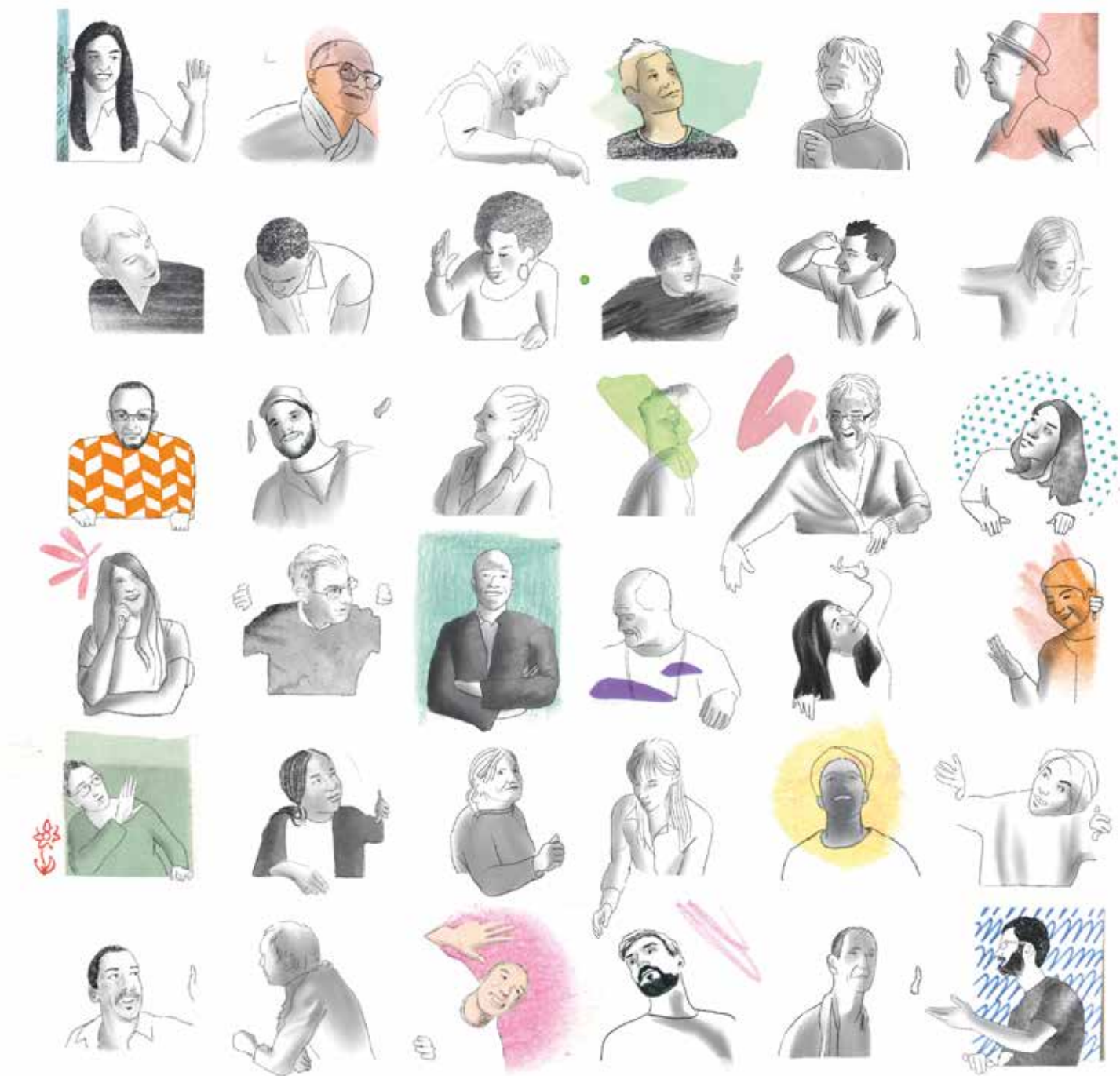




**Mosaik-værktøjskasse
til at stoppe stigmatisering
og diskrimination forbundet
med psykiske lidelser**



*Væk med tavshed, tvivl og
tabu om psykisk sygdom*

Mosaik-værktøjskasse til at stoppe stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser

