes any discrimination in access to health care and underlying determinants of health, as well as to means and entitlements for their procurement, **on the grounds of race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, physical or mental disability, health status (including HIV/AIDS), sexual orientation and civil, political, social or other status [...]**”<sup>68</sup>

Kommentaren nämner således ingenting om socioekonomisk status. Dock finns det ett utrymme för extensiv tolkning då paragrafen avslutar med att inkludera ”other status”. Huruvida detta betyder att man själv kan välja vad som är ”other status” eller inte är svårt att säga. Under WHO:s faktablad om rätten till hälsa förklarar man att enligt kommittén för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna menas att ”annan status”

---

<sup>67</sup> Ibid, s. 7

<sup>68</sup> General Comment No.14 (2000) E/C.12/2000/4 The right to the highest attainable standard of health, art. 12, tillgänglig på [www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch), senast använd den 14 augusti 2013



kan innefatta hälsotillstånd (health status) som hiv/aids eller sexuell läggning.<sup>69</sup> Konventionen har ändå valt att inte uttryckligen inkludera den socioekonomiska statusen. I nästa avsnitt följer en förklaring på sambanden mellan socioekonomisk status och diskriminering avseende hälsan.

### 5.2.1 Diskriminering, hur inverkar det på socioekonomisk status?

Flertalet studier har visat att dödsantalet är betydligt högre hos de som är fattiga än de rika i alla åldrar. Antalet dock är särskilt markant under spädbarnsåldern och under barndomen. Segregation i ett samhälle försätter en del av befolkningen i en situation där de erhåller sämre service med färre resurser, vilket gör att de har samma möjligheter till ett jämbördigt liv som den övriga befolkningen. De människor som utsätts för diskriminering är mer benägna att bosätta sig i områden som är tyngda av miljöförstöring, vilket påverkar flera livsfaktorer som kost och sociala beteende.<sup>70</sup>

Etniska minoriteter är överrepresenterade bland de lågutbildade, bland de som lever i fattigdom samt bland lågavlönade yrken. En studie visar att cirka 29,5 % av de som är svarta lever i fattigdom jämfört med 9,2 % vita, samt att en högre andel svarta kvinnor befinner sig inom serviceyrket jämfört med vita kvinnor. Bland de svarta kvinnorna som utbildar sig finner man fler som lever under fattigdomsgränsen än bland de vita kvinnorna. Vidare menar studien att den socioekonomiska statusen är en viktig variabel för att förstå hur diskriminering påverkar på hälsan.<sup>71</sup> Syftet med studien var att undersöka hur diskriminering inverkar på svarta och vita kvinnors hälsa samt socioekonomiska status. Resultatet visade att 69 % av de svarta kvinnorna jämfört med 29 % av de vita, någon gång hade anmält både för ras- och könsdiskriminering. Denna typ av kränkning fick de oftast erfara på sina arbetsplatser. De fann även att de kvinnor som hade högre

---

<sup>69</sup> World Health Organization, "The Right to health – fact sheet No. 31", Office of the United Nations, Geneva, 2008, s. 7

<sup>70</sup> World Health Organization, "Health and freedom from discrimination, Washington D.C, 2001, s. 11

<sup>71</sup> Jennifer M. Watson, Isabel C. Scarinci, Robert C. Klesges, Deborah Slawson, Bettina M. Beech, "Race, Socioeconomic Status, and Percieved Discrimination among Healthy Women", Journal of Women's Health & gender-based medicine", Volume 11, No. 5, Tennessee, 2002, pp. 441-451, s. 442

genomsnittslöner var mindre benägna att rapportera om någon typ av diskriminering. Med andra ord tyder detta på att de kvinnor som har en högre inkomst inte utsätts för diskriminering i lika hög utsträckning som de som har en låg inkomst.<sup>72</sup> Även inom utbildningsväsendet upplevde de svarta kvinnorna sig mer diskriminerade än vita där man dessutom fann att det fanns färre svarta kvinnor högre upp i utbildningsnivån.<sup>73</sup>

En nyligen publicerad studie undersökte huruvida socioekonomisk status har någon betydelse då patienter söker primärvård. Undersökningen gick ut på att patienter ringde in till en klinik i Toronto och sökte primärvård. Patienterna fick följa ett manus genom att representera sig själva inom hög socioekonomisk status (exempelvis banktjänsteman) eller låg socioekonomisk status (exempelvis en person som är behöv av socialt bistånd). Det primära utfallet var att se om den patienten som ringde erbjöds ett personligt möte tillsammans med en läkare.<sup>74</sup> Resultaten visade att patienter med hög socioekonomisk status blev erbjudna en tid hos läkaren eller en plats på väntelistan, betydligt fler gånger än personer med låg socioekonomisk status.<sup>75</sup> Forskarna menar att vårdpersonalen har en mer negativ attityd mot människor som befinner sig inom lägre socioekonomiska förhållanden, exempelvis människor som lever på socialbidrag. Studien påpekar att få undersökningar har gjorts inom vården där man analyserar hur diskriminering av patienter på grund av deras socioekonomiska status. Genom att se till fler faktorer som berör en människas socioekonomiska status får forskare en bredare bild av hur och varför diskriminering påverkar en individ. Många studier om diskriminering ser enbart till en patients etniska ursprung, vilket gör att man missar flera viktiga faktorer.<sup>76</sup>

