



# Undersøgelse af diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom



## **Undersøgelse af diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom**

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Forfattere: Ida Elisabeth Huitfeldt Madsen, Michael Davidsen, Sabina Wagner, Larua Maria Lundegaard Fahlström, Maj Britt Nielsen, Thilde Risager Ubbesen, Anna Paldam Folker og Martin Marchman Andersen. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7014-675-3

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1.0

**Versionsdato:** 15/8 2025

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
Marts 2026

# Forord

De fleste mennesker vil i løbet af livet enten selv få en psykisk lidelse eller være tæt på en, der har. Alligevel oplever mange med psykisk lidelse fortsat at blive mødt med fordomme og forskelsbehandling.

Stigmatisering kan opstå på grund af manglende viden, fordomme og diskriminerende adfærd og kan udgøre en væsentlig barriere for, at mennesker, der i deres livsforløb berøres af psykisk lidelse, søger hjælp, får rettidig behandling for fysiske og psykiske lidelser og lever et meningsfuldt liv på lige fod med andre.

Denne undersøgelse har til formål at beskrive omfanget og typen af diskrimination og stigmatisering blandt personer med psykiske lidelser i Danmark. Undersøgelsen bygger på et valideret spørgeskema udsendt til et udsnit af mennesker med psykiske lidelser i Danmark i 2024.

Mens mange oplever at blive mødt med den nødvendige hjælp og støtte, så peger undersøgelsen også på en række centrale mønstre og erfaringer med diskrimination og stigmatisering, særligt blandt kvinder, yngre mellem 18 og 29 år og personer på overførselsindkomst eller førtidspension. Der ses også en tendens til, at jo mere sygdommen fylder i ens selvopfattelse, jo mere stigmatisering og diskrimination møder man. Det kan være et udtryk for selvstigmatisering, som indebærer, at man kommer til at tage samfundets fordomme og myter på sig og tror på dem som sande om én selv. Det kan få mennesker til at tænke negativt om sig selv og kan betyde, at man får mindre håb, lavere selvværd, trækker sig socialt og kommer til at begrænse sig selv i livet. En svarperson fra undersøgelsen beskriver f.eks.:

"Der er, har jeg oplevet, en generel opfattelse af, at man ikke er egnet til det, når man lider af en psykisk sygdom. Derfor sprang jeg fra uddannelsen, inden jeg fik rigtigt begyndt."

Det har alvorlige konsekvenser for samfundet, når nogle oplever ikke at kunne deltage i samfundet på lige fod med andre. Denne viden, om hvordan nogle mennesker med psykiske lidelser oplever stigmatisering og diskrimination i deres hverdag, er afgørende, hvis vi som samfund vil skabe forandringer, der fremmer inklusion og lige adgang til støtte og behandling.

Erfaringer fra undersøgelsen peger på, at det er et sårbart emne og et svært felt at lave forskning inden for, hvorfor undersøgelsens resultater ikke kan generaliseres til alle med psykiske lidelser i Danmark. Undersøgelsen bidrager dog med et indblik i nogle af de barrierer, som mennesker med psykiske lidelser kan møde og giver dermed et vigtigt afsæt for det videre arbejde med afstigmatisering i Danmark.

Undersøgelsen er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed på Syddansk Universitet for Landsindsatsen EN AF OS i Sundhedsstyrelsen.

Tak til de EN AF OS-ambassadører, der med personlige erfaringskompetencer har bistået undersøgelsen. En særlig tak skal også rettes til de mennesker, der har delt deres oplevelser i denne undersøgelse. Deres fortællinger og erfaringer er afgørende for at skabe forståelse – og for at skabe forandring.

Agnethe Vale Nielsen

Enhedschef

Enhed for Sygehuse og Forløb, Sundhedsstyrelsen

# Indholdsfortegnelse

<b>Resume</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Baggrund</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Centrale begreber</b> .....	<b>8</b>
2.1. Psykisk sygdom .....	8
2.2. Stigmatisering .....	8
2.3. Selvstigmatisering .....	9
2.4. Diskrimination .....	9
<b>3. Materiale og metode</b> .....	<b>11</b>
3.1. Spørgeskema .....	11
3.2. Personer med psykisk sygdom i Danmark .....	11
3.3. Dataindsamling .....	12
3.4. Statistiske analyser .....	13
3.5. Kvalitativ analyse af fritekstbesvarelser .....	13
3.6. Etik .....	13
<b>4. Resultater</b> .....	<b>14</b>
4.1. Beskrivelse af studiepopulationen og bortfald .....	14
4.2. Beskrivelse af deltagerne i undersøgelsen .....	17
4.3. Oplevet uretfærdig behandling .....	25
4.4. Handlingsundladelse .....	33
4.5. Overvindelse af stigmatisering .....	38
4.6. Oplevelse af positiv forskelsbehandling .....	41
4.7. Fokusområde: Arbejdsmarkedet .....	45
4.8. Fokusområde: Somatikken .....	53
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>56</b>
5.1. Hovedfund .....	56
5.2. Generaliserbarhed .....	58
5.3. En selvstændig undersøgelse i en føljeton .....	59
5.4. Sammenfald mellem de tre rapporter .....	60
5.5. Psykisk sygdom er stigmatiseret i Danmark .....	61
5.6. Afstigmatisering .....	62
<b>Referenceliste</b> .....	<b>63</b>
<b>Bilagsfortegnelse</b> .....	<b>65</b>
<b>Bilag 1. Antal svarpersoner for alle variable, der indgår i opgørelser i bilag 2</b> .....	<b>66</b>
<b>Bilag 2. Opgørelser over forekomst af oplevet diskrimination og stigma fordelt på yderligere baggrundsvariable</b> .....	<b>68</b>

## Resume

Undersøgelsens formål er at beskrive omfanget og typen af diskrimination og stigmatisering blandt personer med en psykisk sygdom i et repræsentativt udsnit af mennesker med psykisk sygdom i Danmark. Undersøgelsen skal ses i sammenhæng med tidligere undersøgelser om samme emne fra henholdsvis 2013 og 2015 (Rasmussen & Johansen 2013; Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015), alle initieret af landsindsatsen EN AF OS, som arbejder for at afstigmatisere psykisk sygdom i Danmark. Undersøgelsen viser dog ikke udviklingen i diskrimination og stigmatisering blandt personer med psykisk sygdom, og undersøgelsens resultater kan ikke sammenlignes direkte med de tidligere rapporter. Dette skyldes betydelige forskelle mellem deltagerne i undersøgelserne.

Data er indsamlet via elektronisk post (e-Boks) med et digitalt spørgeskema til 4.960 tilfældigt udvalgte personer i Danmark med psykisk sygdom, og dermed forskelligt fra undersøgelserne i 2013 og 2015, hvor man rekrutterede deltagere via Facebook og EN AF OS' hjemmeside. Undersøgelsen er desværre også forskellig fra undersøgelserne i 2013 og 2015 derved, at kun 426 (8,6%) af de inviterede har besvaret (dele af) spørgeskemaet. I 2013 var der 1.561, der besvarede det, og i 2015 var der 1.269. Ikke alle deltagere har besvaret alle spørgsmål og derfor varierer antallet af svarpersoner i de enkelte opgørelser i denne rapport.

Spørgeskemaet bygger på den validerede spørgeramme DISC-12 til at måle stigmatisering og diskrimination. DISC-12 er bygget op omkring 4 dele, som omhandler henholdsvis oplevet uretfærdig behandling på grund af psykisk sygdom, oplevelse af at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andres reaktion på psykisk sygdom, oplevelse af at overvinde stigmatisering og endelig oplevelse af at blive behandlet mere positivt på grund af psykisk sygdom.

71,1% af deltagerne har oplevet uretfærdig behandling i mindst én af de adspurgte kontekster. Forekomsten af oplevet uretfærdig behandling er højere blandt kvinder end blandt mænd, blandt yngre end blandt ældre deltagere, og også højere blandt dem på overførselsindkomst eller førtidspension end blandt dem i arbejde. Der er også en sammenhæng mellem, hvor meget sygdommen opleves at fylde og forekomsten af oplevet uretfærdig behandling: Jo mere sygdommen opleves at fylde, jo højere er forekomsten. Friteksterne tilknyttet oplevet uretfærdig behandling omhandler hovedsageligt to emner: Manglende anerkendelse af psykiske sygdomme blandt omgivelserne, og oplevelser af, at psykiske sygdomme begrænser svarpersonernes individuelle muligheder. Mange mennesker med psykiske sygdomme oplever således at blive stigmatiseret i forskellige kontekster i det danske samfund. Disse kontekster er navnlig, men ikke kun, familien (41%), venskaber (39%), og at blive undgået af personer, der har kendskab til ens psykiske sygdom (35%).

78,4% af svarpersonerne har oplevet i et eller andet omfang at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andres reaktion på deres psykiske sygdom. Forekomsten af at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andre reaktion er højere blandt kvinder end blandt mænd og højere blandt yngre end blandt ældre, og højere blandt dem på overførselsindkomst og førtidspension end blandt dem i arbejde og på folkepension. Forekomsten er også højere, jo mere den psykiske sygdom opleves at fylde. Friteksterne viser eksempler på svarpersoner, som skjuler deres psykiske sygdom for at undgå og beskytte sig mod fordomme og misforståelser.

81,7% af svarpersonerne har oplevet mindst én type overvindelse af stigmatisering. Forekomsten er lidt højere blandt kvinder end blandt mænd og lavere i aldersgruppen 65-79 år. Der er ingen tydelig sammenhæng med, hvor meget sygdommen fylder. Friteksterne viser eksempler på, at en strategi omkring overvindelse af stigmatisering er, at svarpersonerne udviser åbenhed omkring deres sygdom og tydeligt får kommunikeret egne behov. En anden strategi er at italesætte den oplevede uretfærdige behandling.

64,7% af svarpersonerne har oplevet positiv forskelsbehandling i mindst én adspurgt kontekst. Forekomsten af oplevet positiv behandling er nogenlunde den samme for mænd og kvinder, men højere blandt yngre end blandt ældre og højere blandt svarpersoner på overførselsindkomst end f.eks. blandt dem i arbejde. Der er også en sammenhæng mellem, hvor meget sygdommen fylder og forekomsten af oplevet positiv forskelsbehandling. Friteksterne knyttet til emnet viser en række forskellige eksempler på positiv forskelsbehandling, f.eks. at svarpersonernes nærmeste relationer, f.eks. familie, ægtefæller og nære venner, yder ekstra støtte i hverdagen. Der ses også eksempler på sundhedspersonale, arbejdspladser og uddannelsessteder, der viser særligt hensyn til svarpersonernes psykiske udfordringer.

Undersøgelsen viser desuden, at flere oplever uretfærdig behandling i forbindelse med skolegang eller uddannelse, i forbindelse med jobsøgning, og i forbindelse med at have et job. Dette gælder særligt de unge svarpersoner, dem, som er på overførselsindkomst, og dem, som angiver, at deres psykiske sygdom fylder meget. I friteksterne ser vi, at flere forklarer, at de er bekymrede for, at åbenhed om deres psykiske sygdom kan føre til negativ forskelsbehandling på deres arbejdsplads. Flere vælger således at skjule deres sygdom for at undgå risikoen for en negativ påvirkning af deres karrieremuligheder.

Mange svarpersoner oplever også uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer. Også her ser vi en højere forekomst blandt yngre, blandt dem på overførselsindkomst eller førtidspension, og blandt dem, som angiver at sygdommen fylder meget. I friteksterne ser vi, at mange oplever ikke at blive taget seriøst, når de går til lægen med en somatisk sygdom eller symptomer såsom migræne, rygsmerter, mavekneb eller hjerterytmeforstyrrelser.

Undersøgelsen er et bidrag til mængden af litteratur på området, som tilsammen viser, at mennesker med psykisk sygdom i Danmark er stigmatiseret. Indsatsen til afstigmatisering bør derfor overvejes. Det anbefales blandt andet at se på, hvor behovet for afstigmatisering er størst. Undersøgelsen viser, at forekomsten af oplevet uretfærdig behandling lige så vel som forekomsten af handlingsundladelser af frygt for andres reaktion blandt mennesker med psykisk sygdom er størst blandt de unge, dem på overførselsindkomst og førtidspension og blandt dem, som angiver, at den psykiske sygdom fylder meget.

# 1. Baggrund

Det er veldokumenteret, at mennesker med en psykisk sygdom ofte oplever stigmatisering, blandt andet i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet og i sundhedsvæsenet (Thornicroft et al. 2022; Huggett et al. 2018; Henderson et al. 2014). Mennesker, som har psykiske sygdomme, kæmper således ikke kun med konsekvenserne af disse sygdomme, men også med samfundets stigmatisering af dem. Stigmatiseringen er forbundet med øget stress, skam, social isolation, forsinkede diagnosticering, og diskrimination (McCulloch & Scrivano 2023; Mannarini & Rossi 2019; Sickel et al. 2014; Vendsborg 2011; Brohan et al. 2010; Link & Phelan 2006). Det er derfor væsentligt at kende omfanget af og udviklingen i stigmatisering i Danmark, og denne undersøgelse er et bidrag hertil. Undersøgelsens formål er at beskrive omfanget og typen af diskrimination og stigmatisering blandt personer med en psykisk sygdom i et repræsentativt udsnit af mennesker med psykisk sygdom i Danmark.

Initiativet bag undersøgelsen skal ses i sammenhæng med tidligere undersøgelser om samme emne fra henholdsvis 2013 og 2015 (Rasmussen & Johansen 2013; Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015). Alle tre undersøgelser er initieret af landsindsatsen EN AF OS, som arbejder for at afstigmatisere psykisk sygdom i Danmark. Datagrundlaget for indeværende undersøgelse er dog væsensforskelligt fra det i 2013 og det i 2015. Data er indsamlet via elektronisk post (e-Boks) med et digitalt spørgeskema til 4.960 tilfældigt udvalgte personer i Danmark med psykisk sygdom. Dette i modsætning til 2013 og 2015, hvor deltagerne til spørgeskemaundersøgelsen blev rekrutteret via f.eks. facebook og EN AF OS' hjemmeside, en såkaldt bekvemmelighedssample. Undersøgelserne bygger alle på spørgeskemaet DISC-12, men i den nuværende undersøgelse er dette blevet ny-oversat fra engelsk til dansk af forskere på Statens Institut for Folkesundhed. Den nye oversættelse er kommet i stand, fordi forskere fra samme sted i samråd med repræsentanter og ambassadører fra EN AF OS har vurderet, at flere centrale udtryk i den tidligere oversættelse var (for) svære at forstå. Flere engelske centrale begreber er derfor i nuværende undersøgelse anderledes end i 2013 og 2015.

Disse forskelle i dataindsamling og oversættelse gør undersøgelsen vanskelig at sammenligne med de tidligere. Men ligesom de tidligere rapporter bidrager denne med viden til det fremtidige arbejde med afstigmatisering af mennesker diagnosticeret med en psykisk sygdom.

Rapporten er skrevet af forskere på Statens Institut for Folkesundhed under rådføring med repræsentanter fra EN Af OS i Sundhedsstyrelsen og ambassadører fra EN AF OS.

Rapporten består af fem afsnit. Efter denne baggrund (afsnit 1) gives i afsnit 2 en introduktion til et udvalg af de begreber, som anvendes i rapporten. I afsnit 3 beskrives den metode, der ligger til grund for undersøgelsen. I afsnit 4 præsenteres undersøgelsens resultater, og i afsnit 5 diskuteres, hvad disse betyder.

## 2. Centrale begreber

### 2.1. Psykisk sygdom

Psykiske sygdomme defineres i denne rapport som sygdomme, der relaterer sig til forstyrrelser af den enkeltes tanker, følelsesmæssige regulering eller adfærd (Sundhedsstyrelsen 2022; APA 2014), og som oftest medfører nedsat funktionsevne i dagligdagen, skaber ubehag og reducerer livskvaliteten, og kan forhindre den enkelte i at deltage aktivt i samfundet på lige fod med andre.

I denne undersøgelse bruger vi betegnelsen psykisk sygdom af genkendelsesmæssige grunde. Det dækker over, at vi har inviteret personer til at besvare spørgeskemaet (DISC-12), som er bosiddende i Danmark, og som indenfor de seneste 2 år enten har haft kontakt med psykiatrien eller fået ordineret medicin, som kan skyldes psykisk sygdom (se mere i afsnit 3).

### 2.2. Stigmatisering

Ifølge den mest indflydelsesrige definition på, hvad stigma er – udviklet af de to amerikanske sociologer Link og Phelan (2001) – er stigmatisering en psykosocial proces, der består af fem komponenter:

1. Stempling. Omgivelserne bemærker og benævner, at en gruppe er forskellig fra dem selv, og navngiver denne forskel.
2. Stereotype forestillinger. Dominerende opfattelser i samfundet forbinder den stemplede gruppe med negative stereotyper. Stereotyper kan være positive, men i stigmatisering er de altid negative – f.eks. at mennesker med psykisk sygdom er utilregnelige. En del af den skade, som stigmatisering skaber, er det identitetsfængsel, der kan opstå, når man bliver mødt som værende det træk, som er stigmatiseret: man er psykisk syg og bliver set på som psykisk syg, uanset hvor meget andet man også er; venlig, intelligent, fodboldinteresseret, forælder, spidsfindig, osv.
3. Adskillelse. Der sker en adskillelse mellem dem og os; der skabes en form for grundlæggende kløft mellem dem, som bærer stigmaet, og dem, som ikke gør.
4. Tab af social status og diskrimination. De stemplede personer oplever statustab og diskrimination og er i risiko for at blive ekskluderet fra dele af livet og samfundet.
5. Magt. Der skal være en magt-asymmetri, for at der kan være tale om stigmatisering. Link og Phelan nævner som eksempel, at psykiatriske patienter ikke kan stigmatisere psykiateren. Nok kan de stemple psykiateren og forbinde psykiatere med negative stereotyper, men de har ikke magt til at stigmatisere. Fordi magten er asymmetrisk, bliver stemplingen og stereotypificeringen ikke farlig nok.

Ifølge Link og Phelan skal alle disse fem komponenter være til stede, før der er tale om stigmatisering. Og stigmatisering er et spørgsmål om grader; man kan være mere eller mindre stigmatiseret.

Det er væsentligt at bemærke, at selvom Link og Phelans forståelse af stigma har været indflydelsesrig, er der ikke helt enighed om, hvad stigma præcis er. Link og Phelans forståelse er for nyligt blevet kritiseret, og det er foreslået, at tab af social status og diskrimination ikke skal ses som komponenter i stigma, men som konsekvenser af at blive stigmatiseret (Andersen, Varga, Folker 2022). Dette passer på en måde bedre til den følgeton af undersøgelser (2013, 2015, 2025), som indeværende undersøgelse er en del af, hvor stigma og diskrimination behandles som to adskilte fænomener.

Stigmatisering ser ud til at have flere negative sociale og sundhedsmæssige konsekvenser, som f.eks. stress, depression, spiseforstyrrelser, social isolation, forhøjet blodtryk og forsinkede diagnosticering, overdrevet skam og diskrimination (Major et al. 2018; Hatzenbuehler et al. 2013). Det kan studieteknisk set være svært at adskille effekterne af stigmaet og psykisk sygdom, men disse fund ses også som effekter af andre træk, som er stigmatiserede, som for eksempel høj vægt (Tolstrup et al. 2024; Turan et al. 2019), hvorfor der er grund til at tro, at stigmatisering i sig selv er et sundhedsproblem.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at stigmatiseringsprocessen langt hen ad vejen foregår ubevidst. Selvom mennesker bevidst kan stigmatisere andre mennesker, så ligger en stor del af stigmaet i vores samfundsstrukturer; generelle samfundsmæssige fordomme og stereotyper og sproglige vendinger, som vi lærer fra barnsben.

### 2.3. Selvstigmatisering

Stigmatisering finder sted, når der er nogle, som stigmatiserer, og nogle, som stigmatiseres. Hvor disse grupper indledningsvist er skarpt adskilte, sker der ofte i stigmatiseringsprocessen en delvis sammen-smeltning, sådan at dem, som stigmatiseres, begynder at se sig selv ud fra det stigmatiserende perspektiv. De stigmatiserede personer begynder selv at reproducere og bekræfte den negative holdning og de negative stereotyper, som er forbundet med stigmaet, dels fordi de deler de samme kulturelle opfattelser af f.eks. psykisk sygdom som den øvrige befolkning, og dels fordi de så ofte mødes med negative holdninger og derfor langsomt begynder at tage dem til sig og tro på dem som værende sande, hvilket får dem til at tænke negativt om sig selv.

Selvstigma skal således ses som individets psykologiske reaktion på at blive stigmatiseret. Selvstigma betegner i princippet to forskellige, men formentlig ofte sammenfaldende psykosociale fænomener. Dels, at det stigmatiserede individ vender stigmaet imod sig selv, dels også at det stigmatiserede individ vender stigmaet imod andre medlemmer af den stigmatiserede gruppe.

Selvstigma er et stort problem, for når stigmaet ikke kun kommer udefra, men også indefra, er der ikke rigtig noget sted at få fred fra det, hvilket formentlig forværrer stigmaets mulige negative konsekvenser: skam, isolation, stress og dysfunktionelle coping-mekanismer som overspisning, rygning, alkohol og stoffer.

### 2.4. Diskrimination

Uanset om diskrimination er en komponent i, hvad stigma er, sådan som Link og Phelan definerer begrebet, eller om diskrimination er en konsekvens af at blive stigmatiseret, sådan som kritikere har foreslået (Andersen, Varga, Folker 2022), så er diskrimination også selv et vanskeligt begreb at forstå. Problemet er, at vi alle bliver diskrimineret i den forstand, at vi alle sammen ikke bliver behandlet ens. Mennesker bliver behandlet forskelligt, fordi de er forskellige. For eksempel må mennesker, som har et fuldtidsarbejde,

ikke få arbejdsløshedsunderstøttelse, og bliver derved behandlet anderledes end dem, som er arbejdsløse. Når vi taler om diskrimination er det derfor ikke alle forskelsbehandlinger, vi taler om, men kun dem, der er moralsk eller juridisk forkerte. Det kan mange gange være svært at vide, eller blive enige om, præcis hvilke forskelsbehandlinger der er forkerte. For eksempel kan det nogle gange være svært at vide, om en sundhedsprofessionel behandler en patient med psykisk sygdom anderledes på grund af negativ bias og stigmatisering, eller om det er på grund af i princippet velovervejede faglige grunde relateret til sygdommen.

I undersøgelserne fra 2013 og 2015 har man i første del af DISC-12 spurgt, om deltagerne har været udsat for negativ forskelsbehandling i forskellige kontekster. Sådanne spørgsmål kan være svære at forstå, fordi diskrimination og forskelsbehandling er svært at forstå. Derfor har vi i nuværende undersøgelse i stedet spurgt deltagerne, om de er blevet uretfærdigt behandlet. Det kan selvsagt også være svært at svare på, men vi har vurderet, at det er nemmere intuitivt at afkode betydningen. Med disse spørgsmål får vi således vigtig viden om deltagernes egne oplevelser. Hvis mange mennesker føler sig uretfærdigt behandlet på grund af deres sygdom, er det evidens, som, sammen med anden evidens, kan udgøre viden om, at psykiske sygdomme er stigmatiseret.

## 3. Materiale og metode

Denne undersøgelse har til formål at undersøge og beskrive omfanget og typen af diskrimination og stigmatisering blandt personer med en psykisk sygdom i et repræsentativt udsnit af mennesker med psykisk sygdom i Danmark. Undersøgelsen blev foretaget ved via elektronisk post at udsende et digitalt spørgeskema til 4.960 tilfældigt udvalgte personer i Danmark med psykisk sygdom.

### 3.1. Spørgeskema

Spørgeskemaet bygger på en internationalt anerkendt og valideret skala til vurdering af oplevet diskrimination og stigmatisering, Discrimination and Stigma Scale version 12 (DISC-12, 2008, herefter refereret til som DISC-12). Af juridiske grunde kan vi ikke dele skemaet i sin helhed. Det består af 34 spørgsmål opdelt i følgende fire kategorier:

- Del 1: oplevet **uretfærdig behandling** på grund af psykisk sygdom (22 spørgsmål)
- Del 2: undladelse af at gøre noget af frygt **for andres reaktion** på psykisk sygdom (4 spørgsmål)
- Del 3: **overvindelse af uretfærdig behandling** på grund af psykisk sygdom (2 spørgsmål)
- Del 4: oplevelse af at blive behandlet **mere positivt** på grund af psykisk sygdom (6 spørgsmål)

DISC-12 spørger til mange forskellige livsområder og relationer. Det er oprindeligt udviklet til brug i personinterviews, altså interviews, hvor interviewer sidder ansigt til ansigt med den interviewede, men er siden også anvendt som spørgeskema. Som spørgeskema er det også anvendt i rapporter om samme emne fra 2013 og 2015 og i flere internationale undersøgelser (Lasalvia et al. 2021; Handisam/Hjärnkoll 2012:2011). Det her anvendte spørgeskema er dog ny-oversat fra engelsk og ikke helt identisk med de tidligere anvendte. Det er oversat af forskere fra Statens Institut for Folkesundhed under sparring med blandt andre ambassadører for EN AF OS.

Ud over DISC-12 er der blevet spurgt til socio-demografiske forhold (etnicitet, boligforhold, forsørgelsesgrundlag og uddannelse), diagnoser (depression, skizofreni, ADHD mv.), kontakt med behandlingssystemet (besøg hos psykolog, indlæggelse på psykiatrisk afdeling mv.) samt deltagerens opfattelse af deres egen psykiske sygdom.

### 3.2. Personer med psykisk sygdom i Danmark

Til denne undersøgelse blev der udvalgt 5.000 danskere med psykisk sygdom. Disse blev tilfældigt udtrukket blandt personer i Danmark, der opfyldte følgende kriterier:

- a) Være 18-79 år
- b) Have bopæl i en dansk kommune (bopæl i Danmark)
- c) Have modtaget behandling på en psykiatrisk afdeling inden for de seneste to år eller have fået ordineret medicin i form af psykofarmaka inden for de seneste to år
- d) Ikke lide af demens

Definitionen på, om en person har modtaget behandling på en psykiatrisk afdeling indenfor de sidste 2 år, baserer sig på Landspatientregisteret (LPR3). Denne definition, herunder indberetningsvejledninger og kontaktbegrebet, findes på: [www.sundhedsdatastyrelsen.dk](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk). I denne rapport er brugt følgende kriterier:

- Mindst 1 kontakt i perioden 1. juli 2021 - 30. juni 2023
- Diagnosen skulle være psykiatrisk, dog ikke demens. En psykiatrisk diagnose er her defineret som en diagnose ifølge ICD-10 (International Classification of Diseases 10th Revision) i diagnoseintervallet F04-F99
- Kontakten skulle være til en psykiatrisk eller børne/ungdomspsykiatrisk afdeling

Til at afgøre, om en person havde fået ordineret receptpligtig medicin i form af psykofarmaka inden for de sidste 2 år, blev Lægemedelregisteret ([www.sundhedsdatastyrelsen.dk](http://www.sundhedsdatastyrelsen.dk)) brugt. Der blev anvendt følgende kriterier:

- Der var udstedt mindst to recepter i perioden 1. juli 2021 - 30. juni 2023
- Recepterne var på antidepressiva, antipsykotika/lithium og/eller centralstimulerende lægemidler

Definitionen på antidepressiva, antipsykotika/lithium hhv. centralstimulerende lægemidler er foretaget primært ud fra lægemidlets kodning ifølge ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification) som følger:

- Antidepressiva: N06A, bortset fra duloxetin N06AX21 i styrken 20 og 40 mg og bupropion N06AX12
- Antipsykotika/lithium: N05A
- Centralstimulerende lægemidler: N06BA, C02AC02, N05BA, N05CD, N03AE, N05CF

Personer med demens blev ikke inkluderet i gruppen af personer med en psykisk sygdom. Demens blev her defineret som i register for udvalgte kroniske sygdomme, RUKS (<https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>) i perioden 1. juli 2021 – 30. juni 2023.

### 3.3. Dataindsamling

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, modtog et udtræk fra Sundhedsdatastyrelsen for de 5.000 tilfældigt udvalgte personer med psykisk sygdom. Udtrækket indeholdt personens CPR-nummer, adresse, om personen var udtrukket som følge af behandling på en psykiatrisk afdeling, og om personen havde fået udskrevet medicin i form af psykofarmaka.

De inviterede personer modtog et brev i deres digitale postkasse (e-Boks) med en invitation til at deltage i undersøgelsen. Af brevet fremgik det, at deltagelse var frivillig. Det fremgik også, at medicin kan blive ordineret af mange grunde, og at man skulle se bort fra invitationen, hvis man ikke havde oplevet udfordringer med sin mentale sundhed. Personer fritaget for digital post blev ikke inviteret.

Besvarelsen af spørgeskemaet blev foretaget elektronisk i SurveyXact via et link i invitationsbrevet. Hver person blev kontaktet én gang. Det var oprindeligt planlagt at udsende rykkere til inviterede, som ikke besvarede spørgeskemaet efter første henvendelse, men dagene efter udsendelsen af spørgeskemaet modtog Statens Institut for Folkesundhed anslået 30-40 telefonopkald fra modtagere af spørgeskemaet, som på

den ene eller anden måde var uforstående, undrende, ængstelige, vrede eller lignende over at have modtaget spørgeskemaet. De efterfølgende uger modtog og besvarede Statens Institut for Folkesundhed en tilsvarende mængde e-mails fra modtagere, som ligeledes var uforstående, undrende, ængstelige, vrede eller lignende over at have modtaget spørgeskemaet. Derfor blev det besluttet ikke at udsende rykkere. Se mere i afsnit 5.

### 3.4. Statistiske analyser

I denne rapport præsenteres opgørelser, der viser andelen af personer, der har oplevet forskellige indikatorer for diskrimination eller stigmatisering. Det vises, hvordan denne andel ser ud i forhold til forskellige baggrundskarakteristika, f.eks. køn, alder, forsørgelsesstatus, og hvor meget sygdommen fylder. For disse opgørelser over, hvordan andelen fordeler sig i forhold til sådanne baggrundskarakteristika, er der gennemført en  $\chi^2$  test for at se, om det viste mønster er statistisk signifikant ( $P < 0,05$ ). Da de pågældende analyser havde et eksplorativt sigte, og der er gennemført en stor mængde af test, vises disse test ikke direkte i rapporten. Men i de tilfælde, hvor der beskrives en forskel på tværs af grupperne i teksten, er den bagvedliggende test også statistisk signifikant, medmindre andet er bemærket i teksten.

### 3.5. Kvalitativ analyse af fritekstbesvarelser

For hver af de fire dele af spørgeskemaet, vedrørende henholdsvis oplevelse af uretfærdig behandling (del 1), undladelse af at gøre noget af frygt for andres reaktion på psykisk sygdom (del 2), overvindelse af uretfærdig behandling på grund af psykisk sygdom (del 3), og oplevelse af at blive behandlet mere positivt på grund af psykisk sygdom (del 4), har svarpersonerne haft mulighed for at uddybe deres svar i fritekst. Der er foretaget deskriptiv kvalitativ analyse af disse fritekster (Sandelowski 2000). Den konkrete metode uddybes herunder.

Grundet spørgeskemaets opbygning var fritekstbesvarelserne på forhånd inddelt i de fire kategorier som DISC-12 udgør, og data blev derfor analyseret indenfor hver af disse kategorier. For hver kategori blev samtlige fritekstbesvarelser gennemlæst og dernæst induktivt kodet. De fleste tekstfelter fik kun én kode, men enkelte besvarelser indeholdt flere forskellige emner, og blev derfor delt op i flere koder. Koderne blev derefter grupperet i forskellige emner. Fritekstbesvarelserne indenfor hvert emne blev læst igennem endnu en gang og en beskrivelse af hvert emne blev konstrueret, samtidig med, at der blev udvalgt enkelte eksemplariske citater. Desuden blev antallet af besvarelser indenfor hvert emne og hver kategori noteret.

De emner, der vedrører fokusområderne arbejdsmarkedet og somatikken blev efterfølgende samlet på tværs af DISC-12 kategorierne og analyseret samlet.

### 3.6. Etik

Projektet er anmeldt til og godkendt af SDU RIO (Research & Innovation Organization), der siden 2016 vurderer og godkender alle statistiske projekter på SDU i overensstemmelse med GDPR-lovgivningen (anmeldelsesnummer: 12.097). Projektet er også anmeldt til og godkendt af SDU's etiske komité (REC) (approval ID is 23/67369).

## 4. Resultater

### 4.1. Beskrivelse af studiepopulationen og bortfald

Statens Institut for Folkesundhed modtog et udtræk fra Sundhedsdatastyrelsen (SDS) på 5.000 personer i alderen 18-79 år med psykisk sygdom. Udtrækket blev foretaget primo 2024, mens invitationsbrevet blev udsendt primo august 2024. Derfor var 40 personer afgået ved døden inden udsendelse af spørgeskemaet, så det var muligt at invitere 4.960 personer med psykisk sygdom. Disse personer fik udsendt et spørgeskema til deres digitale postkasse (e-Boks).

Blandt de 4.960 inviterede personer var 345 udvalgt alene i kraft af at have modtaget behandling på en psykiatrisk afdeling, 3.776 (76,1 %) alene, fordi de havde fået ordineret medicin i form af psykofarmaka, og 839 (16,9 %) af begge grunde (både behandling på psykiatrisk afdeling og ordineret psykofarmaka). Det vil sige, at 1.184 personer (23,9 %) var udvalgt grundet modtaget behandling på en psykiatrisk afdeling, mens 4.615 (93,1 %) var udvalgt, fordi de havde fået ordineret medicin i form af psykofarmaka.

Af de 4.960 inviterede personer angav 476 (9,6 %), at de havde læst og forstået det udsendte introduktionsbrev, og at de ville deltage i undersøgelsen. Af disse 476 personer afgav 426 mindst ét svar på de stillede spørgsmål. I denne undersøgelse anses de 426 personer med svar på mindst ét af de stillede spørgsmål som værende deltagere, hvilket giver en deltagelsesprocent i undersøgelsen på 8,6 %. Sagt lidt anderledes var der i forhold til den udsendte invitation et bortfald på  $100 - 8,6 = 91,4$  %.

I denne rapport bruger vi betegnelsen svarperson(er) om dem, der har besvaret ét konkret spørgsmål. Gruppen af svarpersoner er derfor ikke den samme i alle efterfølgende opgørelser, antal svarpersoner kan skifte fra spørgsmål til spørgsmål, mens antallet af deltagere i undersøgelsen er konstant (N=426).

I tabel 1 vises deltagelsesprocenten fordelt på, om den inviterede person har modtaget behandling på en psykiatrisk afdeling, har fået ordineret medicin i form af psykofarmaka, køn og alder. Af tabel 1 ses, at inviterede personer, der modtog behandling på en psykiatrisk afdeling, har en lidt højere deltagelsesprocent (10,4 %) end alle inviterede. Det ses også, at kvinder har en lidt højere deltagelsesprocent end mænd, og at personer i alderen 65-79 år har en lavere deltagelse end i de øvrige aldersgrupper.

Sagt lidt anderledes, så er der et stort bortfald på 91,4 %. Personer inviteret grundet brug af psykofarmaka har et lidt større bortfald end det totale. Mænd har et lidt større bortfald end kvinder og ældre inviterede personer et noget større bortfald end yngre. Disse forskelle i bortfald påvirker deltagersammensætningen i nogen grad, hvilket kan ses i tabel 2.

Tabel 1 Antal deltagere samt deltagelsesprocent

		Antal personer	Deltagelsesprocent	Total
<b>Har modtaget psykiatrisk behandling</b>		123	10,4	1.184
<b>Har fået ordineret psykofarmaka</b>		394	8,5	4.615
<b>Køn</b>	<b>Mænd</b>	142	7,2	1.966
	<b>Kvinder</b>	284	9,5	2.994
<b>Alder</b>	<b>18-29 år</b>	81	9,3	871
	<b>30-44 år</b>	93	8,5	1.095
	<b>45-64 år</b>	177	9,7	1.822
	<b>65-79 år</b>	75	6,4	1.172

I tabel 2 sammenlignes de 4960 inviterede personer og de 426 deltagere med psykisk sygdom i forhold til, hvorvidt de har modtaget psykiatrisk behandling, fået ordineret psykofarmaka, og køn og alder. Tabel 2 viser, at andelen af personer, der har modtaget psykiatrisk behandling er en smule højere (28,9%) blandt deltagerne end blandt de inviterede (23,9%). Omvendt er andelen af personer, der har fået ordineret psykofarmaka nogenlunde ens mellem de to grupper. Tabel 2 viser også, at kvinder er overrepræsenterede blandt deltagerne (66,7%) i forhold til de inviterede (60,4%). Endeligt er alderssammensætningen lidt anderledes mellem de to grupper, idét gruppen af 18-29 årige og gruppen af 45-64 årige er en smule overrepræsenterede blandt deltagerne.

Tabel 2 Sammenligning mellem inviterede og deltagere med psykisk sygdom

		Inviterede N=4960 %	Deltagere N=426 %
<b>Har modtaget psykiatrisk behandling</b>		23,9	28,9
<b>Har fået ordineret psykofarmaka</b>		93,1	92,5
<b>Køn</b>	<b>Mænd</b>	39,6	33,3
	<b>Kvinder</b>	60,4	66,7
<b>Alder</b>	<b>18-29 år</b>	17,6	19,0
	<b>30-44 år</b>	22,1	21,8
	<b>45-64 år</b>	36,7	41,5
	<b>65-79 år</b>	23,6	17,6

## 4.2. Beskrivelse af deltagerne i undersøgelsen

Tabel 4 viser en beskrivelse af deltagernes demografiske karakteristika. Der er flere kvinder end mænd blandt deltagerne (67% vs. 33%), og der er flest deltagere i aldersgruppen 45-64 år (42%). De fleste deltagere er inviteret til undersøgelsen, fordi de havde fået ordineret medicin i form af psykofarmaka. Omkring 80% af deltagerne svarer ja til at være født i Danmark, og at deres forældre er født i Danmark (svarende til omkring 90% blandt dem der har svaret på spørgsmålene herom).

Tabel 1 Deltagernes demografiske karakteristika

Demografisk karakteristika		Antal personer	%
<b>Køn</b>	<b>Mænd</b>	142	33
	<b>Kvinder</b>	284	67
<b>Alder</b>	<b>18-29</b>	81	19
	<b>30-44</b>	93	22
	<b>45-64</b>	177	42
	<b>65-79</b>	75	18
<b>Inviteret på baggrund af</b>	<b>Psykiatrisk behandling</b>	123	29
	<b>Psykofarmakabehandling</b>	394	92
<b>Født i Danmark</b>	Ja	342	80
	Nej	28	7
	Ved ikke eller intet svar	56	13

<b>Mor født i Danmark</b>	Ja	330	77
	Nej	38	9
	Ved ikke eller intet svar	58	14
<b>Far født i Danmark</b>	Ja	335	79
	Nej	31	7
	Ved ikke eller intet svar	60	14

Tabel 5 viser information om deltagernes bolig, beskæftigelse og uddannelse. Det er dog ikke alle deltagere, der har besvaret spørgsmålene omkring baggrundsinformation. De fleste af svarpersonerne (53%) bor med en ægtefælle/samlever, og omkring hver femte af svarpersonerne bor sammen med børn. Hver fjerde svarperson bor alene. De fleste af svarpersonerne bor i en by, med en nogenlunde ligelig fordeling mellem større og mindre byer. Knap halvdelen af svarpersonerne er i arbejde, mens hver femte af svarpersonerne er på førtidspension, og hver sjette angiver, at de er på folkepension eller efterløn.

Tabel 2 Samlivsstatus, geografi, forsørgelsesstatus og uddannelse blandt svarpersoner

Demografisk karakteristika		Antal personer	%
<b>Bor med (flere mulige)</b> (N = 371)	Alene	115	31
	Sammen med ægtefælle/samlever	198	53
	Sammen med børn	102	27
	Sammen med egne forældre	19	5
	Sammen med andre familiemedlemmer (f.eks. søskende)	10	3
	Sammen med en ven	9	2
	<b>Bor</b> (N = 367)	På landet	43
	I en mellemstor by	121	33
	I en stor by	92	25
	I en mindre by	109	30
<b>I hvilken region</b> (N = 371)	Region Hovedstaden	107	29
	Region Sjælland	50	13
	Region Syddanmark	88	24

	Region Midtjylland	100	27
	Region Nordjylland	24	6
<b>Primært forsørgelsesgrundlag (N = 369)</b>	Arbejde (deltid eller fuldtid)	160	46
	Overførselsindkomst	60	17
	Folkepension eller efterløn	54	16
	Førtidspension	72	21
<b>Længst gennemførte uddannelse (N = 368)</b>	9. klasse eller kortere	31	8
	10. klasse	21	6
	Gymnasium, handelsskole, HF eller tilsvarende	54	15
	Lærlingeuddannelse, elevuddannelse eller tilsvarende	47	13
	Kort videregående uddannelse (under 3 år)	49	13
	Mellemlang videregående uddannelse (3-4 år)	96	26
	Lang videregående uddannelse (5 år eller mere)	66	18

Tabel 6 viser information om svarpersonernes diagnoser og kontakt til sundhedsvæsenet. De hyppigste diagnoser, som svarpersonerne angiver, at de har eller har haft, er depression (66%) og angst (46%). Knap halvdelen af svarpersonerne er i kontakt med behandlingssystemet i forbindelse med deres psykiske sygdom (5% dagligt eller ugentligt, 14 % 1-2 gange per måned, 29% 1-6 gange per år). Den anden halvdel af svarpersonerne er ikke i kontakt med behandlingssystemet. I forhold til hvor meget sygdommen fylder, har omkring 20% af svarpersonerne svaret henholdsvis "Det fylder temmelig meget", "Det fylder en del", "Det fylder stadig mindre", og "Det fylder uendeligt lidt nu". En mindre andel (6%) af svarpersonerne har svaret, at sygdommen fylder det hele.