Abstract:

Stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser er vidt udbredt og skadeligt. Hvis man kan mindske stigmatisering og diskrimination, kan det gavne familier, samfund og økonomier - det kan redde liv. Værktøjskassen giver praktisk vejledning i, hvordan man opnår dette, baseret på tre centrale evidensbaserede principper: lederskab eller medlederskab fra mennesker med levet erfaring, social kontakt og inkluderende partnerskaber. Disse 3 principper kan realiseres ved hjælp af en 4-trins proces: identificere og definere mål, planlægge og forberede, iværksætte og lære samt reflektere og fortsætte. Der anvendes tolv casestudier fra hele verden for at afmystificere processen. Stigmatisering og diskrimination kan stoppes, hvis vi hver især handler i fællesskab og bruger principperne i denne værktøjskasse.

NØGLEORD: PSYKISK LIDELSE, SOCIAL STIGMATISERING, SOCIAL DISKRIMINATION, SOCIAL INKLUSION, LEDERSKAB, EMPOWERMENT

Denne oversættelse er ikke udarbejdet af WHO Regional Office for Europe. WHO Regional Office for Europe er ikke ansvarlig for indholdet eller nøjagtigheden af denne oversættelse. Den originale engelske udgave er den bindende og autentiske udgave: *Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024* (<https://iris.who.int/handle/10665/379124>).

ISBN-nummer: 978-87-7014-684-5

Denne oversættelse er lavet af eTranslate for Landsindsatsen EN AF OS. EN AF OS er en national indsats for afstigmatisering af psykiske lidelser i Danmark, som på nationalt niveau er forankret i Sundhedsstyrelsen og på regionalt niveau i PsykInfo. Læs mere på www.en-af-os.dk.

Designet af: Pointer Creative

Illustrationer af: Pauline Jaballah

Indhold

Forord	v
Tak.....	vi
Forkortelser	viii
Ordliste	ix
Oversigt.....	x
Kapitel 1. De overbevisende argumenter for at reducere stigmatisering og diskrimination forbundet med psykisk lidelse	1
Vigtigheden af at reducere stigmatisering og diskrimination	2
Typer af stigmatisering og diskrimination	2
Skadeligheden af alle former for stigmatisering.....	3
Reduktion af stigmatisering og diskrimination for at redde liv	3
Tre kerneprincipper for at reducere stigmatisering og diskrimination	4
Kapitel 2. Hvad kan man gøre for at reducere stigma og diskrimination?	13
Trin 1. Identificer og definer mål.....	15
Trin 2. Planlæg og forbered.....	24
Trin 3. Sæt i gang og lær	32
Trin 4. Reflekter og fortsæt	37
Kapitel 3. Casestudier.....	41
Kapitel 4. Konklusion.....	77
Referencer	80
Bilag.....	89
Bilag 1. Ofte stillede spørgsmål	90
Bilag 2. Værktøjer og ressourcer	94
Bilag 3. Rettighedsbaserede perspektiver og handicaprelaterede perspektiver forbundet med psykisk lidelse.....	97
Bilag 4. Gængse myter og misforståelser om stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser, og hvordan man tackler dem	100

Forord

Vi kan stoppe stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser.

Det var den klare opfordring fra *Lancet* (1) Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health, som fremsatte otte anbefalinger til, hvordan det kan opnås. En af disse anbefalinger foreligger nu: Mosaik-værktøjskassen.