---

<sup>72</sup> Ibid, s. 446

<sup>73</sup> Ibid, s. 447

<sup>74</sup> Michelle E. Olah, Gregory Gaisano, Stephen W. Hwang, "The effect of socioeconomic status on access to primary care: an audit study", Canadian Medical Association or its licensors, 2013, pp. 263-269, s. 263

<sup>75</sup> Ibid, s. 266

<sup>76</sup> Ibid, s. 267

## 6 Diskriminering mot romer i tillgång till hälsa i Bosnien

Det bor uppskattningsvis cirka etthundratusen romer i Bosnien. Ungefär tio procent av dem är enligt FN:s flyktingkommissariat inte listade på ett födelseregister. Utan en registrering av födsel eller saknat innehav av födelsebevis uteblir man tillgången till flera offentliga tjänster, däribland hälso- och sjukvård. I landet finns det dessutom ett särskilt system för social- och sjukförsäkring. Det betalas oftast ut av arbetsgivarna, vilket gör att de som är arbetslösa riskerar att falla utanför systemet, utan förfogande av varken socialförsäkring eller sjukförsäkring.<sup>77</sup> Innehav av sjukförsäkring är alltså starkt beroende av ens sysselsättningsstatus. Då många romer fick lämna sina hem och ägodelar under balkankriget i början på nittioalet, lever de idag under mycket dåliga levnadsförhållanden utan någon bostad samt identitet. Många av dem som var folkbokförda och registrerade i en viss enhet före krigets utbrott förlorade sina identitetshandlingar, vilket gjorde att de förblev oregistrerade i den nya enheten.<sup>78</sup> En stor andel av den romska minoriteten i Bosnien är därför inte registrerade samt försäkrade på grund av bristen på dokumentation och information om rätt till sjukförsäkring.<sup>79</sup>

Även om antalet oregistrerade romer minskar i Bosnien kvarstår fortfarande många hinder för att erhålla grundläggande service i landet. De individer som saknar en identitetshandling i Bosnien och som inte är folkbokförda i landet måste ersätta sina vårdkostnader och faciliteter själva. Vidare innebär det att individer utan en försäkring eller identitet inte får sina grundläggande rättigheter erkända och tillgodosedda.<sup>80</sup> En konsekvens av detta är att romska kvinnor som idag lever i fattigdom flyr från sjukhusen med sina

---

<sup>77</sup> Parekh N, Rose T, Health inequalities of the Roma in Europé: A literature review, *Cent Eur J Public Health* 2011; 19 (3): 139–142, s. 99

<sup>78</sup> Legal analysis: "An Analysis of Laws on Health Insurance in Bosnia and Herzegovina (Entity, Brcko District and Cantonal where applicable) in Order to Identify Differences Between Them and the Existing EU Principles", Zukic N, a Public Law Consultant, LLB and M.Sc. in Psychology, s. 2

<sup>79</sup> *Ibid*, s. 40

<sup>80</sup> Human Rights Watch, "Second class citizens – Discrimination against Roma, Jews and other national minorities in Bosnia and Herzegovina", 2012, s. 4

barn efter förlossningen, då de inte kan betala för ett födelsebevis. Detta genererar i sin tur att oregistrerade barn inte kan få gå i skola och blir såldes utan en utbildning.

Beräkningar visar att cirka nittio procent av romerna inte erhåller vård. Romska bosättningar är oftast isolerade från vårdcentralerna, vilket gör att det är svårt att nå fram till sjukhusen. Brist på institutioner samt organisationer som arbetar med att ta itu med romers utestängning i Bosnien är alldeles för få, vilket leder till att deras situation sällan uppmärksammas eller förbättras.<sup>81</sup> Förordningen i Bosnien påstår likväl att kostnadsfri sjukvård omfattar alla, men enligt Human Rights Watch berör det endast vissa utsatta grupper som äldre och små barn, men framför allt de som kan uppvisa en sjukförsäkring. De som inte är registrerade erhåller följaktligen varken kostnadsfri eller subventionerad vård i landet. Det innebär att de flesta romer än idag tvingas betala för sin egen vård, vilket de uppenbarligen inte har råd med. Tillgången till hälso- och sjukvård blir såldes helt utebliven för dem.<sup>82</sup>

Nästintill alla romer i Bosnien är arbetslösa, varav mindre än fem procent uppskattas inneha en formell anställning. Många försörjer sig genom enkla arbeten som tiggeri, vilket gör det svårt att försörja familjen. Bosnien har emellertid inrättat ett särskilt program som ska göra att fler romer erhåller en sysselsättning. Detta har däremot inte haft någon vidare framgång och endast åttioåtta romer har lyckats finna en sysselsättning genom det nya systemet.<sup>83</sup> Under införandet av systemet har man kunnat fastställa att oerhört många saknar en formell utbildning samt kompetens för att kunna vara meriterad flertalet yrken.<sup>84</sup>

Avsaknad av identitetskort och födelsebevis gör att de saknar belägg för sin rättsliga status. Dessa handlingsdokument är många gånger ett krav för att få tillgång till offentliga tjänster. Statslöshet tillsammans med avsaknaden av viktig dokumentation hindrar tillgången till en rad rättigheter, som tillgången till hälsa- och sjukvård. Detta orsakas av