Tabel 3 Diagnoser og kontakt til sundhedsvæsenet

Demografisk karakteristika		Antal personer	%
<b>Nuværende eller tidligere diagnoser (flere mulige) (N = 368)</b>	Skizofreni eller andre psykoselidelser	19	5
	Bipolar lidelse	28	8
	Depression	242	66
	Angstlidelse	169	46
	OCD	32	9
	Spiseforstyrrelse	33	9
	Personlighedsforstyrrelse	37	10
	ADHD	82	22
	Autisme eller andre udviklingsforstyrrelser	38	10

	PTSD eller andre tilpasnings- eller belastningsreaktioner	71	19
	Tics eller Tourettes syndrom	5	1
	Misbrug af alkohol og/eller stoffer	20	5
	Andet	41	11
<b>Kontakt med behandlingssystemet i forbindelse med psykisk sygdom<sup>a</sup></b> <b>(N = 348)</b>	Ja, dagligt eller ugentligt	19	5
	Ja, 1-2 gange om måneden	48	14
	Ja, 1-6 gange om året	101	29
	Nej, ikke i øjeblikket	73	21
	Nej, ikke i det sidste år	87	25
	Nej, har aldrig været i kontakt	20	6
<b>Kontakt med hvem (flere mulige)</b> <b>(N = 348)</b>	Hospitalsafdeling	27	8
	Psykiatrisk ambulatorium	42	12
	Opsøgende psykiatrisk team	13	4
	Distriktpsykiatrisk center	22	6

	Egen praktiserende læge	243	70
	Privatpraktiserende psykolog	60	17
	Privatpraktiserende psykiater	76	22
	Personale fra socialpsykiatrien	19	5
	Andet	30	9
	Ingen	29	8
<b>Nogensinde indlagt på et hospital i forbindelse med psykisk sygdom (N = 348)</b>	Ja, flere gange	48	14
	Ja, en enkelt gang	46	13
	Nej, aldrig	254	73
<b>Hvor mange år har du haft en psykisk sygdom? (N = 206)</b>	0-10 år	68	33
	11-25 år	82	40
	26+ år	56	27
<b>Hvilket år fik du stillet en psykiatrisk diagnose? (N = 235)</b>	2005 eller før	70	30

	2006-2015	76	32
	Efter 2015	89	38
<b>Hvor meget fylder det netop nu i din opfattelse af dig selv og i din kontakt med andre, at du har eller har haft en psykisk sygdom? (N = 347)</b>	Det fylder det hele	21	6
	Det fylder temmelig meget	69	20
	Det fylder en del	83	24
	Det fylder stadig mindre	76	22
	Det fylder uendeligt lidt nu	80	23
	Ved ikke	18	5

- a) Ang. kontakt med behandlingssystemet, er der en uoverensstemmelse mellem de selvrapporterede data beskrevet i tabel 6 og de registerdata stikprøven er udtrukket på baggrund af. Således er der 6% der svarer, at de aldrig har været i kontakt med behandlingssystemet, på trods af, at de er inviteret til undersøgelsen på baggrund af registeroplysninger, der indikerer, at de enten har modtaget behandling på en psykiatrisk afdeling eller har fået ordineret receptpligtig medicin i form af psykofarmaka. Der kan være flere årsager til denne diskrepans. For det første kan registerdata være behæftet med fejl. For det andet kan den enkelte deltagers definition på 'psykofarmaka', 'psykisk sygdom' eller 'behandlingssystemet' afvige fra sundhedsdatastyrelsens definitioner.

### 4.3. Oplevet uretfærdig behandling

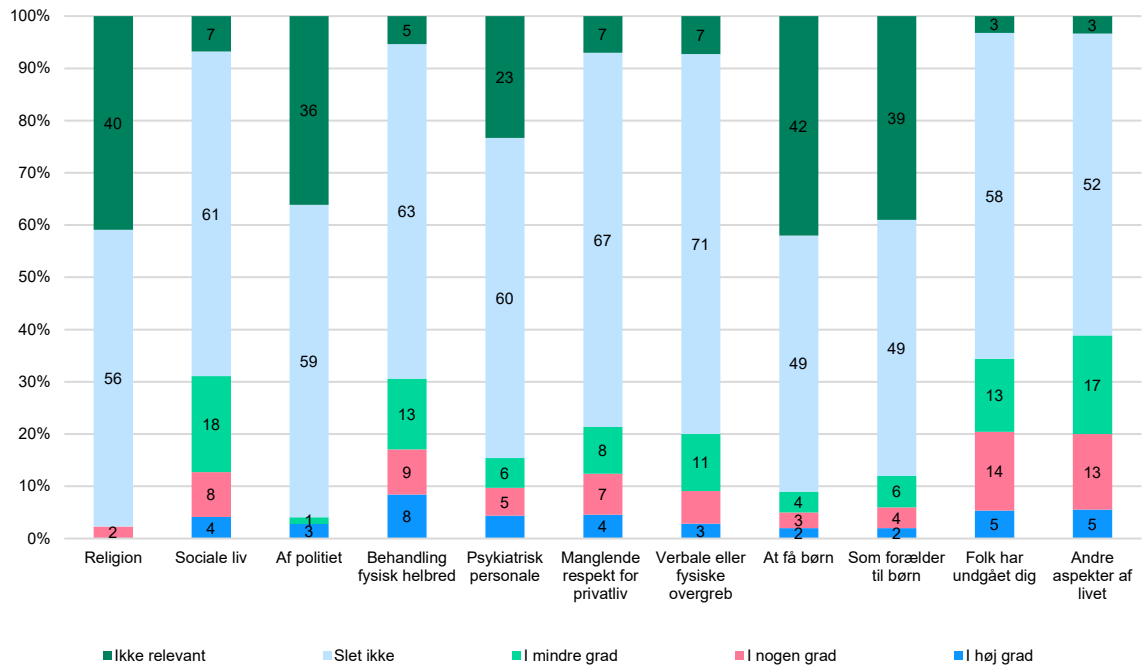
I dette afsnit præsenterer vi de resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som omhandler oplevelser af uretfærdig behandling. Spørgeskemaet indeholder 22 spørgsmål herom og figur 1 og figur 2 giver et overblik over dem. For alle spørgsmål, er der nogen af svarpersonerne, som har oplevet uretfærdig behandling. Som det fremgår af figuren, er der nogle af spørgsmålene som er relevante for de fleste svarpersoner, eksempelvis uretfærdig behandling i forbindelse med venskaber, familie, eller respekt for privatliv. Andre af spørgsmålene har en væsentlig andel af svarpersonerne vurderet ikke-relevante. Det gælder eksempelvis uretfærdig behandling i forbindelse med dating, skolegang, eller jobsøgning. I afsnittet "Kontekster med hyppigst oplevet uretfærdig behandling" kigger vi nærmere på de tre spørgsmål, på hvilke flest svarpersoner (blandt dem, der ikke har afvist spørgsmålene som irrelevante) angiver at have følt sig uretfærdigt behandlet. Det er spørgsmålene om uretfærdig behandling af familie, i venskaber, og om at blive undgået af personer, der ved at man har en psykisk sygdom. I afsnittet belyser vi visse karakteristika ved de svarpersoner, som har oplevet uretfærdig behandling i disse kontekster.

Ser vi på tværs af de forskellige spørgsmål om uretfærdig behandling, ser vi, at 71,1% af svarpersoner har oplevet uretfærdig behandling i mindst én af de adspurgte kontekster. Der er ingen svarpersoner, som har oplevet forskelsbehandling på alle 22 spørgsmål.

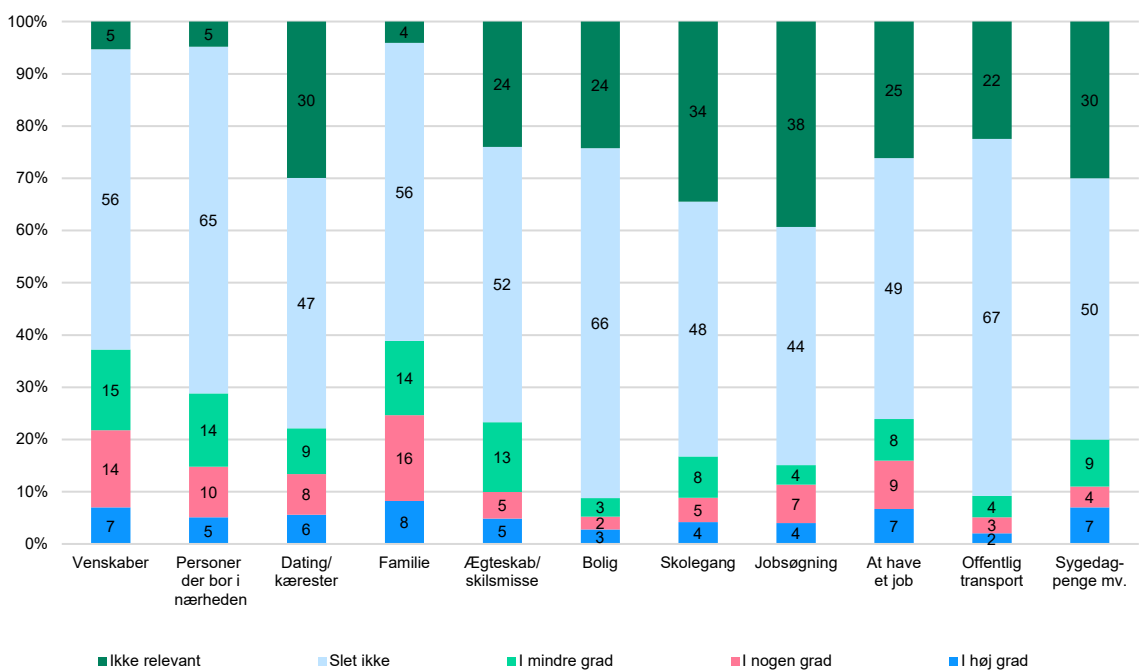
#### Der blev spurgt ind til uretfærdig behandling på grund af psykisk sygdom inden for det sidste år. I alt 22 spørgsmål vedrørende en række forskellige kontekster:

- I forhold til at få eller holde fast i venskaber
- Af familie, f.eks. forældre, søskende, egne børn, bedsteforældre mv.
- I ægteskab eller ved skilsmisse
- I forhold til at få eller beholde en bolig
- Skolegang, herunder efteruddannelse eller anden uddannelse
- Sygedagpenge: i forbindelse med ansøgning om sygedagpenge, uddannelsesstøtte, pension, revalidering, støtte til hjælpemidler og lignende
- I forbindelse med udøvelsen af ens religion
- I socialt liv, f.eks. når man går i byen, deltager i fritidsaktiviteter, sociale arrangementer eller lignende
- Behandling af fysiske helbredsproblemer hos egen læge, tandlæge, personalet på hospital eller skadestue
- Af psykiatrisk eller socialpsykiatrisk personale
- I form af manglende respekt for dit privatliv eller fortrolige oplysninger
- I forbindelse med at få børn, f.eks. af sundhedspersonale, venner eller familie
- I rollen som forælder til børn (f.eks. fra lærere, pædagoger, familie eller psykiatrisk sundhedspersonale)
- Ved at blive undgået af folk, der ved, at man har en psykisk sygdom

Figur 1 Oplevet uretfærdig behandling inden for det sidste år på grund af psykisk sygdom i forskellige kontekster (1) (390 ≤ N ≤ 423)

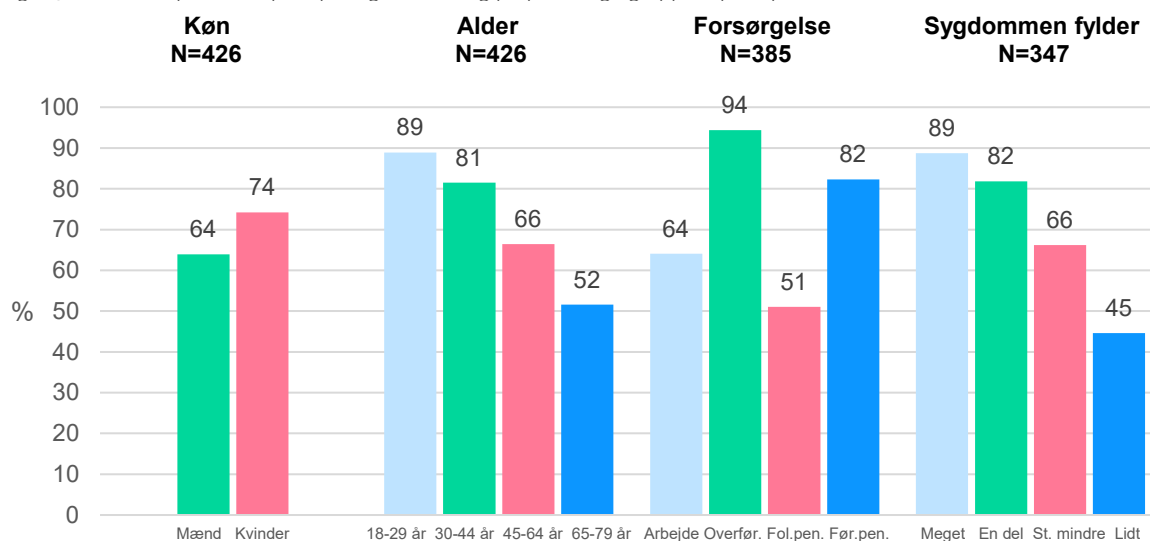


Figur 2 Oplevet uretfærdig behandling inden for det sidste år på grund af psykisk sygdom i forskellige kontekster (2) (390 ≤ N ≤ 423)



Figur 3 viser forekomsten af oplevet uretfærdig behandling på tværs af de forskellige spørgsmål om emnet, og hvordan denne forekomst varierer for forskellige grupper i undersøgelsen. Forekomsten af oplevet uretfærdig behandling er højere blandt kvinder end mænd, og højere blandt yngre end ældre svarpersoner. Den er også højere blandt svarpersoner, som er på overførselsindkomst eller førtidspension end blandt svarpersoner, som er i arbejde eller på folkepension. Forekomsten hænger også sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Jo mere sygdommen angives at fylde, jo højere forekomst er der af oplevet uretfærdig behandling.

Figur 3 Mindst én oplevelse af uretfærdig behandling for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

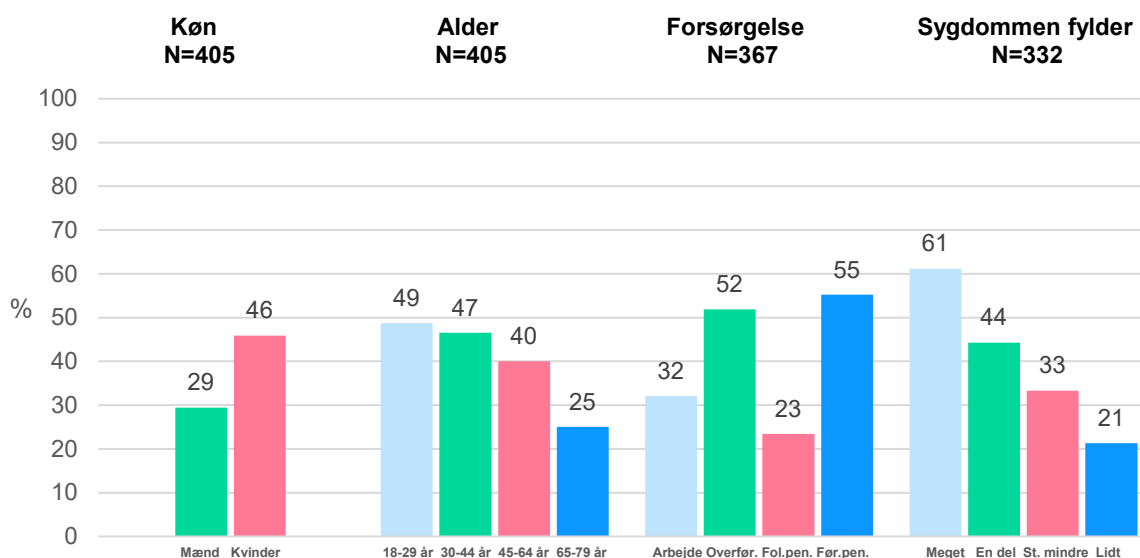
I bilag 1 præsenterer vi opgørelser over, hvordan forekomsten af uretfærdig behandling varierer for flere forskellige grupper af svarpersoner, herunder i forhold til samlivsstatus, om man er født i Danmark, om man har kontakt til behandlingssystemet, om man bor i by eller på landet, samt hvilke psykiske sygdomme man har rapporteret.

### Kontekster med hyppigst oplevet uretfærdig behandling

De kontekster, hvor flest svarpersoner (blandt dem, der ikke afviser spørgsmålet som irrelevant) har oplevet uretfærdig behandling er familien (41%), venskaber (39%), og at blive undgået af personer, der har kendskab til ens psykiske sygdom (35%). I dette afsnit belyser vi karakteristika ved dem, som oplever uretfærdig behandling i disse kontekster.

Figur 4 viser oplevelse af uretfærdig behandling i familien. Som det fremgår af figuren, ses en højere forekomst af oplevet uretfærdig behandling blandt kvinder end blandt mænd, blandt yngre end blandt ældre, og blandt svarpersoner på overførselsindkomst eller førtidspension. Der ses også en tydelig sammenhæng med, hvor meget sygdommen fylder: Der er en højere forekomst blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder meget, end blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder mindre.

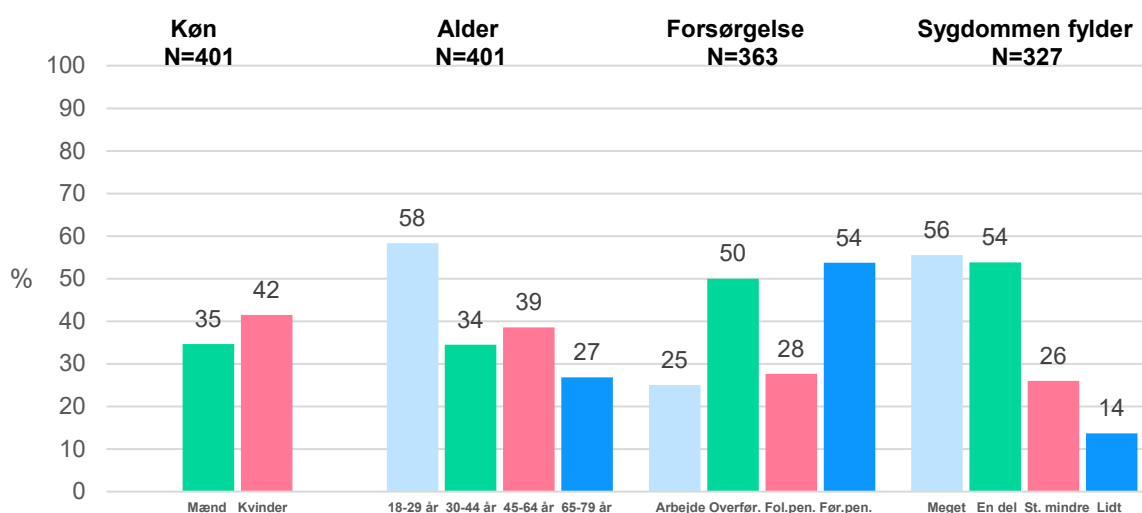
Figur 4 Oplevet uretfærdig behandling i familien for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension, St. mindre: Stadig mindre

Figur 5 viser oplevelsen af uretfærdig behandling i venskaber. Som det fremgår af figuren, ses en lidt højere forekomst af oplevet uretfærdig behandling blandt kvinder end blandt mænd (dog ikke statistisk signifikant) og blandt svarpersoner på overførselsindkomst eller førtidspension. I forhold til alder er det særligt gruppen af 18-29 årige, som oplever uretfærdig behandling i venskaber. Der ses også en tydelig sammenhæng med, hvor meget sygdommen fylder: Der er en højere forekomst blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder meget, end blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder mindre.

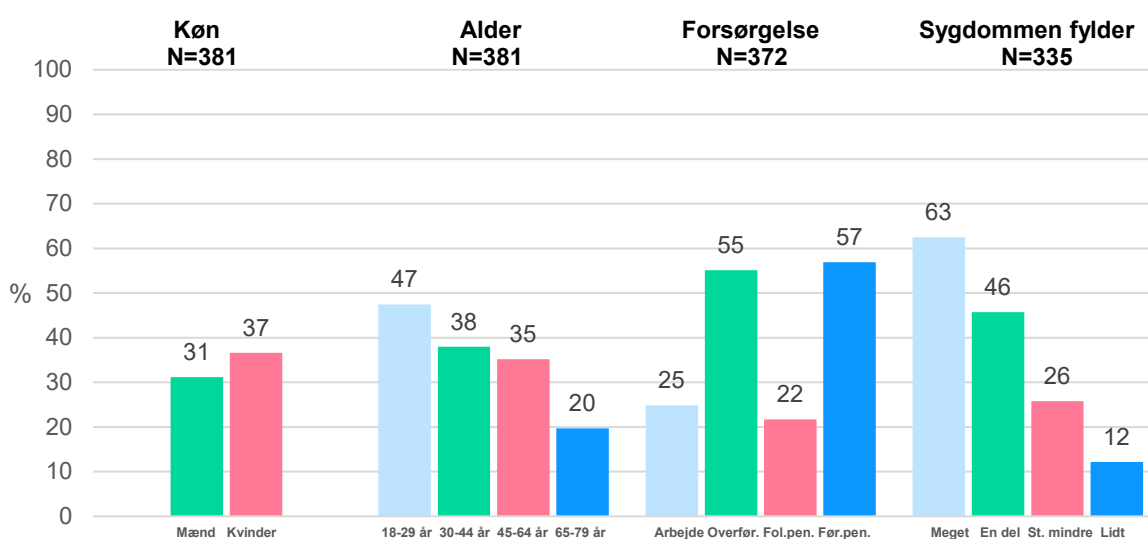
Figur 5 Oplevet uretfærdig behandling i venskaber for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør.: overførselsindkomst, Fol.Pen.: Folkepension, Før.Pen.: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

Figur 6 viser oplevelsen af at blive undgået af personer, der har kendskab til ens psykiske sygdom. Som det fremgår af figuren, ses en lidt højere forekomst af at opleve, at man bliver undgået blandt kvinder end blandt mænd (dog ikke statistisk signifikant), ligesom forekomsten er højere blandt yngre end blandt ældre, og blandt svarpersoner på overførselsindkomst eller førtidspension. Der ses også en tydelig sammenhæng med, hvor meget sygdommen fylder: Der er en højere forekomst for svarpersoner, hvor sygdommen fylder meget end blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder mindre.

Figur 6 Oplevelse af at blive undgået af personer, der ved man har en psykisk sygdom



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

Overordnet set ligner mønstrene i besvarelsen af dé spørgsmål, hvorpå flest har svaret at de har følt sig uretfærdig behandlet, de mønstre vi ser i de samlede opgørelser for spørgsmålene om uretfærdig behandling (Figur 3). Der ses en højere forekomst af oplevet uretfærdig behandling blandt kvinder, de unge, svarpersoner på overførselsindkomst eller førtidspension. Det ses også samstemmende i opgørelserne, at forekomsten af oplevet uretfærdig behandling hænger sammen med, hvor meget sygdommen angives at fylde. Jo mere svarpersonerne oplever at sygdommen fylder, jo højere forekomst af oplevet uretfærdig behandling ses der.

### Fritekster om oplevet uretfærdig behandling

I del 1 af spørgeskemaet har 162 personer skrevet fritekst, og det er dermed den del af spørgeskemaet, hvor flest har skrevet fritekst. 17 af svarene er enten uforståelige eller ikke relevante i sammenhængen, og analysen er derfor baseret på 145 besvarelser. Svarene afspejler primært tre emner, som uddybes i dette afsnit: manglende anerkendelse (n=56), begrænsede muligheder (n=40) og ingen uretfærdig behandling (n=16). Desuden omhandler flere af fritekstbesvarelserne fokusområderne arbejdsmarkedet (n=18) og somatikken (n=34), hvilket uddybes i afsnit 4.7 og 4.8.

### Manglende anerkendelse

Mange af svarpersonerne fremhæver en grundlæggende mangel på forståelse og anerkendelse af deres psykiske sygdomme fra deres omgivelser. Dette manifesterer sig gennem stereotype forestillinger, bagatelisering og patroniserende adfærd. Eksempler inkluderer kommentarer som: *"Det er da ikke så svært, tag dig sammen, du er ikke den eneste der har udfordringer"* eller *"Så lang tid kan du da heller ikke have det skidt"*. En anden svarperson forklarer, hvordan det at have en god dag kan medføre en antagelse om, at sygdommen ikke er alvorlig: *"[...] når jeg har en god dag, tror andre ikke på, at jeg er syg, og at jeg skal 'tage mig sammen'."* Dertil beskriver flere svarpersoner, at de konstant oplever at skulle forklare eller forsvare deres situation. Mange føler, at der ikke bliver taget hensyn til dem, og at der er en manglende forståelse for, at ting, som kan være "normale gøremål", kan være rigtig svære for personer med en psykisk sygdom. De bliver ofte mødt med en misforståelse af de psykiske sygdomme, hvor reelle symptomer forveksles med dovenskab eller overreaktion.

Flere svarpersoner nævner negative påvirkninger fra sociale relationer, og de beskriver oplevelser af at blive stigmatiseret af deres nære relationer såvel som i det offentlige rum. Det nævnes flere gange, at nære familiemedlemmer eller partnere bruger sygdommen som argument i konflikter. Det lyder f.eks. som følgende:

*"Min ellers dejlige mand kom til at bruge det mod mig, han mente ikke mine holdninger var relevante når jeg var syg, jeg mistede min autoritet. Svigerfamilie ser også evt. problemer, som værende mig, aldrig min mand."*

*"Ægtefælle bruger vanskeligheder pga. mine funktionsnedsættelser som ammunition. Ægtefælle griner af mig, når jeg reagerer anderledes eller har det svært. Kommune, ægtefælle osv. holder mig ansvarlig for meget mere end jeg kan (så slider mig selv op)."*

Det er dog ikke kun de nære relationer, som svarpersonerne oplever stigmatisering fra. Andre svarpersoner beskriver at blive verbalt hånet af for eksempel billetkontrollører, eller at handicapparkering giver anledning til: *"tilråb. [folk] læner sig over min bil og kigger ind, rækker fuck finger"*, hvilket understreger, at diskrimination også foregår i de offentlige rum. Derudover peger flere svarpersoner på en oplevelse af at blive strukturelt marginaliseret. Dette indebærer for eksempel følelsen af at være ekskluderet fra arbejdsmarkedet, fællesskaber og samfundet generelt. En svarperson, der har fået tildelt førtidspension skriver:

*"Man føler sig overset, når man står udenfor arbejdsmarkedet, landets politikere gør intet for os der ikke kan arbejde, alt handler om de "hårdt" arbejdende danskere [...] jeg er førtidspensionist, og føler mig fuldstændig ligegyldig og som om jeg intet er værd."*

Ud over at føle sig som værdiløs nævner flere svarpersoner, at de bliver opfattet som mindre kompetente eller som en byrde for samfundet: *"Jeg synes at man bliver sat i en boks, som er for dem der er belastende, uduelige og omkostningsfulde for samfundet."*

Andre svarpersoner forklarer, hvordan de udelukkes fra forskellige aktiviteter, idet det på forhånd antages, at de ikke er i stand til at deltage på grund af deres psykiske sygdom. Der beskrives en tendens til, at andre tager beslutninger på vegne af svarpersonerne uden først at inddrage dem og spørge ind til deres ønsker og kapacitet. Svarpersonerne skriver for eksempel: *"Bliver ikke inviteret med til arrangementer i vennegruppe"; "Blir ikke spurgt om det er noget jeg kan klare, det bliver bare ligesom besluttet at jeg ikke kan."* I forlængelse af dette oplever flere svarpersoner, at bekendtskaber falder fra eller trækker sig efter nyheden om en psykisk sygdom. Dette kommer til udtryk i udsagnet: *"Venner har trukket sig og undgået samvær."* Derudover nævnes det, hvordan det kan være svært at indgå i intime relationer: *"Kærester har jeg svært ved at få, når de først hører om mine udfordringer, så springer de fra."* Oplevelserne peger på manglende forståelse og fordomme, som præger opfattelsen af personer med psykisk sygdom i sociale sammenhænge.

Svarpersonernes svar tegner et billede af, hvilke udfordringer personer med psykiske sygdomme står overfor. Deres svar fremhæver, hvordan tendensen til at stigmatisere personer med psykiske sygdomme kan føre til diskrimination i form af eksklusion, verbal vold eller manglende støtte.

### **Begrænsede muligheder og rettigheder**

Flere svarpersoner beskriver, hvordan deres sygdom er en barriere for deres individuelle muligheder og rettigheder. Nogle har oplevet at få afslag på blandt andet flyvecertifikat og sæddonation, hvilket illustrerer, hvordan psykiske sygdomme kan begrænse individers handlemuligheder. Flere fritekster nævner også, hvordan de oplever, at deres muligheder begrænses i somatikken. Disse oplevelser beskrives særskilt i afsnit 4.8.

Flere svarpersoner fremhæver, hvordan deres sygdom bruges imod dem som forældre i børnesager: *"Udfordringer ved f.eks. retslig tvist i børnesager. Jeg skal forsvare, at jeg ikke er en dårligere forælder bare fordi jeg er diagnosticeret med ADHD"*. Eller ved tildeling af støtte fra kommunen: *"Manglende forståelse for mine behov ved bevilling af hjælp i hjemmet, vejleder mm. Får ikke tildelt det, som nogen med en fysisk sygdom får."*

Et andet område, hvor svarpersonerne møder modstand på grund af deres psykiske sygdomme, er forsikringsområdet. Flere har på grund af deres psykiske sygdom fået afslag på sundhedsforsikringer og livsforsikring, og en skriver: *"I min bank siger at det er heldigt at [jeg] lavede en livsforsikring før jeg blev syg ellers kunne jeg heller ikke få den."* Hvis svarpersonerne ikke bliver afvist, oplever de i stedet at deres helbredsistorik fører til højere præmier og betalinger.

På samme måde udtrykker svarpersonerne en generel utilfredshed med opbygningen af samfundet og dets systemer. En svarperson beskriver f.eks., hvordan: *"jobsøgnings/dagpengesystemet kan være lidt ubarmhjertigt over for folk med mentale vanskeligheder."* Flere deler oplevelsen af, at systemerne kan være svære at navigere i, og at der ofte mangler tilstrækkelig hjælp til dette.

### **Ingen uretfærdighed**

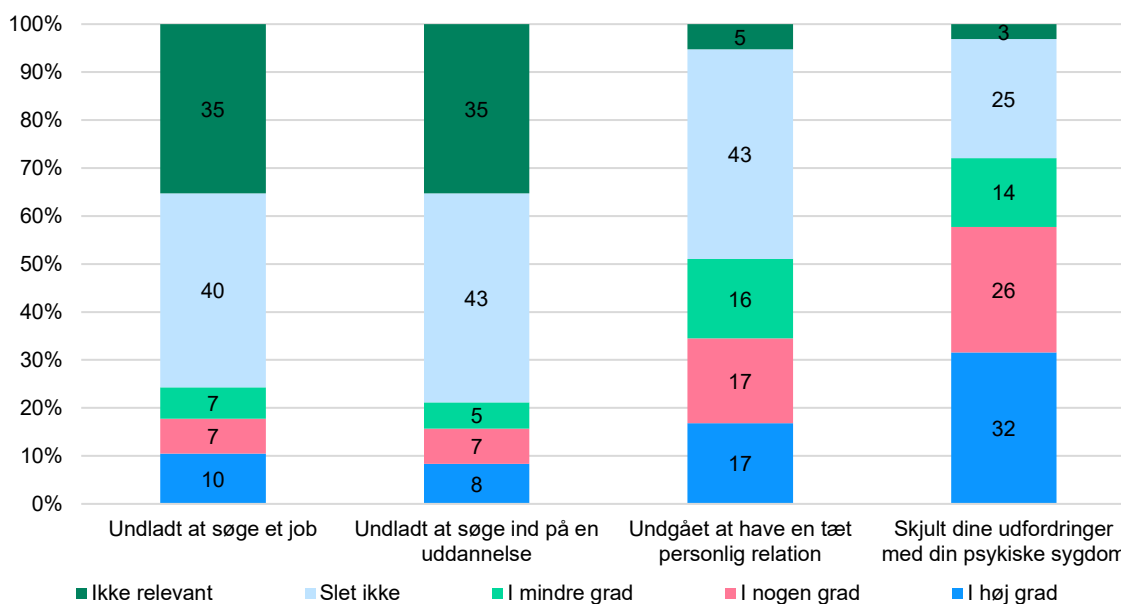
En mindre del af svarpersonerne beskriver, at de ikke har oplevet uretfærdig behandling. En enkelt svarperson skriver, at vedkommende er blevet mødt af folk, som er forstående, og en anden skriver, at vedkommende ikke har været udsat for uretfærdig behandling, da det kun er de nærmeste, der kender til sygdommen. De resterende svarer kortfattet, at de ikke har oplevet uretfærdig behandling.

## 4.4. Handlingsundladelse

I dette afsnit præsenterer vi de resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som omhandler undladelse af at gøre noget af frygt for andres reaktion på psykisk sygdom. Denne del fortolkes i rapporterne fra 2013, 2015, og andre steder som udtryk for selvstigmatisering. Det kan det også være, men er det ikke nødvendigvis (se diskussion). Spørgeskemaet indeholder fire spørgsmål som vises i Figur 7. Som det fremgår af figuren har kun få svaret ikke relevant til to af spørgsmålene (hvh. 5% og 3%). Disse spørgsmål omhandler tætte personlige relationer og at skjule sine udfordringer med psykisk sygdom. For de to andre spørgsmål, som handler om at søge job eller uddannelse, har en væsentlig andel (35%) af svarpersoner vurderet, at det pågældende spørgsmål ikke er relevant for dem.

I afsnittet "Kontekster med hyppigst handlingsundladelse" kigger vi nærmere på de to spørgsmål, som har den største andel af handlingsundladelse (hvh. 74% og 54%) blandt de svarpersoner, som ikke har afvist spørgsmålet som irrelevant. Det er spørgsmålene om at skjule udfordringer med psykisk sygdom og om at undgå en tæt personlig relation. I afsnittet belyser vi visse karakteristika ved dem, som har haft disse oplevelser.

Figur 7 Handlingsundladelse inden for det sidste år (383 ≤ N ≤ 384)

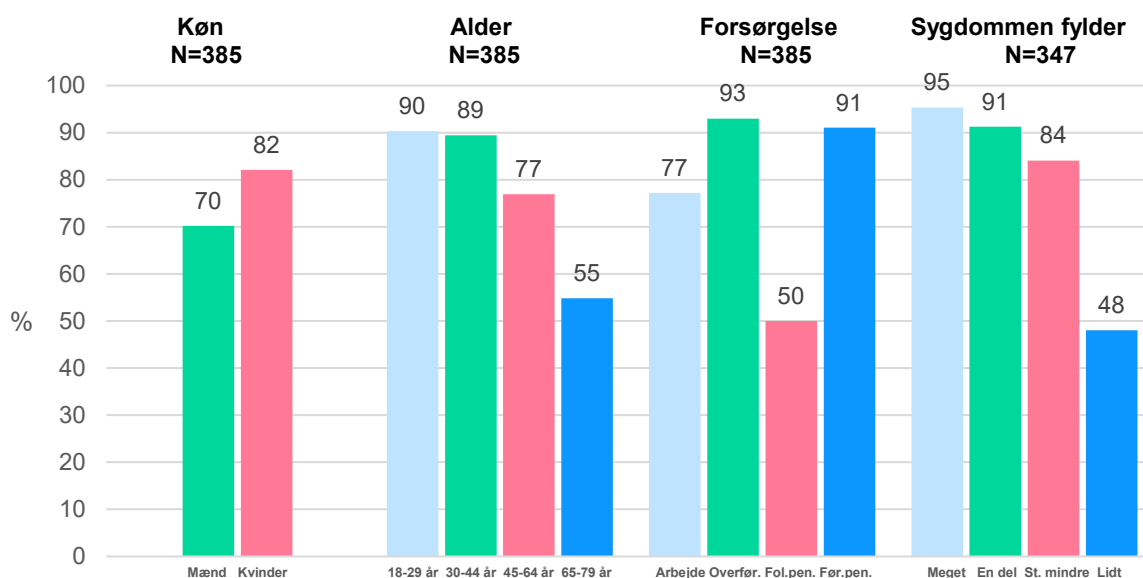


Ser vi på tværs af de forskellige spørgsmål om handlingsundladelse, fremkommer det, at 78,4% af svarpersonerne har svaret, at de har undladt handling i mindst én af de 4 kontekster for emnet. Der er 11,7% af svarpersonerne, som har undladt handling i alle konteksterne.

Figur 8 viser forekomsten af undladt handling i mindst én af de adspurgte kontekster, og hvordan denne forekomst varierer for forskellige grupper i undersøgelsen. Forekomsten af handlingsundladelse er højere blandt kvinder end blandt mænd, og højere blandt yngre end blandt ældre. Den er også højere blandt svarpersoner, som er på overførselsindkomst eller førtidspension, end blandt dem som er i arbejde eller på folkepension. Forekomsten hænger også sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Jo mere sygdommen fylder, jo højere forekomst er der af undladte handlinger.

I bilag 2 præsenterer vi opgørelser over, hvordan forekomsten af handlingsundladelse varierer for flere forskellige grupper af svarpersoner, herunder i forhold til samlivsstatus, om man er født i Danmark, om man har kontakt til behandlingssystemet, om man bor i by eller på landet, samt hvilke psykiske sygdomme man har rapporteret.

Figur 8 handlingsundladelse i mindst én kontekst for forskellige grupper af svarpersoner



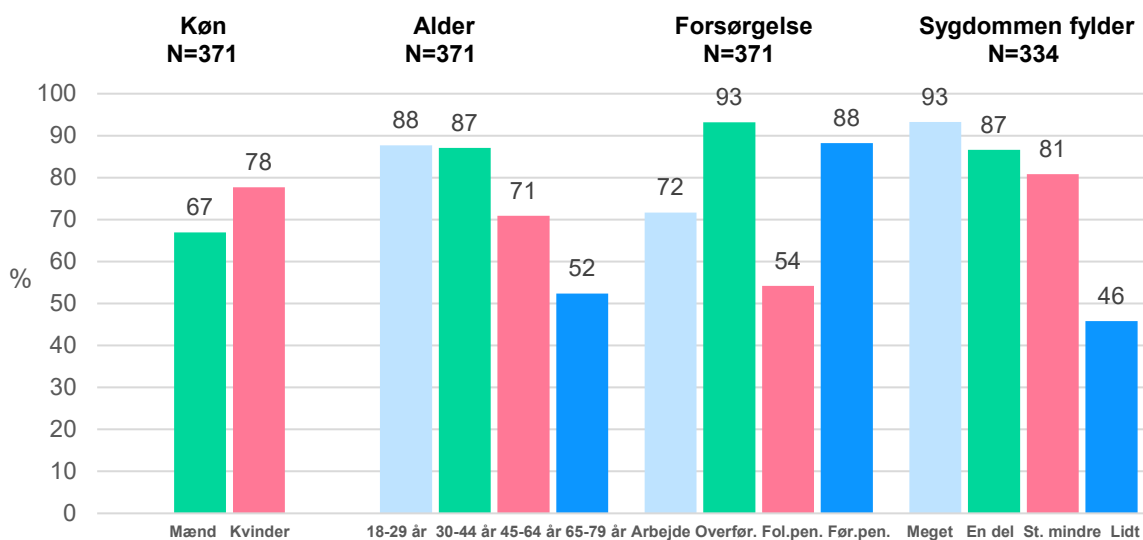
Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension, St. mindre: Stadig mindre

### Kontekster med hyppigst handlingsundladelse

De kontekster, hvor flest svarpersoner (blandt dem, der ikke afviser spørgsmålet som irrelevant) oplever handlingsundladelse, er følgende: at skjule udfordringer med psykisk sygdom og at undgå en tæt personlig relation. I dette afsnit belyser vi karakteristika ved dem, som har haft disse oplevelser.

Figur 9 viser, hvordan oplevelsen af at skjule sine udfordringer med sin psykiske sygdom varierer mellem forskellige grupper. Forekomsten af at skjule udfordringer er højere blandt kvinder end mænd, og højere blandt yngre end ældre svarpersoner. Der ses en højere forekomst blandt svarpersoner, som er på overførselsindkomst eller førtidspension, end blandt svarpersoner med andre typer af forsørgelsesstatus. Forekomsten hænger også sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Jo mere sygdommen fylder, jo højere forekomst er der af at opleve at skjule sine udfordringer med psykisk sygdom.

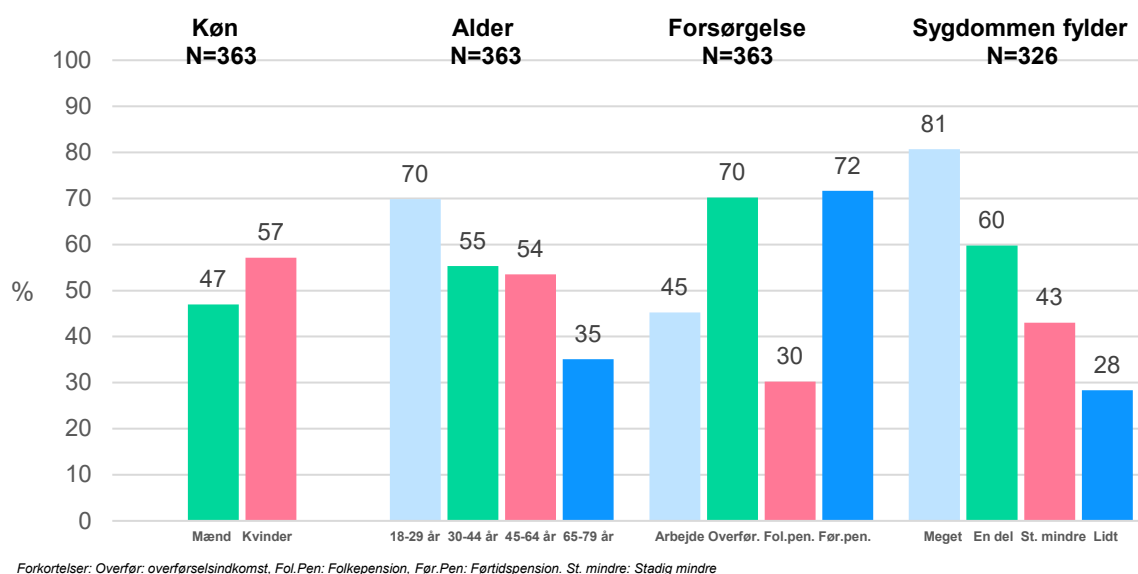
Figur 9 Skjult udfordringer med psykisk sygdom for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension, St. mindre: Stadig mindre

Figur 10 viser, hvordan oplevelsen af at undgå en tæt personlig relation varierer mellem forskellige grupper af svarpersoner. Forekomsten af at undgå tætte personlige relationer er lidt højere blandt kvinder end mænd (dog ikke statistisk signifikant), og højere blandt yngre end ældre svarpersoner. Der ses en højere forekomst blandt svarpersoner, som er på overførselsindkomst eller førtidspension, end blandt svarpersoner med andre typer af forsørgelsesstatus. Forekomsten hænger også sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Jo mere sygdommen fylder, jo højere forekomst er der af at opleve at undgå en tæt personlig relation på grund af sin psykiske sygdom.