Lancet Commission sammenfattede evidens fra over 200 systematiske reviews verden over. Resultaterne kunne ikke være tydeligere: Stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser er vidt udbredt og kan være utrolig skadeligt. Mange mennesker med levet erfaring med psykisk lidelse betragter det som værre end deres egen sygdom. På grund af stigmatisering bekymrer mennesker med psykiske lidelser sig om, hvorvidt de vil være i stand til at finde eller beholde et job, hvis de fortæller om deres lidelse. Alene fordi de har en psykisk lidelse, er mange mennesker reelt udelukket fra fuld og ligeværdig deltagelse i samfundet. Dette kan ikke fortsætte.

Heldigvis behøver ingen at starte helt fra bunden. Som du vil opdage, er det praktisk muligt og ofte ligetil at reducere stigmatisering og diskrimination. Uanset kultur, ressourceniveau eller erfaring kan stigmatisering og diskrimination mindskes ved at støtte autentiske forbindelser mellem mennesker både med og uden levet erfaring med psykisk lidelse.

Nøglen er dog ikke kun social kontakt. Det er også meningsfuldt samarbejde - samarbejde, der ledes af eller sammen med mennesker med levet erfaring, inden for og på tværs af sundhedssektoren og andre sektorer. Denne værktøjskasse er selv resultatet af et sådant samarbejde: Som et produkt af den paneuropæiske koalition for mental sundhed (Pan-European Mental Health Coalition) udnytter den de mange erfaringer og den store viden hos fagpersoner og mennesker med levet erfaring.

Jeg er stolt af at kunne sige, at denne form for samarbejde er central for WHO's arbejde med mental sundhed. For at styrke dette samarbejde har vi oprettet Pan-European Mental Health Coalition (Den Paneuropæiske Koalition for Mental Sundhed), som består af mere end 300 politiske beslutningstagere, akademikere, fagpersoner og mennesker med levet erfaring. Hos WHO Regional Office for Europe ser vi på mentalt helbred fra alle vinkler: fra perspektiverne kvalitet i behandlingen, sundhedsfinansiering, sundheds- og plejepersonale, digital sundhed, sund aldring og meget mere. Mentalt helbred følger os overalt, så det er klart, at alle aspekter af samfundet er relevante for at fremme og beskytte det.

Disse tre principper - lederskab eller medlederskab fra mennesker med levet erfaring, social kontakt og inkluderende samarbejder - er rygraden i Mosaik-værktøjskassen og i arbejdet med afstigmatisering generelt. De bliver gjort levende gennem casestudier fra kontekster i hele verden. Det er faktisk i vores kontekster, at vi har styrken: Vi kender dem bedre end nogen andre. Den viden er livsnerven i de processer, der er beskrevet i denne værktøjskasse.

Når denne viden bruges kollektivt, og vi hver især arbejder i vores kontekst for at ændre holdninger og tilgange, kan vi se de enkelte dele af den mosaik, som denne værktøjskasse er opkaldt efter. Ved at bidrage til dette større billede kan vi spille vores egen rolle i opbygningen af en verden uden stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser.

Dr Hans Henri P. Kluge
Regional Director
WHO Regional Office for Europe

Tak

Mosaik-værktøjssættet er skrevet af Petra Gronholm, Maria Milenova og Graham Thornicroft (King's College London, Storbritannien), Ledia Lazëri, Jason Maurer, Cassie Redlich og Ana Tijerino (WHO Regional Office for Europe), Arnaud Poitevin (ESPER Pro, Frankrig, og Global Mental Health Peer Network) og Zbynek Roboch (National Institute of Mental Health, Tjekkiet, og Global Mental Health Peer Network).

Jay-Bethenny Gallimore (King's College London, Storbritannien) har samlet og redigeret casestudierne og organiseret feedback til gennemgang. Sue Baker (Changing Minds Globally) skrev bilag 4 og var med til at arrangere feedback-sessioner om værktøjsskassen.