---

<sup>81</sup> Council of Europé, European Comission, ”Access of Roma to education and health care services in Tuzla Canton, Federation of Bosnia and Herzegovina, Raykova’s report, Tuzla 2002

<sup>82</sup> Human Rights Watch, ”Second class citizens – Discrimination against Roma, Jews and other national minorities in Bosnia and Herzegovina”, 2012, s. 5

<sup>83</sup> Ibid, s. 6

<sup>84</sup> Ibid, s. 7

ett flertal faktorer, däribland bristen på information samt ekonomiska hinder, vilket har en oproportionerlig inverkan för romer. Romer blir sällan informerade om sina sociala förmåner, vilket orsakar att många saknar ett socialt skydd samt sjukförsäkring, även om innehar ett födelsebevis. Diskriminering från de lokala myndigheterna utgör att det sällan finns en medvetenhet eller stöd för deras behov.<sup>85</sup>

## 6.1 Diskriminering mot romska kvinnor i tillgång till hälsa- och sjukvård

Romska kvinnor och flickor missgynnas många gånger i högre utsträckning än romska män. Det är bland annat märkbart i tillgången till utbildning där färre romska flickor går i skolan än romska pojkar. Skolan är en viktig källa till information om hygien, nutrition samt vårdsystemet. Enligt romska traditioner ska flickorna stanna hemma och ta hand om sina familjer istället för att gå i skolan och utbilda sig. De ska även skydda sin oskuld samt förbereda sig för äktenskap i väldigt tidig ålder. Detta gör att de undantagsvis avslutar en utbildning där de får lära sig tänka kritiskt och lärdom om hur man tar hand om sig själv. Även institutionell diskriminering sker mot romska kvinnor och flickor då de ofta avisas från tillgången till en utbildning. De diskrimineras således både på grund av sin etnicitet men även kön på grund av de kulturella sederna.<sup>86</sup>

De romska kvinnorna diskrimineras även vid fördelning av hälsofaciliteter, varor samt tjänster på grund av sin etnicitet och sitt kön. De förbises av hälsopersonalen och ges allmänt sämre vårdkvalitet. Skyldigheten att respektera rätten till hälsa för romska kvinnor innebär att föra en politik samt säkerställa strategier som inte diskriminerar deras rätt till hälsa.

---

<sup>85</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, "Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care", Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003, s. 7

<sup>86</sup> Ibid, s. 8

Som tidigare nämnt utsätts romska kvinnor i Bosnien av multipel diskriminering. De diskrimineras på grund av sin etnicitet, sitt kön samt på grund av att de är fattiga. De har få möjligheter till en sysselsättning, vilket gör att majoriteten av kvinnorna stannar i hemmen, utan någon sysselsättning. Utbildning i Bosnien är nästintill utesluten för romska kvinnor som är en viktig avgörande faktor för sysselsättning. I en undersökning som gjordes år 2001 i fyra bosniska städer för att studera tillgången till sysselsättning för romska kvinnor visades att endast fem kvinnor av sextiotre var anställda inom den offentliga sektorn. Övervägande delen av kvinnorna är analfabeter och har i bästa fall endast gått några år i grundskolan. Då undersökningen gjordes fanns inga romska kvinnor i Bosnien med en färdig högskoleexamen.<sup>87</sup>

Många romska kvinnor kan inte finna sysselsättning, eftersom de saknar en formell utbildning. De kvinnor som har någon form av akademisk utbildningen, finner det också svårt att få arbete på grund av den utbredda rasdiskrimineringen som finns i samhället. Romska kvinnor som är lärare kan inte arbete på förskolorna eller skolor, eftersom de stigmatiseras som romer. Skolmyndigheten vill heller inte anställa dem då de är rädda att icke-romska föräldrar inte kommer låta sina barn bli undervisade av romer. Romska kvinnor stigmatiseras såldes både på grund av sitt kön men även på grund av sin etnicitet.<sup>88</sup> De romska kvinnor som har lyckas att finna ett arbete känner ofta att de har högre krav på sig från arbetsgivarna, än icke-romska kvinnor. Rasistisk vanvård är även vanligt förekommande på de arbetsplatser där de arbetar. Glåpord samt rasistiskt bemötande från kunder är vanligt förekommande för dem i arbetslivet.<sup>89</sup> Detta har bidragit till att många romska kvinnor söker sig till den informella sektorn. Emellertid innebär det att de inte blir registrerade av sin arbetsgivare, vilket innebär färre möjligheter till en sjukförsäkring både för dem och deras barn.<sup>90</sup>

De romska kvinnorna i Bosnien är registrerade hos arbetsförmedlingen i syfte att kunna dra nytta av kostnadsfri sjukförsäkring. Likväl finner ingen av dem jobb på grund av utsatt diskriminering och låg utbildningsgrad och de uteblir en försäkring. De romska

---

<sup>87</sup> Council of Europe, European Commission, "Report on Roma access to employment in Bosnia and Herzegovina, 2004", Sarajlic A, Kiers J

<sup>88</sup> Ibid, s. 135

<sup>89</sup> Ibid, s. 136

<sup>90</sup> Ibid, s. 136

kvinnor som är anställda säljer textilvaror såsom kläder och underkläder, men många av dem ses tigga på gatorna bedriva gatuförsäljning.<sup>91</sup>