Figur 10 Andel, der har undgået en tæt personlig relation for forskellige grupper af svarpersoner



### Fritekster om handlingsundladelse

I alt har 149 svarpersoner har skrevet fritekst til denne del af spørgeskemaet, men 10 af besvarelserne er enten uforståelige eller ikke relevante for konteksten. Derfor er analysen foretaget på baggrund af 139 besvarelser. Besvarelserne omhandler primært fire emner: at skjule sin sygdom (n=66), at undgå sociale relationer og arrangementer (n=40), at tilsidesætte egne behov (n=10), samt ingen handlingsundladelse (n=15). Desuden er der besvarelser, der har relevans for fokusområderne arbejdsmarkedet (n=31) og somatikken (n=1), hvilket behandles i afsnit 4.7 og 4.8.

### At skjule sin sygdom

En stor del af svarpersonernes oplevelser afslører en udbredt tendens til at skjule sin psykiske sygdom for at undgå og beskytte sig mod fordomme og misforståelser. Analysen af besvarelserne giver et vigtigt indblik i, hvordan tabuiseringen og stigmatiseringen af psykisk sygdom fortsat påvirker den enkelte på flere livsområder.

Besvarelserne fremhæver en gennemgående tendens til stilhed og skjul i forbindelse med psykisk sygdom. Eksempelvis undlader svarpersoner at nævne, at de har en psykisk sygdom af frygt for stigmatisering, bekymring for andres reaktioner og i flere tilfælde også på grund af ønsket om at bevare en bestemt social status og selvforståelse. Flere beskriver en grundlæggende frygt for at blive mødt med fordomme eller

manglende forståelse, da der ifølge dem eksisterer stereotype opfattelser af psykisk sygdom, som ofte kobles med svaghed, upålidelighed eller i enkelte tilfælde endda "farlighed". Dette eksemplificeres ved:

*"... Men jeg fortæller selvfølgelig aldrig fremmede mennesker, om mine psykiske udfordringer med stress og tidligere depression etc., da jeg udmærket ved, at fordommene og den manglende viden er stor. ..."*

*"Jeg har været gravid og fået mit tredje barn. Hvis jeg fortalte andre om angst mv., ville jeg være nervøs for, om andre ville synes, at det var en dårlig ide at få flere børn."*

*"På grund af min diagnose og den generelle opfattelse i den danske befolkning af, at psykisk syge er farlige, undlader jeg at fortælle, når jeg er på jagt eller skydebanen, at jeg har været i psykiatrisk behandling og nu er velbehandlet."*

Mange vælger derfor at holde deres sygdom skjult i sociale sammenhænge for at undgå misforståelser, dømmende blikke eller endda også medlidenhed. Dette gælder især ved nye bekendtskaber, da svarpersonerne frygter, at information om en psykisk sygdom kan ændre andres opfattelse af dem. En del svarer også, at de selv i mere intime relationer, som med familie eller nære venner, vælger ikke at dele deres sygdom, da de ikke ønsker at være grund til bekymring, eller fordi de frygter at føle sig som en belastning. En svarperson skriver for eksempel: *"Har ikke informeret mine voksne børn, da de ikke skulle have behov for at bekymre sig om mig."*

Friteksterne giver generelt et indblik i, at der for mange er en tæt sammenhæng mellem deres selvopfattelse og deres beslutning om at skjule deres psykiske sygdom. At blive set som svag, mindre kompetent eller ude af stand til at håndtere ansvar er en frygt, der ofte nævnes. Samtidig oplever nogle, at psykisk sygdom er forbundet med en skam, der ikke er lige så fremtrædende ved fysiske sygdomme, hvorfor det bliver endnu sværere for den enkelte at være åben omkring sin sygdom.

### **Undgå sociale relationer og arrangementer**

For nogle kan dette resultere i en følelse af isolation og en oplevelse af, at man ikke kan dele store dele af sit liv med andre. Overordnet set oplever svarpersonerne, at deres sygdom kan være en forhindring, når det kommer til at skabe nye relationer og pleje allerede eksisterende relationer. Nogle fravælger derfor helt at indgå i for eksempel et parforhold eller at komme ud i et socialt netværk eller til sociale arrangementer, ofte fordi de frygter fordomme og misforståelser: *"Jeg har undladt at gå ind i en kærlighedsrelation af frygt for hvordan personen ville have det med min sygdom."* Dog beskriver enkelte også, at de trækker sig på grund af en frygt for, at sygdommen på sigt ville kunne være en forhindring i de sociale sammenhænge, og at det derfor på nogle punkter er nemmere at være alene. Andre undlader også at have kontakt til udvalgte familiemedlemmer, da de har haft dårlige oplevelser eller føler sig misforstået.

### **At tilsidesætte egne behov**

Et andet emne i friteksterne er, at nogle svarpersoner tilpasser sig omverdenen ved at skjule deres symptomer, overhøre kroppens signaler og tilsidesætte egne behov for at undgå stigmatisering og negative reaktioner. En svarperson vælger f.eks. at gå på kompromis med egne grænser og deltage i aktiviteter, selv når vedkommende har brug for ro eller restitution: *"Nogle gange skrider min angst at jeg ikke skal nogen steder, men tager afsted alligevel, i frygt for hvad mine forældre tænker."* Her udvikler frygten sig for, at den psykiske sygdom ikke accepteres, til en strategi om at undertrykke eller ignorere følelser og kropssignaler. Dette gør i langt de fleste tilfælde, at svarpersonerne, som efterlever denne strategi, strækker sig ud over deres energimæssige formåen. Dette forklares for eksempel som følgende:

"Overskredet min kropps symptomer og derfor deltage i f.eks. familiearrangementer, af frygt for, at min psykiske sygdom ville anses som uacceptabel begrundelse for udeblivelsen. Og dette har efterfølgende store konsekvenser for min almene mentale tilstand."

Flere svarpersoner undlader således i flere tilfælde at lytte til sig selv og deres egne grænser, hvilket kan have store konsekvenser for deres mentale tilstand.

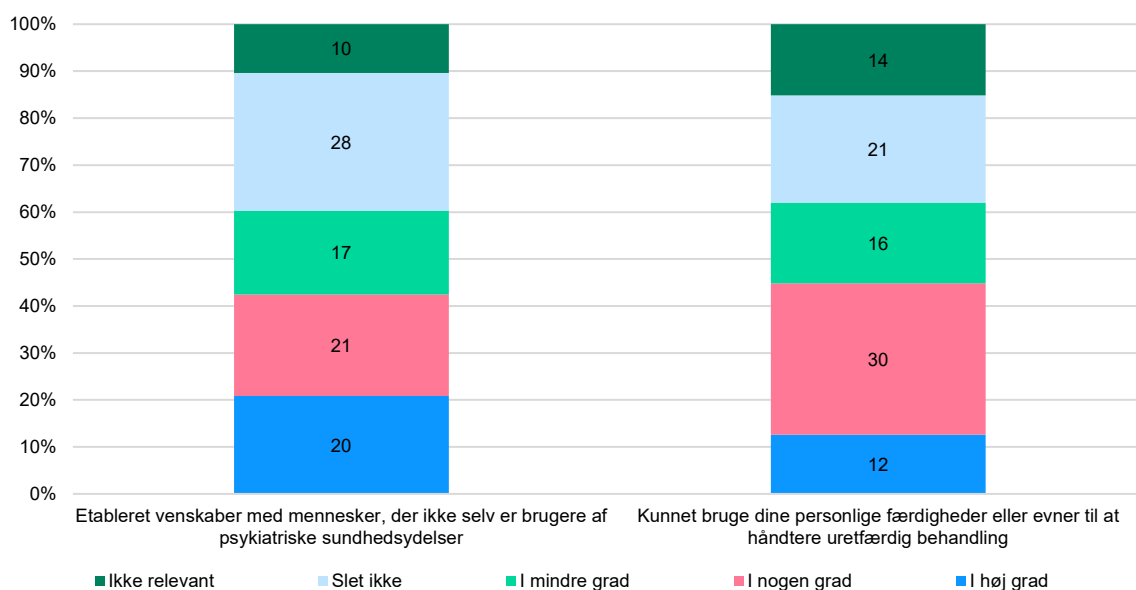
**Ingen handlingsundladelse**

En mindre del af friteksterne lyder dog også på, at svarpersonerne ikke har undladt at gøre noget. De forklarer, at de ikke har haft et behov for at skjule deres sygdom eller undskylde deres opførsel og i sidste ende ikke vil lade sig definere af deres psykiske sygdom.

**4.5. Overvindelse af stigmatisering**

I dette afsnit præsenterer vi de resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som omhandler overvindelse af uretfærdig behandling på grund af psykisk sygdom eller modarbejdelse af oplevet stigmatisering. Spørgeskemaet indeholder to spørgsmål om dette emne og Figur 11 giver et overblik over dem. På begge spørgsmål har lidt over halvdelen af svarpersoner (58%) oplevet "at overvinde stigmatiseringen" i en eller anden grad.

Figur 11 Overvindelse af stigmatisering inden for det sidste år (379 ≤ N ≤ 380)

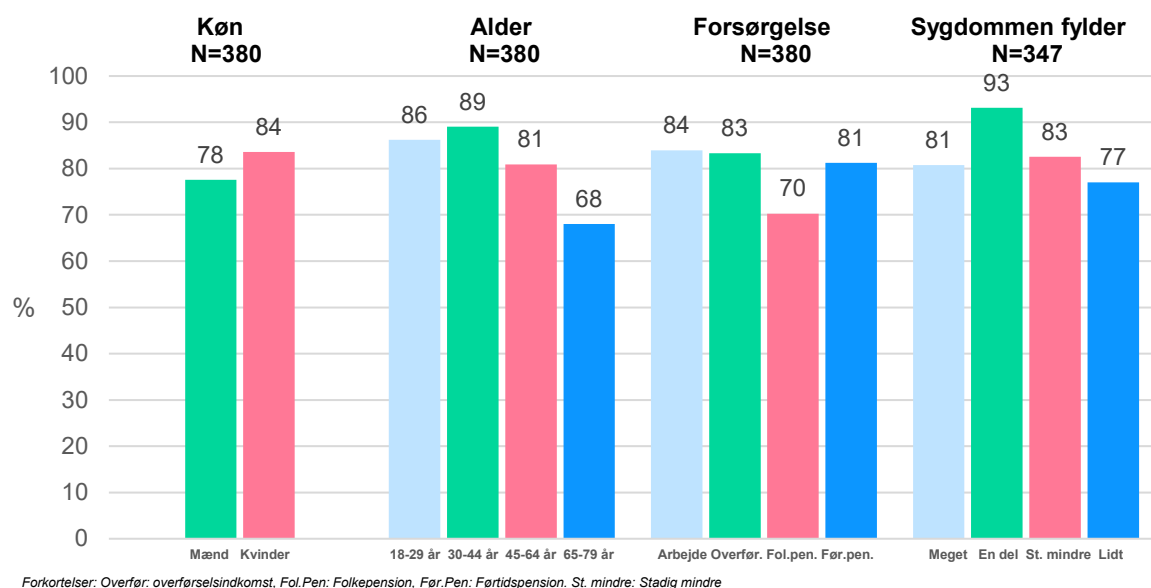


På tværs af de to spørgsmål om overvindelse af stigmatisering, ser vi, at 81,7% af svarpersonerne har oplevet mindst én af de typer af "overvindelse af stigmatisering".

Figur 12 viser forekomsten af mindst én af de adspurgte indikatorer for overvindelse af stigmatisering, og hvordan denne forekomst varierer for forskellige grupper i undersøgelsen.

Forekomsten af oplevet overvindelse af stigmatisering er lidt højere blandt kvinder end mænd (dog ikke statistisk signifikant), og lavere i aldersgruppen 65-79 år end i de andre aldersgrupper. Den er nogenlunde ligeligt fordelt i grupper af personer, med forskellige forsørgelsesgrundlag. Der er ingen tydelig sammenhæng med, hvor meget sygdommen fylder, på dette emne.

Figur 12 Overvindelse af stigmatisering for forskellige grupper af svarpersoner



### Fritekster om overvindelse af stigmatisering

I alt har 107 af svarpersonerne skrevet fritekst til den del af spørgeskemaet, der omhandler oplevelser med overvindelse af stigmatisering. Dog er 16 af besvarelserne enten irrelevante eller uforståelige, og derfor beror den følgende analyse på i alt 91 fritekster. Samlet set er der fire emner, der går igen på tværs af de 91 fritekster: at udvise åbenhed og klar kommunikation (n=32), at tro på sig selv (n=18), at omlægge sit liv (n=7) samt ikke at formå at overvinde stigmatisering (n=16). Desuden nævner nogle af svarpersonerne emner der relaterer sig til fokusområderne arbejdsmarkedet (n=8) og somatikken (n=5), hvilket beskrives nærmere i afsnit 4.7 og 4.8.

### Åbenhed og kommunikation

Friteksterne viser, at en strategi for flere svarpersoner er at udvise åbenhed omkring deres sygdom og tydeligt få kommunikeret egne behov. Flere nævner vigtigheden af at stå ved sig selv, sige fra og udvælge deres ord med omhu for at kunne bruge sproget strategisk for at fastholde deres perspektiv. Dette kommer til udtryk på følgende måder:

*"Har tit skræddersyet information jeg har givet i situationer, således jeg ikke blevet overset eller uretfærdigt behandlet."*

*"Jeg har overvundet uretfærdig behandling ved at bryde tabuet, været åben og fortalt min holdning."*

### **At tro på sig selv**

En anden fremhævet faktor er betydningen af at italesætte den uretfærdige behandling. Dette beskrives ofte som en færdighed, der udvikles over tid i takt med, at man lærer at leve med sin psykiske sygdom. Mange nævner, at processen med at overvinde uretfærdighed indebærer at lære sig selv at kende, en opmærksomhed på egen håndtering af situationer, og en opbygning af selvtillid og selvværd. Ifølge flere svarpersoner er tro på og accept af sig selv en essentiel forudsætning for at kunne navigere i hverdagens udfordringer og sætte klare grænser.

En svarperson skriver:

*"Jeg har bygget nok mod og selvtillid op til ofte at have tålmodighed nok til at forklare mig selv og gøre folk klar over de forkerte stereotyper der findes."*

En anden forklarer:

*"At have overvundet uretfærdig behandling handler i særdeles om hvordan du håndterer dig selv og egen situation. Uretfærdig behandling har jeg nok erfaret i alle perspektiver man kan tænke sig til. Jeg har måtte sætte grænserne meget hårdt op i alle relationer. Det handler om hvad jeg kan, hvad jeg må og hvad jeg vil. Først brugte jeg en årrække på at acceptere, respektere, forklare og forsvare mine sygdomme. Efterfølgende gør man så det samme overfor hele ens netværk. Man kommer til et punkt hvor man træffer beslutninger ud fra at skal man kunne håndtere eget liv, have et minimum af livskvalitet og overskud - så må man sætte grænser og lade andre ting gå. Desværre har det betydet at visse venskaber er gået tabt og der ofte er familiekonflikter. Men skal jeg have det godt og kunne administrere eget liv så må det desværre være sådan. Er det så uretfærdigt det skal koste så meget af mig selv? Ja. Men at føle uret er en konstant flyvende kurve i et liv med psykiske og fysiske sygdomme. Dette er et livsvilkår."*

Selvom der er flere positive aspekter ved, at svarpersonerne taler åbent og lærer at stå op for sig selv, fremhæver flere dog, at det kan kræve betydelige mentale og følelsesmæssige ressourcer at opretholde en sådan tilgang. For nogle hjælper det at tænke over, at andre mennesker selv kan have udfordringer, som kan være med til at forklare deres uretfærdige handlinger. Denne tankegang kan for flere både være en kilde til trøst, men også en hjælp til bedre at kunne sætte grænser.

### **At omlægge sit liv**

Nogle svarpersoner nævner, hvordan de har formået at omlægge deres liv for bedre at tilpasse det deres behov og dermed reducere oplevelsen af uretfærdighed. For eksempel vælger nogle at bede om skriftlige aftaler, kvitteringer, notater m.m. På denne måde sikres gennemsigtighed i interaktioner, og det hjælper desuden den pågældende svarperson med at huske aftaler. Andre har taget mere drastiske skridt, såsom at finde nye bekendtskaber eller skifte job for at undgå uretfærdighed: *"[Har] Fundet bekendtskaber der ikke dømmes hvem man er ud fra hvordan ens medicinskab ser ud."*

### Ingen overvindelse

Endelig er der en mindre gruppe svarpersoner, som angiver, at de ikke oplever at have overvundet uretfærdighed, men som alligevel har skrevet fritekst. Disse fritekster er typisk korte og udtrykker frustration eller resignation:

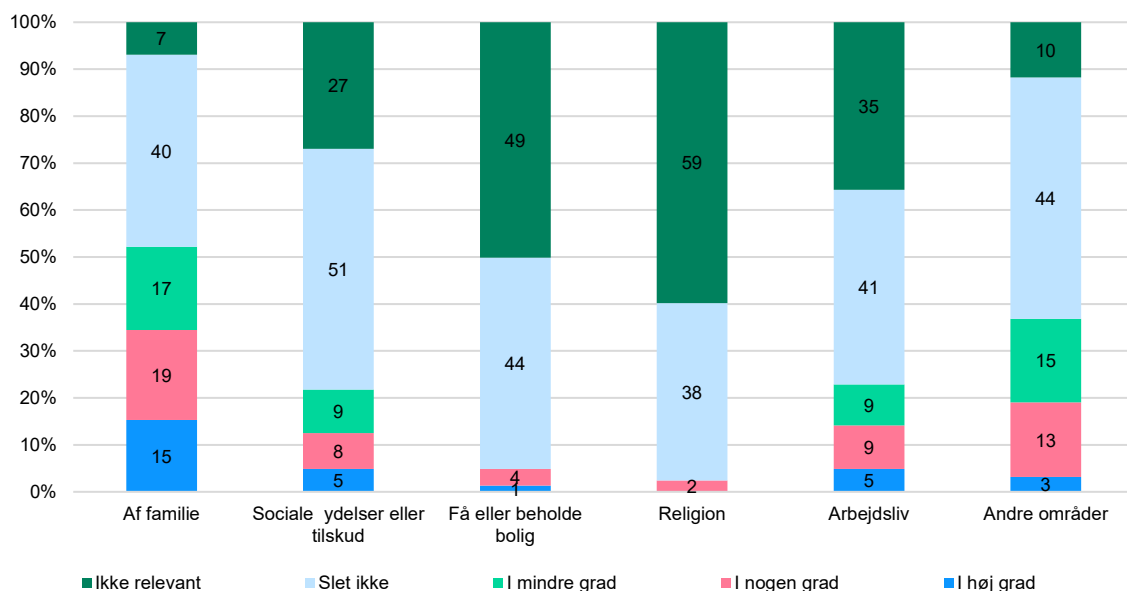
*"Det har jeg ikke rigtigt. Kun forsøgt.", "Kan ikke komme med eksempler", "Har jeg ikke rigtig formået", "Jeg har lukket munden og intet sagt" og "I.. det plejer at ende "uafgjort", så jeg vinder ikke".*

## 4.6. Oplevelse af positiv forskelsbehandling

I dette afsnit præsenterer vi de resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som omhandler oplevelser af positiv forskelsbehandling. Spørgeskemaet indeholder 6 spørgsmål om positiv forskelsbehandling, og Figur 13 giver et overblik over dem. Som det fremgår af figuren, har kun få svarpersoner svaret ikke relevant på spørgsmål om positiv forskelsbehandling af familie eller på andre områder af livet (hvh. 7% og 10%). For andre af spørgsmålene har en væsentlig andel af svarpersonerne (27%-59%) vurderet, at det pågældende spørgsmål ikke er relevant for dem. Det gælder eksempelvis forskelsbehandling i forbindelse med udøvelse af religion, bolig eller arbejdsliv.

Nedenfor under "Kontekster med hyppigst oplevet positiv forskelsbehandling" kigger vi nærmere på de 3 spørgsmål, som har den højeste forekomst af positiv forskelsbehandling (blandt de svarpersoner, som ikke har afvist spørgsmålet som irrelevant). Det er spørgsmålene om positiv forskelsbehandling af familie, i arbejdslivet og i forhold til at få sociale ydelser eller tilskud. I afsnittet belyser vi visse karakteristika ved dem, som oplever forskelsbehandling i de kontekster, som disse tre spørgsmål vedrører.

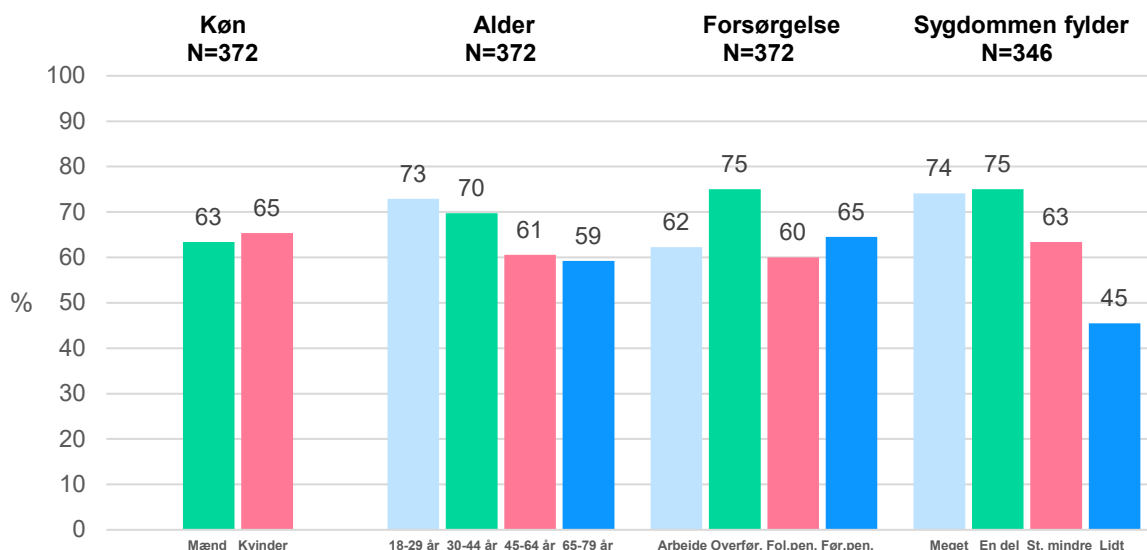
Figur 13 Positiv forskelsbehandling (370 ≤ N ≤ 372)



Ser vi på tværs af de forskellige spørgsmål om positiv forskelsbehandling, fremkommer det, at 64,7% af svarpersonerne har oplevet positiv forskelsbehandling i mindst én af de adspurgte kontekster. Figur 14 viser forekomsten af oplevet positiv forskelsbehandling på tværs af de forskellige områder, og hvordan denne forekomst varierer for forskellige grupper i undersøgelsen.

Forekomsten af positiv forskelsbehandling er nogenlunde den samme for mænd og kvinder, men lidt højere (dog ikke statistisk signifikant) blandt yngre end ældre (Se figur 14). Der ses en lidt højere forekomst blandt svarpersoner, som er på overførselsindkomst, end blandt svarpersoner med andre typer af forsørgelsesstatus (dog ikke statistisk signifikant). Forekomsten hænger også i nogen grad sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Jo mere sygdommen fylder, jo højere forekomst er der af positiv forskelsbehandling. I Bilag 2 præsenterer vi opgørelser over, hvordan forekomsten af positiv forskelsbehandling varierer for flere forskellige grupper af svarpersoner, herunder i forhold til samlivsstatus, om man er født i Danmark, om man har kontakt til behandlingssystemet, om man bor i by eller på landet samt hvilke psykiske sygdomme man har rapporteret.

Figur 14 Positiv forskelsbehandling for forskellige grupper af svarpersoner



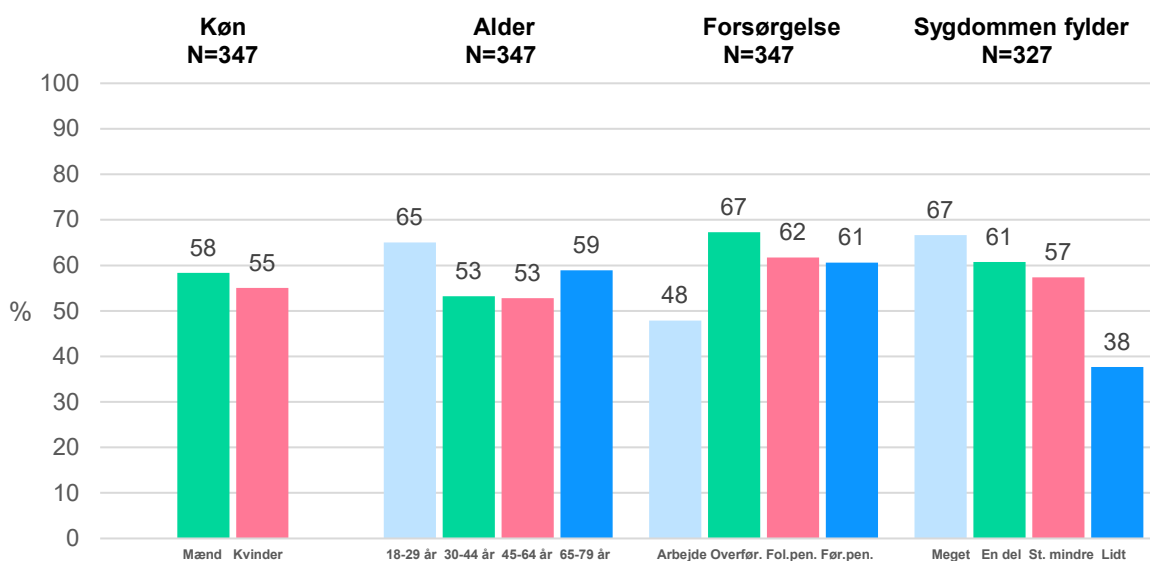
Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension, St. mindre: Stadig mindre

### Kontekster med hyppigst oplevet positiv forskelsbehandling

De kontekster, hvor flest svarpersoner (blandt dem, som ikke afviser spørgsmålet som irrelevant) oplever positiv forskelsbehandling, er følgende: i familien, i arbejdslivet, og i forhold til at få sociale ydelser eller tilskud. I dette afsnit belyser vi karakteristika ved dem, som oplever positiv forskelsbehandling af familie og i forhold til at få sociale ydelser eller tilskud. Positiv forskelsbehandling i arbejdslivet behandles i afsnittet "Fokusområde: Arbejdsmarkedet", 4.7.

Figur 15 viser, hvordan oplevelsen af positiv forskelsbehandling i familien varierer mellem forskellige grupper. Forekomsten af positiv forskelsbehandling i familien er nogenlunde den samme for mænd og kvinder, men lidt højere i aldersgruppen 18-29 år end blandt de andre aldersgrupper (dog ikke statistisk signifikant). Der ses en lidt lavere forekomst blandt svarpersoner, som er i arbejde end blandt svarpersoner med andre typer af forsørgelsesstatus. Forekomsten hænger også sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Jo mere sygdommen fylder, jo højere forekomst er der af positiv forskelsbehandling.

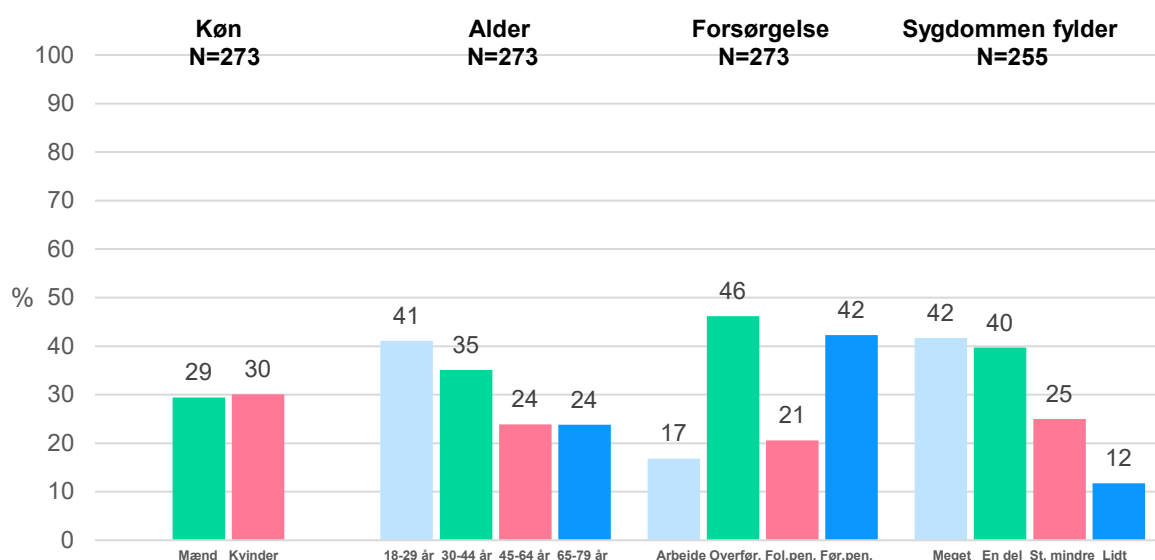
Figur 15 Positiv forskelsbehandling af familie for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

Figur 16 viser, hvordan oplevelse af positiv forskelsbehandling i forhold til at få sociale ydelser varierer mellem forskellige grupper. Forekomsten af positiv forskelsbehandling i forhold til at få sociale ydelser er sammenlignelig for mænd og kvinder, men lidt højere blandt yngre end blandt ældre svarpersoner (dog ikke statistisk signifikant). Der ses en højere forekomst blandt svarpersoner, som er på overførselsindkomst eller førtidspension, end blandt svarpersoner med andre typer af forsørgelsesstatus. Forekomsten hænger også sammen med, hvor meget sygdommen fylder, og jo mere sygdommen fylder, jo højere forekomst er der groft sagt af positiv forskelsbehandling.

Figur 16 Positiv forskelsbehandling i forhold til sociale ydelser for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension, St. mindre: Stadig mindre

### Fritekster om oplevet positiv forskelsbehandling

Der er i alt 105 svarpersoner, som har skrevet fritekst til den del af spørgeskemaet, der omhandler oplevelser med positiv særbehandling. 14 af besvarelsene er uforståelige eller irrelevante og derfor er analysen i denne del baseret på 91 besvarelser. Disse fritekster viser en bred variation i oplevelsen af positiv særbehandling i relation til deres psykiske sygdom, som kan inddeles i følgende emner: øget støtte fra sociale relationer (n=45), øget støtte fra det offentlige og andre organisationer (n=13), samt ingen oplevelser med positiv forskelsbehandling (n=10). Desuden er der en del besvarelser der omhandler arbejdsmarkedet (n=17) og somatikken (n=11), som uddybes i afsnit 4.7 og 4.8.

#### Øget støtte fra sociale relationer

Mange svarpersoner nævner, at deres nærmeste relationer, f.eks. familie, ægtefæller og nære venner, yder ekstra støtte i hverdagen. Den ekstra støtte kan tage form af praktisk hjælp som en minimering af eller fjernelse af huslige pligter, eller en større fleksibilitet i planlægning. Svarpersonerne oplever det desuden som meget positivt, når de nære sociale relationer udviser følelsesmæssig støtte i form af tålmodighed, opmærksomhed på humørskift og anerkendelse af udfordringer. En svarperson skriver for eksempel:

*"Min mand hjælper mig med flere ting. Og påtager sig flere opgaver. Han har også lidt øje for, hvornår jeg har brug for en pause/ro, og gør mig opmærksom på det. Og han har en stor grad af tålmodighed med mig!"*

Derudover fremhæves særligt betydningen af åbne og dybe samtaler og forståelse fra pårørende, som hjælper svarpersonerne med at navigere i det, der ellers kan være en udfordrende hverdag:

*"Når jeg er åben om mine udfordringer er andre mere klar på at tilpasse fx arbejdsforhold eller min deltagelse i forsamlinger."*

Denne form for positiv særbehandling hjælper mange af svarpersonerne med at komme igennem det, de selv refererer til som "dårlige" dage. I forlængelse af beskriver flere, at åbenhed omkring sygdommen skaber større forståelse og dermed fleksibilitet hos omgivelserne. Nogle af svarpersonerne oplever, at deres relationer udviser mere hensyn og mindre dømmende adfærd, når de er bevidste om sygdommen. Denne forståelse kan føre til konkrete ændringer i sociale og praktiske rammer som f.eks. tilpassede aftaler, der tager hensyn, så overbelastning undgås. Derudover fremhæves det, at anerkendelse af små hverdagssejre, som at overkomme daglige udfordringer af forskellig karakter, giver motivation og styrker deres selvværd.

#### **Øget støtte fra det offentlige og andre organisationer**

Nogle svarpersoner skriver, at kommuner og andre instanser har ydet en særlig støtte, f.eks. gennem tildelelse af fleksjob, mentorordninger eller boligstøtte. Disse tiltag har været afgørende for at skabe en mere stabil hverdag og reducere stress hos svarpersonen. Dog nævnes det, at processen for at opnå denne støtte kan være tidskrævende og besværlig, hvilket indikerer en barriere for udbredelsen af særbehandlingen.

#### **Ingen oplevelser med positiv forskelsbehandling**

Endeligt er der en lille del af svarpersonerne, der svarer, at de ikke har oplevet nogen form for positiv særbehandling. Nogle af disse forklarer det med, at de ikke har delt deres sygdom med andre, hvilket kan tyde på, at åbenhed er en nøgelfaktor for at opnå støtte. Dog nævner andre, at tidligere negative erfaringer med at dele sygdommen har gjort dem tilbageholdende med at søge hjælp og med at tale åbent om sygdommen.

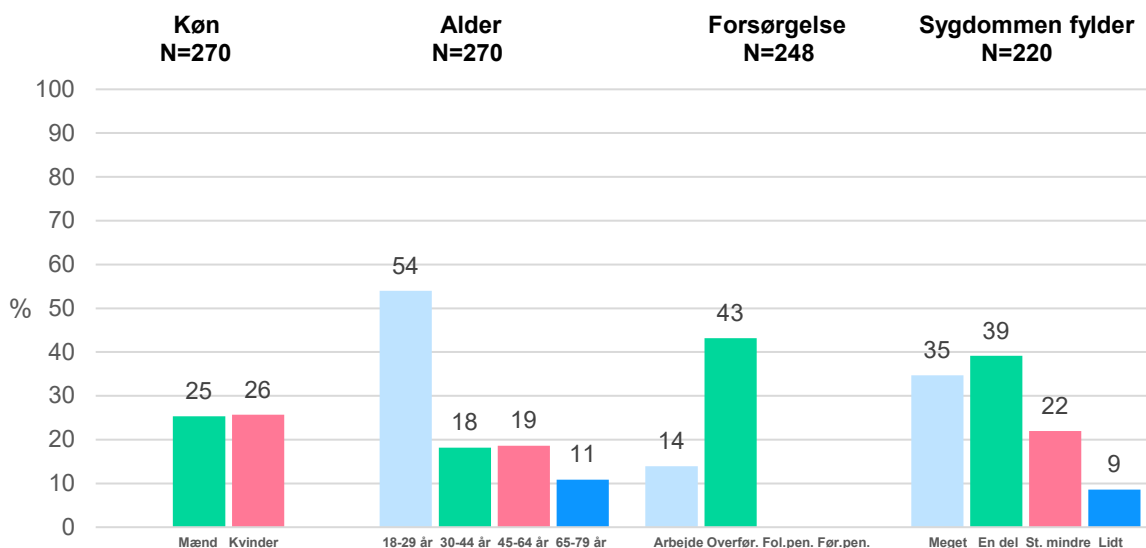
## **4.7. Fokusområde: Arbejdsmarkedet**

I dette afsnit præsenterer vi de resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som omhandler stigmatisering på arbejdsmarkedet. Spørgeskemaet indeholder seks spørgsmål, som er relevante for dette fokusområde. Spørgsmålene omhandler uretfærdig behandling i forbindelse med skolegang og uddannelse, jobsøgning, samt at have et job. Desuden er spørgsmålene om at undlade at søge et job eller søge ind på uddannelse relevante for dette emne, ligesom spørgsmålet om positiv forskelsbehandling i arbejdslivet er det. Besvarelserne på de enkelte spørgsmål er præsenteret i rapportens tidligere figurer, hvor de er placeret under den del af DISC-12, som de tilhører. I dette afsnit præsenterer vi, hvordan forekomsten af de forskellige spørgsmål varierer imellem forskellige grupper.

Figur 17 viser, hvordan oplevelse af uretfærdig behandling i forbindelse med skolegang eller uddannelse varierer mellem forskellige grupper. Som det fremgår af figuren, ses en højere forekomst blandt de yngste svarpersoner sammenlignet med de ældre. Der er også en højere forekomst blandt svarpersoner på overførselsindkomst end blandt personer, som er i arbejde (ikke testet for statistisk signifikans). Forekomsten

hænger sammen med, hvor meget sygdommen fylder, og forekomsten er højest blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder meget eller en del. I modsætning til opgørelserne over uretfærdig behandling samlet set og i familien ses der ikke en tydelig forskel i forhold til køn, i oplevelsen af uretfærdig forskelsbehandling i forbindelse med skolegang eller uddannelse.

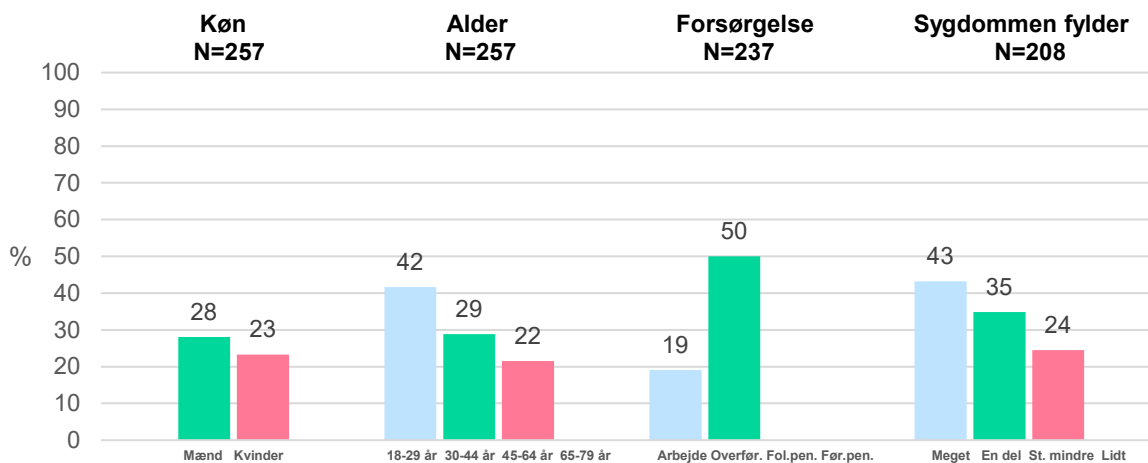
Figur 17 Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med skolegang eller uddannelse for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension, St. mindre: Stadig mindre

Figur 18 viser, hvordan oplevelse af uretfærdig behandling i forbindelse med jobsøgning varierer mellem forskellige grupper. Som det fremgår af figuren, hænger forekomsten sammen med alder, og der ses en højere forekomst blandt yngre end blandt ældre svarpersoner (ikke testet for statistisk signifikans). Der er også en højere forekomst blandt svarpersoner på overførselsindkomst end blandt personer, som er i arbejde (ikke testet for statistisk signifikans). Forekomsten hænger sammen med, hvor meget sygdommen fylder. Jo mere sygdommen fylder, jo højere er forekomsten (ikke testet for statistisk signifikans). Ligesom for uretfærdig behandling i forbindelse med skolegang eller uddannelse ses der ikke en tydelig forskel i forhold til køn i oplevelsen af uretfærdig forskelsbehandling i forbindelse med jobsøgning.

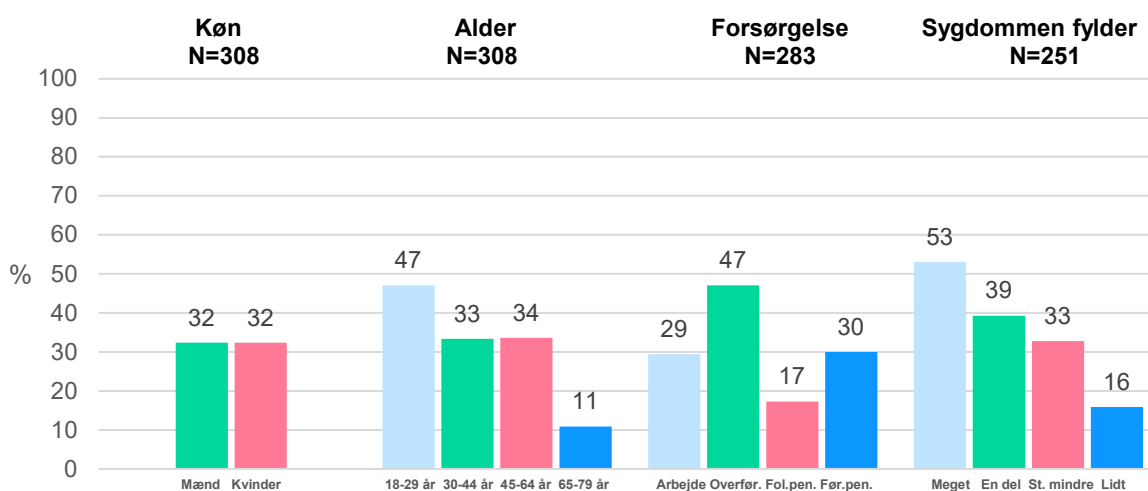
Figur 18 Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med jobsøgning for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

Figur 19 viser, hvordan oplevelse af uretfærdig behandling i forbindelse med at have et job varierer mellem forskellige grupper. Som det fremgår af figuren, hænger forekomsten i nogen grad sammen med alder, og der ses en højere forekomst blandt yngre end blandt ældre svarpersoner. Der er også en lidt højere forekomst blandt svarpersoner på overførselsindkomst og en lavere forekomst blandt personer på folkepension end blandt personer med andre typer forsørgelsesgrundlag (ikke statistisk signifikant). Forekomsten hænger sammen med, hvor meget sygdommen fylder. Jo mere sygdommen fylder, jo højere er forekomsten. Ligesom for uretfærdig behandling i forbindelse med andre områder i relation til arbejdsmarkedet ses der ikke en tydelig forskel i forhold til køn i oplevelsen af uretfærdig forskelsbehandling i forbindelse med at have et job.