WHO takker følgende organisationer og enkeltpersoner for at have bidraget med casestudier til brug for værktøjsskassen: Ben Ogden (Storbritannien), Clémence Monvoisin (Facettes Festival, Frankrig), Enoch Li (Bearapy, Kina), Guðrún Jóna Guðlaugsdóttir (Office of the National Medical Examiner, Island), Rosemary Gathara (Basic Needs Basic Rights, Kenya), Slavomíra Pukanová (Na Rovinu, Tjekkiet), Anja Kare Vedelsby (EN AF OS, Danmark), Florianne Todoroff (Zone of Expression Against Stigma (ZEST), Frankrig), Prof Uta Ouali (READ-MH, Tunesien), Prof Pallab Maulik (Systematic Medical Appraisal, Referral and Treatment Mental Health (SMART MH)-projektet, Andhra Pradesh & Haryana, Indien) og Taha Sabri (Tashkeen Health Initiative, Pakistan).

Kolleger i EU-Kommissionens General Direktorat for sundhed og fødevarer sikkerhed takkes for at have skrevet Spotlight om stigmatisering i Den Europæiske Union.

WHO vil gerne takke medlemmerne og støtterne af Pan-European Mental Health Coalition, som har sørget for en kritisk gennemgang og teknisk indsigt i værktøjsskassen på forskellige stadier af dens udarbejdelse: Sophia Achab (WHO Collaborating Centre for Training and Research in Mental Health, Schweiz), Claudia Battiston og Tommaso Bonavigo (WHO Collaborating Centre for Training and Research in Mental Health, Italien), Steve Appleton og Sean Russell (Global Leadership Exchange), Isane Aparicio og John Francis Leader (European Federation of Psychologists' Associations), Anna Bailie (erfarings ekspert, Storbritannien), Francesca Centola og Claudia Marinetti (Mental Health Europe), Simone De Ioanna (European Psychiatric Association, Frankrig), Geert Dom (European Psychiatric Association), Aida Valls Esteban og Hannes Jarke (EuroHealthNet), Wolfgang Gaebel (WHO Collaborating Centre on Quality Assurance and Empowerment in Mental Health, Tyskland), Jason Grant (Healthy Brains Global Initiative), Nina Kilku og Clare Lewis (Royal College of Surgeons, Irland), Hans Kroon, Laura Shields-Zeeman og Faith Thompson (Trimbos Institute), Karl Lavo, Peter Keri og Nigel Olisa (GAMIAN-Europe), John Francis Leader (European Federation of Psychologists' Associations, Belgien), Guadalupe Morales Cano (International Bipolar Association), Nikolay Negay (WHO's landekontor, Kasakhstan), Inês Mália Sarmento (erfarings ekspert, Portugal), Rozina Spinnoy (Business Improvement Districts, Belgien), Ingibjörg Sveinsdóttir (Sundhedsministeriet, Island), Pia Solin (Institut for Sundhed og Velfærd, Finland), Armen Soghoyan (Psychiatric Association, Armenien), Dilorom Tashmukhamedova (Øverste samling, Usbekistan), Emanuela Tollozhina (Sundhedsministeriet, Albanien), Piotr Toczyski (Warsaw Alliance Against Depression, Polen), Eva Tušková (JA ImpleMENTAL, Tjekkiet), Simon Vasseur-Bacle (Ministerial Delegation for Mental Health and Psychiatry, Frankrig), Matej Vinko (National Institute of Public Health, Slovenien) og Petr Winkler (Institute of Mental Health, Tjekkiet).

WHO takker følgende WHO-medarbejdere og eksterne eksperter for deres tekniske bidrag, herunder forslag til ressourcer til bilag 2 og deltagelse i samråd om værktøjssættet: Shohrat Abdulayev