Tillgång till mödravård för kvinnor på Balkan är ofta väldigt problematiskt då det finns en utbredd diskriminering och rasism på klinikerna. Trots ökande medvetenheten hos internationella organisationer om att romer saknar lika tillgång till hälso- och sjukvård, har få studier belyst tillgången till mödravård för romska kvinnor.<sup>92</sup> Fattigdom, låg utbildning, brist på sjukförsäkring samt privatisering av sjukvården är bland de största bidragande faktorerna till den institutionella rasismen gällande mödravård.<sup>93</sup> Även bristande skolgång samt knapp läskunnighet är orsaker till varför de uteblir mödravård. De förstår inte behovet av att besöka läkare under graviditeten och har sällan en allmän kunskap om hälsa.<sup>94</sup> Romska kvinnor tilldelningen och standarden på vården grundas sedermera ofta på individens ras, etnicitet, socioekonomiska status (yrkesstatus, inkomst och utbildning) samt tillgången till sjukförsäkring.<sup>95</sup>

Bosnien erkänner allas rätt att få möjlighet till uppehälle genom ett arbete som man själv väljer. De multilaterala avtalen som Bosnien har vidtagit, innebär en skyldighet att åta vissa åtgärder i syfte att uppnå ett fullt förverkligande av rätten till arbete.<sup>96</sup> Framstegen i att förbättra utbildningsbehoven för romer är en långsam process i Bosnien. Forskning som har bedrivits sedan landets socialist tid har visat att utbildningssituationen för de romska kvinnorna inte har utvecklats sedan dess. Detta är främst på grund av att skolmyndigheten i landet är rigid och förevisar liten förståelse för romska frågor. Romska barn och deras ambitioner till en utbildning är även oundvikligt präglad av fattigdomen.<sup>97</sup> Många vill heller inte gå i skolan på grund av att de inte har råd med anständiga kläder och skäms för att vistas i skolan. Flickor tvingas också många gånger att

---

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>92</sup> Janevic et al. "There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans, *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:53, s. 2

<sup>93</sup> Ibid. s. 7

<sup>94</sup> Ibid. s. 6-7

<sup>95</sup> Ibid. s. 9

<sup>96</sup> European Roma right center, "The non- constituents Rights deprivation of roma in post-genocide Bosnia and Herzegovina", Country report series No. 13, 2004 (1-220), s. 156

<sup>97</sup> Peric T, "At the Crossroads: Human Rights of Romani Women in South East Europe", *Journal for Politics, Gender, and Culture*, Vol. 4, No. 1/2, 2005 (129- 159), s. 133

stanna hemma med sina syskon då deras mödrar är ute och säljer varor på marknaden för att försörja familjen. Skolan blir således lågt prioriterad när många andra göromål kommer före för att vara kapabel att överleva vardagen. De romska barn som trots det går i skolan, lämnar ofta på grund av den rasistiska behandling de får uthärda av de icke-romska barnen.<sup>98</sup>

*“An example is provided with the testimony of two girls spending their days begging on the streets of Tuzla, Bosnia-Herzegovina: ‘we have to help my mother, we cannot go to school, it is our responsibility as women to provide for our brothers and father’.”<sup>99</sup>*

Många flickor berövas utbildningsmöjligheter då de förväntas att vara hemma och arbeta. Detta är till stor del på grund av den diskriminering på tillhandahållandet av tjänster, samt stark patriarkal romsk kultur där flickorna förväntas att vara hemma och arbeta istället för att gå i skolan. Resultatet av detta är en tydlig diskrepans mellan antalet flickor och pojkars som går i skolan.<sup>100</sup>

I Bosnien finns det en tydlig distinktion mellan könsrollerna hos romska män och kvinnor. Männen är ofta de som styr i hemmen då de har ansvaret för hushållets ekonomiska resurser. Trots att det oftast är kvinnorna som viktigaste källan till inkomsterna i familjen är det fortfarande männen som har kontroll över ekonomin. Genom att kvinnorna ger upp kontrollen över att erhålla resurserna får männen befogenhet att upprätthålla sin makt inom familjen. Detta gör emellertid att kvinnornas status minskar i det romska samhället.<sup>101</sup> Männen blir de obestridda ägarna av familjens tillgångar samt de främsta beslutsfattarna. Kvinnorna blir således utsatta för en multipel diskriminering på grund av att de tillhör en marginaliserad minoritet samt som kvinnor i ett patriarkalt samhälle<sup>102</sup>.

---

<sup>98</sup> Ibid, s. 134

<sup>99</sup> Ibid, s. 38

<sup>100</sup> Refugee Women’s Resource Project, Asylum Aid March 2002, Romani women from central and eastern Europe: A “Fourth World”, or Experience of multiple discrimination, 2002 (2-210), s. 38