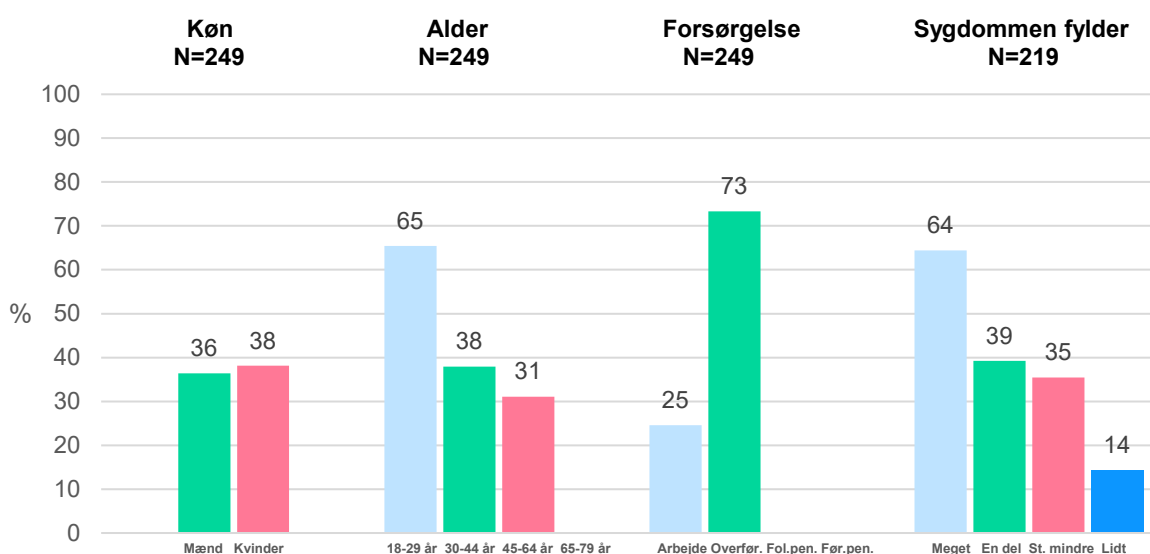
Figur 19 Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med at have et job for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

Figur 20 viser, hvordan oplevelse af at undlade at søge et job grundet frygt for andres reaktion på den psykiske sygdom varierer mellem forskellige grupper. Som det fremgår af figuren, hænger forekomsten sammen med alder, og der ses en højere forekomst blandt yngre end blandt ældre svarpersoner (ikke testet for statistisk signifikans). Der er også en højere forekomst blandt svarpersoner på overførselsindkomst end blandt personer i arbejde (ikke testet for statistisk signifikans). Forekomsten hænger sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Jo mere sygdommen fylder, jo højere er forekomsten. Ligesom for uretfærdig behandling i relation til arbejdsmarkedet ses der ikke en tydelig forskel i forhold til køn i oplevelsen af at undlade at søge et job på grund af sin psykiske sygdom.

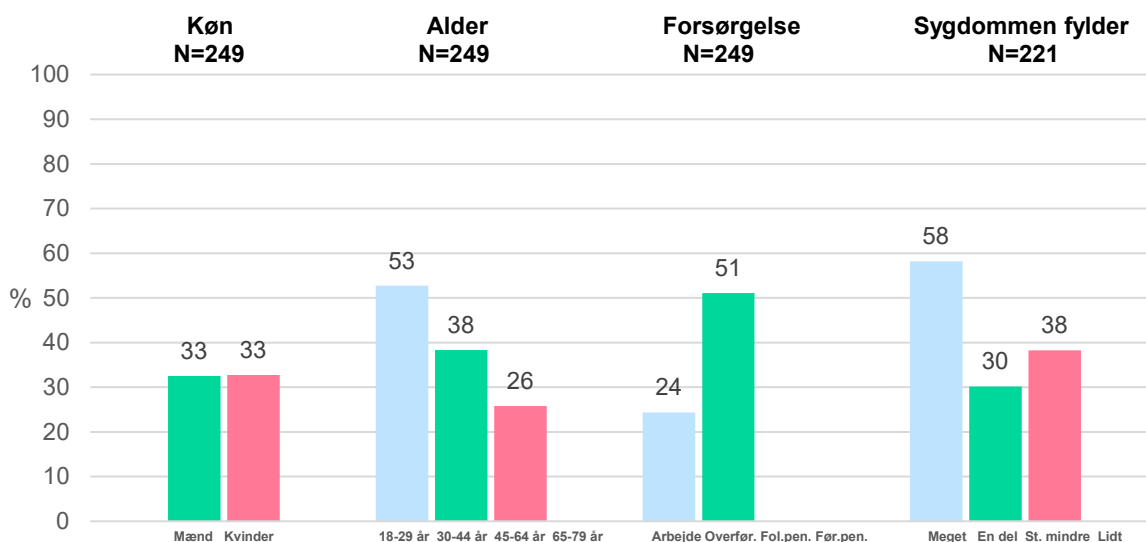
Figur 20 Undladt at søge et job for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension, St. mindre: Stadig mindre

Figur 21 viser, hvordan oplevelse af at undlade at søge ind på uddannelse grundet frygt for andres reaktion på den psykiske sygdom varierer mellem forskellige grupper. Som det fremgår af figuren, hænger forekomsten sammen med alder, og der ses en højere forekomst blandt yngre end blandt ældre svarpersoner (ikke testet for statistisk signifikans). Der er også en højere forekomst blandt svarpersoner på overførselsindkomst end blandt personer i arbejde (ikke testet for statistisk signifikans). Forekomsten hænger i nogen grad sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Den er højest blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder meget (ikke testet for statistisk signifikans). Ligesom for andre opgørelser omkring arbejdsmarkedet ses der ikke en forskel i forhold til køn i oplevelsen af at undlade at ind på uddannelse på grund af sin psykiske sygdom.

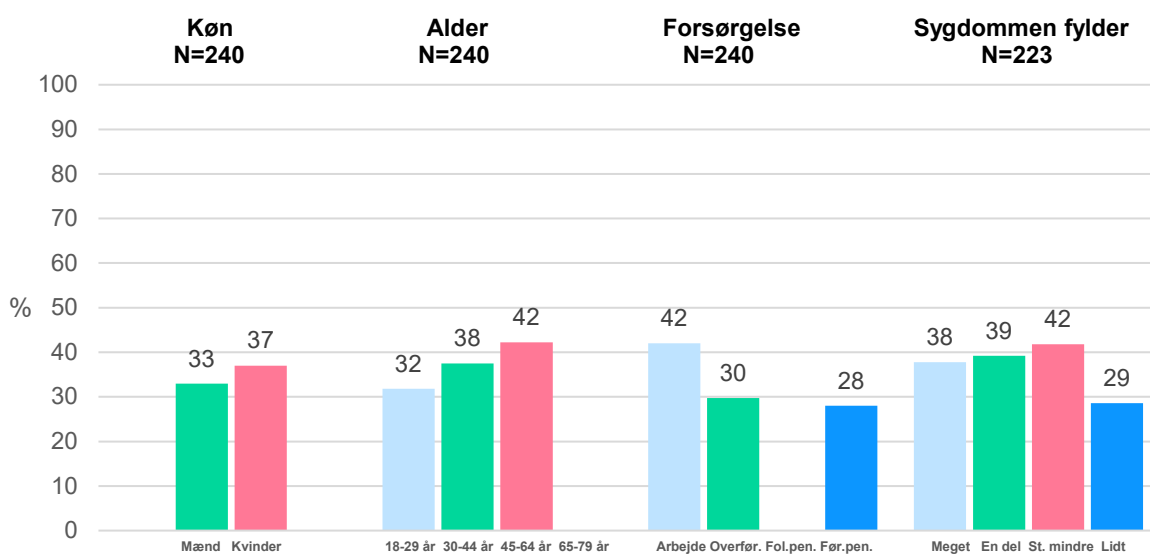
Figur 21 Undladt at søge ind på uddannelse for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

Figur 22 viser, hvordan oplevelse af positiv forskelsbehandling i arbejdslivet varierer mellem forskellige grupper. Som det fremgår af figuren, hænger forekomsten sammen med alder, og der ses en højere forekomst blandt ældre end blandt yngre svarpersoner (ikke testet for statistisk signifikans). Der er også en højere forekomst blandt svarpersoner, som er i arbejde, end blandt andre svarpersoner (ikke testet for statistisk signifikans). Forekomsten hænger i nogen grad sammen med, hvor meget sygdommen fylder: Den er lavest blandt svarpersoner, hvor sygdommen fylder lidt (ikke statistisk signifikant). Ligesom i de andre opgørelser omkring arbejdsmarkedet ses der ikke en tydelig forskel i forhold til køn i oplevelsen af positiv forskelsbehandling i arbejdslivet.

Figur 22 Positiv forskelsbehandling i arbejdslivet for forskellige grupper af svarpersoner



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

### Fritekster om oplevelser på arbejdsmarkedet

På tværs af de fire dele af spørgeskemaet er der en del fritekstbesvarelser, der relaterer sig til oplevelser på arbejdsmarkedet. I alt er der 18 svarpersoner, som beskriver deres oplevelser med uretfærdig behandling i forbindelse med arbejde og uddannelse. 31 fritekstbesvarelser omhandler handlingsundladelse på arbejdspladsen, studiet eller i forbindelse med jobsøgning, mens kun 8 svarpersoner beskriver deres oplevelser med overvindelse af stigmatisering på arbejdet eller studiet. Endeligt er der 17 svarpersoner, som beretter om oplevelser med positiv forskelshandling i forbindelse med arbejde og uddannelse.

Flere svarpersoner forklarer, at de er bekymrede for, at åbenhed om deres psykiske sygdom kan føre til negativ forskelsbehandling på deres arbejdsplads. Erfaringer med manglende tillid og forståelse fra chefer, lærere og kollegaer kan i nogle tilfælde føre til, at personer med psykiske sygdomme holder deres sygdom skjult. Dette bliver for eksempel forklaret på følgende måde:

*"Jeg er åben og ærlig omkring min diagnose over for alle på min vej, bortset fra arbejdsgivere, da jeg ikke vil forskelsbehandles."*

*"Jeg har holdt mine diagnoser skjult fra mine arbejdsgivere fordi at jeg har oplevet at jeg, når jeg åbnede op omkring sårbarhed ikke fik de samme muligheder/forfremmelse osv, selvom jeg laver rigtigt mange resultater og arbejder hårdt."*

En del svarer, at de har tidligere erfaringer med afvisning eller mistillid, når de nævner deres sygdom til chefer eller kollegaer. Ifølge flere svarpersoner kan mistillid føre til fejlslutninger omkring kompetencer og udholdenhed, hvilket påvirker arbejdspladsens tillid til én som medarbejder. Derfor ser mange sig nødsaget til at undgå emnet helt, for på denne måde at kunne fremstå som stærke og handlekraftige.

Desuden vidner svarpersonerne om en udbredt oplevelse af diskrimination i arbejds- og uddannelsessammenhænge. Flere beskriver, hvordan det kan være vanskeligt at få arbejde eller fastholde en stilling på grund af deres sygdom. Én besvarelse lyder således: *"Jeg blev fyret fra mit arbejde, da jeg fortalte om min diagnose"*. Særligt ved jobsøgning vælger mange at tie om deres sygdom. Eksempler på dette inkluderer udsagn som:

*"I jobsøgninger, der spørger specifikt, om jeg har en psykisk sygdom, svarer jeg dem først ved sidste samtale [..]"*

*"Jeg har undladt at fortælle om det til en jobsamtale i frygt for ikke at komme i betragtning til stillingen."*

Flere vælger således at skjule deres sygdom for at undgå risikoen for en negativ påvirkning af deres karrieremuligheder. Erfaringerne indikerer, at fordomme og stigmatisering kan skabe betydelige barrierer for deres deltagelse i arbejdsmarkedet.

Derudover er der en generel mangel på forståelse og hensyntagen til svarpersonernes psykiske udfordringer. Det bliver for eksempel beskrevet, hvordan chefer eller uddannelsesinstitutioner ikke anerkender behovet for ekstra støtte: *"Min chef tror ikke på mine symptomer eller behov for hjælpemidler"* og *"jeg har følt mig uretfærdigt behandlet ved min uddannelse, hvor jeg har bedt om hjælp grundet psykisk sygdom, men som ikke er blevet imødekommet."*

Sådanne oplevelser kan have negativ påvirkning på den enkelte og medføre en følelse af utilstrækkelighed og usikkerhed, som en svarperson skriver: *"Føler mig udsat og angst og bange ved at blive/eller melde sig syg."* Samlet set peger svarpersonerne på en tendens til manglende inklusion af personer med psykiske sygdomme i uddannelser og på arbejdsmarkedet.

Flere svarpersoner skriver også, at deres psykiske sygdom har haft indflydelse på deres uddannelses- og karrierevalg. Flere har tidligere haft negative oplevelser i forbindelse med uddannelse og arbejde, hvor de føler sig set ned på eller oplever, at de bliver vurderet til ikke at være egnede af undervisere, medstuderende, kollegaer eller chefer. Derfor påvirker blandt andet frygten for at blive dømt som mindre egnet eller svag manges valg i forbindelse med uddannelse og karriere. Dette fører i nogle tilfælde til at både jobsøgning og uddannelse bliver undgået. En svarperson skriver følgende om fravalget af uddannelse:

*"Der er, har jeg oplevet, en generel opfattelse af, at man ikke er egnet til det, når man lider af en psykisk sygdom. Derfor sprang jeg fra uddannelsen, inden jeg fik rigtigt begyndt."*

Nogle svarpersoner fremhæver, at huller i CV'et eller tidligere sygdomsperioder skaber en følelse af, at man skal retfærdiggøre sin fortid, hvorfor nogle helt opgiver kampen på forhånd og vælger ikke at søge arbejde. Dette kommer for eksempel til udtryk i følgende svar:

*"Jeg har undgået at søge job, da man tydeligt kan se på mit CV, at der er et hul, hvor jeg var meget syg i den periode. Hvordan skal jeg forklare det?"*

*"(...) ingen virksomheder vil ansætte en der har et hul i CVet pga. psykisk sygdom."*

Det tyder derfor på, at den barriere, som en psykisk sygdom opsætter i forbindelse med job og karriere, kan føre til begrænsede muligheder.

Nogle svarpersoner har omvendt oplevet positiv særbehandling fra arbejdspladser og uddannelsessteder, der har tilpasset arbejdsopgaver, skemaer eller eksamensforhold til deres specifikke behov. Dette er for eksempel en fleksibilitet i arbejds- og studietider, mulighed for delvis sygemelding og tildeling af "hjælpemidler" som f.eks. støjreducerende høretelefoner eller eget kontor. Studerende beskriver, at de oplever at blive tildelt specialpædagogisk støtte, særlige forhold eller handicaprelaterede tillæg. Alle disse tilpasninger og særbehandlinger bliver fremhævet som væsentlige for at kunne klare de krav, der stilles af arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner. En svarperson svarer for eksempel:

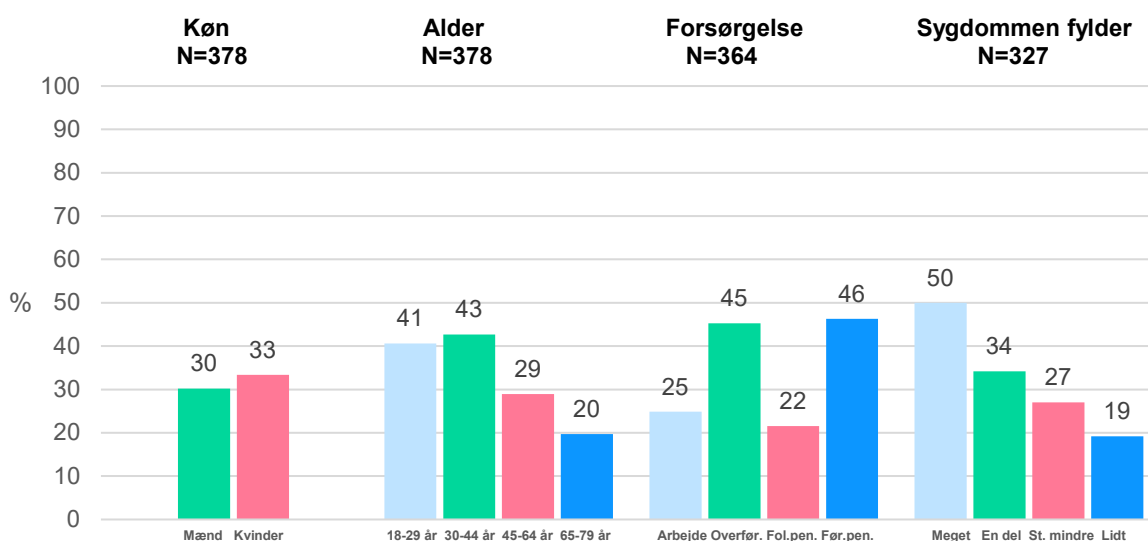
*"Jeg har aldrig kunne gennemføre min 9 klasse, men så tog jeg FGU (...) hvor de forstod mine problematikker og tilpassede skoledagen så jeg også havde tid til at få ro i mit hoved og havde jeg en dag hvor jeg ikke kunne komme ud af min seng forstod de også dette og var forstående."*

## 4.8. Fokusområde: Somatikken

I dette afsnit præsenterer vi de resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, som omhandler stigmatisering i forbindelse med behandling af somatisk sygdom. Spørgeskemaet indeholder ét spørgsmål, som er relevant for dette fokusområde. Spørgsmålet omhandler uretfærdig behandling i forbindelse med at få behandling af fysiske helbredsproblemer hos egen læge, tandlæge, personalet på hospital eller skadestue.

Figur 23 viser, hvordan oplevelse af uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer varierer mellem forskellige grupper. Som det fremgår af figuren, hænger forekomsten i nogen grad sammen med alder, og der ses en højere forekomst blandt yngre end blandt ældre svarpersoner. Der er også en højere forekomst blandt svarpersoner, som er på overførselsindkomst eller førtidspension, sammenlignet med svarpersoner med andre typer af forsørgelsesgrundlag. Forekomsten hænger tydeligt sammen med, hvor meget sygdommen fylder, og jo mere sygdommen fylder, jo højere er forekomsten.

Figur 23 Forekomst af oplevet uretfærdig behandling i somatikken



Forkortelser: Overfør: overførselsindkomst, Fol.Pen: Folkepension, Før.Pen: Førtidspension. St. mindre: Stadig mindre

### Fritekster om oplevelser i somatikken

Oplevelser i somatikken er noget der også fylder i nogen grad i fritekstbesvarelserne på tværs af de fire dele af spørgeskemaet. Det er særligt når det kommer til oplevelser med uretfærdig behandling at somatikken fylder, da 34 svarpersoner har beskrevet deres negative oplevelser. På den anden side er der også 11 svarpersoner, som beretter om positive oplevelser med sundhedsprofessionelle. I forhold til handlingsundladelse og overvindelse af stigmatisering, er somatikken kun sjældent nævnt, men én enkelt svarperson fortæller at vedkommende sommetider undgår at gå til lægen af frygt for at sige noget "dumt" eller virke unormal, mens 5 beskriver at have sagt fra eller skiftet læge efter oplevelser med uretfærdig behandling.

De fleste af svarpersonernes beskrivelser af uretfærdig behandling i somatikken er karakteriseret ved en oplevelse af, at deres psykiske sygdom påvirker sundhedspersonalets tilgang til deres sundhedsproblematikker og behandlinger. Svarene beskriver oplevelser af stigmatisering og fejlbehandling- og diagnosticering som følge af deres psykiske sygdomme.

Flere beskriver, hvordan fysiske symptomer ofte tolkes som værende psykisk betingede (som følge af deres psykiske sygdom), uden sundhedspersonalet har foretaget en grundig udredning. De oplever ikke at blive taget seriøst, når de går til lægen med en somatisk sygdom eller symptomer såsom migræne, rygsmerter, mavekneb eller hjerterytmeforstyrrelser. Svarpersonerne skriver for eksempel:

*"Min læge tror ikke på mig og afviser mine fysiske symptomer (f.eks. ved en hudinfektion).."*

*"Min læge, kan have svært ved at forstå, hvis jeg f.eks. siger jeg har ondt i armen, så drejer hun den ofte og spørger ind til, f.eks. hvordan jeg har det i større forsamlinger."*

*"For eksempel, hvis jeg går til lægen med ondt i maven og brystet, har lægen allerede besluttet, at det er et psykisk problem, inden jeg overhovedet er nået ind i venteværelset. Efter gentagne protester fra min side omkring diagnosen viser det sig dog, at jeg har fået madforgiftning. 9 ud af 10 gange, når jeg går til lægen, vil de altid konstatere, at mine symptomer skyldes min psykiske diagnose. Og 9 ud af 10 gange har min psykiske diagnose intet at gøre med symptomerne."*

*"Jeg bruger så meget energi på at forklare og har forklaret til min egen læge, at min dårlige ryg ikke er noget der hænger sammen med min angst og depression og ganske rigtigt da jeg efter år endelig blev mr scannet og hun kunne se de skader der er på min ryg."*

*"Var ved lægen grundet smerter i ryggen. Og det første der bliver kommenteret på er at jeg tager medicin for depression. Havde intet med det at gøre."*

*"En læge underkendt en mistanke om sygdom - måske fordi jeg var i behandling for depression. Det viste sig, jeg havde en hjerterytmeforstyrrelse, der får mig til at besvime og blive svimmel."*

Ovenstående citater viser et problem omkring bias i vurderingen af patienter med psykiske sygdomme, der i nogle tilfælde fører til fejl i diagnose og utilstrækkelig behandling af somatiske sygdomme. Desuden kan denne bias skabe en følelse af marginalisering blandt patienterne. I forlængelse af dette udtrykker en del svarpersoner, at de ikke føler sig taget alvorligt eller respekteret af sundhedspersonalet. Dette kommer til udtryk gennem nedladende kommunikation, manglende inddragelse og en oplevelse af at blive betragtet

som mindre kompetent eller ikke at blive lyttet til. Svarpersonerne skriver blandt andet: *"Min læge taler ned til mig", "Du er syg, så din mening tæller ikke", "Jeg bliver behandlet som om, jeg ikke er ligeværdig."*

Nogle svarpersoner oplever også, at deres journaler indeholder faktuelle fejl, eller at der har været en del fejlkommunikation mellem sundhedspersonale og patient. En svarperson skriver:

*"Følger med i hvad der bliver skrevet på sundhed.dk. Så står der at de ikke skal give mig nogle specifikke oplysninger om mit forløb derinde "fordi jeg har skizofreni og ikke kan håndtere det. [...] jeg [har] ikke haft skizofreni diagnosen de sidste 20 år."*

En anden skriver:

*"Min journal er desuden fuld af fejl: forkerte oplysninger, faktuelle fejl, møder, der ikke har fundet sted, men alligevel er journaliseret, så de kan overholde lovgivningen - det er jo fusk."*

Ud over mangelfuld eller fejlagtig dokumentation beskriver flere svarpersoner også mere strukturelle problemer i sundhedsvæsenet såsom lange ventetider: *"Lang ventetid [...] ingen hjælp at hente, medmindre det er en indlæggelse"* og et krav om selv at tage initiativ: *"Et sundhedssystem, som fordrer, at man har stort initiativ og godt overblik."* Det kan være problematisk, at patienter har en oplevelse af selv at skulle kunne tage initiativ og have overblikket, da dette især kan være svært for patienter i en sårbar situation.

En del af besvarelserne lyder dog også på, at sundhedspersonale, der giver ekstra støtte og opmærksomhed, kan være yderst hjælpsomt i behandlingsforløb. Flere svarpersoner har oplevet, at læger og sygeplejersker viser særligt hensyn til deres psykiske udfordringer. Dette kan inkludere planlægning af aftaler på tidspunkter med færre ventende patienter, tildeling af faste behandlere og skræddersyet kommunikation i behandlingsforløb og ved eventuelle operationer. Denne type støtte opfattes som en væsentlig positiv særbehandling, der muliggør at skabe tryghed og sikre, at den psykiske sygdom ikke bliver en barriere for behandling. To svarpersoner skriver således:

*"Min læge har været rigtig god til, at arrangere vores aftaler i de tidsrum med færrest ventende i venteværelset, samt vi har en aftale om, jeg kan vente et privat sted. Jeg kommer ofte først til i psykiatrien, så jeg ikke skal sidde sammen med en masse fremmede."*

*"Har fået ny læge - hvor de tager meget hensyn for min lidelse .... samme sygeplejerske og samme læge hver gang jeg kommer der... og mere tid til mig ved konsultation."*

## 5. Diskussion

### 5.1. Hovedfund

Denne undersøgelse er bygget op omkring spørgsmål til mennesker med psykisk sygdom, som omhandler henholdsvis oplevet uretfærdig behandling på grund af psykisk sygdom, oplevelse af at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andres reaktion på psykisk sygdom, oplevelse af at overvinde stigmatisering og endelig oplevelse af at blive behandlet mere positivt på grund af psykisk sygdom.

#### Oplevet uretfærdig behandling

Hvad angår oplevet uretfærdig behandling, finder vi, at 71,1% af deltagerne har oplevet uretfærdig behandling i mindst én af de adspurgte kontekster. Ingen deltagere har oplevet uretfærdig behandling i alle kontekster. Forekomsten af oplevet uretfærdig behandling er højere blandt kvinder end blandt mænd, blandt yngre end blandt ældre, og blandt dem på overførselsindkomst eller førtidspension end blandt dem i arbejde. Der er også en sammenhæng mellem, hvor meget sygdommen opleves at fylde og forekomsten af oplevet uretfærdig behandling: Jo mere sygdommen fylder, jo højere er forekomsten. Friteksterne tilknyttet oplevet uretfærdig behandling kan inddeles i to emner: Manglende anerkendelse af psykiske sygdomme fra omgivelserne, og oplevelser af, at psykiske sygdomme begrænser svarpersonernes individuelle muligheder.

Disse fund tyder på, at mange mennesker med psykiske sygdomme oplever at blive stigmatiseret i forskellige kontekster i det danske samfund. Disse kontekster er navnlig, men ikke kun, familien (41%), venskaber (39%), og at blive undgået af personer, der har kendskab til ens psykiske sygdom (35%). Oplevelsen af at blive uretfærdig behandlet på grund af sin psykiske sygdom er ganske vist ikke lig med stigmatisering – man kan opleve uretfærdig behandling, uden at det er stigmatisering – men det er evidens, som, sammen med anden evidens for det samme, giver os viden om, at stigmatisering af psykisk sygdom finder sted. Den internationale litteratur bekræfter evidensen for, at stigmatisering af psykisk sygdom finder sted, også i de nordiske lande, inklusive Danmark (Hellström et al. 2022; Sølvhøj Nielsen et al. 2019). Ligeledes bekræfter den, at familien er en kontekst, hvori stigmatisering af psykisk sygdom finder sted (Adu et al. 2024; Rasmussen & Johansen 2013).

#### Handlingsundladelse

Hvad angår oplevelse af at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andres reaktion på psykisk sygdom, finder vi, at 78,4% af svarpersonerne har oplevet i et eller andet omfang at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andres reaktion på deres psykisk sygdom, dvs. svaret positivt på mindst et af de fire spørgsmål herom. Endvidere finder vi, at 11,7% svarede positivt på alle fire spørgsmål om emnet. Forekomsten af at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andres reaktion er højere blandt kvinder end blandt mænd og højere blandt yngre end blandt ældre, højere blandt dem på overførselsindkomst og førtidspension end blandt dem i arbejde og på folkepension. Forekomsten er også højere, jo mere den psykiske sygdom opleves at fylde.

De kontekster, hvor flest svarpersoner angiver handlingsundladelse, er at skjule udfordringer med psykisk sygdom og at undgå en tæt personlig relation. Friteksterne viser desuden eksempler på svarpersoner, som skjuler deres psykiske sygdomme for at undgå og beskytte sig mod fordomme og misforståelser.

Friteksterne viser også, at der kan være en tæt sammenhæng mellem svarpersonernes selvopfattelse og deres beslutning om at skjule deres psykiske sygdom.

Flere tidligere undersøgelser, der anvender DISC-12 spørgeskemaet, fortolker svarene på de fire spørgsmål om at afholde sig fra at gøre noget af frygt for andres reaktion på deres psykiske sygdom som udtryk for selvstigmatisering (Rasmussen & Johansen 2013; Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015), og det kan de bestemt også være. Det afhænger af, om svarpersonen har internaliseret stigmaet og derfor afholder sig fra at gøre noget på grund af et negativt stigmatiseret syn på sig selv. Men der er også andre rimelige fortolkninger af svarene på de fire spørgsmål. For eksempel kan de være udtryk for en realistisk erkendelse af, at den sygdom, man har er stigmatiseret, ikke af en selv, men i samfundet som sådan. At psykisk sygdom er stigmatiseret gør det, alt andet lige, mindre sandsynligt, at et menneske med en psykisk sygdom får et job, som vedkommende søger, og dette bør rationelt spille ind i overvejelserne over, om det er umagen værd at søge. Dette er foreneligt med, at der også er selvstigmatisering, men det forudsætter det ikke. Uanset om svarene på spørgsmålene om handlingsundladelser udtrykker egentlig selvstigma eller rationel tilpasning, så vidner de dog om risiko for samfundsmæssig eksklusion. Det er beskrevet i den internationale stigmaforskning, at nogle mennesker med psykiske sygdomme internaliserer stigmaet, altså ser sig selv ud fra det stigmatiserende perspektiv, mens andre mennesker med psykiske sygdomme reagerer anderledes på at blive stigmatiseret, f.eks. med vrede eller ved at ignorere det (Corrigan & Watson 2002; Watson et al. 2007).

### **Overvindelse af stigmatisering**

I forhold til oplevelser af at overvinde stigmatisering, har 81,7% af svarpersonerne oplevet mindst én type overvindelse af stigmatisering. Forekomsten er lidt højere blandt kvinder end mænd og lavere i aldersgruppen 65-79 år. Der er ingen tydelig sammenhæng med, hvor meget sygdommen fylder. Friteksterne viser eksempler på, at en strategi omkring overvindelse af stigmatisering er, at svarpersonerne udviser åbenhed omkring deres sygdom og tydeligt får kommunikeret egne behov. En anden strategi er at italesætte den uretfærdige behandling.

### **Oplevelsen af positiv forskelsbehandling**

Hvad angår oplevelse af at blive mere positivt behandlet på grund af psykisk sygdom, finder vi, at 64,7% af svarpersonerne har oplevet positiv forskelsbehandling i mindst én adspurgt kontekst. Forekomsten af oplevet positiv behandling er sammenlignelig for mænd og kvinder, men højere blandt yngre end blandt ældre og blandt svarpersoner på overførselsindkomst end f.eks. dem i arbejde. Der er også en sammenhæng mellem, hvor meget sygdommen fylder og forekomsten af oplevet positiv forskelsbehandling.

De kontekster, hvor flest svarpersoner oplever positiv forskelsbehandling, er familien, i arbejdslivet og i forhold til at få sociale ydelser eller tilskud. Friteksterne knyttet til emnet viser en række forskellige eksempler på positiv forskelsbehandling, f.eks. at svarpersonernes nærmeste relationer, f.eks. familie, ægtefæller og nære venner, yder ekstra støtte i hverdagen. Der ses også eksempler på sundhedspersonale, arbejdspladser og uddannelsessteder, der viser særligt hensyn til svarpersonernes psykiske udfordringer.

Disse fund kan fortolkes sådan, at flere mennesker med psykisk sygdom i Danmark faktisk får hjælp i f.eks. nære relationer, på arbejdspladser osv., hvilket er rigtig positivt i det omfang, det afspejler behov, som de berørte mennesker med psykisk sygdom ikke uden videre selv kan tilfredsstille. I tallene og friteksterne kan dog også gemme sig, at mennesker med psykisk sygdom behandles unødvendig anderledes, omend mere positivt, hvorved forskellen mellem dem og os – en grundlæggende komponent i stigmatisering (Link og

Phelan 2001) – fastholdes og stigmaet vedligeholdes. En sandsynlig hypotese er, at tallene og friteksterne er udtryk for begge dele.

### **Arbejdsmarkedet**

En del svarpersoner oplever uretfærdig behandling i forbindelse med skolegang eller uddannelse, i forbindelse med jobsøgning og i forbindelse med at have et job. Dette gælder særligt de unge svarpersoner, dem, som er på overførselsindkomst, og dem, som angiver, at deres psykiske sygdom fylder meget. I fritteksterne ser vi, at flere forklarer, at de er bekymrede for, at åbenhed om deres psykiske sygdom kan føre til negativ forskelsbehandling på deres arbejdsplads. Flere vælger således at skjule deres sygdom for at undgå risikoen for en negativ påvirkning af deres karrieremuligheder. Nogle svarpersoner beretter dog også at have oplevet positiv særbehandling fra arbejdspladser og uddannelsessteder, f.eks. i form af fleksibilitet i arbejds- og studietider, mulighed for delvis sygemelding og tildeling af "hjælpe midler" som f.eks. støjreducerende høretelefoner eller eget kontor.

At arbejdsmarkedet er en kontekst, hvor diskrimination og stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom finder sted, bekræftes af den internationale litteratur (Brouwers 2020; Dhanani et al. 2018; Van Bortel et al. 2024; Østerud 2023), og en nylig udgivet rapport fra VIVE viser, at medarbejdere i Danmark siden 2013 er blevet mere betænkelige ved at skulle arbejde tæt sammen med personer med en psykisk lidelse (Jakobsen 2025).

### **Somatikken**

Mange svarpersoner oplever også uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer. Også her ser vi en højere forekomst blandt yngre, blandt dem på overførselsindkomst eller førtidspension, og blandt dem, som angiver, at sygdommen fylder meget. I fritteksterne ser vi, at mange svarpersoner oplever, at deres psykiske sygdom påvirker sundhedspersonalets tilgang til deres somatiske sundhed. Friteksterne beskriver oplevelser af stigmatisering og fejlbehandling som følge af deres psykiske sygdomme; at fysiske symptomer ofte tolkes som værende psykisk betingede (som følge af deres psykiske sygdom), uden sundhedspersonalet har foretaget en grundig udredning. Mange oplever ikke at blive taget seriøst, når de går til lægen med en somatisk sygdom eller symptomer såsom migræne, rygsmerter, maveknæb eller hjerterytmeforstyrrelser.

At somatikken er en kontekst, hvor diskrimination og stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom finder sted, bekræftes af den internationale litteratur (Burguet & Girard 2024; Sølvhøj Nielsen 2019).

## **5.2. Generaliserbarhed**

Formålet med denne undersøgelse er at beskrive omfanget og typen af diskrimination og stigmatisering blandt personer med en psykisk sygdom. Det er derfor vigtigt at overveje, i hvor høj grad undersøgelsens resultater kan generaliseres til personer med psykisk sygdom i Danmark.

Deltagelsesprocenten er 8,6 %, hvilket er lavt, og det har selvfølgelig stor betydning for generaliserbarheden. Den lave deltagelsesprocent gør, at resultaterne baserer sig på svar fra op til 426 svarpersoner. For det første har det betydning for, hvilke grupper det har været muligt at beskrive. For eksempel ville det have været ønskeligt at lave yderligere analyser af gruppen af unge på førtidspension, men antallet af personer i denne gruppe er så lille, at det rent statistisk ikke kan lade sig gøre. For det andet er der en statistisk usikkerhed på de fremlagte resultater. Vi vurderer dog, at de beskrevne forskelle trods

usikkerheden er reelle, men med et større antal deltagere ville vores konklusioner have hvilet på et mere solidt grundlag.

Særligt fordi deltagelsesprocenten er lav, og deltagerne derfor er en selekteret gruppe, er det også relevant at se på undersøgelsens repræsentativitet. Derved forstås, at visse grupper af personer med psykisk sygdom i mindre eller højere grad kan have svaret på det udsendte spørgeskema, således at disse grupper bliver under- eller overrepræsenteret. Dette kan skævvride resultaterne. Vi har derfor lavet en bortfaldsanalyse baseret på, om deltagerne var udvalgte som følge af at have modtaget behandling på en psykiatrisk afdeling, eller som følge af at have fået ordineret medicin i form af psykofarmaka. Desuden på køn og alder. Denne analyse viste, at deltagelsesprocenten var lav i alle de betragtede grupper, og at ældre havde lavere deltagelsesprocent end øvrige aldersgrupper, ligesom mænd havde en lavere deltagelsesprocent end kvinder. Dette er ikke unormalt ved digitale spørgeskemaundersøgelser, og vi vurderer, at disse forskelle ikke er markante, men resultaterne bør stadig fortolkes med forsigtighed, fordi den lave svarprocent også øger usikkerheden om undersøgelsens repræsentativitet. Det har desværre ikke været muligt at inddrage andre forhold i bortfaldsanalysen som f.eks. grunden til behandling, typen af psykofarmaka eller uddannelse og beskæftigelse, og dette begrænser yderligere muligheden for at vurdere repræsentativiteten.

Dog er denne undersøgelse sandsynligvis mere repræsentativ end de to foregående undersøgelser (Rasmussen & Johansen 2013; Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015), hvor deltagere blev rekrutteret via Facebook og EN AF OS' hjemmeside. Til sammenligning var yngre samt kvinder væsentligt mere overrepræsenterede i de foregående undersøgelser.

Foruden de statistiske analyser er der i denne undersøgelse også foretaget kvalitativ analyse af fritekstbesvarelserne, men det er vigtigt at pointere at besvarelsen af fritekstfeltene var frivillig, og at de, der har valgt at uddybe deres svar, derfor er en yderligere selekteret gruppe. Vi har dog ikke haft mulighed for at vurdere hvorvidt gruppen, der har besvaret med fritekst, afviger fra de resterende svarpersoner på parametre såsom alder og køn. Dette medfører, at særligt kvantificeringen af de emner, der fremgår af fritekstbesvarelserne, skal fortolkes forsigtigt.

### 5.3. En selvstændig undersøgelse i en føljeton

Som nævnt er denne undersøgelse den tredje af tre undersøgelser om omfanget og typen af diskrimination og stigmatisering blandt personer med en psykisk sygdom i Danmark initieret af EN AF OS. På grund af den lave svarprocent bør resultaterne af undersøgelsen fortolkes i lyset af de to foregående undersøgelser (Rasmussen & Johansen 2013; Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015), som viser lignende mønstre i forekomsten af diskrimination og stigmatisering blandt personer med psykisk sygdom.

De to foregående undersøgelser er udgivet i henholdsvis 2013 og 2015 og er på væsentlige punkter forskellige fra den indeværende:

Dels rekrutterede man i 2013 og 2015 deltagere primært via Facebook og EN AF OS' hjemmeside. Denne tredje gang har man ønsket en mere repræsentativ undersøgelse og har derfor via elektronisk post (e-Boks) sendt et digitalt spørgeskema til 4.960 tilfældigt udvalgte personer i Danmark med psykisk sygdom. Denne forskel i dataindsamling gør, at deltagerne fra 2013, 2015 og i nuværende undersøgelse formentlig er forskellige, og derfor er undersøgelserne vanskelige at sammenligne.

Dels bygger nuværende undersøgelse på en ny oversættelse af DISC-12 foretaget til formålet af forskere på Statens Institut for Folkesundhed. Den nye oversættelse blev iværksat, fordi forskere fra samme sted i samråd med repræsentanter og ambassadører fra EN AF OS vurderede, at flere centrale udtryk i den

tidligere oversættelse var svære at forstå. Flere engelske centrale begreber har derfor i nuværende undersøgelse fået anderledes oversættelse, end de fik i 2013 og 2015. Det er først og fremmest "mental health problems", som i 2013 og 2015 blev til "psykiske lidelser", men i nuværende til "psykisk sygdom". Og det er "have been treated unfairly because of mental health problems", som i 2013 og 2015 blev oversat til "har været udsat for negativ forskelsbehandling på grund af dine psykiske lidelser", men i nuværende til "...blevet uretfærdigt behandlet på grund af din psykiske sygdom".

Disse forskelle tilsammen gør, at denne nuværende undersøgelse i forhold til sammenlignelighed skal ses mere som en selvstændig undersøgelse, selvom den er en del af en følgeton.

## 5.4. Sammenfald mellem de tre rapporter

Selvom de tre rapporter (nuværende plus Rasmussen & Johansen 2013; Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015) således er vanskelige at sammenligne, viser svarene fra de åbne svarkategorier og interviewsvarene dog klare og sammenfaldende tendenser.

Alle rapporterne peger på en bredere samfundsmæssig problematik, hvor manglende oplysning og forståelse for psykiske sygdomme er et centralt emne. For eksempel påpeger en svarperson fra 2015-rapporten, at mange ikke er "oplyste nok" til at kunne håndtere information om psykiske sygdomme uden frygt eller fordømmelse, og den stereotype opfattelse af psykisk sygdom som farlig er også blevet påpeget i nuværende rapport (2025). Samlet viser rapporterne, at personer med psykiske sygdomme ofte oplever både frygten for ydre stigmatisering og kampen mod indre selvstigmatisering. Fundene tyder på, at personer med psykiske sygdomme har samme oplevelse af at blive uretfærdigt behandlet i dag, som de havde for over 10 år siden.

### Sammenfald under DISC-12 temaet "undladt at gøre noget"

De tre rapporter viser en klar tendens til, at personer med psykiske sygdomme ofte undlader at dele deres lidelser med andre. Resultaterne tyder på, at mange, både tidligere og i dag, vælger at skjule deres psykiske sygdom for at undgå negative reaktioner, forskelsbehandling, stereotype opfattelser og fordomme. I rapporten fra 2015 berettes der om direkte negative oplevelser med fordomme og forskelsbehandling, når personer har været åbne om deres diagnose. I 2013-rapporten beskrives psykiske lidelser som et "brændemærke", der fastholder individet i selvstigmatisering. Fælles for alle tre rapporter er, at disse oplevelser ofte fører til en form for selvstigmatisering, som kan udmønte sig i selvvalgt isolation eller undgåelsesadfærd, der påvirker det sociale. Andre gange fører det til, at svarpersonerne tilpasser sig omverden ved at skjule deres symptomer og ignorere egne behov for at fremstå "normale", hvilket påvirker det private liv.

### Sammenfald under DISC-12 temaet "overvindelse af stigmatisering"

I alle tre rapporter nævnes det, at åbenhed om sygdommen og tydelig kommunikation af egne behov er centrale strategier for at overvinde oplevet uretfærdighed. Nuværende rapport fremhæver åbenhed og tydelig kommunikation som afgørende værktøjer til at modvirke oplevet uretfærdighed. På lignende vis fokuserer 2015-rapporten på betydningen af åbenhed og relationelle forbindelser, men understreger samtidig, at nogle vælger at undlade at dele deres diagnose, hvis de vurderer, at det ikke er nødvendigt. 2013-rapporten lægger vægt på selvaccept og modstandsdygtighed som afgørende faktorer for at håndtere fordomme og bevare sin identitet. Denne selvacceptsstrategi kommer også til udtryk blandt svarpersonerne i nuværende rapport (2025).