(Sundhedsministeriet, Turkmenistan), Vadim Aftene (Sundhedsministeriet, Republikken Moldova), Eirini Andreou (Mental Health Services, Cypern), Marija Axiak (JA ImpleMENTAL, Malta), Natasha Azzopardi Muscat (WHO Regional Office for Europe), Kaja Batista (JA ImpleMENTAL, Slovenien), Nathalie Bélorgey, Johann Böhmman, Linda Dervishaj og Rabea Lukies (JA ImpleMENTAL, Tyskland), Rimma Belikova (Sundhedsministeriet, Letland), Roxane Berjaoui (Sundhedsministeriet, Frankrig), Edita Bishop, Edgaras Diržius og Greta Stonkutė (JA ImpleMENTAL, Litauen), Regina Bisikiewicz (Institute of Open Dialogue, Polen), Gilad Bodenheimer (Sundhedsministeriet, Israel), Felix Bolinski (JA ImpleMENTAL, Holland), Pere Bonet-Dalmau (Sundhedsministeriet, Andorra), Anna Iwona Bulzacka-Bogucka, Hülya Okuyan og Corinne Salinas (Det Europæiske Forvaltningsorgan for Sundhed og Det Digitale Område (European Health and Digital Executive Agency)), Birgitte Dahl Skjødt og Line Marie Christensen (ENAF OS, Danmark), Bulat Chembaev (Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre for Mental Health, Usbekistan), Graham Connon (Primary Care Psychology Services Dublin North City & County Area, Irland), Anna Depukat og Joanna Glazewska (Sundhedsministeriet, Polen), Julian Eaton (CBM Global, Holland), Nigel Evans (European Federation of Psychologists' Associations Children's Psycho-Neurological Centre, Storbritannien), Lina Fledžinskienė, Rūta Lukoševičiūtė, Gintarė Maliuševskienė og Marija Oleškevičienė (Sundhedsministeriet, Litauen), Helga Sif Friðjónsdóttir (Sundhedsministeriet, Island), Dianne Gove (Alzheimer Europe, Luxembourg), Dora Gudrun Gudmundsdóttir (Directorate of Health, Island), Poly Gregora (erfaringssekspert, Cypern), Giovanni Grech og Antonella Sammut (JA ImpleMENTAL, Malta), Dristy Gurung (TPO-Nepal, Nepal), Jennifer Hall (WHO Regional Office for Europe), Wendy Halliday (See Me, Skotland), Fahmy Hanna og Mark Van Ommeren (WHO's hovedkvarter), Raluca Hagianu og Charlene Sunkel (Global Mental Health Peer Network, Sydafrika), Belén González Callado (Sundhedsministeriet, Spanien), David Gosar (University Children's Hospital Ljubljana, Slovenien), Alexander Grabenhofer-Eggerth og Joy Ladurner (JA ImpleMENTAL, Østrig), Danijela Štimac Grbić, Roberto Mužić og Dunja Skoko-Poljak (JA ImpleMENTAL, Kroatien), Giovanni Grech og Antonella Sammut (JA ImpleMENTAL, Malta), Kornelia Kiss (Culture Action Europe), Vasileia Konte og Lily EPeppou (JA ImpleMENTAL, Grækenland), Eva Koženevski (Association of Suicide Victims' Loved Ones, Estland), Zrinka Laido, Soile Ridanpää, Triinu Täht, Minni Timberg og Aneth Tuurmaa (JA ImpleMENTAL, Estland), Antonio Lora (JA ImpleMENTAL, Italien), Sujata Maini og Jenny Telander (Folkhälsomyndigheten, Sverige), Barbora Maliarova og Zuzana Novakova (Sundhedsministeriet, Slovakiet), Katerina Mavrommati (Mental Health Team, Cypern), Sarah Morsink (JA ImpleMENTAL, Belgien), Iryna Mykyshak og Oksana Zbitnieva (Mental Health Coordination Centre, Ukraine), Vladimir Nakov (JA ImpleMENTAL, Bulgarien), Gintaras Naujokas (Primary Mental Health Centre, Litauen), Sibilla Neimane (Riga Centre of Psychiatry and Addiction Disorders, Letland), Sudan Prasad Neupane og Wenche Øiestad (JA ImpleMENTAL, Norge), Virginija Paulauskyte (BI Valakampiu Social Support Facility, Litauen), Saara Rapeli, Janina Selonen og Jaana Suvisaari (Institute for Health and Welfare, Finland), Gulnara Sagieva (erfaringssekspert, Kasakhstan), Aigul Shakibaeva (menneskerettighedsadvokat, Kasakhstan), Mark Smyth (Mental Health Transitions Specialist Group, Irland), Orest Suvalo (Ukrainian Catholic University, Ukraine), Stefan Schreck (Europa-Kommissionen), Mark Smyth (Mental Health Transitions Specialist Group, Irland), Eva Tušková (JA ImpleMENTAL, Tjekkiet), Maria Vandoni (Istituto Mario Negri, Italien), Andrej Vršanský (Mental Health League, Slovakiet), Róbert Wernigg (National Directorate-General for Hospitals, Ungarn), Nabi Yessimov (Republican Scientific and Practical Centre for Mental Health, Kasakhstan), Neringa Žalėnė (Budgetary Institution Valakampiai Social Services Home, Litauen) og Francesca Zanni (WHO Youth Council).