<sup>101</sup> Ibid, s. 38

<sup>102</sup> Ibid, s. 37



## 7 Analys av rättsläget

Trots att kommittén betonar att stater har en skyldighet att se till att de som inte har finansiella resurser, exempelvis marginaliserade grupper, inte får diskrimineras nämns inte socioekonomisk status explicit under kommentarens paragraf (18) om icke-diskriminering. Kommentarens diskrimineringsgrunder avslutas dock med att inkludera ”other status” vilket indikerar att listan inte är uttömmande och att det går att göra en extensiv tolkning av listan. Tillgången och tillgängligheten för hälsofaciliteter, varor och tjänster för romska kvinnor beror på hur man väljer att fördela resurserna. Faktum är att den avsiktliga fördelningen och förbiseendet av romska kvinnor vid planeringsprocesser ger sämre vårdkvalitet. Hälso- och sjukvårdspersonal kan avsiktligt ge sämre vård på grund av romernas etnicitet. Det kan dessutom även vara en konsekvens av bristen på tillgång till vård i de isolerade romska samhällena.<sup>103</sup> Frågan är då om uttrycket ”other status” ger ett tillräckligt adekvat skydd för de människor som har låg socioekonomisk status. Kommitteen för ISESCR har möjligtvis gjort det något för enkelt genom att ge ett så stort utrymme för egen extensiv tolkning.

Den generella kommentaren förklarar att stater har en explicit skyldighet att garantera att rätten till hälsa kommer att utövas utan diskriminering av något slag. Den beskriver även staters allmänna skyldigheter att respektera, skydda samt uppfylla rätten till hälsa. Tillsammans med skyddet mot rasdiskriminering och etnisk diskriminering är statens rättsliga skyldigheter för förverkligande av kvinnors rätt till hälsa, en central norm för icke-diskriminering av romska kvinnor. Den ovan nämnda artikeln utgör endast en grund på hur tillgången till hälsa-och sjukvård kan förbättras för romska kvinnor. Icke-diskriminering och jämställdhet är en grundläggande rättighet inom de mänskliga rät-

---

<sup>103</sup> Refugee Women’s Resource Project, Asylum Aid March 2002, Romani women from central and eastern Europe: A ”Fourth World”, or Experience of multiple discrimination, 2002 (2-210), s. 28

tigheterna. För stater innebär detta att de måste erkänna samt föreskriva behoven för de individer som är mer sårbara.<sup>104</sup>

Bosnien är skyldiga enligt internationell rätt att garantera "[...] the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health". Som tidigare nämnt finns det inget nationellt sjukvårdssystem i landet, utan ansvaret för att etablera och upprätthålla ett system för hälsa- och sjukvård inom landets uppdelade enheter (cantoner). Landet är uppdelat i de två konstitutionerna, Republika Srpska och Federationen Bosnien och Hercegovina, vars respektive ansvar är att säkra tillgången till hälsovård för alla människor inom dess territorium. De rättsliga ramarna för dessa system är snarlika och består av "Law on Health Insurance" samt "The Law on Health Care". Lagarna inom de båda enheterna föreskriver att personer med en sjukförsäkring har rätt till sjukvård och ersättning för lön och stöd i enlighet med lagen<sup>105</sup>. En person blir försäkrad genom hans eller hennes arbetsgivare eller genom arbetsförmedlingen om personen i fråga är arbetslös. De som är arbetslösa har rätt till sjukförsäkring endast om de är registrerade hos arbetsförmedlingen efter en uppsägning eller vid avslutad ersättning av löning. Personer som vill registrera sig hos arbetsförmedlingen måste först uppvisa ett giltigt id-kort. Då många romer i Bosnien saknar en sådan dokumentation blir de *de facto* uteslutna från att erhålla en sjukförsäkring. Uppskattningar visar att nära nittio procent av den romska befolkningen i Bosnien inte innehar en sjukförsäkring. En patient utan sjukförsäkring är ansvarig för hela sjukvårdskostnaden, vilket romer uppenbart är oförmögna att betala för. Europarådet konstaterade för några år sedan att majoriteten av romerna i Bosnien är helt exkluderade från tillgången till hälsa- och sjukvård.<sup>106</sup>

Det är tydligt att vissa personer faller utanför inkluderingen av rätten till högsta uppnåeliga hälsa, speciellt de som är mest sårbara. Den generella kommentaren åsyftar till och med "den högsta uppnåeliga standard av hälsa", vilket kan tyckas besynnerligt då det kan tolkas som en fråga om resurser. Trots ett påvisat intresse från Bosnien i att förbättra situationen för romer lever de än idag i misär. Utan en identitetshandling och utan

---

<sup>104</sup> Ibid, s. 7

<sup>105</sup> European Roma right center, "The non-constituents Rights deprivation of roma in post-genocide Bosnia and Herzegovina", Country report series No. 13, 2004 (1-220), s. 174

<sup>106</sup> Ibid, s. 175

pengar förblir man utan vård i Bosnien. Avsaknaden av en sjukförsäkring, som är den primära källan till vård, måste man förlita sig på att staten implementerar nya tillvägagångssätt för att inkludera fler i tillhandahållandet av sjukförsäkring. Då de slår oproportionerligt mot de som inte har en sysselsättning bör åtgärder vidtas för att fler romer kan finna ett arbete. Detta betyder i sin tur att den utbredda diskrimineringen på arbetsmarknaden i Bosnien måste elimineras och hårdare strategier måste inrättas. Implementeringen kräver såldes resurser för att allas rätt att åtnjuta högsta möjliga fysiska och psykiska hälsa. Däremot betraktas detta som en rättighet för progressivt förverkligande, vilket innebär att staten på bästa möjliga sätt vidtar åtgärder för ett sådant förverkligande. Detta ger såldes utrymme för staten att göra vad de kan utifrån sina förutsättningar.