**Sammenfald under DISC-12 temaet "positiv forskelsbehandling"**

Rapporterne fra 2025, 2015 og 2013 viser flere fællestræk i oplevelsen af positiv forskelsbehandling blandt personer med psykiske sygdomme. På tværs af årene fremhæves vigtigheden af støtte fra nære relationer, forståelse fra omgivelserne og fleksibilitet i hverdagen som centrale elementer i positiv særbehandling. I både 2025- og 2015-rapporterne nævnes det, at positiv særbehandling ofte kommer fra familie, venner eller arbejdspladser, hvor der tages særlige hensyn i form af fleksibilitet, emotionel støtte og praktisk hjælp. I 2025-rapporten beskrives det, hvordan åbenhed om diagnosen kan føre til større hensyn og forståelse fra omgivelserne. Dette afspejles også i 2015-rapporten, hvor nogle oplever en mere imødekommende arbejdsplads med tilpassede rammer og mulighed for flere pauser. På samme måde fremhæver begge rapporter sundhedspersonalets rolle, hvor ekstra hensyn i behandlingsforløb, såsom prioriterede operationer eller faste behandlere, bidrager positivt til øget tryghed.

I rapporter fra 2015 og 2013 beskrives det dog, hvordan særbehandling ikke altid opfattes som positivt – nogle oplever, at det kan føre til tab af ansvar eller tillid, særligt på arbejdspladsen. 2013-rapporten peger på, at visse personer ikke ønsker at blive behandlet anderledes eller skånet unødigt, hvilket også kan findes i 2015-rapporten, hvor medarbejdere oplever, at åbenhed om deres diagnose fører til færre opgaver og mindre tillid fra ledelsen.

**Sammenfald under fokusområdet: Somatikken**

Både 2025- og 2015-rapporten beskriver, hvordan personer med psykiske sygdomme oplever at blive mødt med mistillid og fejlbehandling i sundhedsvæsenet. Et centralt problem er, at fysiske symptomer ofte afskrives som psykisk betingede, hvilket fører til mangelfuld udredning og utilstrækkelig behandling. Begge rapporter fremhæver desuden oplevelsen af ikke at blive taget alvorligt, at blive mødt med nedladende kommunikation og i nogle tilfælde direkte afvist i forbindelse med behandling. Strukturelle problemer som lange ventetider og krav om stort initiativ fra patienterne forværrer disse udfordringer. Interessant nok nævnes denne problematik ikke i 2013-rapportens åbne svar, hvilket kan indikere en øget bevidsthed om emnet eller en ændring i, hvilke former for diskrimination der opleves som mest presserende over tid.

## 5.5. Psykisk sygdom er stigmatiseret i Danmark

På det mere kvantitative plan viste undersøgelsen fra 2013, at 92 % af 1.561 deltagere i et eller andet omfang havde oplevet negativ forskelsbehandling på grund af deres psykiske sygdom inden for de seneste år. Undersøgelsen fra 2015 viste, at 91% af 1.269 deltagere i et eller andet omfang havde oplevet negativ forskelsbehandling på grund af deres psykiske sygdom inden for de seneste år. Den nuværende undersøgelse viser, at 71,1% af 426 deltagerne i et eller andet omfang har oplevet uretfærdig forskelsbehandling på grund af deres psykiske sygdom.

På grund af de nævnte ændringer i dataindsamling og dermed deltagergrundlag, og på grund af ændringerne i oversættelsen fra engelsk, er det ikke meningsfuldt at sammenligne disse tal. Vi kan således ikke sige noget om udviklingen i omfang og forekomst af diskrimination og stigmatisering af mennesker med psykisk sygdom i Danmark. Men ikke desto mindre vidner alle tre undersøgelser på forskellig vis om, at psykisk sygdom i Danmark er stigmatiseret. Denne konklusion understøttes også af, at megen anden litteratur viser det samme: At psykisk sygdom er stigmatiseret i sundheds- og uddannelsessystemet og samfundet som sådan, både i Danmark og mange andre lande, inklusive lande, som er sammenlignelige med Danmark,

f.eks. Norge og Sverige (Østerud 2023; Hellström et al. 2023; Thornicroft et al. 2022; Sølvhøj et al. 2019; Huggett et al. 2018; Henderson et al. 2014).

## 5.6. Afstigmatisering

Nuværende undersøgelser tyder på, at stigmatisering af psykisk sygdom fortsat er et folkesundhedsproblem i Danmark, og indsatser til afstigmatisering bør derfor overvejes. Afstigmatiseringsindsatser kan have mange former, for udførlig gennemgang henvises til Vendsborg et al. 2011. Det giver dog mening at skele til, hvor behovet for afstigmatisering er størst, og denne undersøgelser viser et klart mønster, nemlig at forekomsten af oplevet uretfærdig behandling lige så vel som forekomsten af handlingsundladelser af frygt for andres reaktion, blandt mennesker med psykisk sygdom, er størst blandt de unge (ses også tydeligt i Rasmussen & Ejbye-Ernst 2015), dem på overførselsindkomst og førtidspension og blandt dem, som angiver at den psykiske sygdom fylder meget (ses også tydeligt i Rasmussen & Johansen 2013).

Det er væsentligt at være opmærksom på, at stigmatiseringsprocessen langt hen ad vejen foregår ubevidst. Selvom mennesker bevidst kan stigmatisere andre mennesker, så ligger en stor del af stigmaet i vores samfundsstrukturer; generelle samfundsmæssige fordomme og stereotyper og sproglige vendinger, som vi lærer fra barnsben. Hvis vi ikke aktivt er opmærksomme på stigmatiseringen, reproducerer vi den ofte uden at tænke over det. Hvis vi skal afstigmatisere psykisk sygdom, har vi alle sammen et ansvar for ikke at reproducere stereotype forestillinger og sproglige udtryk om, hvad det vil sige at have en psykisk sygdom.

## Referenceliste

- Adu, J., Fordjour Owusu, M., Martin-Yeboah, E., & Gyamfi, S. (2024). Analyzing Two Decades of Literature on Experiences of Familial Mental Illness Stigma in Four Advanced Countries (2000–2020). *Issues in Mental Health Nursing*, 45(3), 247–263. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2301602>
- Andersen, Martin M., Somogy Varga, and Anna P. Folker. "On the definition of stigma." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (2022).
- Antonio Lasalvia, Chiara Bonetto, Elisabetta Miglietta, Domenico Giacco, Pablo Nicaise, Vincent Lorant, Jacek Moskalewicz, Marta Welbel, Michael Bauer, Andrea Pfennig, Mirella Ruggeri, Stefan Priebe (2021): Comparing discrimination among people with schizophrenia, affective and anxiety disorders. A multilevel study in five European countries.
- American Psychiatric Association. 2014. Diagnostiske kriterier DSM-5 : håndbog. 1. udgave. Virum: Hogrefe Psykologisk Forlag.
- Brohan Elaine, Mike Slade, Sarah Clement & Graham Thornicroft (2010): Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. I: *BMC Health Service Research*, col. 10:80–90
- Brouwers EPM. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychol* 2020;8:36.
- Burguet, A., & Girard, F. (2024). Stigma of schizophrenia and bipolar disorders: Explicit and implicit measures among mental health professionals. *Stigma and Health*, 9(3), 288.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(1), 35.
- Dhanani LY, Beus JM, Joseph DL. Workplace discrimination: a meta analytic extension, critique, and future research agenda. *Personnel Psychology* 2018;71:147–79.
- Discrimination and Stigma Scale DISC 12 © 2008 The INDIGO Study Group. Graham Thornicroft, Institute of Psychiatry, King's College London.
- Handisam/Hjärnkoll, CEPI (2011): Diskriminering av personer med psykisk ohälsa. En intervjuundersökning (Västerbotten och Halland).
- Handisam/Hjärnkoll. Handisam/Hjärnkoll, CEPI (2012): Diskriminering av personer med psykisk ohälsa. En intervjuundersökning i Skåne. Handisam/Hjärnkoll.
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health*, 103(5), 813–821.
- Hellström, L., Gren Voldby, K., & Eplov, L. F. (2023). Stigma towards people with mental illness in the Nordic countries—a scoping review. *Nordic Journal of psychiatry*, 77(4), 319–328.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., ... & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482.
- Huggett, C., Birtel, M. D., Awenat, Y. F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., & Haddock, G. (2018). A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 380–397.
- Vibeke Jakobsen, Mads Lybech Christensen og Lasse Qvistgaard Andersen. Lønmodtagernes erfaringer med og holdninger til inklusion. *VIVE* 2025.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528–529.

- Link, Bruce G., and Jo C. Phelan. "Conceptualizing stigma." *Annual review of Sociology* (2001): 363-385.
- Major, B., Dovidio, J. F., Link, B. G., & Calabrese, S. K. (2018). Stigma and its implications for health: Introduction and overview. *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health*, 3-28.
- Mannarini, S., & Rossi, A. (2019). Assessing mental illness stigma: a complex issue. *Frontiers in psychology*, 9, 2722.
- McCulloch, S. P., & Scrivano, R. M. (2023). The effectiveness of mental illness stigma-reduction interventions: A systematic meta-review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 100, 102242.
- Rasmussen, P. S., & Johansen, K. S. (2013). Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom. En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse som et led i evalueringen af kampagnen EN AF OS. København: KORA.
- Rasmussen, P. S., & Ejbye-Ernst, P. (2015). Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom. En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse som et led i evalueringen af kampagnen EN AF OS. København: KORA.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Res. Nurs. Health*, 23: 334-340.
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202-215.
- Sundhedsstyrelsen. 2022. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser.
- Sølvhøj Nielsen I, Oxholm Kusier A, Pedersen PV, Dahl Nielsen MB. 2019. Holdninger i det somatiske sundhedsvæsen til mennesker med psykisk sygdom. Statens Institut for Folkesundhed.
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., ... & Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480.
- Tolstrup J, Andreassen P, Bramming M, Christiansen LB, Folker AP, Gribsholt SB, Køster-Rasmussen R, Meyer L. (2024): Vægtstigmatisering. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Turan, J. M., Elafros, M. A., Logie, C. H., Banik, S., Turan, B., Crockett, K. B., ... & Murray, S. M. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC medicine*, 17, 1-15.
- Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Treacy, S., Khan, N., Ouali, U., Sumathipala, A., Švab, V., Nader, D., Kadri, N., Monteiro, M., Knifton, L., Quinn, N., Van Audenhove, C., Lasalvia, A., Bonetto, C., Thornicroft, G., van Weeghel, J., & Brouwers, E. P. M. (2024). Anticipated and experienced stigma and discrimination in the workplace among individuals with major depressive disorder in 35 countries: qualitative framework analysis of a mixed-method cross-sectional study. *BMJ Open*, 14(6), e077528. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077528>
- Vendsborg, P. Blinkenberg, Kistrup, K. Lindhardt, A., Nordentoft, M. (red.) (2011): Dømt på forhånd. Psykiatrifondens Forlag.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Østerud, K. L. (2023). Mental illness stigma and employer evaluation in hiring: Stereotypes, discrimination and the role of experience. *Sociology of Health & Illness*, 45(1), 90-108.

# Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Antal svarpersoner for alle variable, der indgår i opgørelser i bilag 2
- Bilag 2:** Opgørelser over forekomst af oplevet diskrimination og stigma fordelt på yderligere baggrundsvariable

## Bilag 1. Antal svarpersoner for alle variable, der indgår i opgørelser i bilag 2

Variabel	Antal svarpersoner (N)
Samlivsstatus	371
Født i Danmark	371
Kontakt til behandlingssystemet	348
Bor i by eller på landet	367
Diagnoser	368
Oplevet uretfærdig behandling (samlet)	426
Oplevet uretfærdig behandling i familie	405
Oplevet uretfærdig behandling i venskaber	401
Oplevelse af at blive undgået af personer, der ved man har en psykisk sygdom	381
Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med skolegang, efteruddannelse eller anden uddannelse	270
Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med jobsøgning	257
Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med at have et job	308
Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer	378
Handlingsundladelse (samlet)	385
Skjule udfordringer	371
Undgå tæt personlig relation	363
Har du undladt at søge et job	249
Har du undladt at søge ind på en uddannelse	249
Overvindelse af stigmatisering (samlet)	380
Positiv forskelsbehandling (samlet)	372
Positiv forskelsbehandling i familie	347

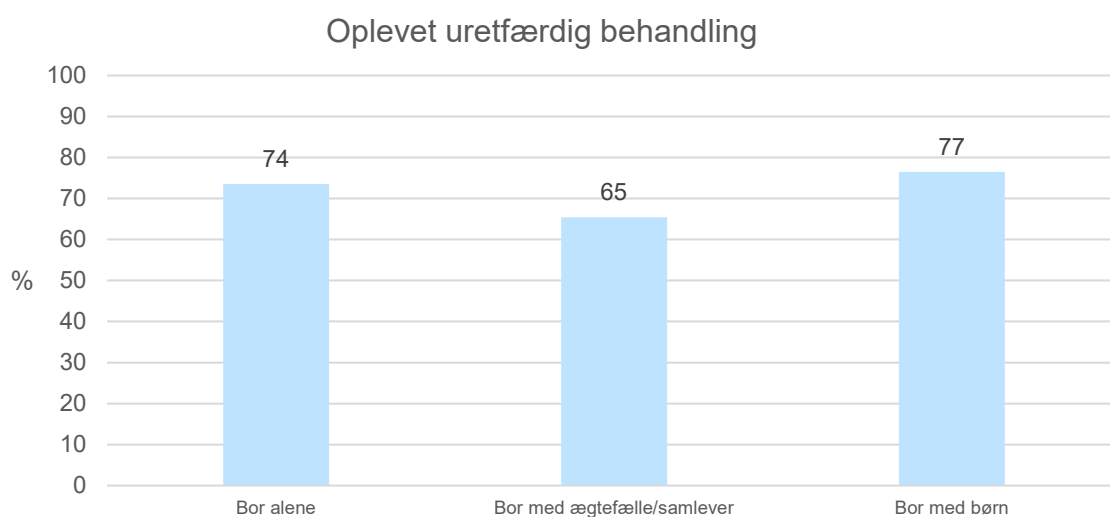
Positiv forskelsbehandling i forhold til sociale ydelser

273

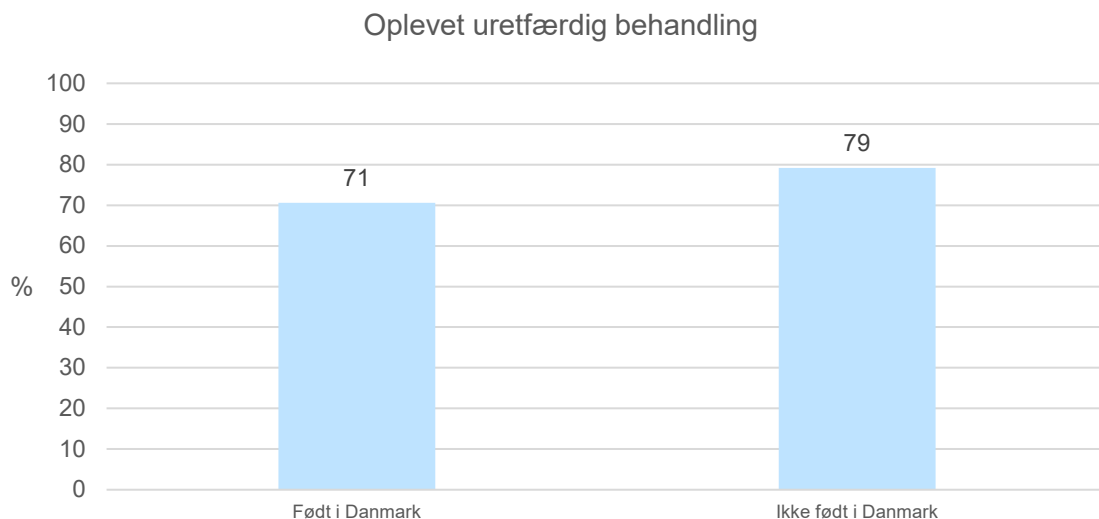
## Bilag 2. Opgørelser over forekomst af oplevet diskrimination og stigma fordelt på yderligere baggrundsvariable

### Oplevet uretfærdig behandling

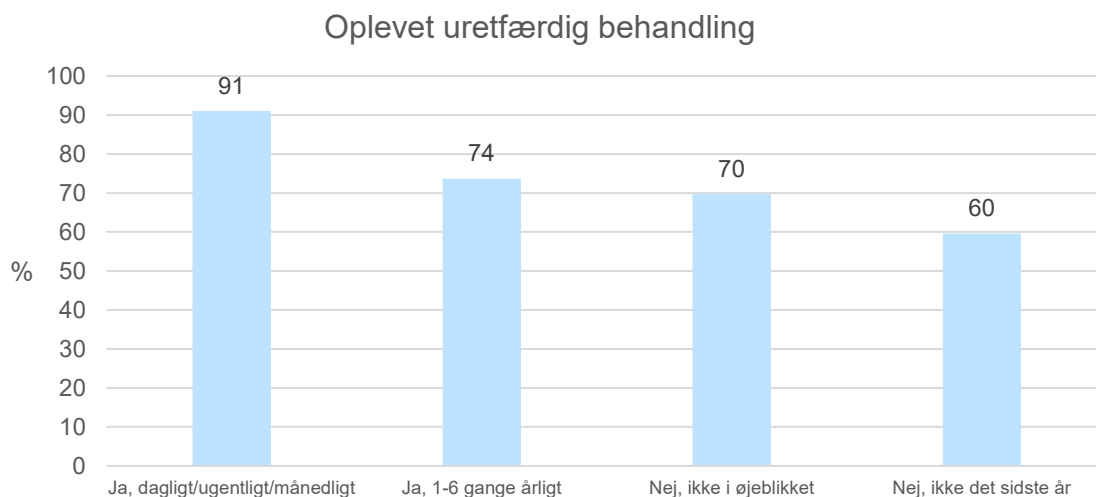
Oplevet uretfærdig behandling (samlet) – opdelt på samlivsstatus



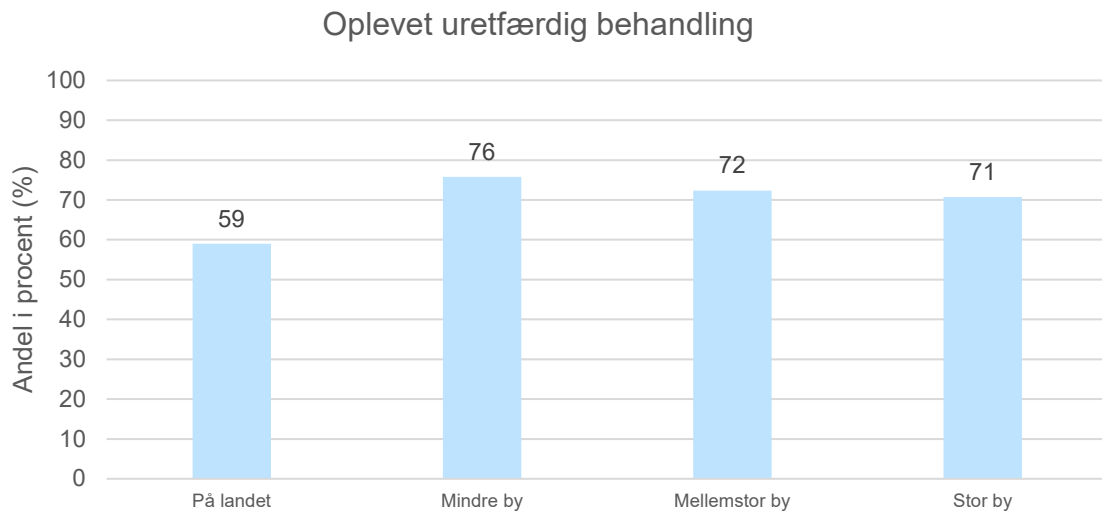
**Oplevet uretfærdig behandling (samlet) – opdelt på om man er født i Danmark**



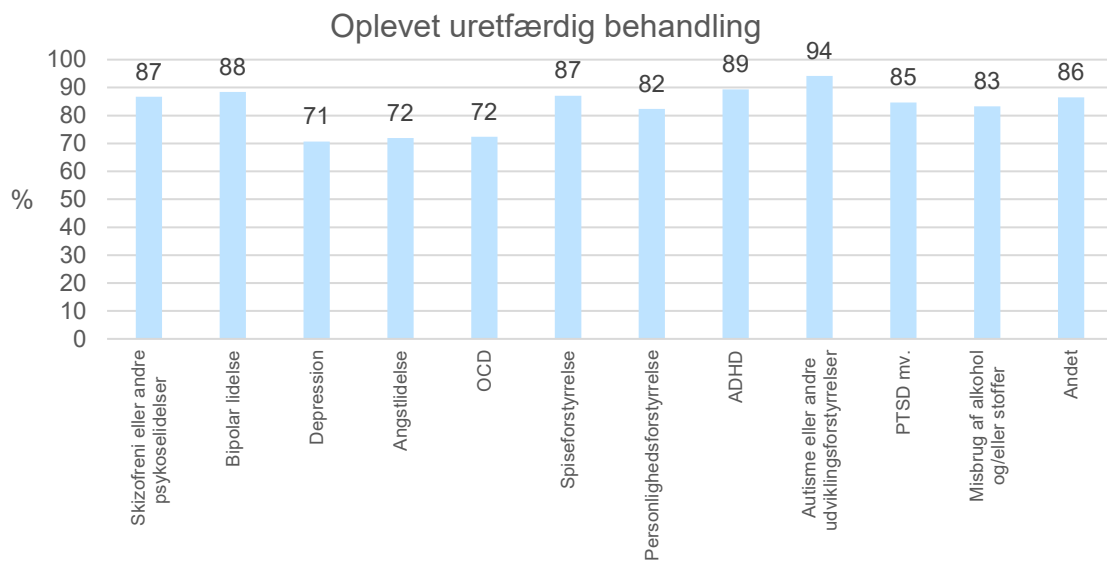
**Oplevet uretfærdig behandling (samlet) – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



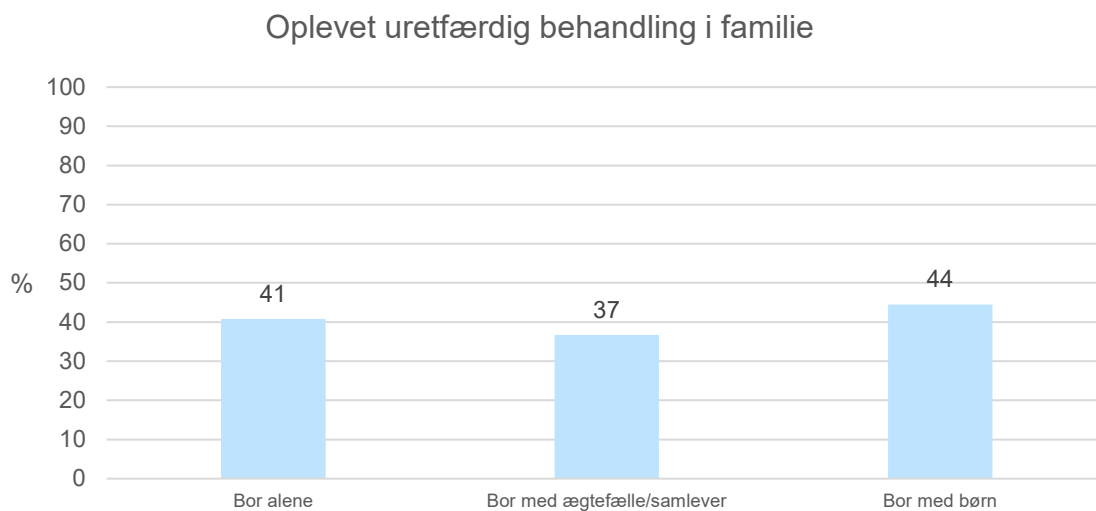
**Oplevet uretfærdig behandling (samlet) – opdelt på om man bor i by eller på landet**



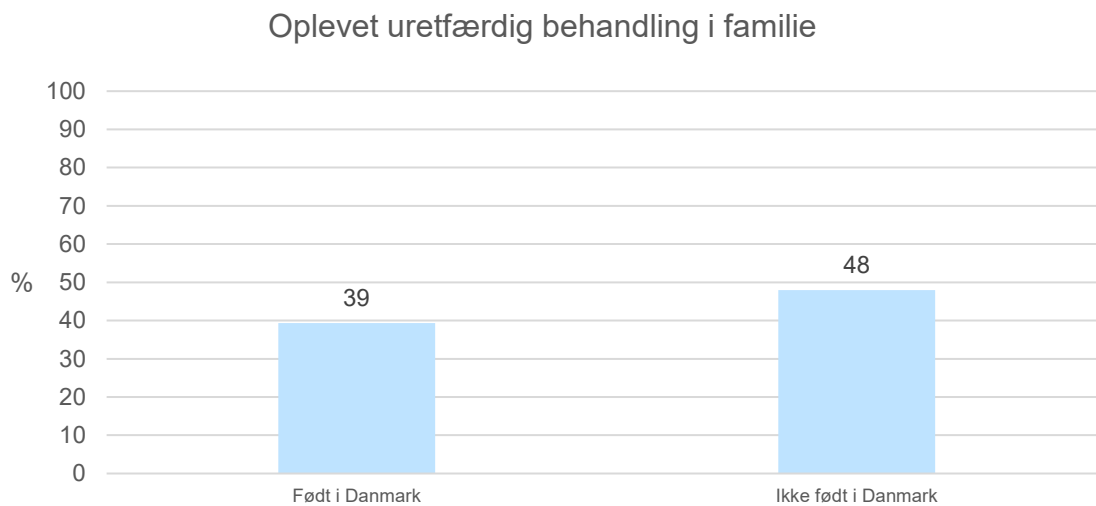
**Oplevet uretfærdig behandling (samlet) – opdelt på diagnoser**

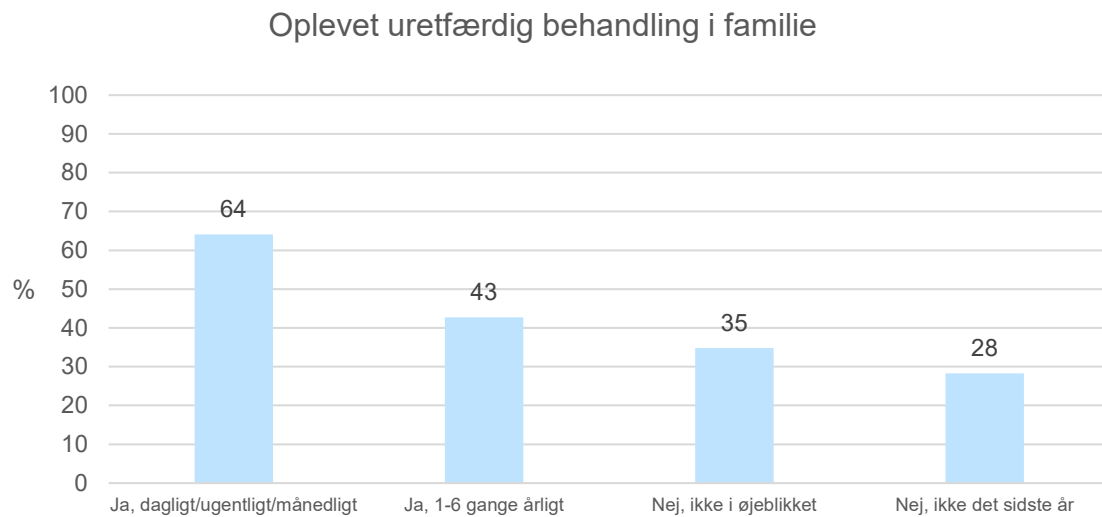
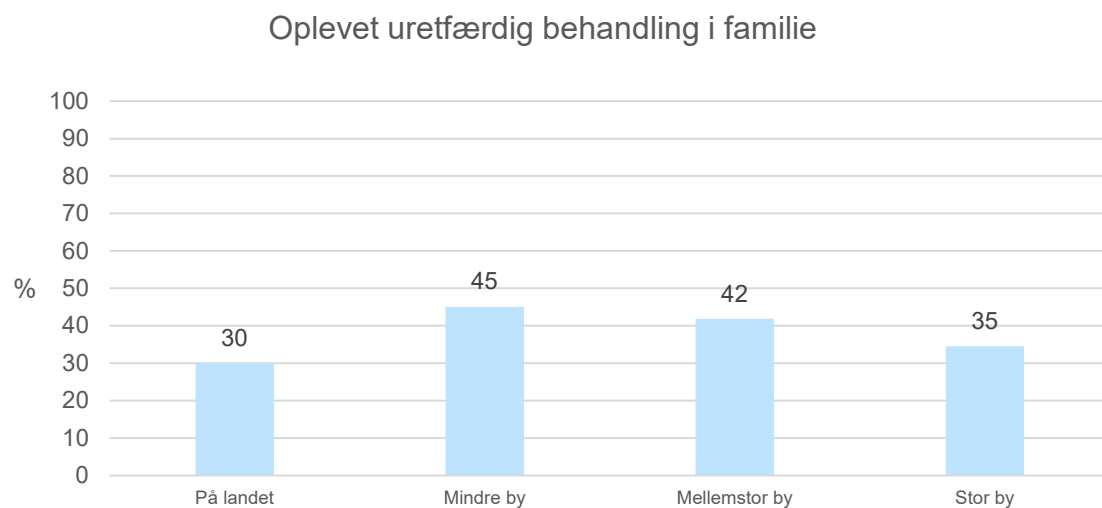


**Oplevet uretfærdig behandling i familie – opdelt på samlivsstatus**

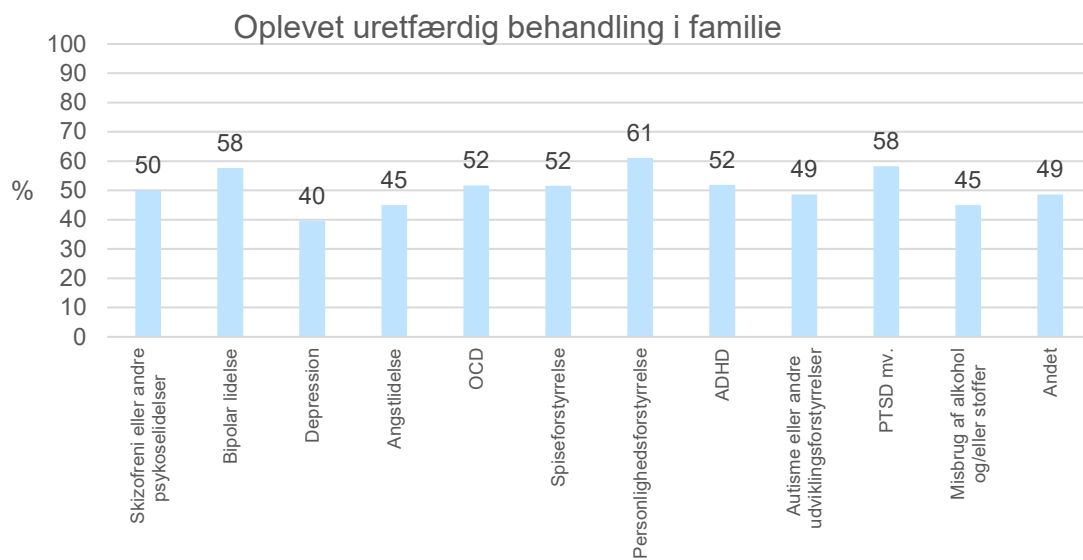


**Oplevet uretfærdig behandling i familie – opdelt på om man er født i Danmark**

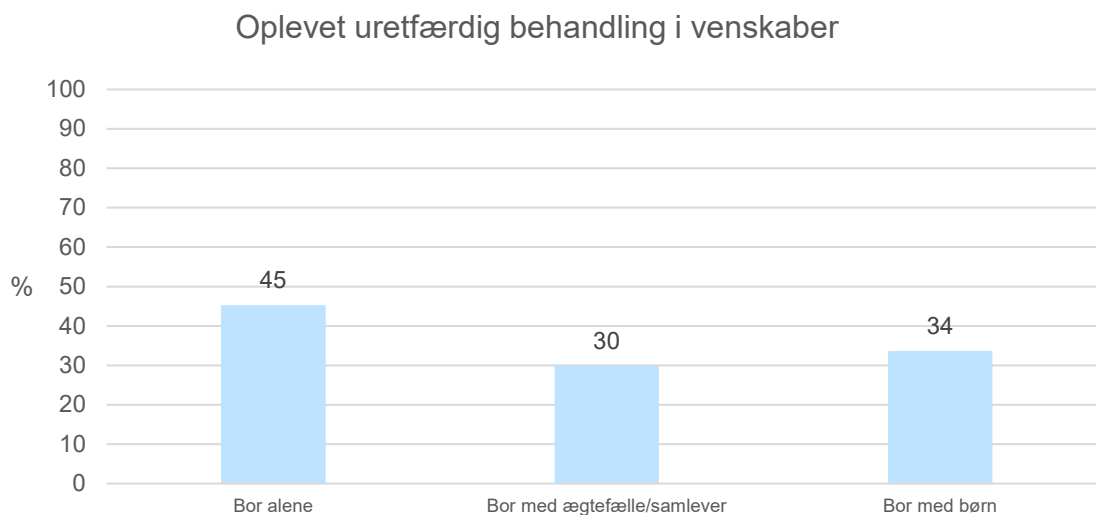


**Oplevet uretfærdig behandling i familie - opdelt på kontakt til behandlingssystemet****Oplevet uretfærdig behandling i familie - opdelt på om man bor i by eller på landet**

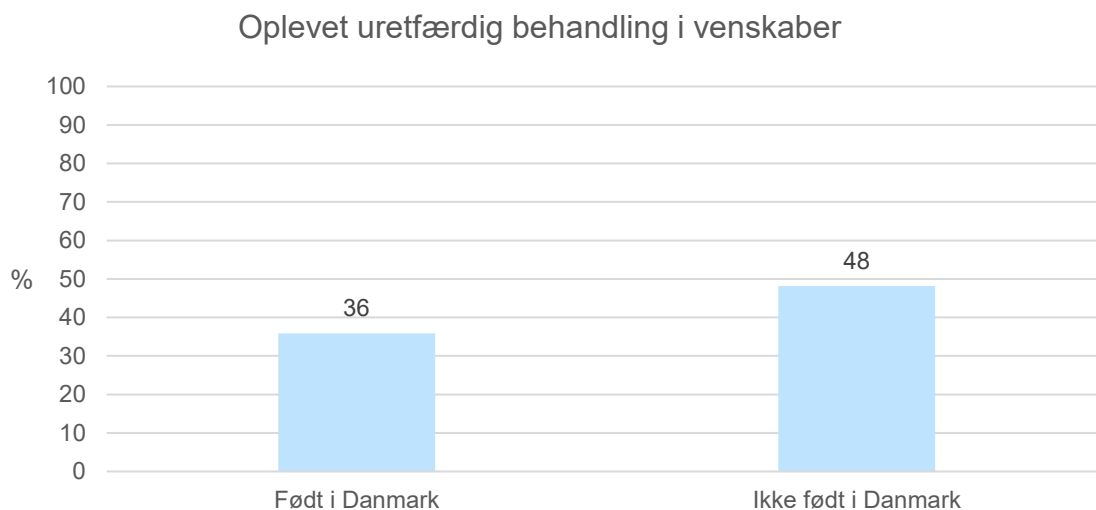
**Oplevet uretfærdig behandling i familie – opdelt på diagnoser**



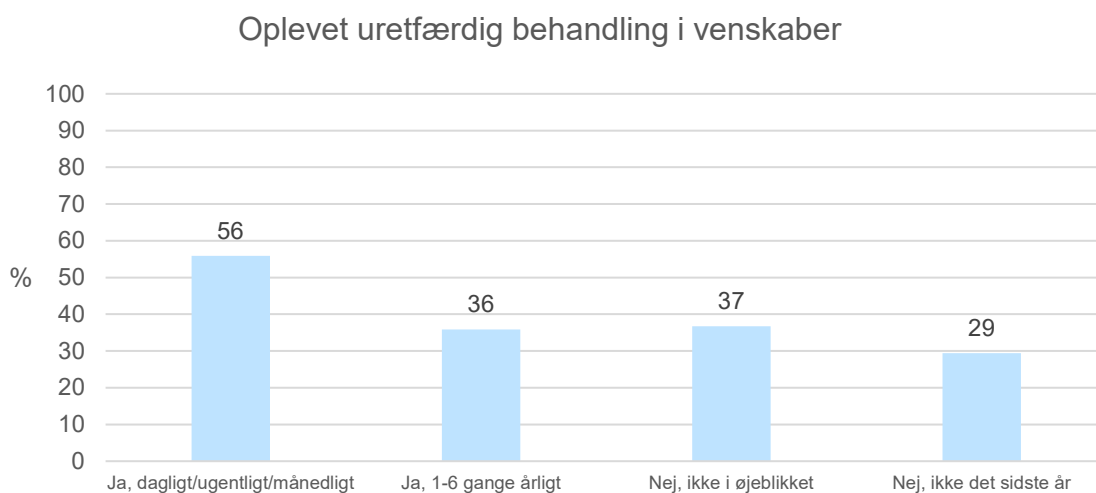
**Oplevet uretfærdig behandling i venskaber – opdelt på samlivsstatus**



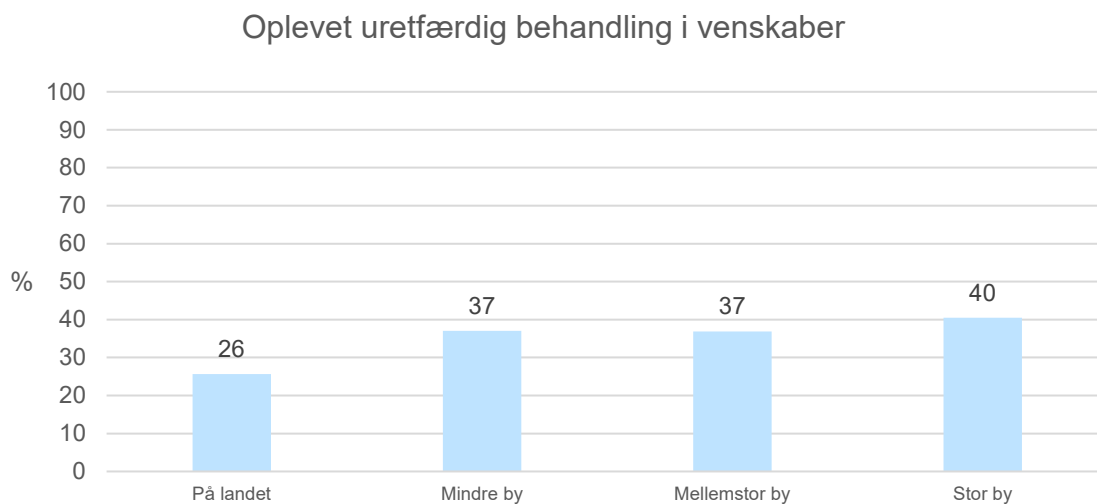
**Oplevet uretfærdig behandling i venskaber – opdelt på om man er født i Danmark**



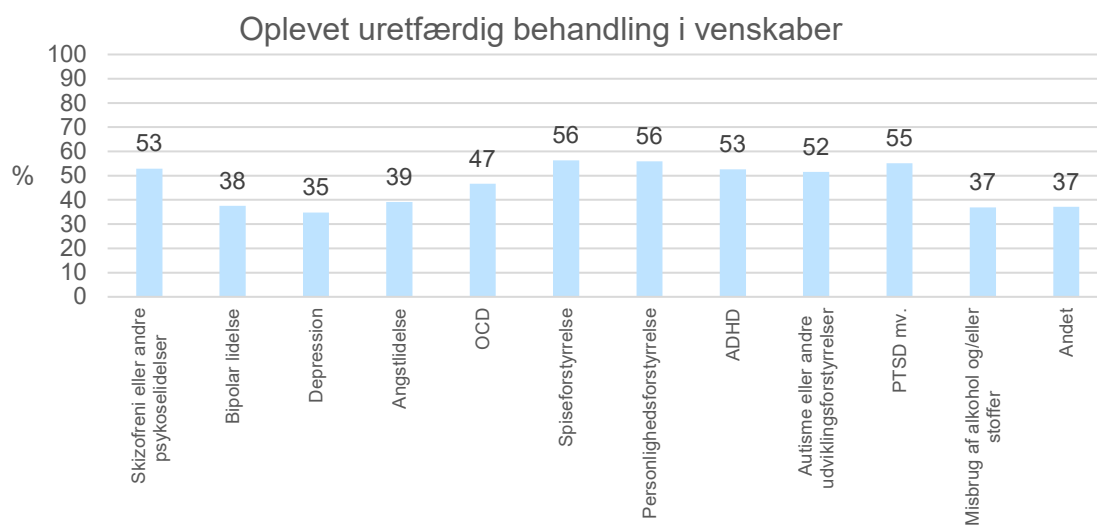
**Oplevet uretfærdig behandling i venskaber - opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



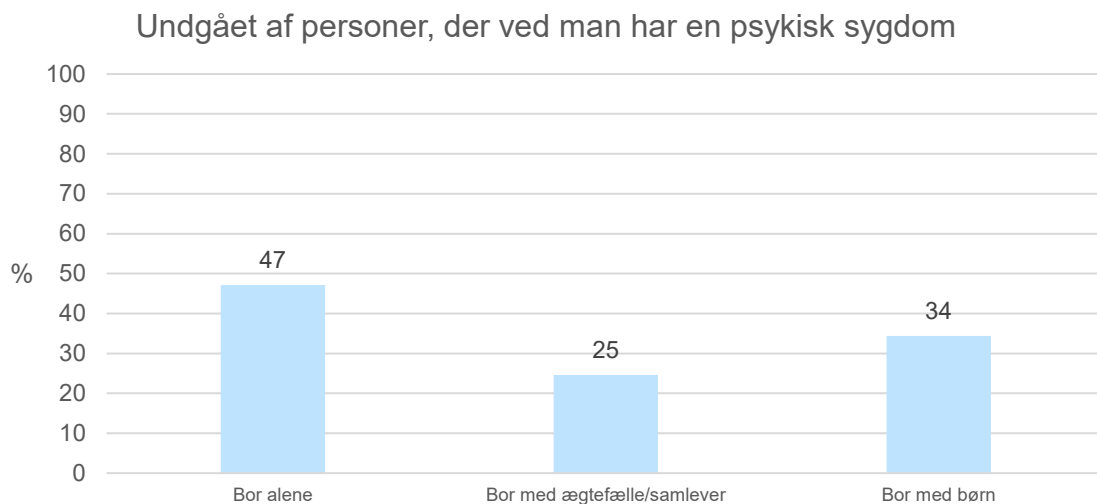
**Oplevet uretfærdig behandling i venskaber – opdelt på om man bor i by eller på landet**