Denne rapport er udarbejdet med finansiel støtte fra King's College London (gennem midler fra Medical Research Council bevilling MR/R023697/1 til støtte for Indigo-projektet).

Forkortelser

- ARTEMIS** Adolescents' Resilience and Treatment Needs for Mental Health in Indian Slums (Unges modstandsdygtighed og behov for behandling for psykisk lidelse i indiske slumkvarterer)
- BNBR** Basic Needs Basic Rights (Grundlæggende Behov Grundlæggende Rettigheder)
- COVID-19** Coronavirus-sygdom
- CRPD** United Nations Convention of Rights of Persons with Disabilities (FN's konvention om rettigheder for personer med handicap)
- EU** Den Europæiske Union
- LMIC** Low- and middle-income country (Lav- og mellemindkomstlande)
- NGO** Non-governmental organization (Ikke-statslig organisation)
- READ-MH** Responding to Experienced and Anticipated Discrimination Mental Health (At reagere på oplevet og forventet diskrimination - psykisk lidelse)
- SMART MH** Systematic Medical Appraisal, Referral and Treatment Mental Health (Systematisk medicinsk vurdering, henvisning og behandling - psykisk lidelse)
- ZEST** Zone of Expression Against Stigma

Ordliste

Afstigmatiseringsaktiviteter og -programmer	Aktiviteter: begivenheder eller handlinger, der har til formål at reducere stigmatisering og diskrimination, og som indeholder principper om lederskab/medlederskab fra mennesker med levet erfaring, social kontakt og inkluderende samarbejder; programmer: koordinerede sæt af aktiviteter, der har til formål at reducere stigmatisering og diskrimination.
Central ledelsesgruppe	Det team, der leder og er ansvarlig for afstigmatiseringsprogrammet og/eller -aktiviteten.
Levet erfaring	Alle aspekter af, hvad en person har gennemgået og lært på baggrund af dennes historie, perspektiv og identitet.
Partner	Medlem af den centrale ledelsesgruppe.
Mennesker med levet erfaring	Alle, der selv har oplevet (alle aspekter af, hvad en person har gennemgået og lært baseret på deres historie, perspektiv og identitet) en hvilken som helst form for psykisk lidelse.
Recovery	Det handler ikke om at "blive helbredt" eller "blive normal igen": Det handler om, at personen får kontrol over sin identitet og sit liv, har håb for sit liv og lever et liv, der giver mening for personen - hvad enten det er gennem arbejde, relationer, samfundsengagement eller nogle af eller alle disse.
Interessenter	Enkeltpersoner og grupper uden for den centrale ledelsesgruppe, som er interesseret i programmet og/eller aktiviteten, og som måske ønsker at blive involveret i en rådgivende rolle.
Rådgivende gruppe af interessenter	En gruppe af interessenter i programmet og/eller aktiviteten (normalt uden beslutningskompetence), som rådgiver om mål, design, implementering og evaluering samt formidling af resultaterne.
Målgruppe	Den gruppe, som en afstigmatiseringsaktivitet eller et afstigmatiseringsprogram er rettet mod for at reducere stigmatisering.