Emellertid finner kommittén för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna att vissa grundläggande skyldigheter är så pass grundläggande att staten måste uppfylla dem. Detta gäller, som tidigare nämnt, rätten till tillgång till hälsofaciliteter, varor samt tjänster på en icke-diskriminerande grund. Det gäller särskilt de som är mest sårbara samt marginaliserade grupper, varav romer är en sådan utsatt grupp. En stats resurser får alltså inte vara motiv för att inte efterleva dessa krav då de är icke-derogerbara. Men utan tillgången till en sjukförsäkring blir man tydligen helt utesluten den icke-derogerbara rätten. Rätten till hälsa under den generella kommentaren tycks såldes inte kunna garantera romers rätt till hälsa. En djupare förståelse för romers situation samt medvetenhet kring huruvida de missgynnas och hur den socioekonomiska statusen inverkar på tillgången till hälsa skulle snarare vara mer värdefullt.

## 8 Intersektionell analys av socioekonomisk inverkan på hälsa för romska kvinnor i Bosnien

Medan romerna ses som ”de övriga” av den övervägande befolkningen i Bosnien, är de romska kvinnorna representerade som ”de övriga” inom den romska gemenskapen. De ses som mer underlägsna och lägre stående individer i sin gemenskap på grund av sitt kön. De diskrimineras och trakasseras på flera olika nivåer – av statens institutioner, befolkningen samt inom den egna gruppen. De utsätt även ständigt för institutionella rasismen på grund av deras etniska ursprung.<sup>107</sup> Stigmatiseringen av ras och kön orsakar alltså till en obalanserad maktstruktur där den romska kvinnan hamnar i en underordnad position. Ur ett intersektionellt perspektiv åskådliggörs detta genom den multipla diskriminering som de erfar.<sup>108</sup> Detta gör att de blir försatta i en samhällsställning där social ojämlikhet utgör skillnader i hälsa.

De romska kvinnorna och den övriga romska befolkningen i Bosnien upplever enorma ekonomiska hinder på grund av sin låga socioekonomiska status. Detta leder till att de försätts i ett begränsat handlingsutrymme och åtnjutandet av rätten till psykisk och fysisk hälsa blir begränsad. De kvinnor som erhåller en bättre ekonomisk standard har alltså fler möjligheter att vad gäller hälsovård än de kvinnor som befinner sig i en lägre klasstillhörighet. Då man i Bosnien är tvungen att inneha en sjukförsäkring, samt vara registrerad för att kunna söka vård, gynnar detta dem som är sysselsatta inom den offentliga sektorn. De som är arbetslös har inte råd att införskaffa en sjukförsäkring och

---

<sup>107</sup> Janevic et al. "There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans, *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:53, s. 2

<sup>108</sup> Council of Europe, European Commission, "Report on Roma access to employment in Bosnia and Herzegovina, 2004", Sarajlic A, Kiers J

blir därför uteblivna vård.<sup>109</sup> De låginkomsttagande romska kvinnorna som är inte har tillräckliga materiella resurser, exkluderas alltså rätten till vård.

Diskriminering tycks såldes även påverka kvinnornas socioekonomiska förhållanden då de nekas både utbildning och på arbetsmarknaden av de offentliga institutionerna. När de hindras från att få ett förvärvsarbete försetts de därigenom i en mer utsatt situation, än vad de hade gjort om diskriminering inte hade inträffat. Genom en försämrad socioekonomisk ställning påverkar även diskrimineringen på deras hälsostatus. Diskrimineringen påverkar även kvinnornas deltagande i samhället genom ett begränsat inflytande, vilket ytterligare orsakar begränsningar till en bättre levnadsstandard. Diskriminering skapar såldes ojämlikhet i hälsa, vilket påverkar tillgången till materiella resurser och som därmed kan ha en hälsobefrämjande effekt. Att upprätthålla en god hälsa blir såldes svårare för människor i mer utsatta situationer, oavsett hur mycket resurser en stat har för att upprusta hälsofaciliteter. Diskriminering i form av kränkande behandling har effekter på hälsan och den socioekonomiska statusen då upprättandet av god hälsa verkar vara beroende av resurser. I synnerhet blir detta påtagligt för de romer som saknar en identitetshandling som är ett krav för att erhålla en sjukförsäkring i Bosnien. Utan en identitetshandling har de ingen chans till vård om man inte kan betala för den själv. Det system som finns i Bosnien idag är påtagligt diskriminerande mot romer som inte har resurser nog för att kunna ordna en identitetshandling. Resultatet av detta har påvisats på kliniker i Bosnien där kvinnorna flyr mödravården då de inte har råd att anskaffa ett födelsebevis till sitt barn.

Genom att beakta intersektionen mellan olika kategorier som bidrar till den institutionella diskrimineringen kan man även göra en maktanalys. Diskrimineringen av romska kvinnor skapar ojämlikhet i samhället som i sin tur orsakar orättvis resursfördelning. Romska kvinnor i Bosnien har såldes inte samma förutsättningar tillgång till vård som icke-romska kvinnor. Detta gör att det alstras ojämlika maktförhållanden mellan grupper i samhället där de underordnade drabbar oproportionerligt.