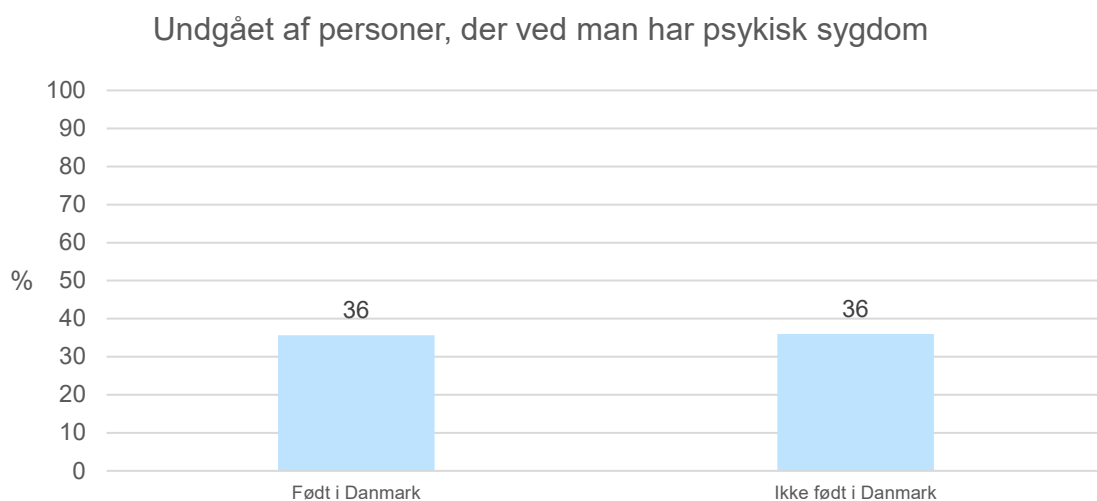
**Oplevet uretfærdig behandling i venskaber – opdelt på diagnoser**



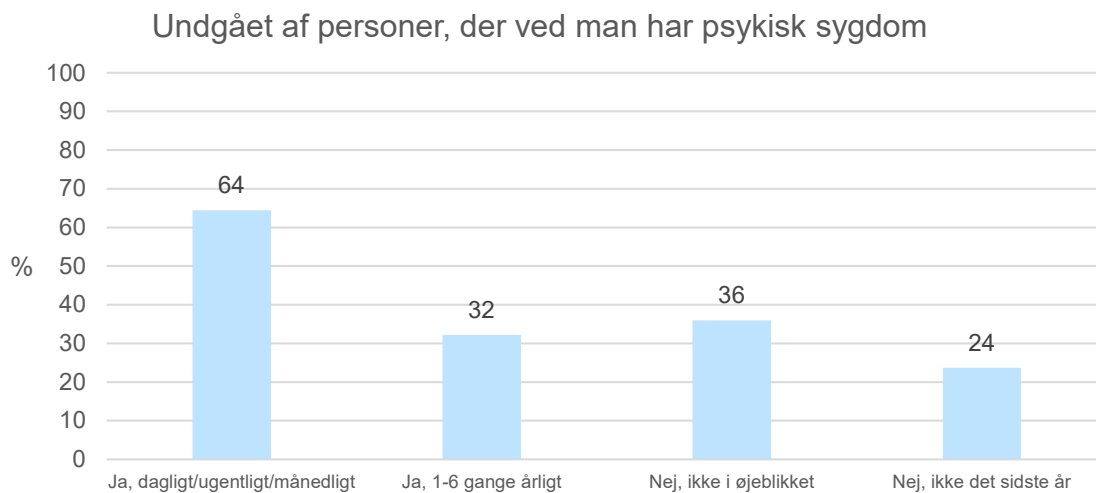
**Oplevelse af at blive undgået af personer, der ved man har en psykisk sygdom – opdelt på samlivsstatus**



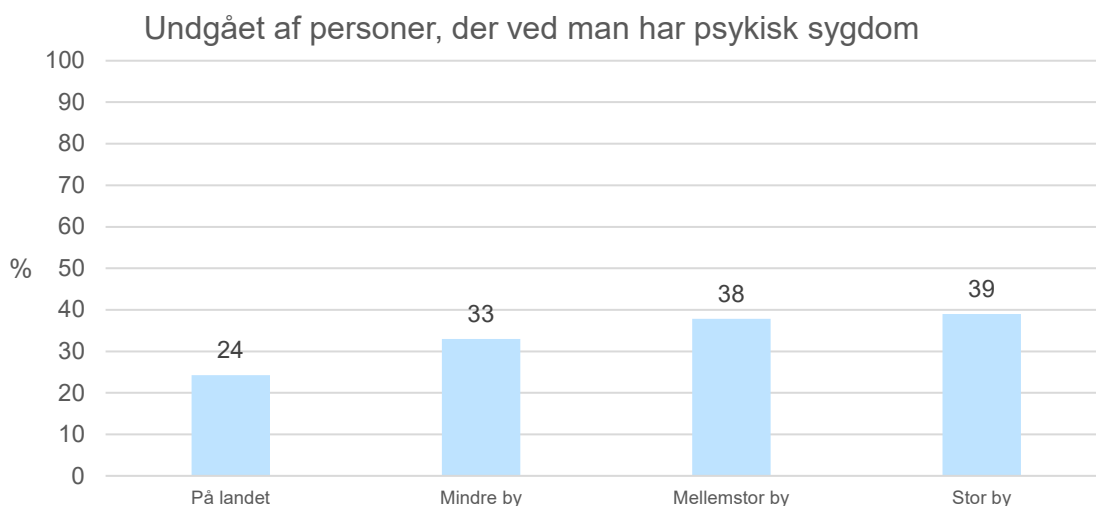
**Oplevelse af at blive undgået af personer, der ved man har en psykisk sygdom – opdelt på om man er født i Danmark**



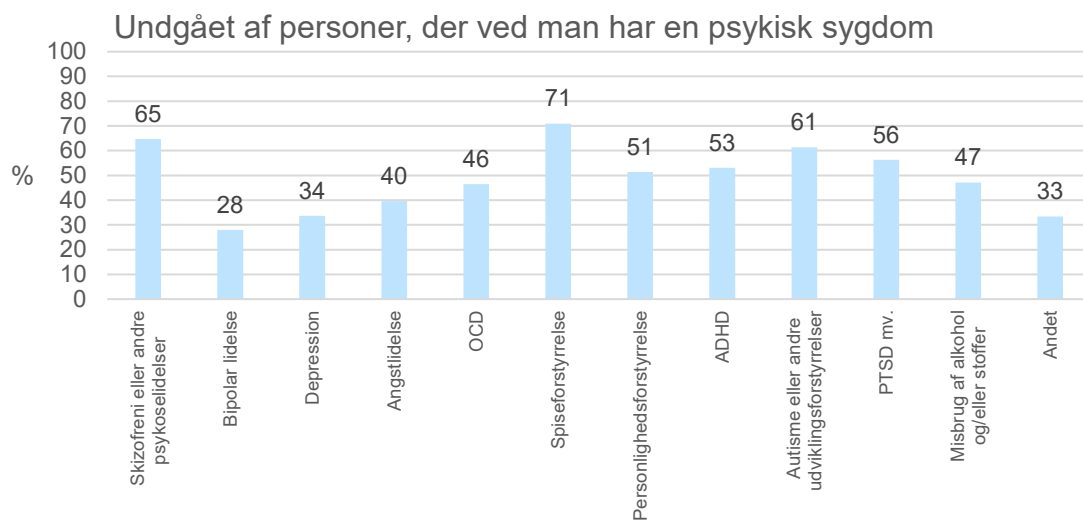
**Oplevelse af at blive undgået af personer, der ved man har en psykisk sygdom – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



**Oplevelse af at blive undgået af personer, der ved man har en psykisk sygdom – opdelt på om man bor i by eller på landet**

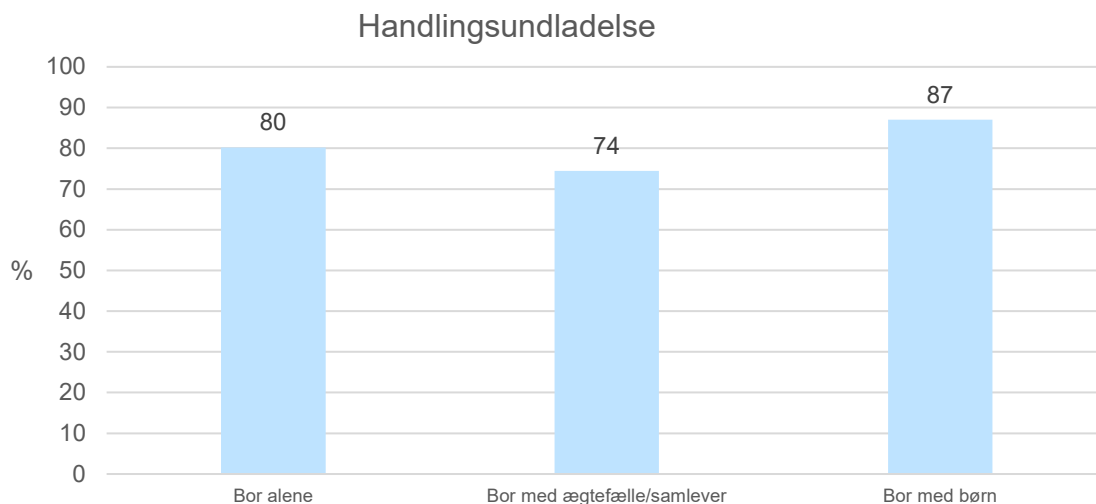


Oplevelse af at blive undgået af personer, der ved man har en psykisk sygdom – opdelt på diagnoser

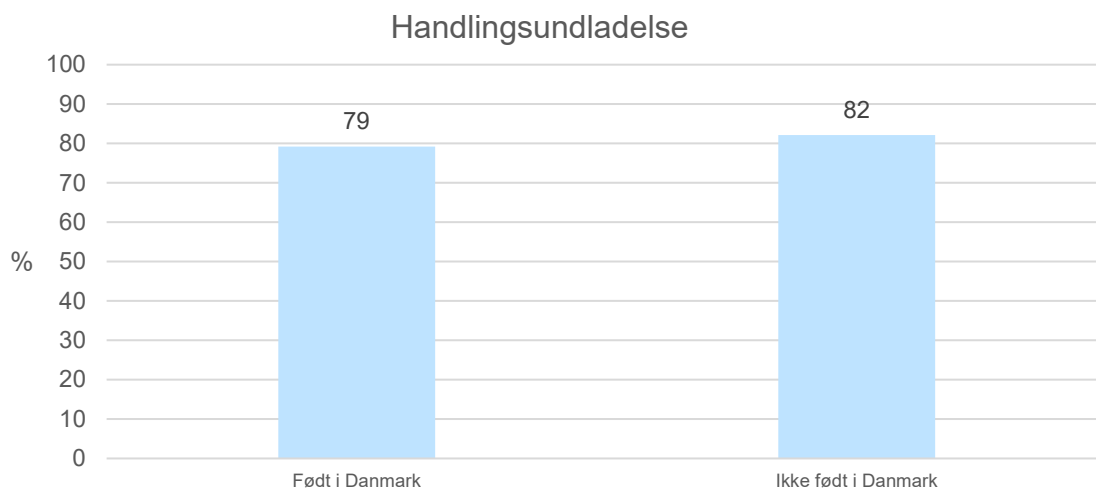


## Handlingsundladelse

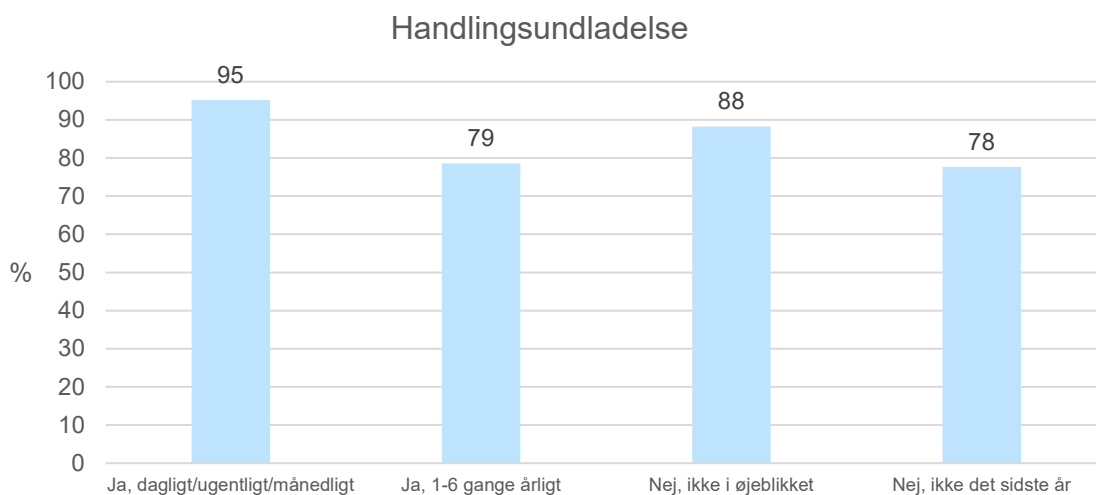
Handlingsundladelse (samlet) – opdelt på samlivsstatus



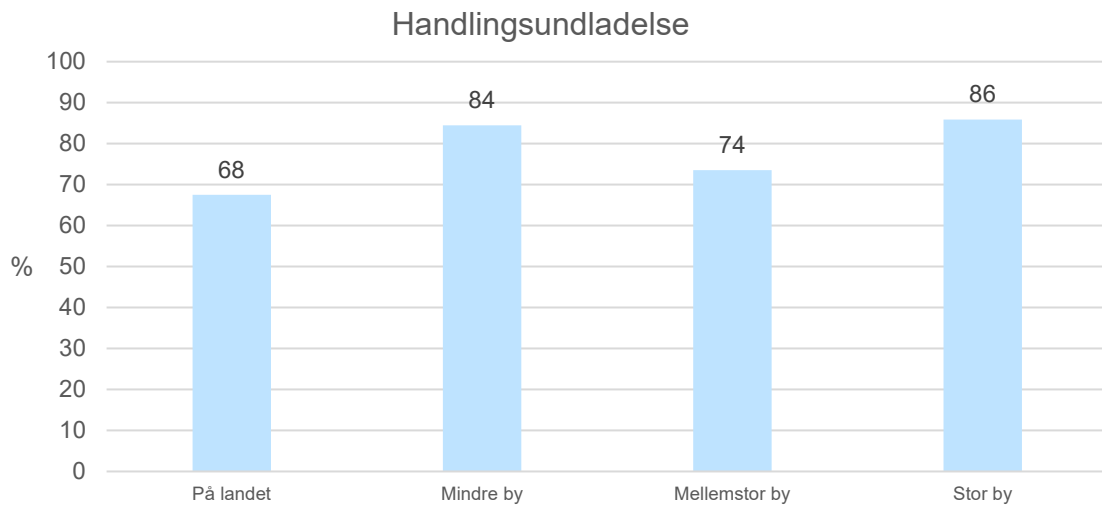
**Handlingsundladelse (samlet) – opdelt på om man er født i Danmark**



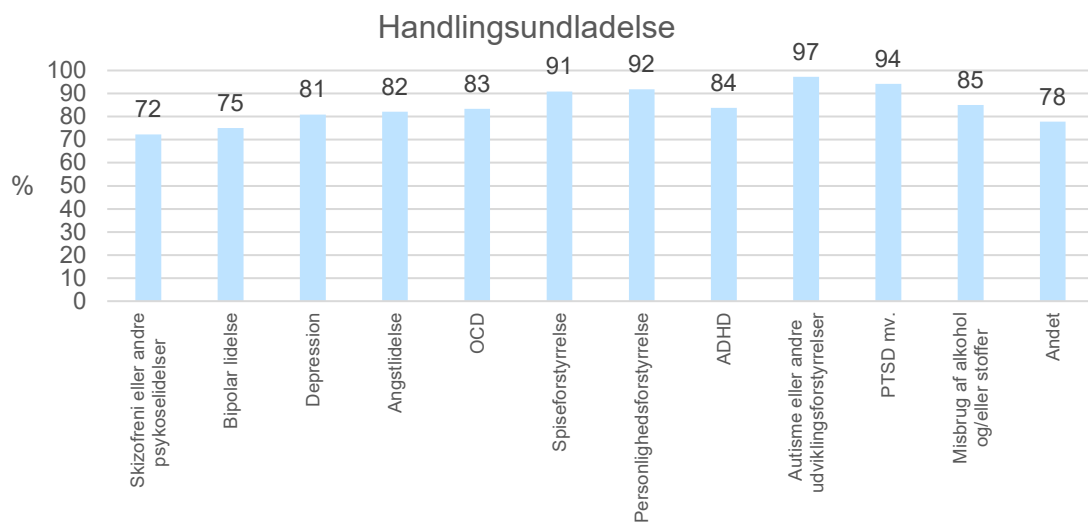
**Handlingsundladelse (samlet) – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



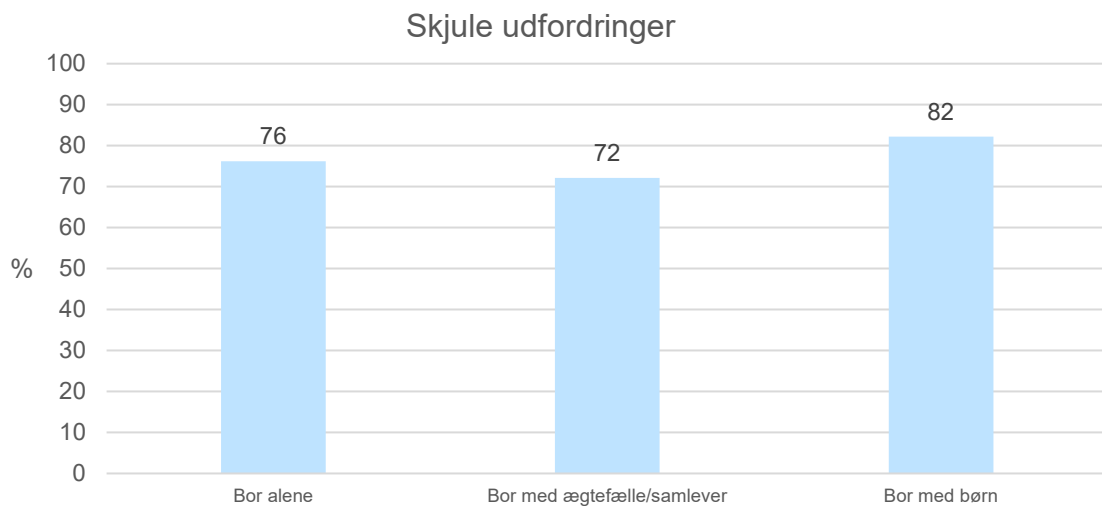
**Handlingsundladelse (samlet) – opdelt på om man bor i by eller på landet**



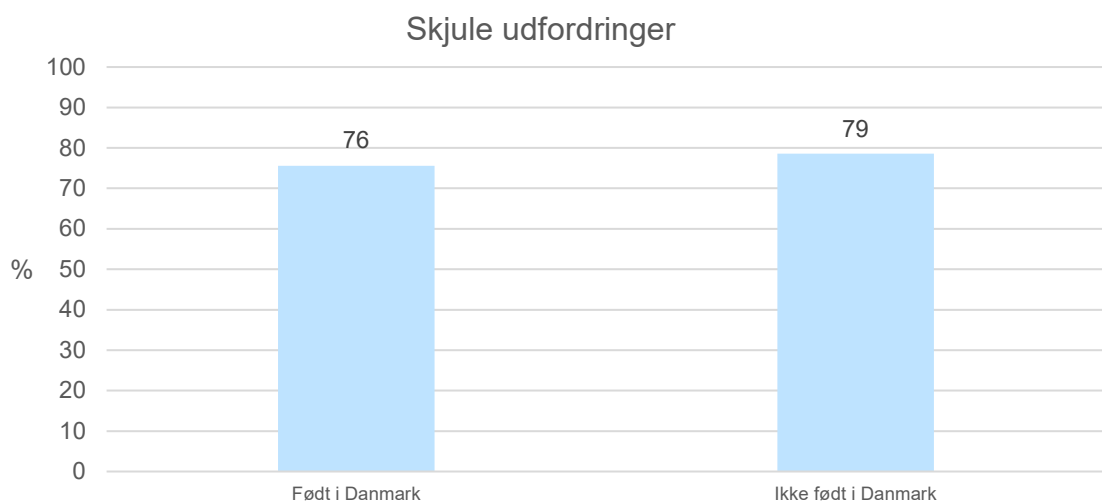
**Handlingsundladelse (samlet) – opdelt på diagnoser**



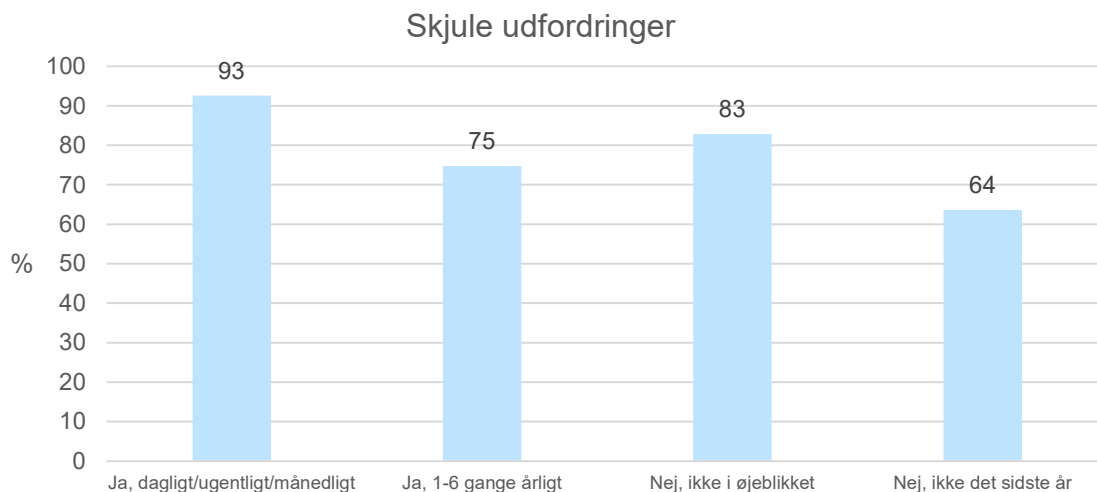
**Skjule udfordringer – opdelt på samlivsstatus**



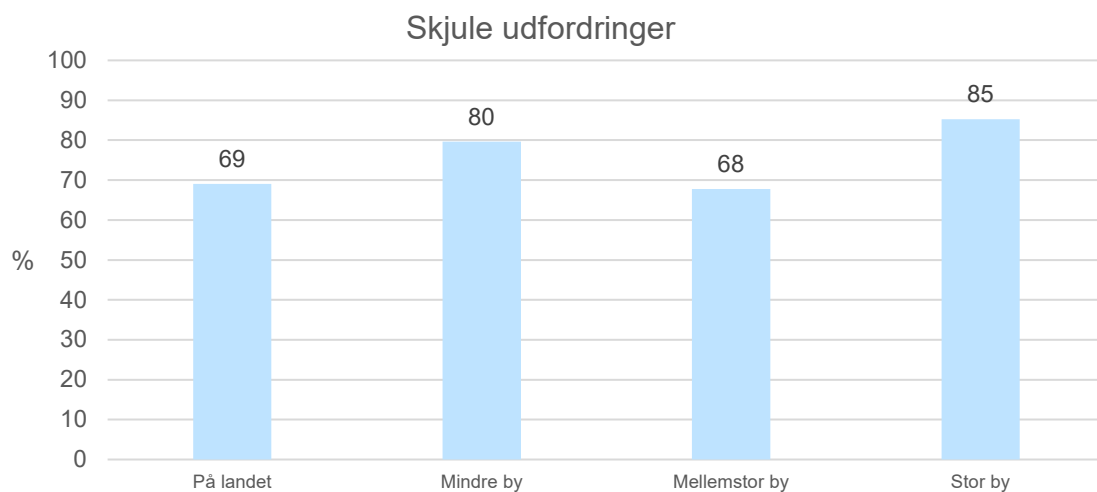
**Skjule udfordringer – opdelt på om man er født i Danmark**



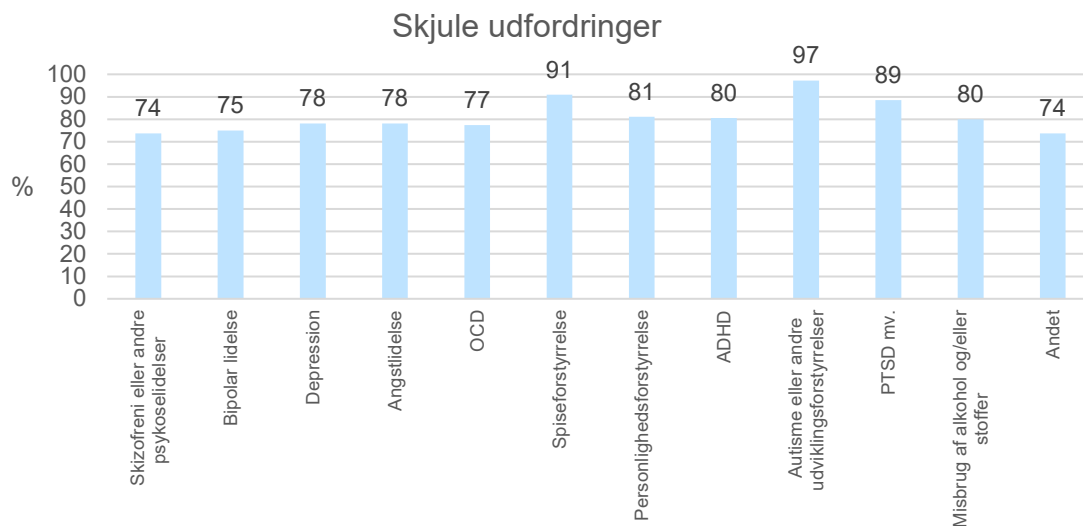
**Skjule udfordringer – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



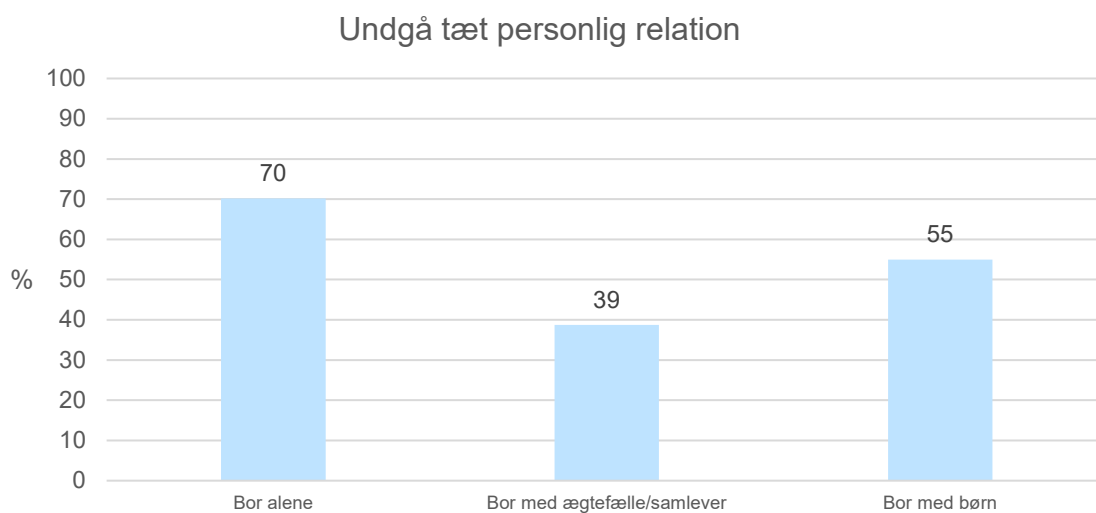
**Skjule udfordringer – opdelt på om man bor i by eller på landet**



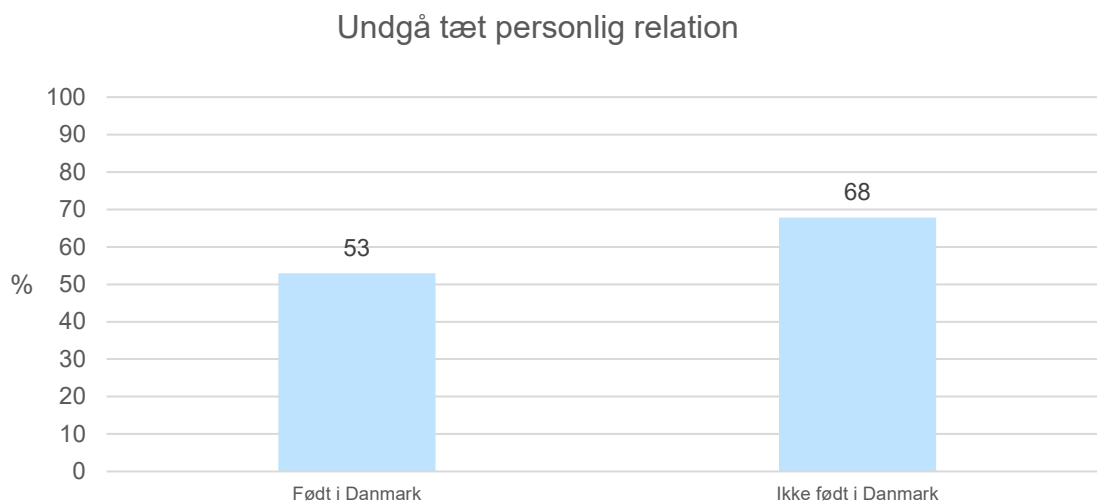
**Skjule udfordringer – opdelt på diagnoser**



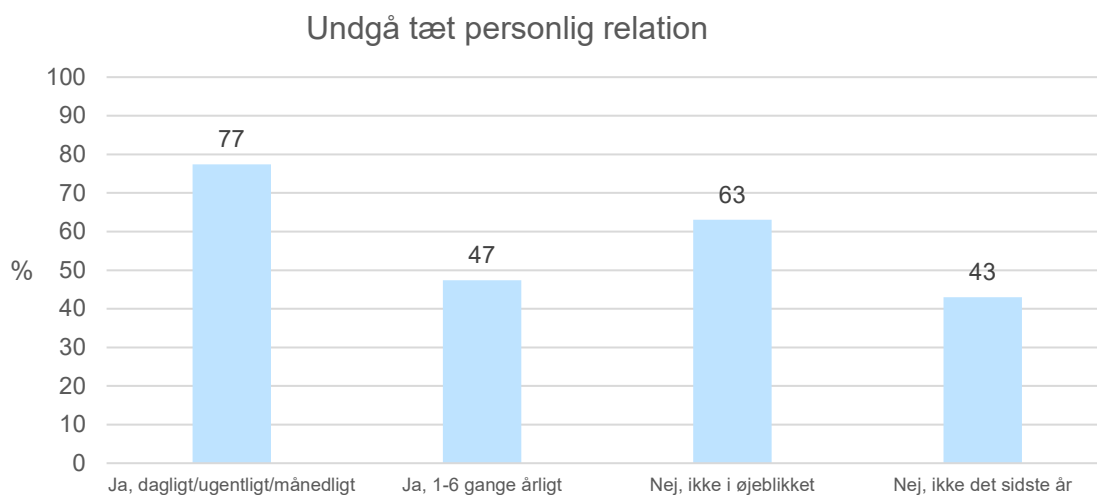
**Undgå tæt personlig relation – opdelt på samlivsstatus**



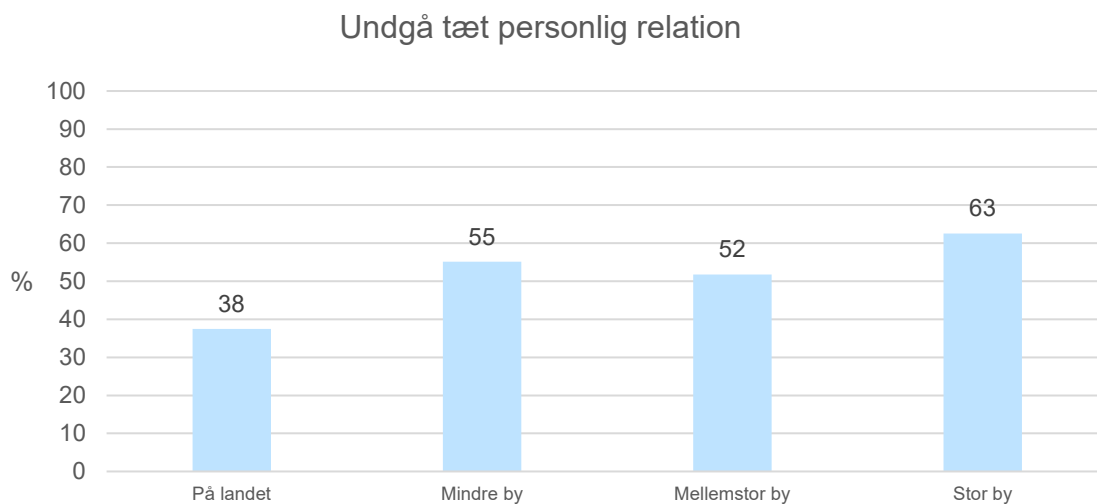
**Undgå tæt personlig relation – opdelt på om man er født i Danmark**



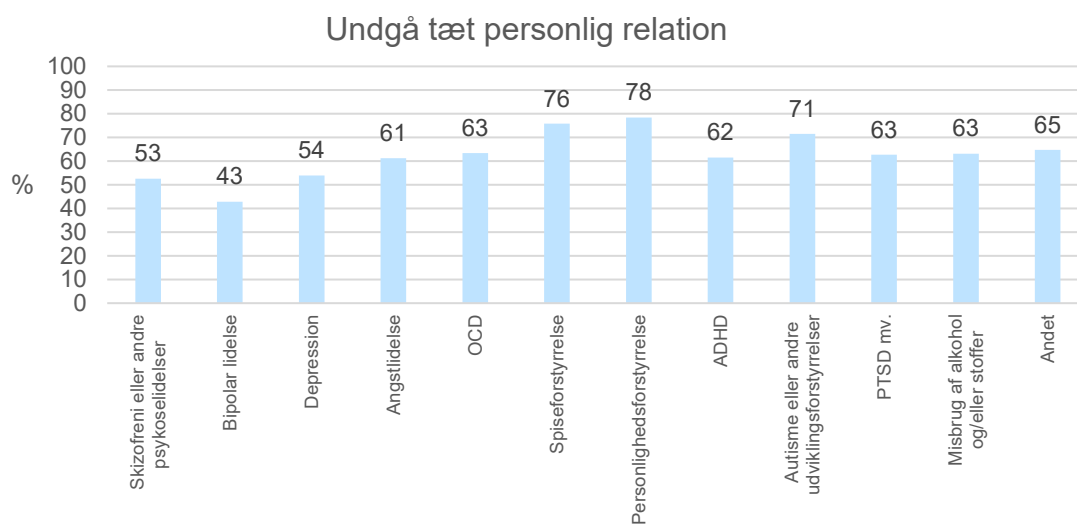
**Undgå tæt personlig relation – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



**Undgå tæt personlig relation – opdelt på om man bor i by eller på landet**

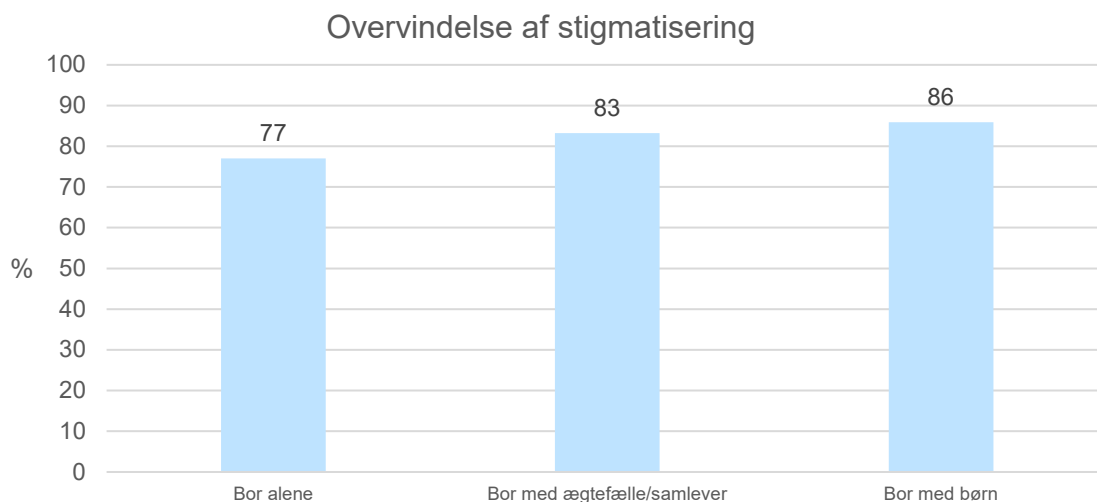


**Undgå tæt personlig relation – opdelt på diagnoser**

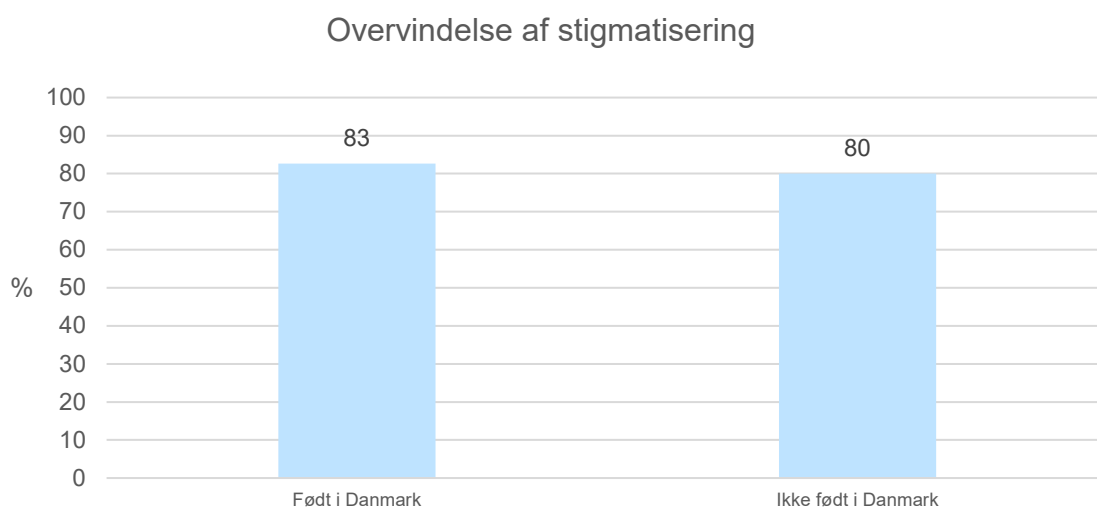


## Overvindelse af stigmatisering

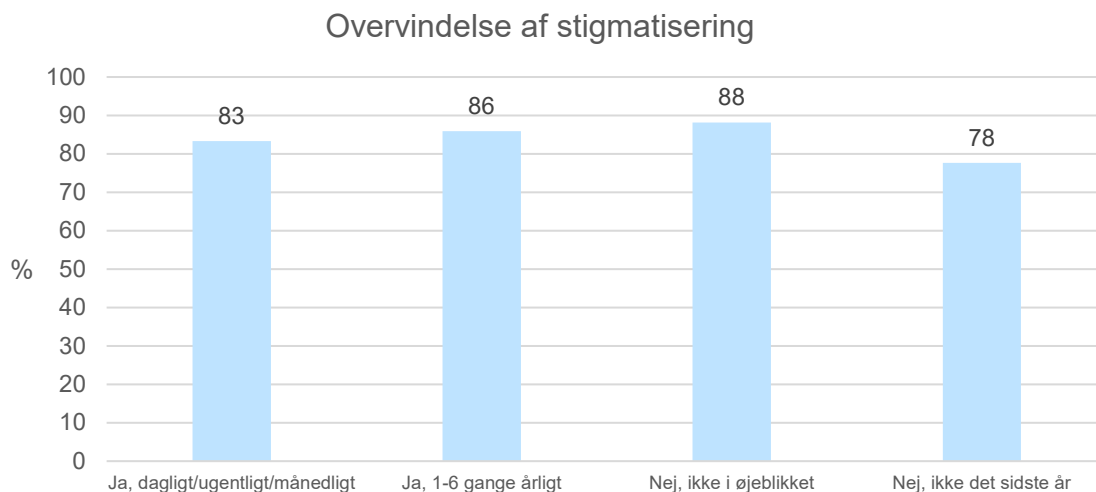
### Overvindelse af stigmatisering – opdelt på samlivsstatus



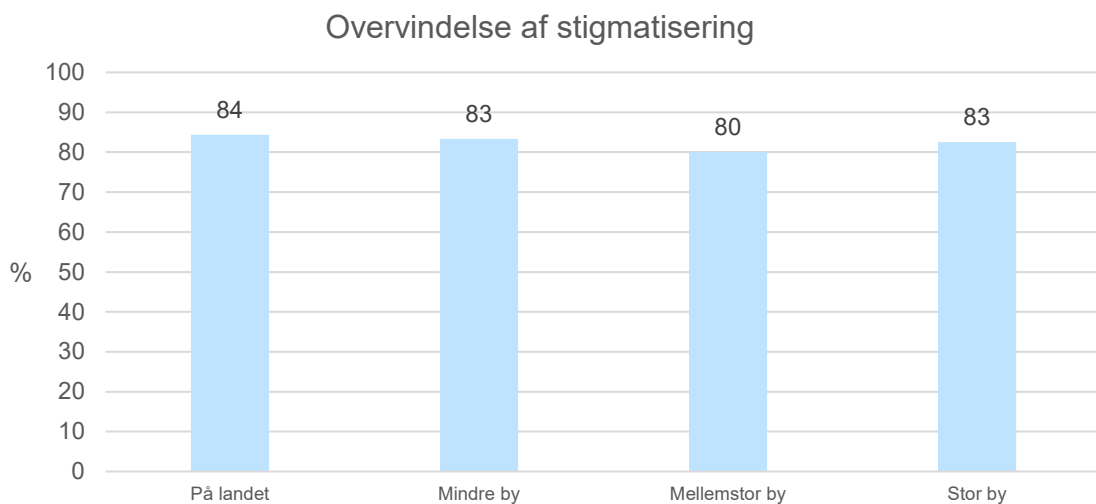
### Overvindelse af stigmatisering – opdelt på om man er født i Danmark