---

<sup>109</sup> World Health Organization, "Health and economic development in south-eastern Europe", Paris, 2006, s. 99

Icke-diskriminering och lika behandling i fråga om hälso-och sjukvård utgör en del av statens skyldigheter enligt internationell rätt. Rätten för alla personer behandlas lika är en grundläggande princip för de grundläggande mänskliga rättigheter som erkänns på internationell och nationell nivå, och en grundsten för att utveckla frihet och rättvisa i samhället. Detta gynnar både den enskilde individen samt staten genom en ekonomiskt och social utveckling. Romska individer och grupper är på många sätt utestängda från möjligheten att förverkliga sin fulla potential och bidra på lika villkor med resten av samhället. Familjer utgör en viktig del i att skapa ett socialt sammanhållet samhälle och levnadsvillkoren för familjer är därför en avgörande faktor för att stödja inkludering. Romska kvinnor spelar en central roll i hälsorelaterade frågor inom sina familjer och samhället. Det är därför viktigt att garantera deras fria och lika tillgång till offentlig hälso-och sjukvård.<sup>110</sup> Det är betydelsefullt för den vidare utvecklingen av romska individer och därmed för hela samhället. För att uppnå dessa mål samt bringa större uppmärksamhet för hälsan krävs planering och ett verkställande av regeringens strategier för att förbättra romernas situation. Särskilda åtgärder kan vara nödvändigt att för att kunna ge romska kvinnor lika möjligheter att njuta tillgång till hälso-och sjukvård på ett icke-diskriminerande sätt.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, "Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care", Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003, s. 4

<sup>111</sup> Ibid, s. 5

## 9 Diskussion

Det finns följaktligen ett samband mellan socioekonomisk status och hälsa. De mänskorna med hög socioekonomisk status har i genomsnitt bättre hälsa än de med en låg socioekonomisk status. De centrala faktorerna som jag har studerat inom den socioekonomiska statusen är utbildning, inkomst samt sysselsättning. Alla tre faktorer har en betydande relevans för både ens eget liv, men även för familjens. Min ambition med uppsatsen har varit att tydligt visa att det finns en koppling mellan socioekonomisk status och hälsa. Detta har jag tydliggjort genom att exemplifiera romers och romska kvinnors hälsosituation i Bosnien. Trots det är den socioekonomiska statusen inte proklamerad under General Comment No. 14.

I slutskedet av denna uppsats går mina funderingar kring om en inkludering av socioekonomisk status under General Comment No. 14 hade garanterat romernas rätt till hälsa? Jag har tidigare nämnt att kommentaren är den mest omfattande förklaringen om rätten till hälsa i den internationella rättsregleringen idag. En inkludering av socioekonomisk status skulle möjligen innebära hårdare krav på att Bosnien efterlever och säkerställer minoriteters rättigheter med begrundandet av deras socioekonomiska levnadsförhållanden. Konventionen påpekar dock att dess grad av effekt av förverkligande beror till stor del på den enskilde statens resurser och utvecklingsmöjligheter. Det menas med att den enskilde individens hälsa är åtskilligt beroende av landets utvecklingsmöjligheter. Att alla människor inom en stat kommer upp till samma nivå av tillräckligt god fysisk och psykisk hälsa låter näst intill omöjligt med hjälp av en konvention och dess förlängda kommentar. Däremot är det möjligen lättare att infoga målinriktade sanktioner om formuleringen om vad som avser rätten till hälsa inte är lika vag. En inkludering av "other status" bidrar nästintill till förvirring snarare än klarspråk. Förbudet mot diskriminering är en så pass grundläggande rättighet att den är fastslagen i flertalet juridiskt bindande konventioner. Likväl berövas många rätten till bästa uppnåeliga nivå av hälsa på grund av diskriminering men även kanske just på grund av det är en vagt formulerad rättighet. Det blir såldes svårt att avgöra när och hur den kränks.

Genom att inkludera en socioekonomisk status får vi en bredare och djupare förståelse för hur en person kränks och hur det påverkar på hans hälsostatus på flera olika nivåer. Från ett intersektionellt perspektiv kan vi åskådliggöra hur de romska kvinnorna i Bosnien blir multipelt diskriminerade, genom att se till hur hennes socioekonomisk status inverkar på hälsan. Den bosniska regeringen har en skyldighet att se till att rätten till hälsa uppnås för de romska kvinnor, genom att de inte diskrimineras. Det innebär även att de bör granska de nationella samhällsnormer som orsakar till exkludering av romska kvinnor. Genom att integrera dem samt erbjuda dem fler möjligheter till sysselsättning samt utbildning, bidrar det till en utveckling av hälsofrämjande politik för minoritetsgrupper.

En ökad medvetenhet och forskning kring hur de romska kvinnorna exkludera till rätten till hälsa kan möjligen bli mer effektiv än en inkludering av socioekonomisk status under General Comment. No. 14. Genom att arbeta för att avlägsna den hierarki som utgör sociala orättvisor mellan hög- och låg socioekonomisk status är man ett steg närmare till att eliminera de ojämlika strukturerna i samhället. De kvinnor som befinner sig i en underordnad position måste få möjlighet att åtnjuta samma rätt till hälsa som kvinnor i de högre klasspositionerna. Diskriminering orsakar maktlöshet för individer, därför måste staten och dess institutioner skapa ett förtroende och ett engagemang för utsatta romer. Avsaknad av tillräckliga materiella resurser får inte vara en anledning till varför man inte kan söka eller erhålla vård. Rätten till hälsa kan även innebära rätt till liv, vilket är en icke-derogerbar rättighet. Därför måste det finnas ett tillräckligt skydd till rätten till hälsa som är en av de mest grundläggande rättigheterna. Samtidigt måste skyddet implementeras och garanteras. En sjukförsäkring får inte vara nyckeln till hälso- och sjukvård, särskilt inte för de mest utsatta samhällsgrupperna.