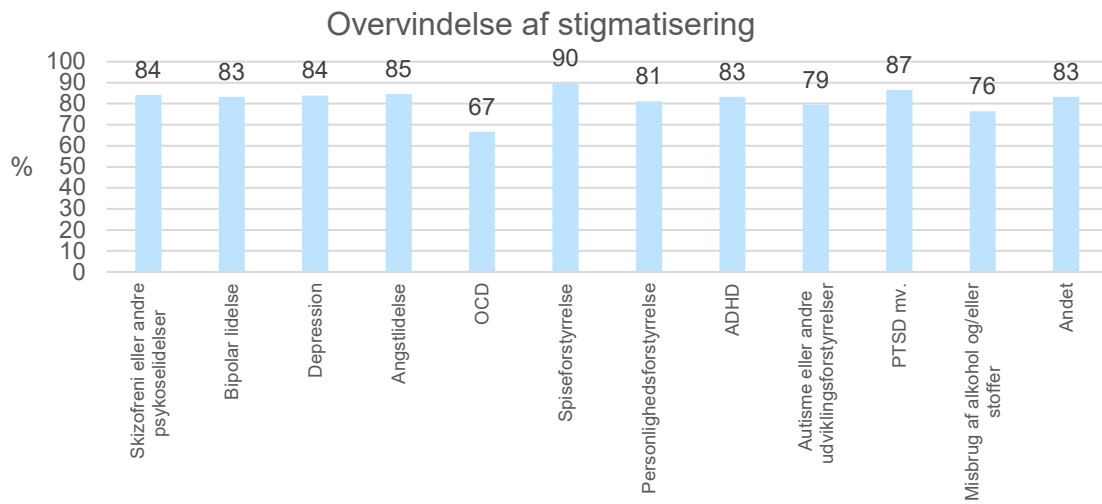
**Overvindelse af stigmatisering (samlet) – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



**Overvindelse af stigmatisering (samlet) – opdelt på om man bor i by eller på landet**

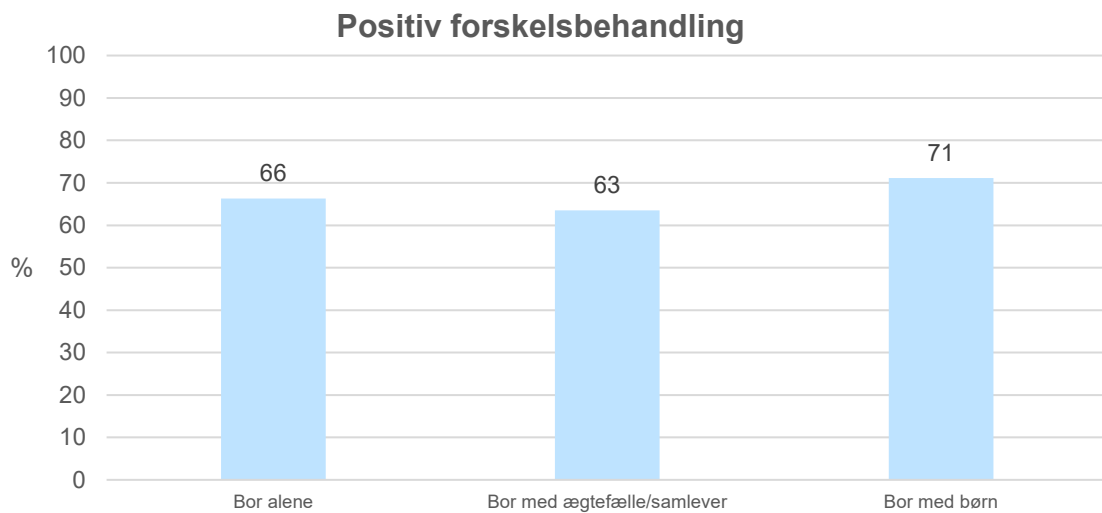


**Overvindelse af stigmatisering – opdelt på diagnoser**

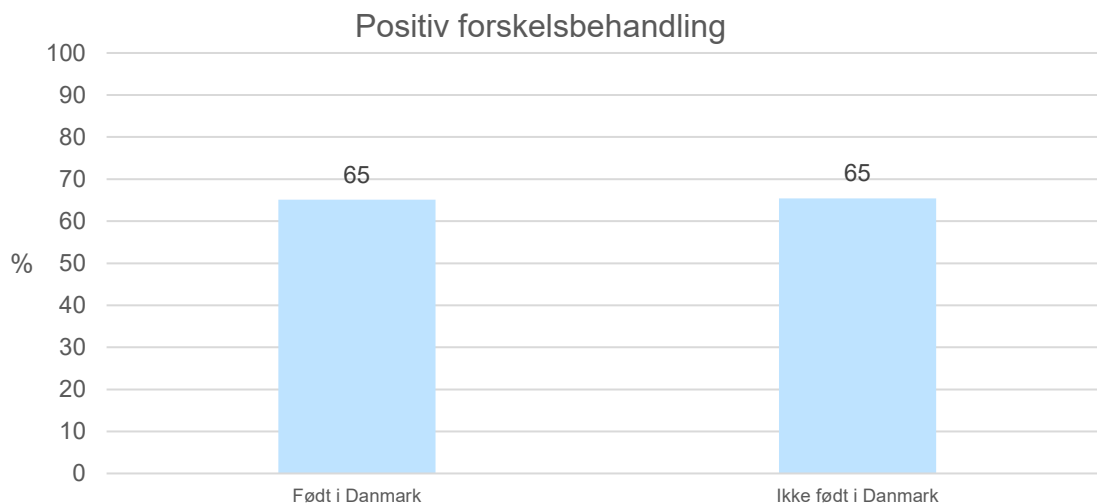


**Positiv Forskelsbehandling**

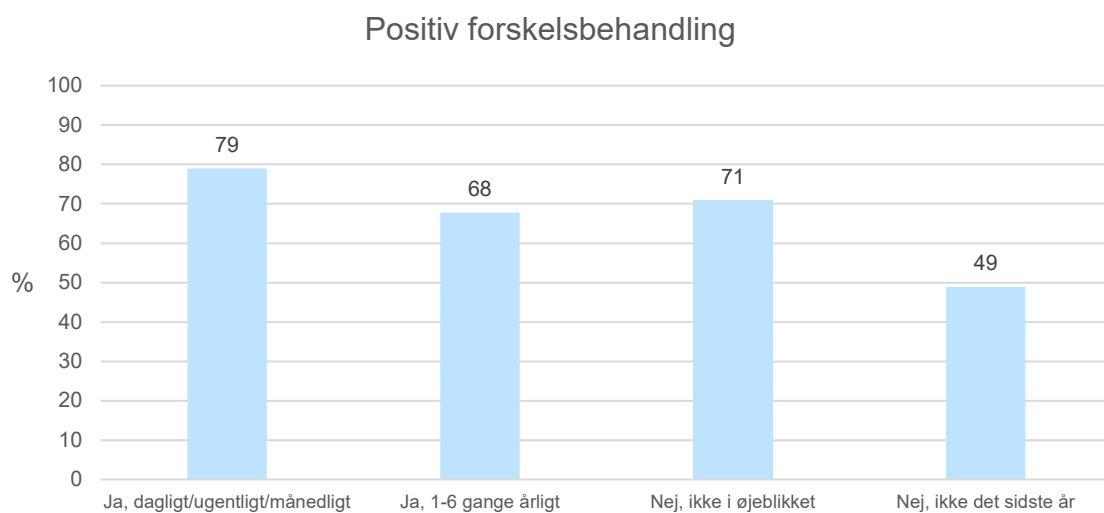
**Positiv forskelsbehandling (samlet) – opdelt på samlivsstatus**



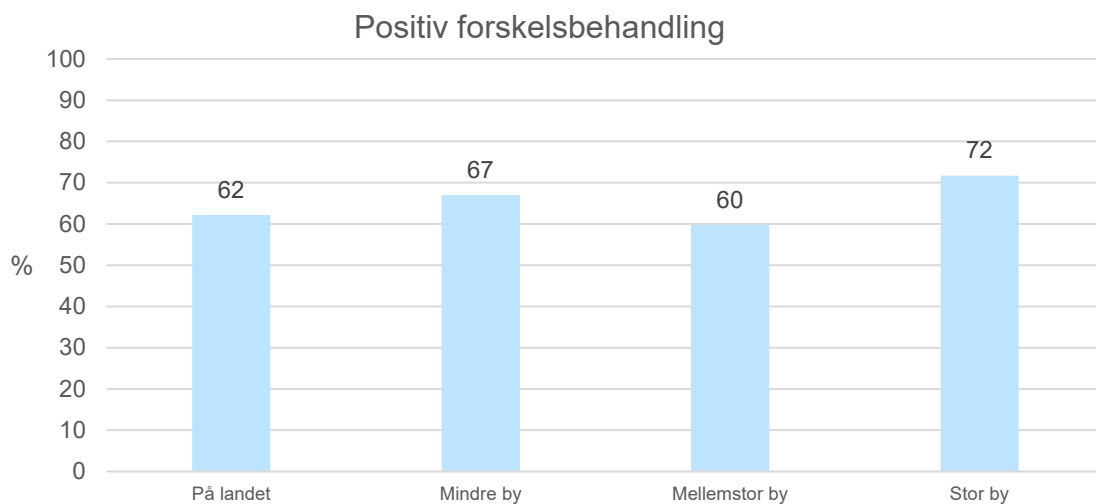
**Positiv forskelsbehandling (samlet) – opdelt på om man er født i Danmark**



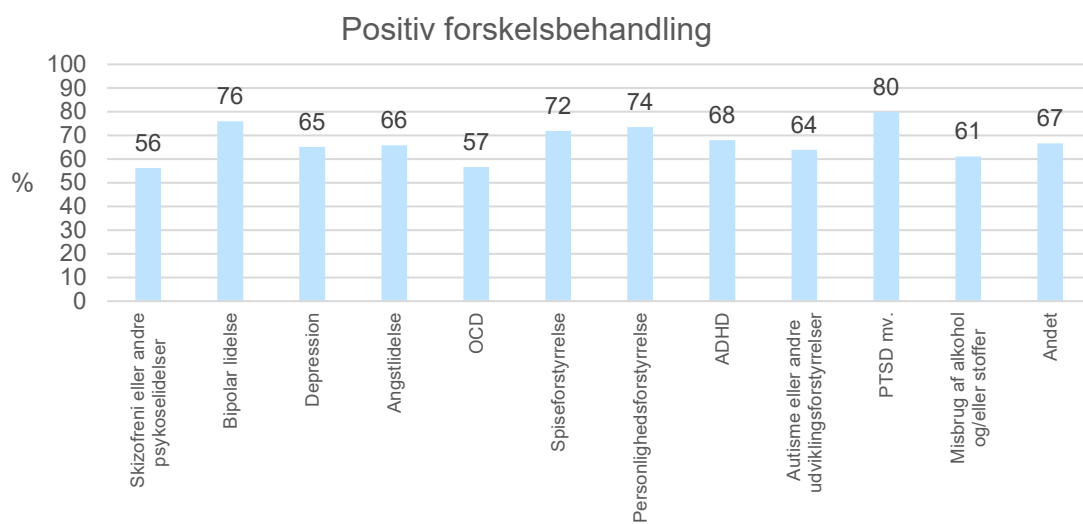
**Positiv forskelsbehandling (samlet) – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**

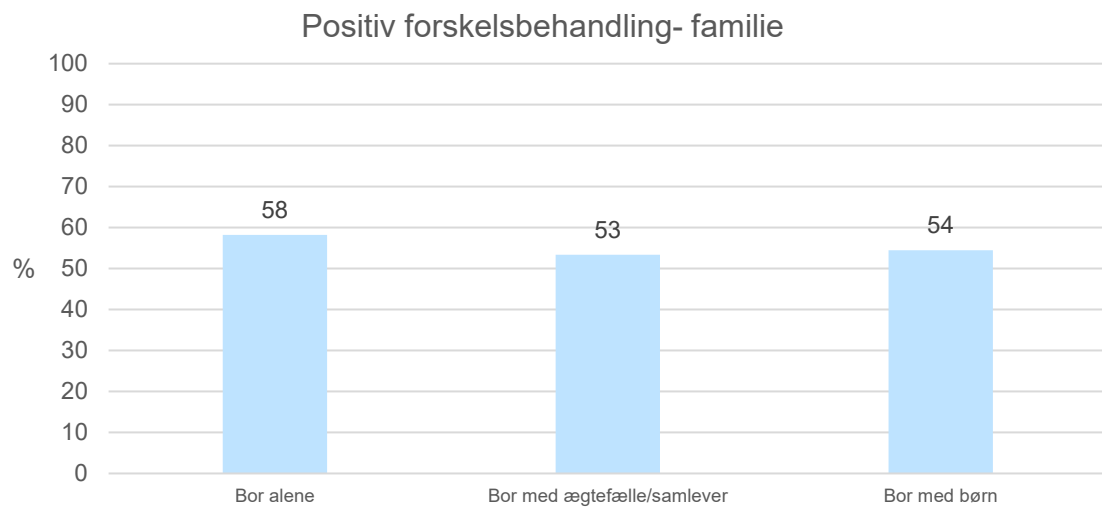
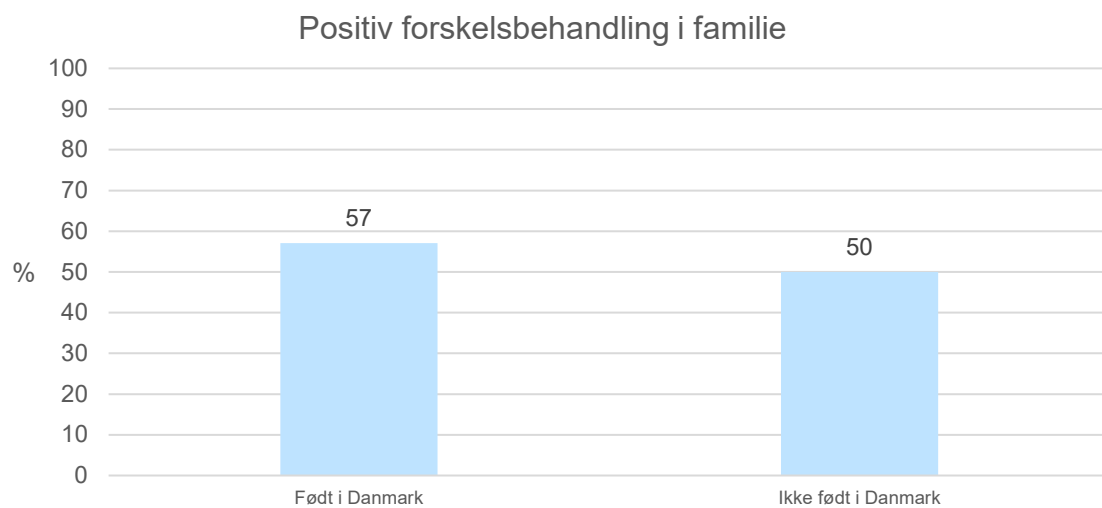


**Positiv forskelsbehandling (samlet) – opdelt på om man bor i by eller på landet**

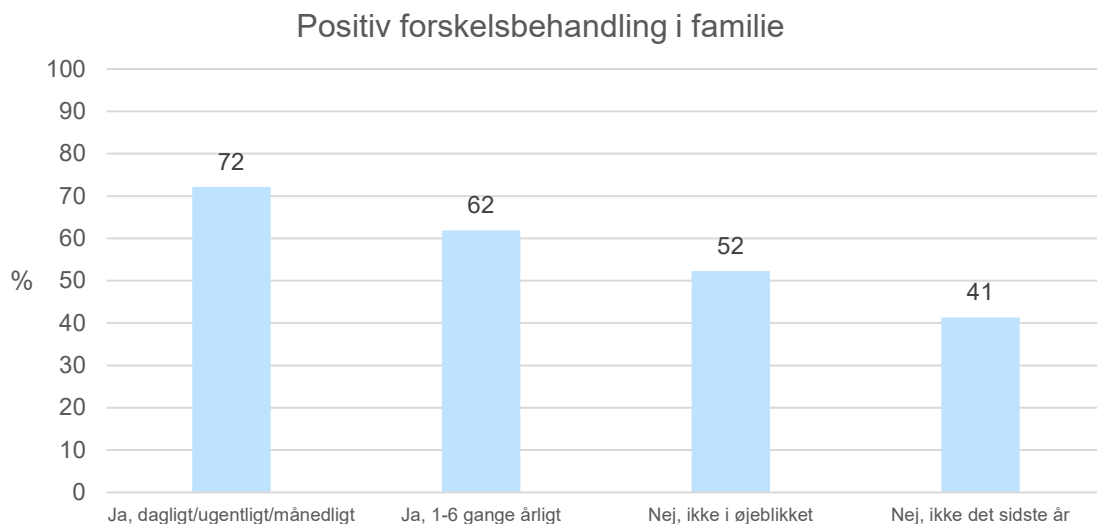


**Positiv forskelsbehandling (samlet) – opdelt på diagnoser**

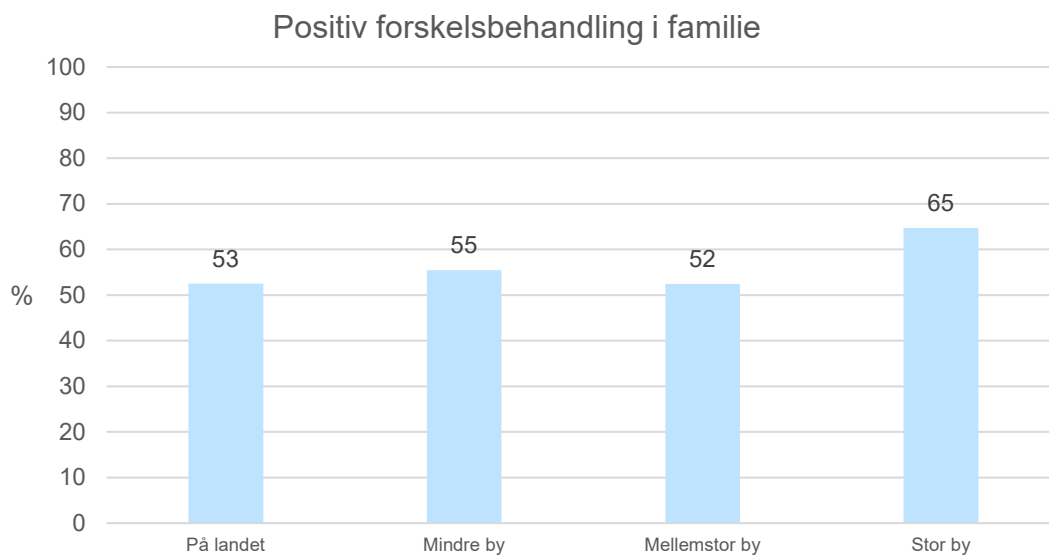


**Positiv forskelsbehandling i familie – opdelt på samlivsstatus****Positiv forskelsbehandling i familie – opdelt på om man er født i Danmark**

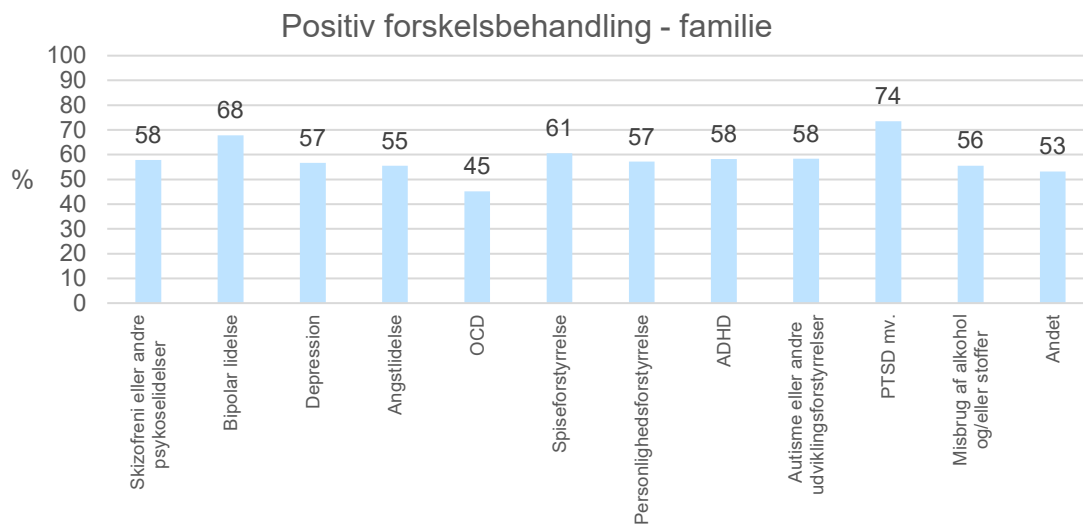
**Positiv forskelsbehandling i familie – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



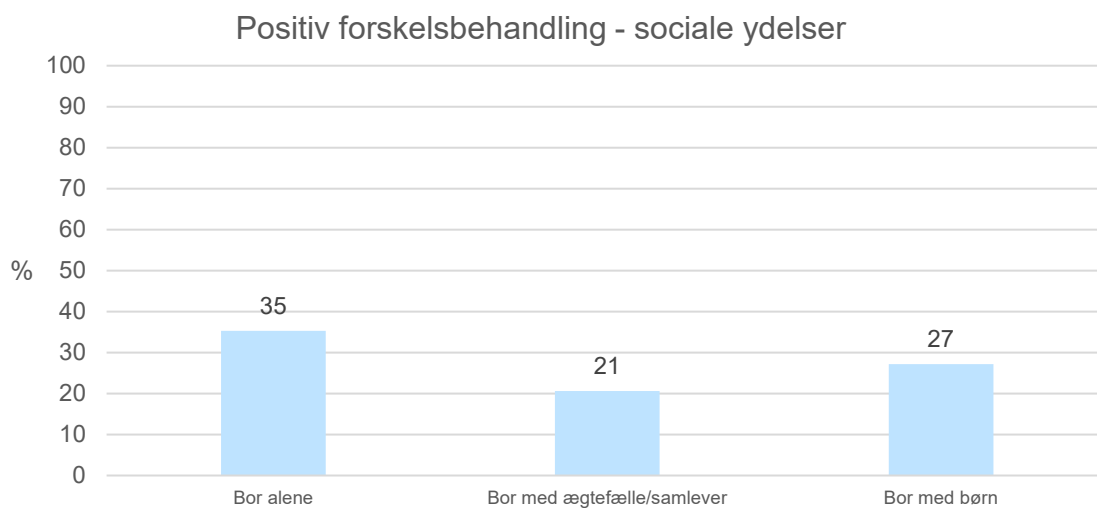
**Positiv forskelsbehandling i familie – opdelt på om man bor i by eller på landet**



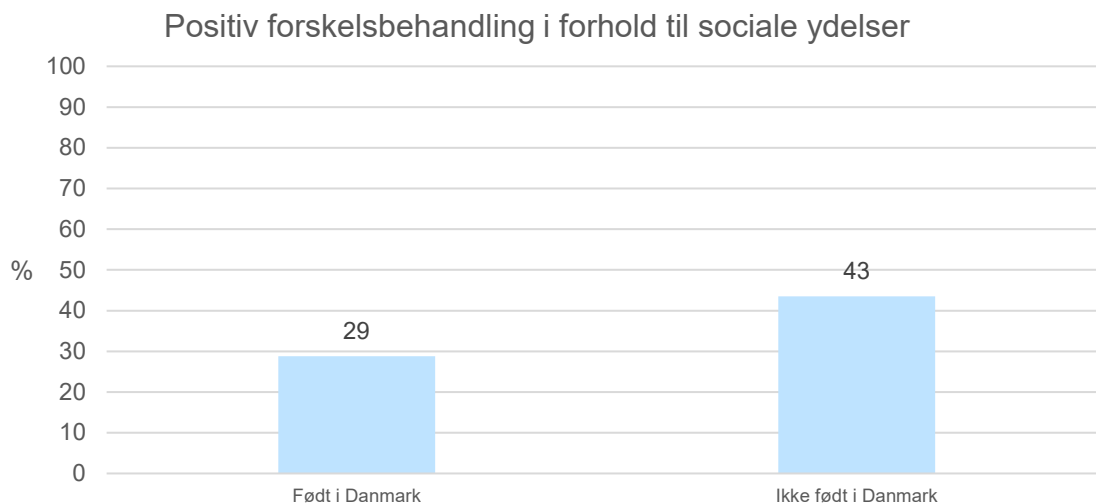
**Positiv forskelsbehandling i familie – opdelt på diagnoser**



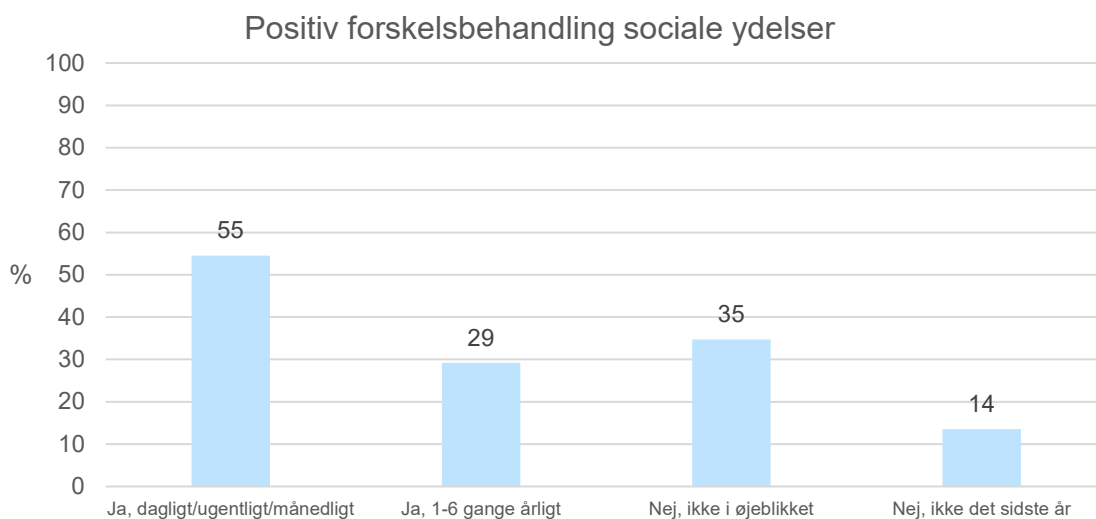
**Positiv forskelsbehandling i forhold til sociale ydelser – opdelt på samlivsstatus**



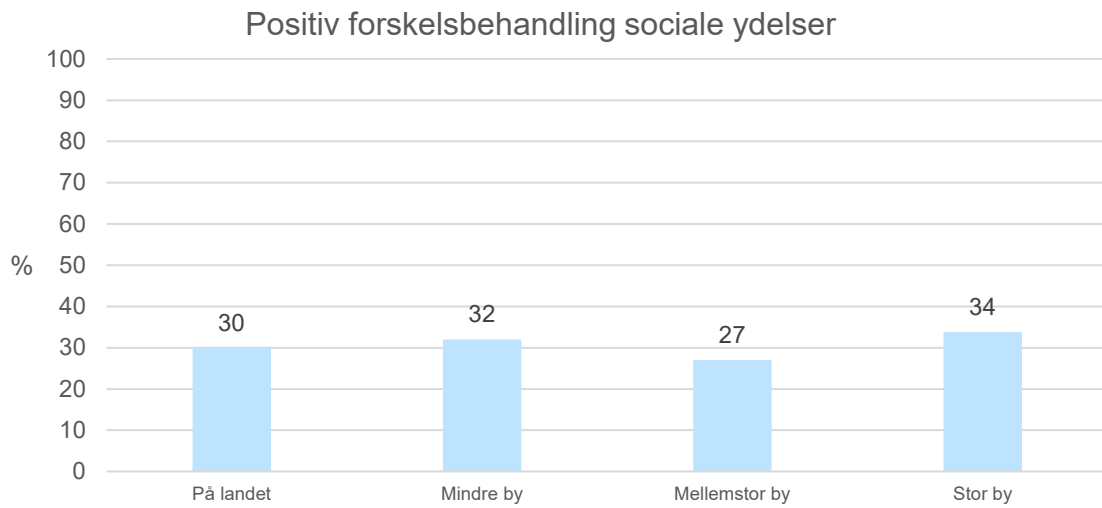
**Positiv forskelsbehandling i forhold til sociale ydelser – opdelt på om man er født i Danmark**



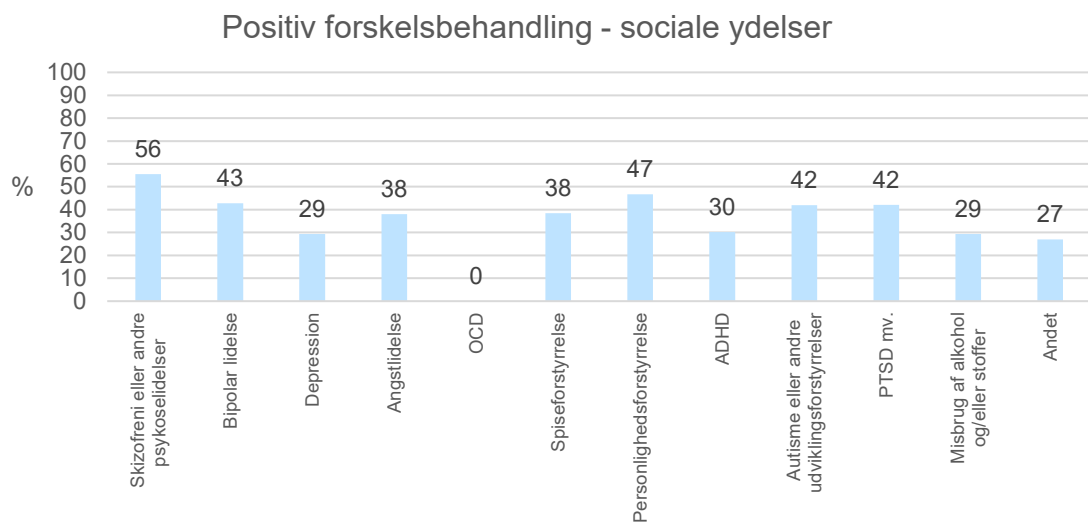
**Positiv forskelsbehandling i forhold til sociale ydelser – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



**Positiv forskelsbehandling i forhold til sociale ydelser – opdelt på om man bor i by eller på landet**

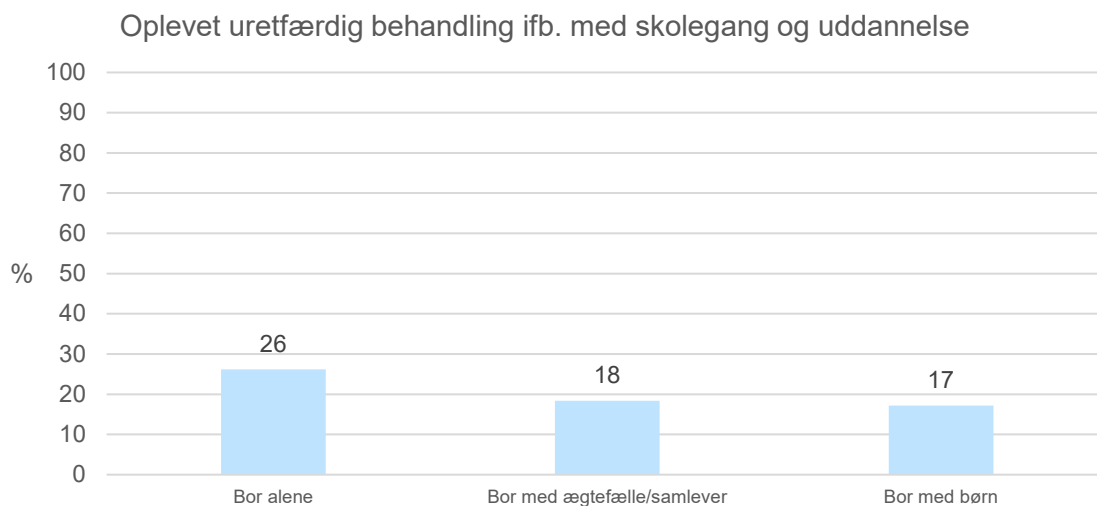


**Positiv forskelsbehandling i forhold til sociale ydelser – opdelt på diagnoser**

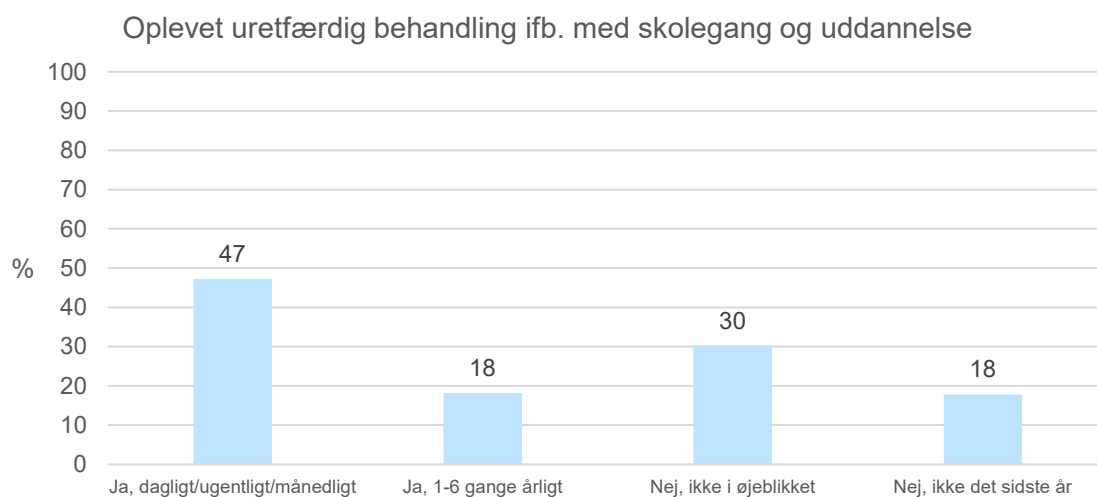


## Fokusområde: Arbejdsmarkedet

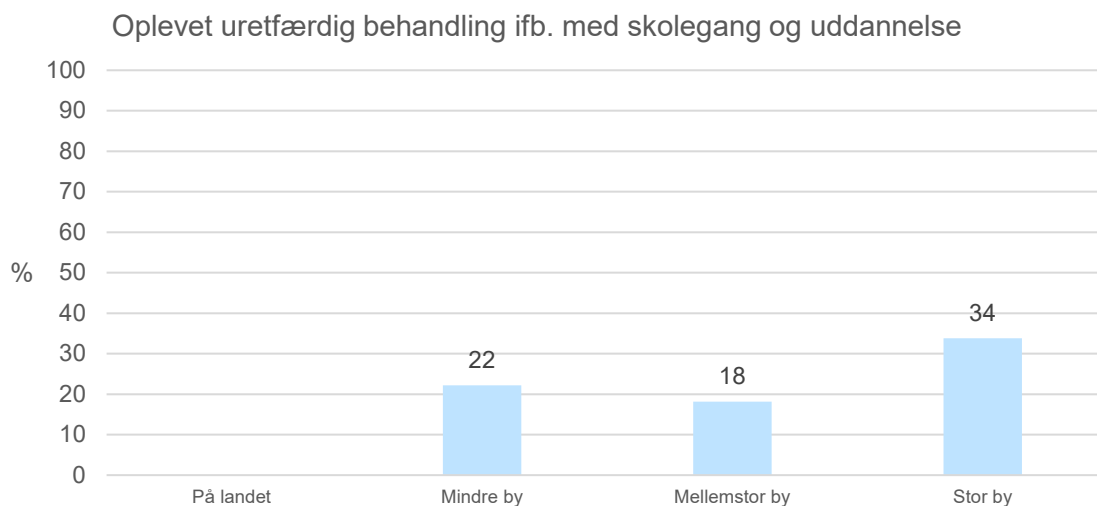
Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med skolegang, efteruddannelse eller anden uddannelse – opdelt på samlivsstatus



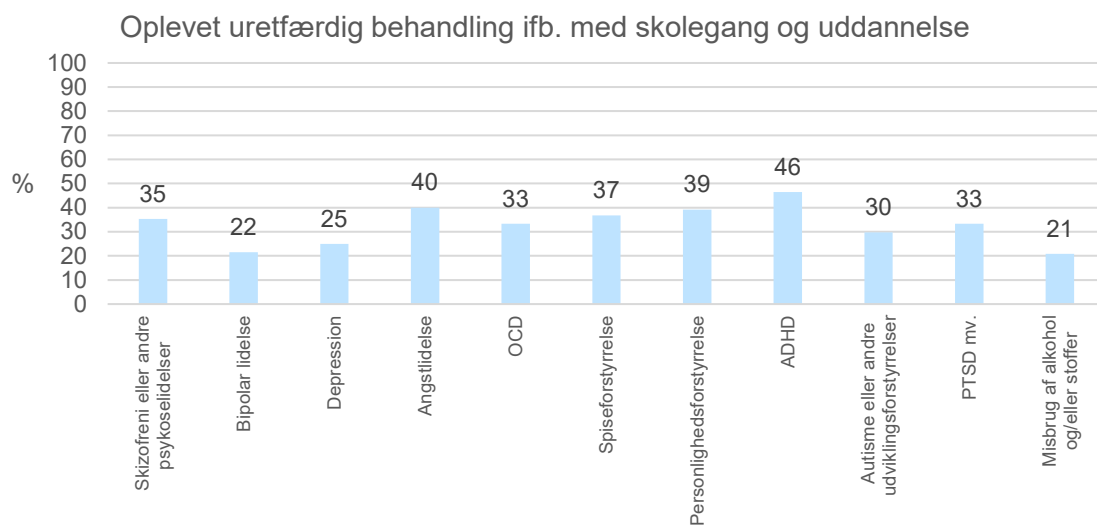
Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med skolegang, efteruddannelse eller anden uddannelse – opdelt på kontakt til behandlingssystemet



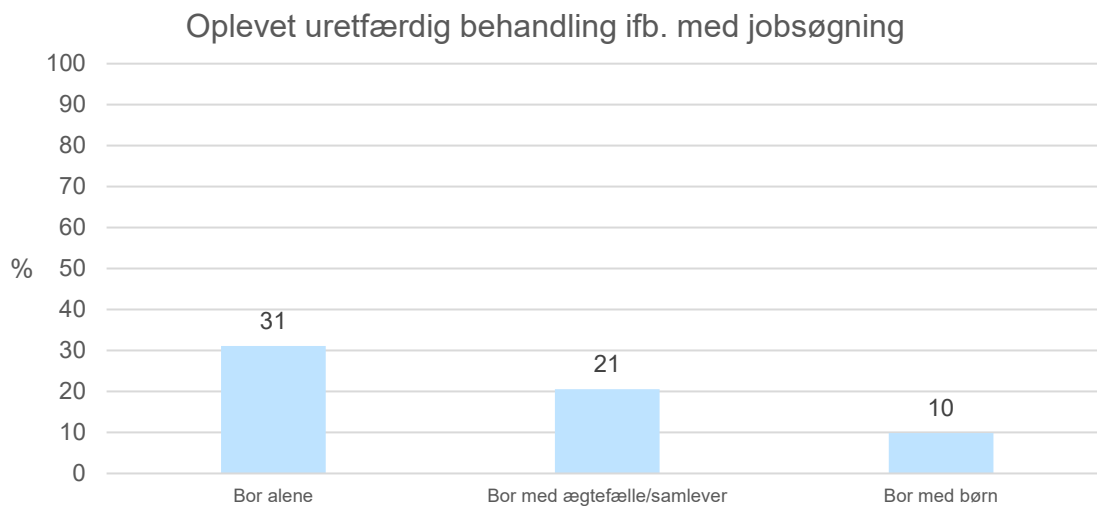
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med skolegang, efteruddannelse eller anden uddannelse – opdelt på om man bor i by eller på landet**



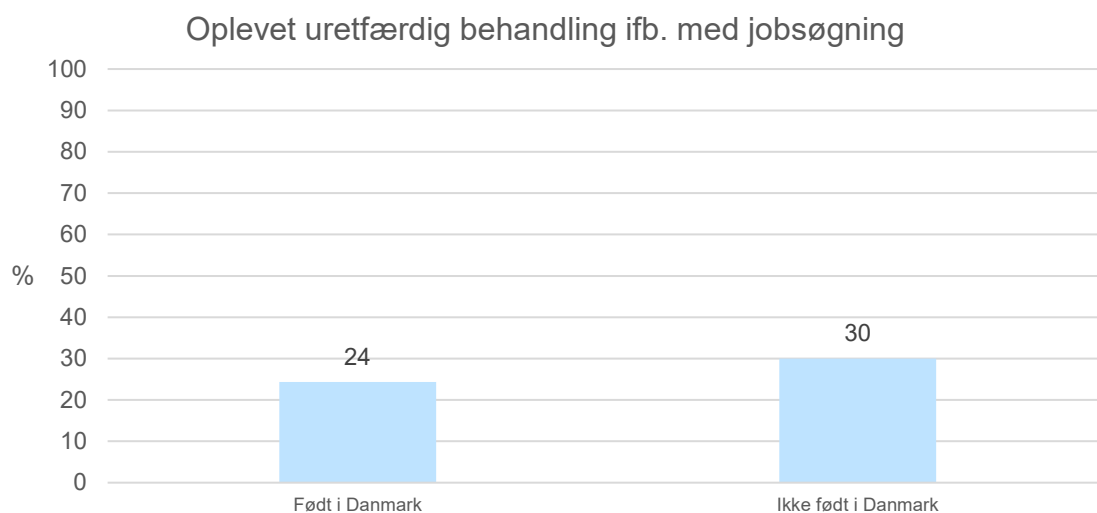
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med skolegang, efteruddannelse eller anden uddannelse – opdelt på diagnose**



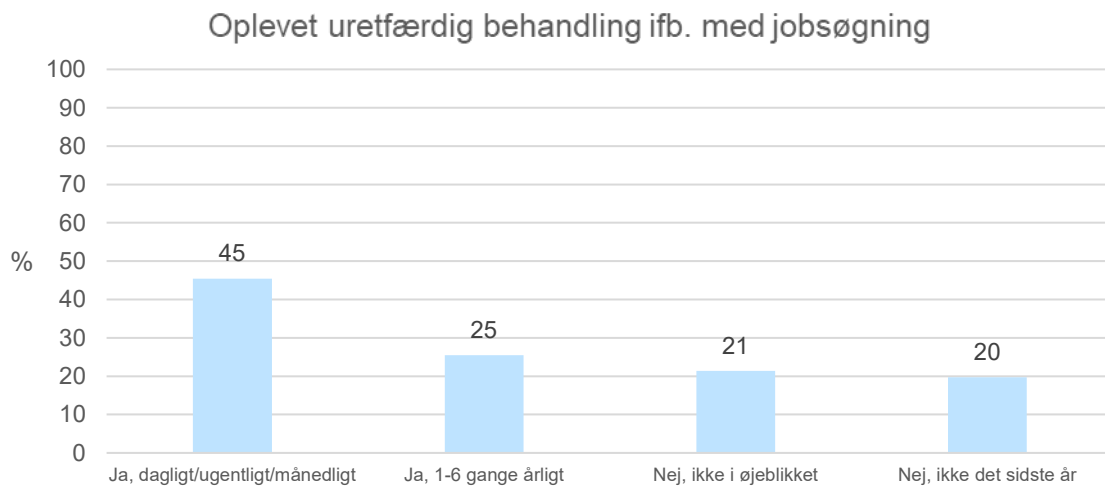
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med jobsøgning – opdelt på samlivsstatus**



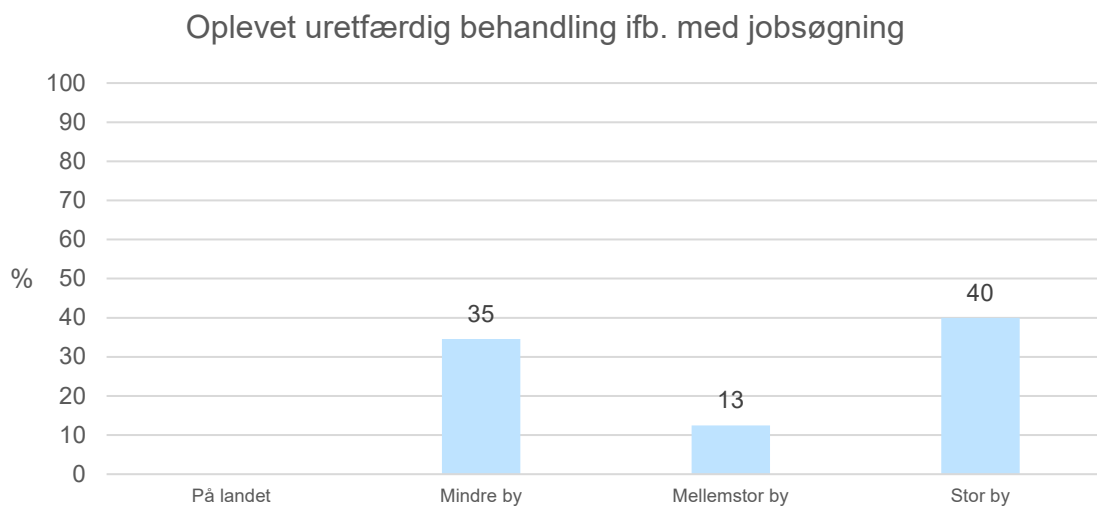
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med jobsøgning - opdelt på om man er født i Danmark**



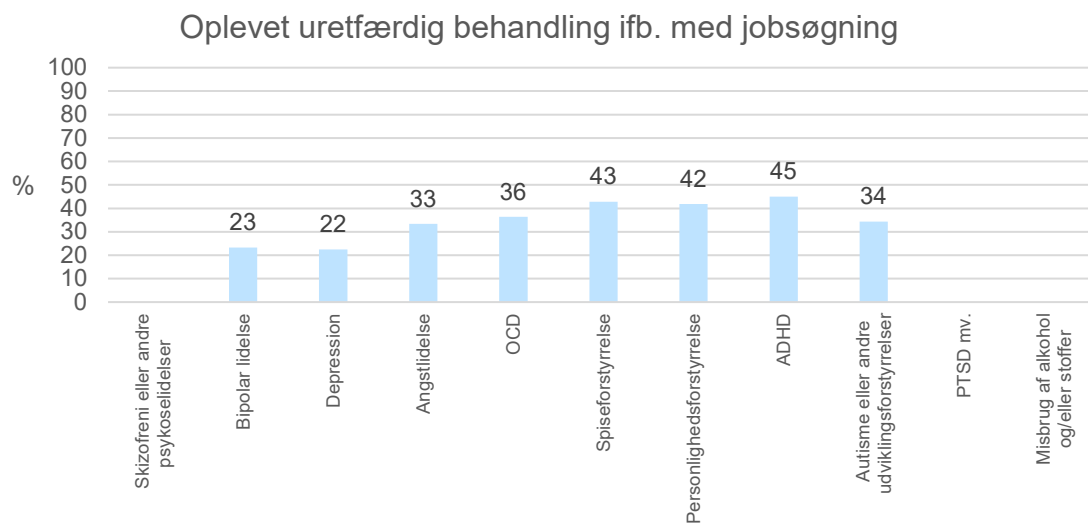
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med jobsøgning – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



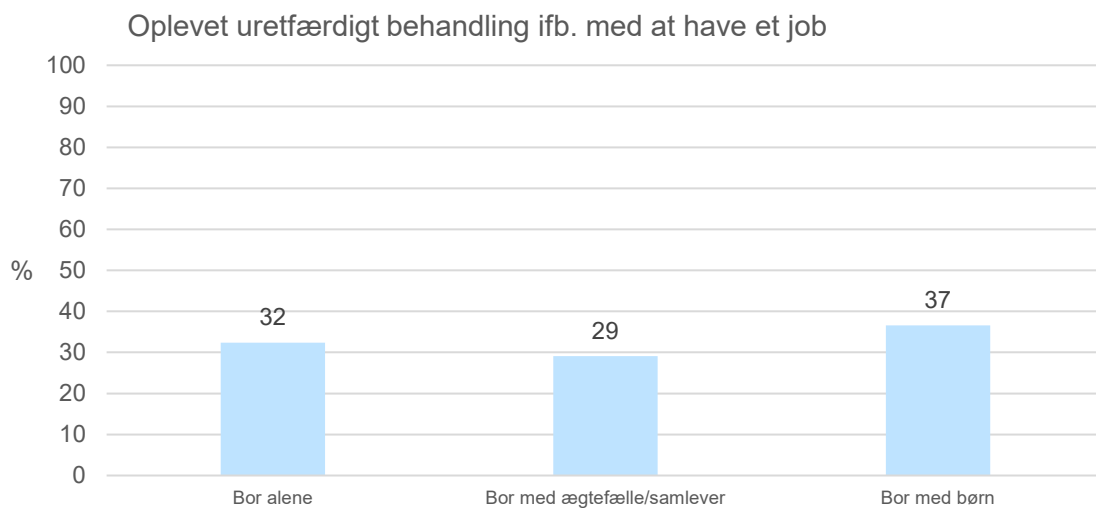
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med jobsøgning – opdelt på om man bor i by eller på landet**



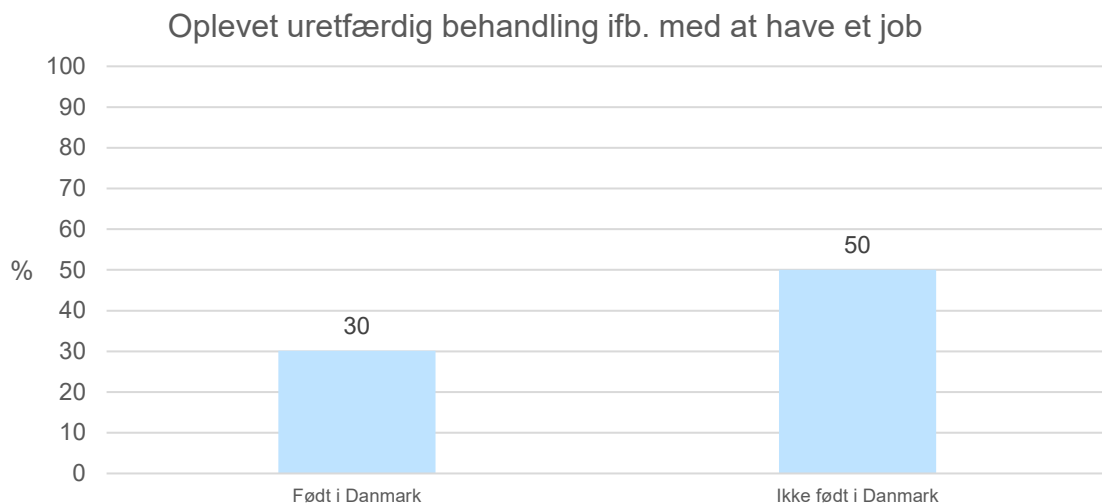
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med jobsøgning – opdelt på diagnoser**



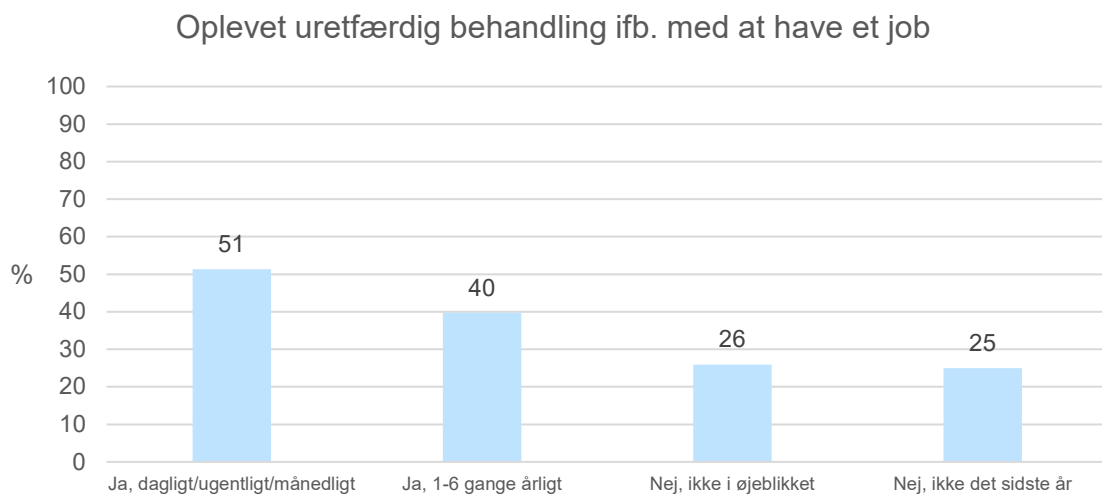
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med at have et job – opdelt på samlivsstatus**



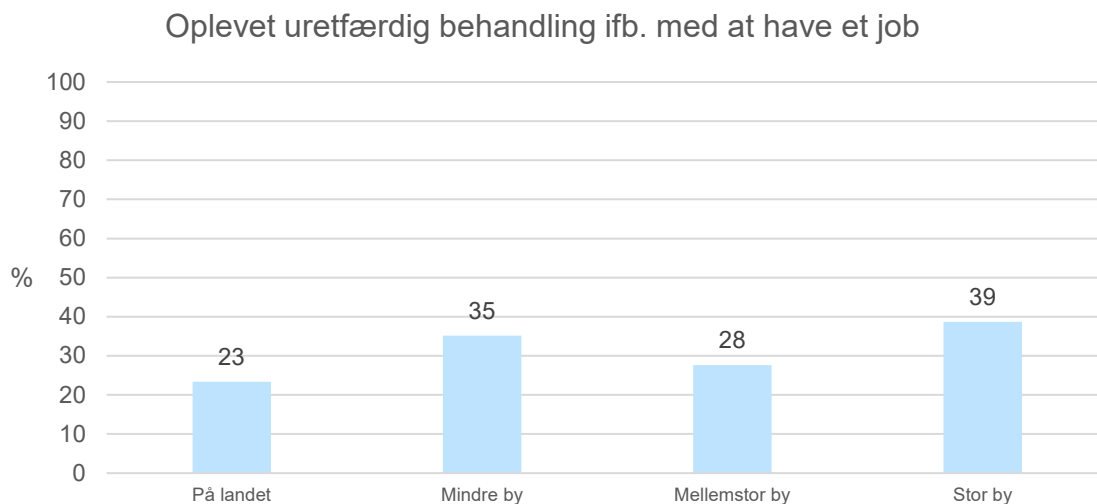
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med at have et job – opdelt på om man er født i Danmark**



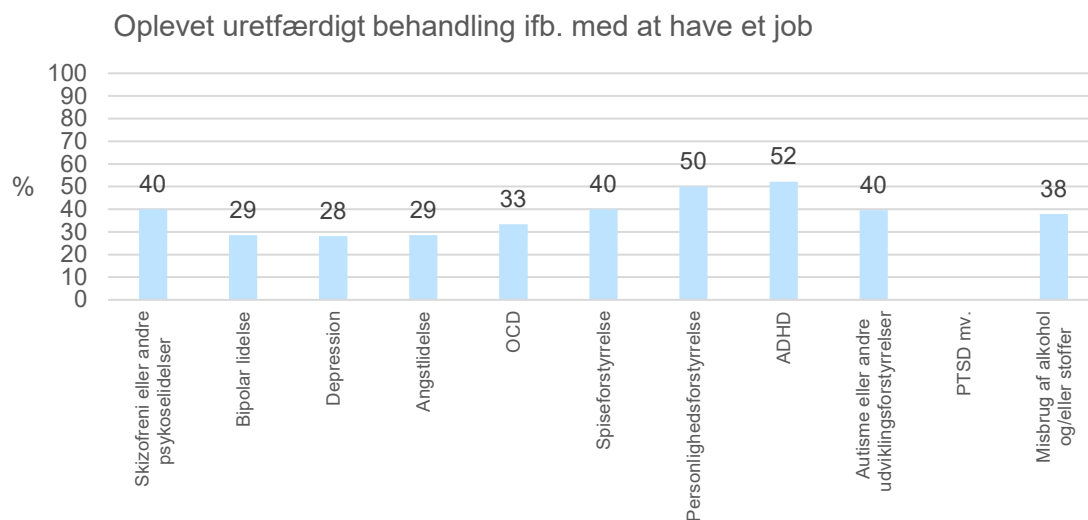
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med at have et job – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



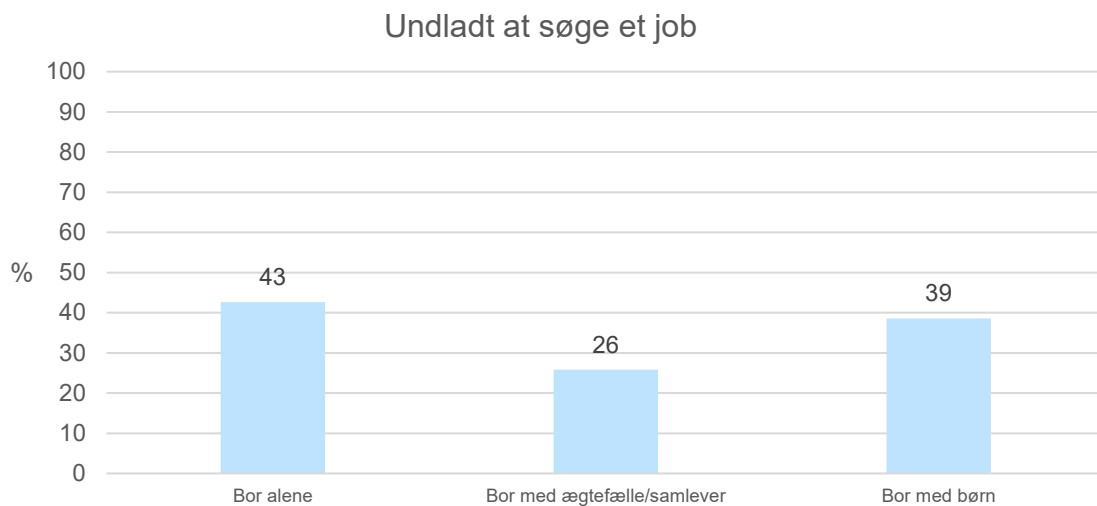
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med at have et job – opdelt på om man bor i by eller på landet**



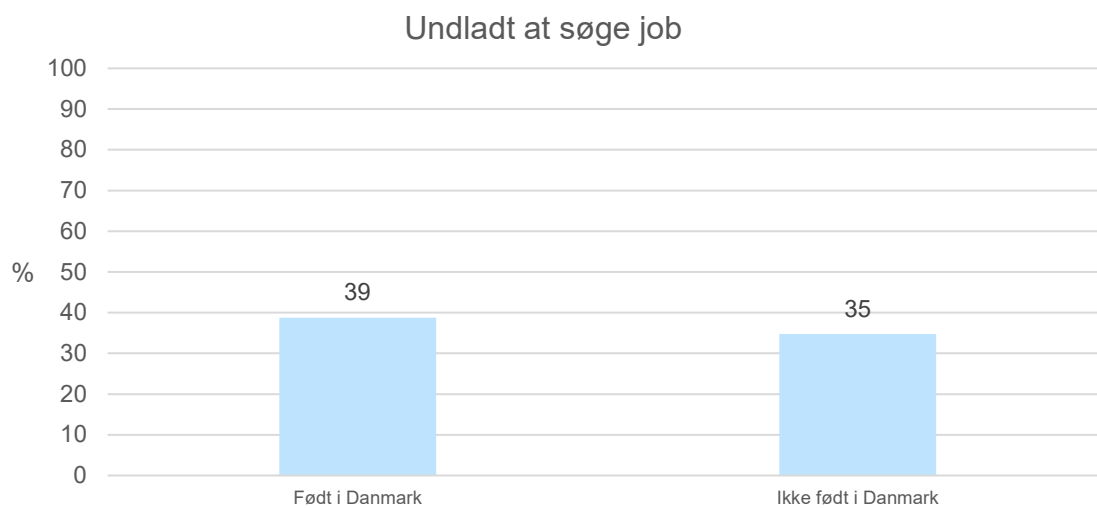
**Oplevet uretfærdigt behandling i forbindelse med at have et job – opdelt på diagnoser**



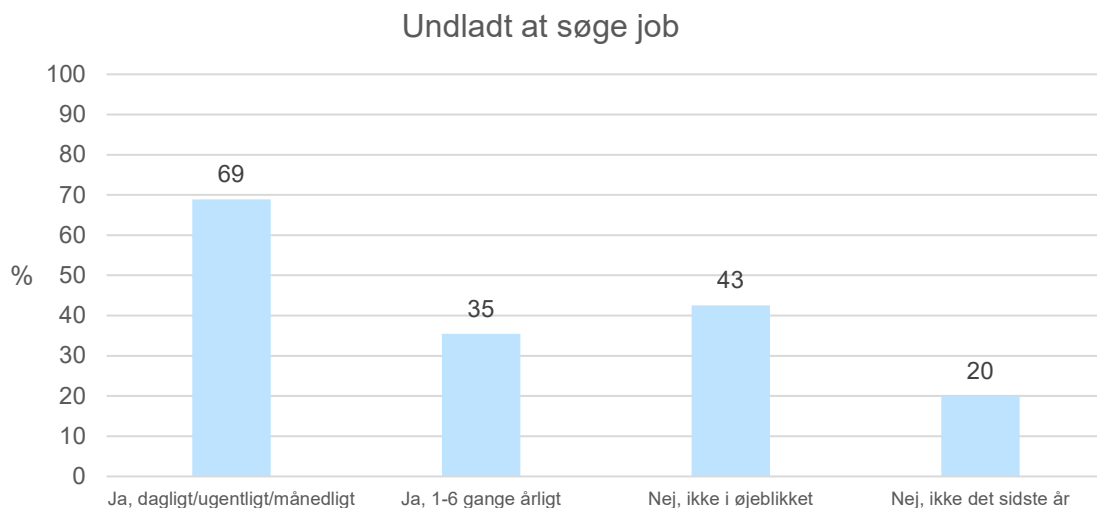
**Har du undladt at søge et job – opdelt på samlivsstatus**



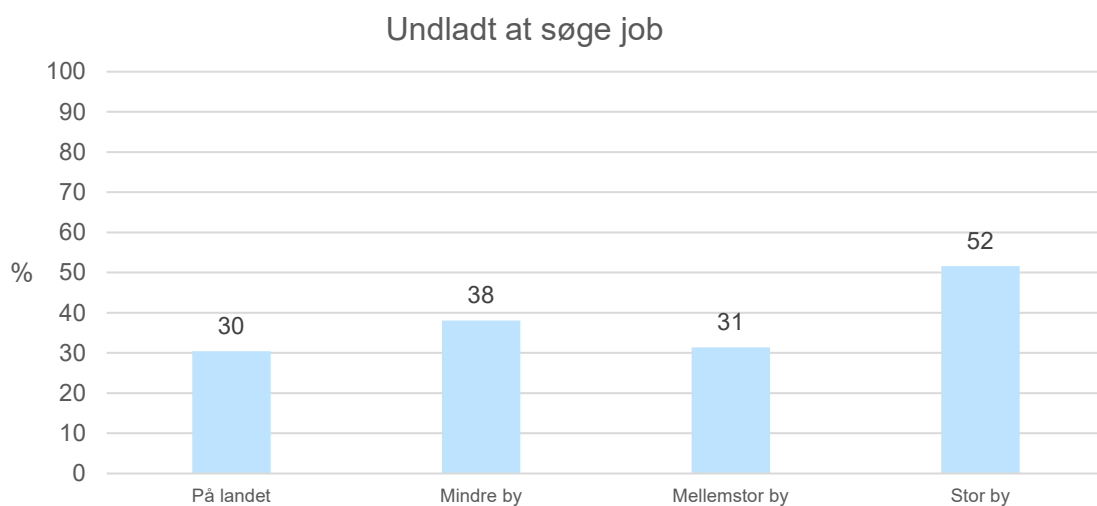
**Har du undladt at søge et job – opdelt på om man er født i Danmark**



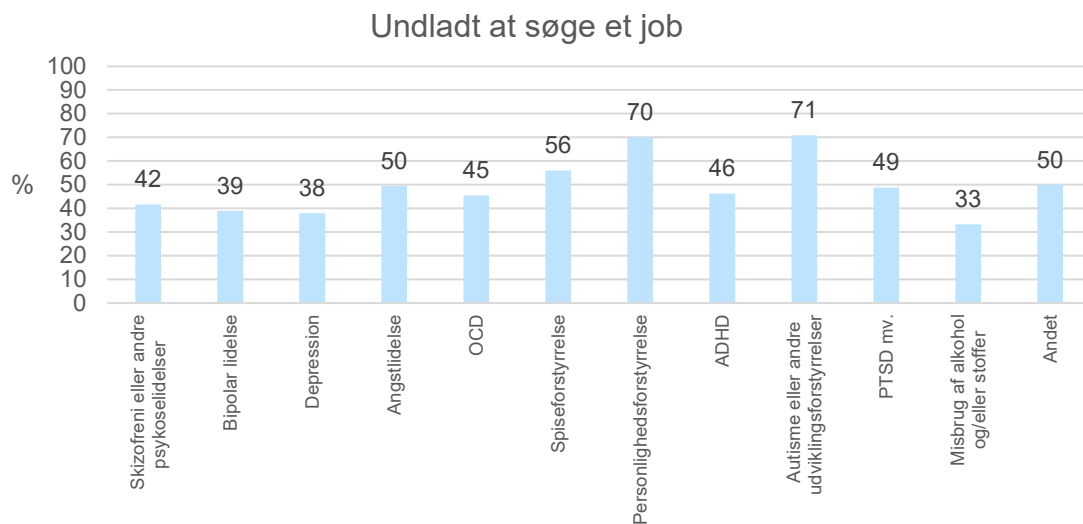
**Har du undladt at søge et job – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



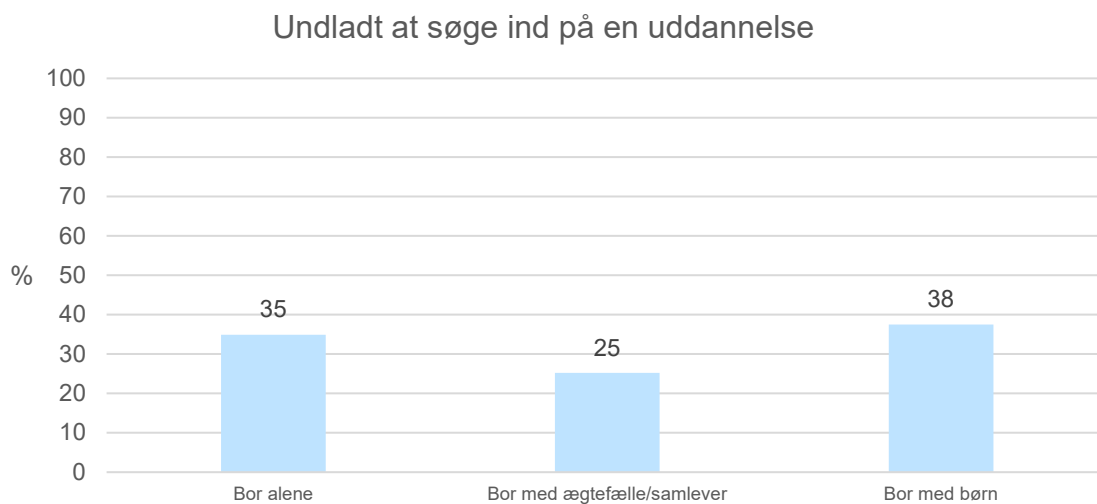
**Har du undladt at søge et job – opdelt på om man bor i by eller på landet**



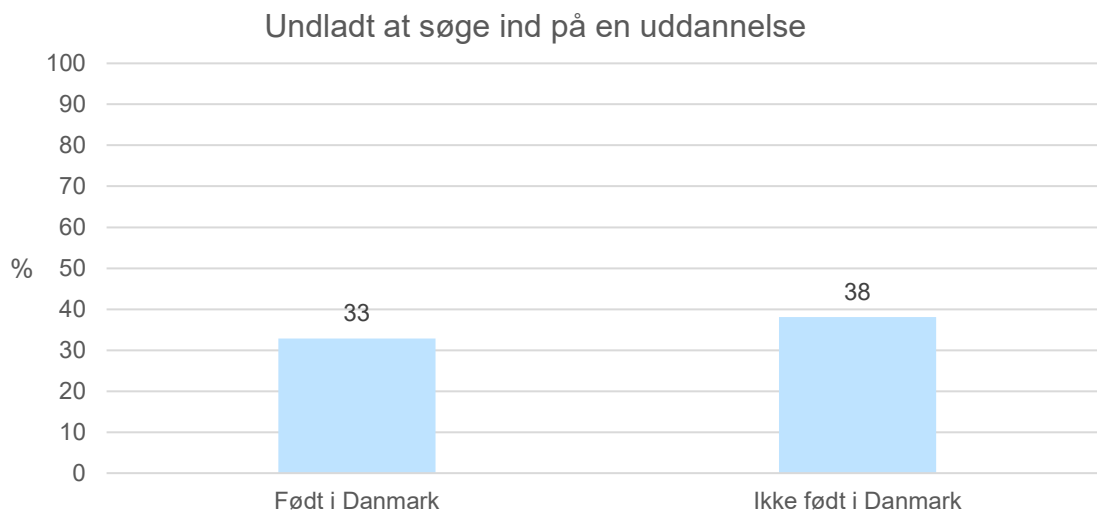
**Har du undladt at søge et job – opdelt på diagnoser**



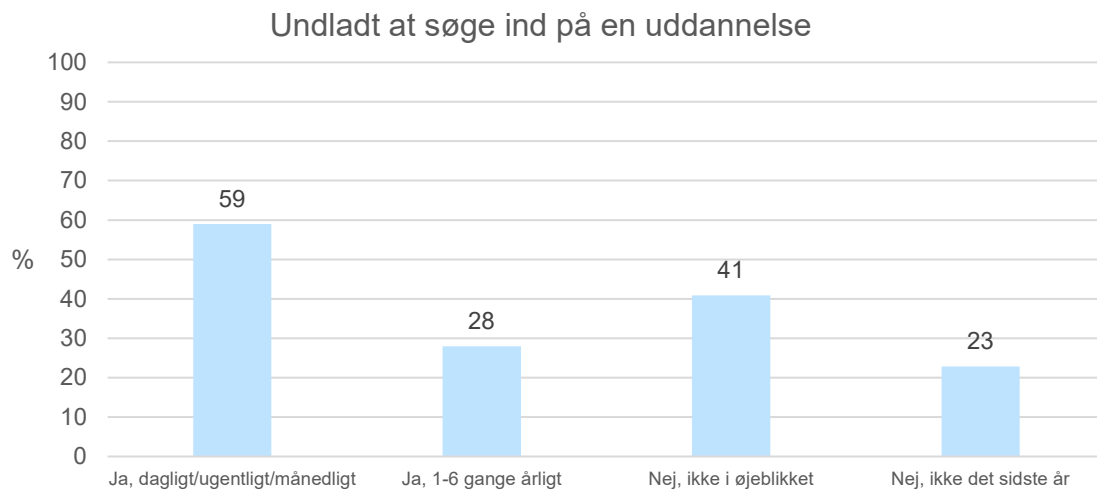
**Har du undladt at søge ind på en uddannelse – opdelt på samlivsstatus**



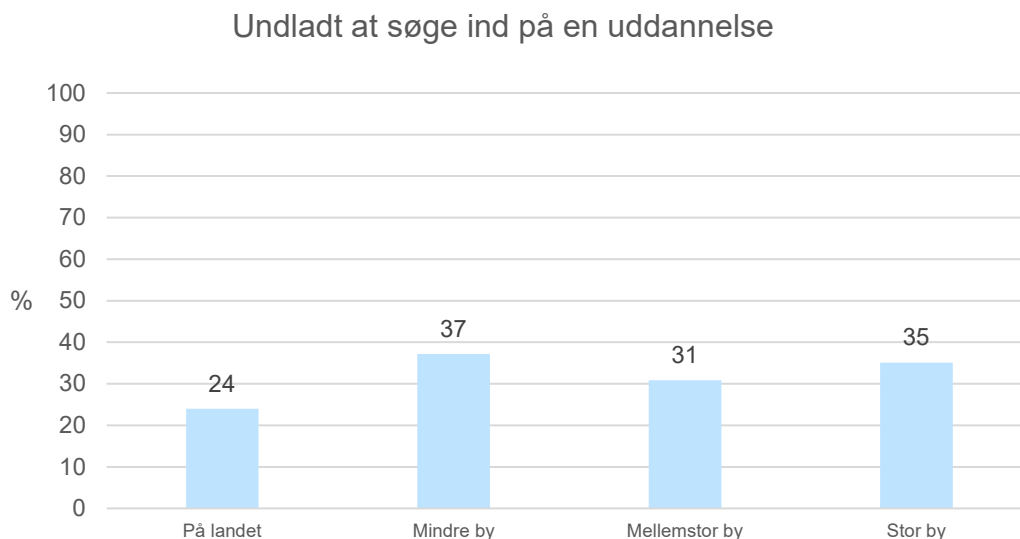
**Har du undladt at søge ind på en uddannelse – opdelt på om man er født i Danmark**



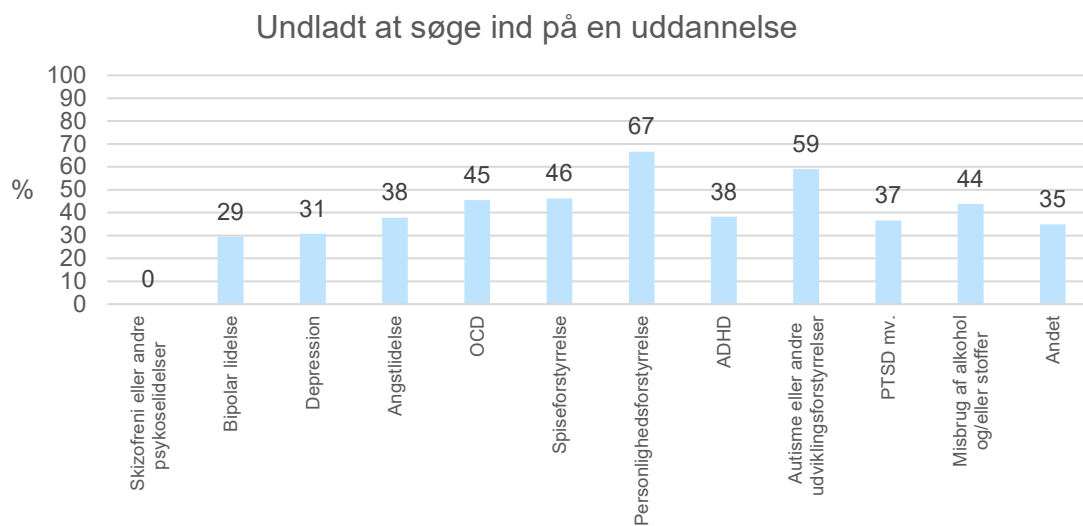
**Har du undladt at søge ind på en uddannelse – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



Har du undladt at søge ind på en uddannelse – opdelt på om man bor i by eller på landet

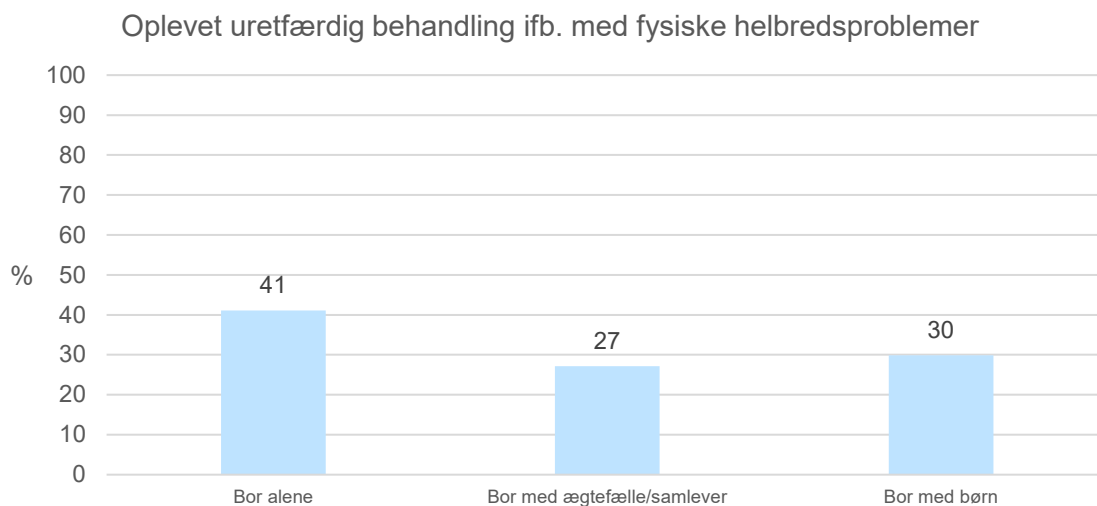


Har du undladt at søge ind på en uddannelse – opdelt på diagnoser

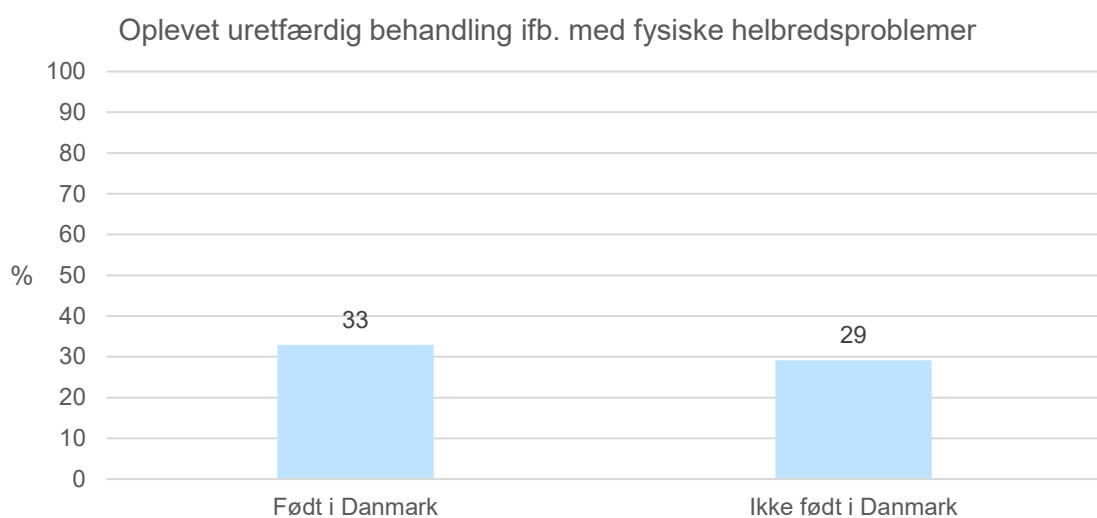


## Fokusområde: Somatikken

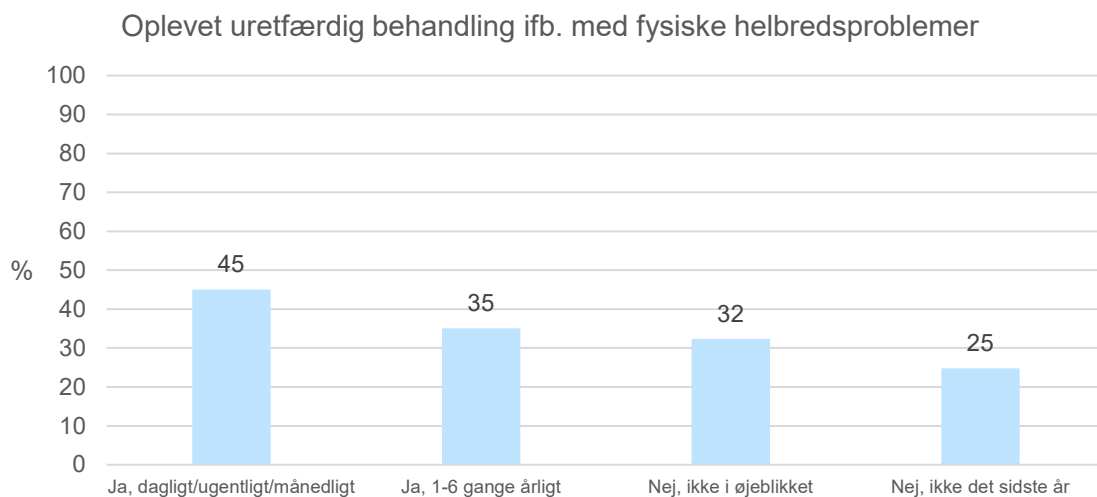
Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer – opdelt på samlivsstatus



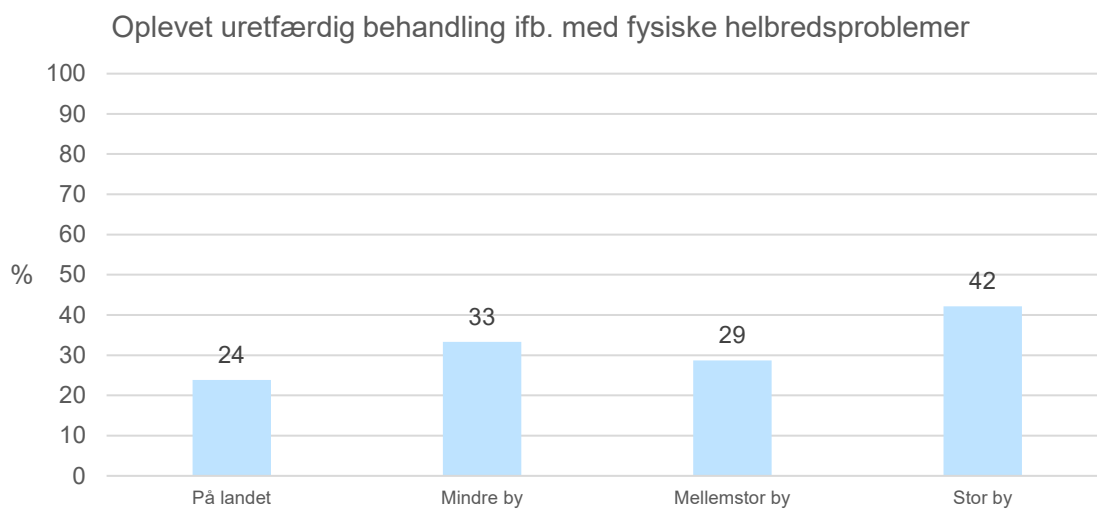
Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer – opdelt på om man er født i Danmark

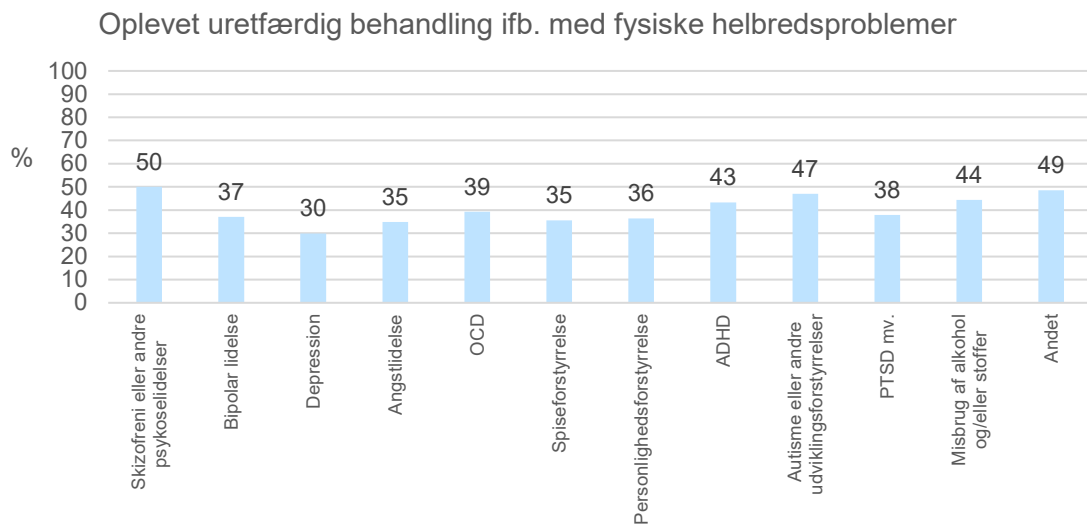


**Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer – opdelt på kontakt til behandlingssystemet**



**Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer – opdelt på om man bor i by eller på landet**



**Oplevet uretfærdig behandling i forbindelse med behandling af fysiske helbredsproblemer - Opdelt på diagnoser**

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●