# Referenser

Boréus, K, 2005, "*Diskriminering med ord*", Umeå: Boréa Bokförlag

C.I. Ravnbøl, "*International Journal on Minority and Group Rights*", 17 (2010) 1–45

Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health. E/C.12/2000/4

Council of Europe, European Commission, "*Access of Roma to education and health care services in Tuzla Canton, Federation of Bosnia and Herzegovina*", Raykova's report, Tuzla 2002

Council of Europe, European Commission, "*Report on Roma access to employment in Bosnia and Herzegovina, 2004*", Sarajlic A, Kiers J

De los Reyes, Paulina & Mulinari, Diana (2005) "*Intersektionalitet: kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*", 1. uppl. Malmö: Liber

European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, "*Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care*", Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003

European Roma right center, "*The non-constituents Rights deprivation of roma in post-genocide Bosnia and Herzegovina*", Country report series No. 13, 2004 (1-220)

European Roma Rights Centre, "*Ambulance not on the way – The disgrace of healthcare for Roma in Europe*", Westimprim bt. in Budapest, Hungary, 2006

Graham H, "*Socioeconomic inequalities in health in the UK: Evidence on patterns and determinants*", A short report for the Disability Right Commission, Institute for Health Research, Lancaster University, 2004

Graham, Hilary (2007), "*Unequal lives: health and socioeconomic inequalities. Maidenhead*", Open University Press, introduction

Human Rights Watch, "*Second class citizens – Discrimination against Roma, Jews and other national minorities in Bosnia and Herzegovina*", 2012

Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, Koller T, Vega J, "*The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities*", PLoS Medicine 2006, Volume 3, Issue 6, pp. 749-75

Janevic et al. "There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans, *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:53

Janevic T, Jankovic J, Bradley E, "Socioeconomic position, gender, and inequalities in self-rated health between Roma and non-Roma in Serbia", *Int J Public Health* (2012) 57:49–55

Jennifer M. Watson, Isabel C. Scarinci, Robert C. Klesges, Deborah Slawson, Bettina M. Beech, "Race, Socioeconomic Status, and Perceived Discrimination among Healthy Women", *Journal of Women's Health & gender-based medicine*", Volume 11, No. 5, Tennessee, 2002, pp. 441-451

Johan P. Mackenbach, Karien Stonks, Anton E Kunst, "The Contribution of medical care to inequality in health: Differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention", *Department of Public Health & Social Medicine, Soc. Sci. Med. Vol. 29, No 3*, pp.369-376, Rotterdam, 1989

Legal analysis: "An Analysis of Laws on Health Insurance in Bosnia and Herzegovina (Entity, Brcko District and Cantonal where applicable) in Order to Identify Differences Between Them and the Existing EU Principles", Zukic N, a Public Law Consultant, LLB and M.Sc. in Psychology

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, et al. "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries", (2468-2481)

Medical Anthropology Quarterly, Book Review Editor, "Gender, Race, Class, and Health: Intersectional Approaches", Amy J. Schulz and Leith Mullings, eds. San Francisco: Jossey-Bass, 2007(297-310)

Mehmedbegovic-Zivanovic A, "Equality in health: Access to health care and right to access to health care for children in the central Bosnia Canton", *Materia socio medica*, Vol. 21 No.4, 2009, pp. 203-206

Michelle E. Olah, Gregory Gaisano, Stephen W. Hwang, "The effect of socioeconomic status on access to primary care: an audit study", *Canadian Medical Association or its licensors*, 2013, pp. 263-269

Ombudsmannen mot etnisk diskriminering, "Diskriminering- ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet diskriminering och hälsa", *Statens folkhälsoinstitut*, R: 2006:22

Parekh N, Rose T, "Health inequalities of the Roma in Europe: A literature review", *Cent Eur J Public Health* 2011; 19 (3): 139–142,

Peric T, "At the Crossroads: Human Rights of Romani Women in South East Europe", *Journal for Politics, Gender, and Culture*, Vol. 4, No. 1/2, 2005 (129- 159)

Refugee Women's Resource Project, Asylum Aid March 2002, "*Romani women from central and eastern Europe: A "Fourth World"*", or Experience of multiple discrimination, 2002 (2-210)

Stronks, Karien, "*Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances?*", University of Rotterdam, Rotterdam, 1997

UNICEF CEE/CIS, Regional Office for CEE/CIS Social and Economic Policy for Children, "*Romani Children in South East Europe – The challenge of overcoming centuries of distrust and discrimination*", Discussion Paper ISSUE #7, 2007, pp. 1-39

World Health Organization, "*Health and economic development in south-eastern Europe*", Paris, 2006

World Health Organization, "*Health and freedom from discrimination*", Washington D.C, 2001

World Health Organization, "*The Right to health – fact sheet No. 31*", Office of the United Nations, Geneva, 2008