Oversigt

Om denne værktøjskasse

WHO's Mosaik-værktøjskasse har til formål at fremme indsatsen for at stoppe stigmatisering og diskrimination af mennesker med psykiske lidelser. Det centrale budskab er, at der skal relativt lidt til for at komme i gang - blot kendskab til kerneprincipperne, evne til at samarbejde og kommunikere samt tålmodighed og vedholdenhed.

Hvem er denne værktøjskasse beregnet til?

WHO's Mosaik-værktøjskasse er udarbejdet til alle, der ønsker at være involveret i arbejdet med afstigmatisering. Formålet er at afmystificere processen med at reducere stigmatisering og diskrimination og at sænke barriererne for enkeltpersoner og organisationer, der hidtil ikke har gennemført nogen eller kun få afstigmatiseringsaktiviteter. De, der tidligere har arbejdet med afstigmatisering, kan dog også finde den nyttig - for eksempel til at bruge som reference, når de advokerer for opbakning fra interessenter, og til at fremme brugen af evidensbaserede principper for reduktion af stigmatisering i sektorer, hvor et sådant arbejde måske ikke har været udført før.

Sådan bruger du denne værktøjskasse

WHO's Mosaik-værktøjskasse viser, hvorfor det er vigtigt at reducere stigmatisering og diskrimination og beskriver praktiske skridt til at opnå dette. Værktøjskassen indeholder ikke en tjekliste til at arrangere og afvikle afstigmatiseringsaktiviteter. I stedet præsenterer den information om, hvad der er nødvendigt, og som kan tilpasses til enhver kontekst.

Først beskriver værktøjskassen de nødvendige komponenter i ethvert effektivt afstigmatiseringsprogram eller -aktivitet (kapitel 1). Afstigmatiseringsprogrammet bør:

- ➡ være ledet eller medledet af mennesker med levet erfaring med psykiske lidelser.
- ➡ bruge strategier baseret på social kontakt.
- ➡ være bygget på inkluderende samarbejder.

Værktøjskassen beskriver derefter en 4-trinsproces, der indeholder disse principper for at gennemføre aktiviteter eller programmer for at reducere stigmatisering (kapitel 2).

Trin 1. Identificer og definer mål.

Trin 2. Planlæg og forbered.

Trin 3. Sæt i gang og lær.

Trin 4. Reflekter og fortsæt.

Denne proces gøres levende gennem 11 casestudier af vellykkede eller lovende afstigmatiseringsaktiviteter og -programmer af varierende omfang fra hele verden (kapitel 3).

Casestudierne er organiseret fra små til store - fra enkeltpersoner til nationale organisationer. Efter casestudierne sættes der fokus på situationen i EU for at give en fornemmelse af det internationale arbejde med at reducere stigmatisering.

Efter en kort konklusion indeholder bilag 1 ofte stillede spørgsmål om Mosaik-værktøjskassen og arbejdet mod afstigmatisering; bilag 2 indeholder en liste over nyttige værktøjer og ressourcer; bilag 3 beskriver rettighedsbaserede perspektiver og handicaprelaterede perspektiver på psykisk lidelse; og bilag 4 skitserer nogle gængse myter og misforståelser om stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser, og hvordan man kan tackle dem.

Der findes effektive, evidensbaserede metoder til reduktion af stigmatisering. Det er tid til at fremskynde og opskalere afstigmatiseringsprogrammer over hele verden. Det er tid til at gøre en ende på stigmatisering og diskrimination.

Mosaik

En **mosaik** er et mønster eller et billede, der består af mindre dele. Mosaikker har en lang historie, der starter i Mesopotamien i det 3. årtusinde f.Kr. Gennem århundreder er mosaikker blevet brugt over hele verden. Mosaikker er symboler for indsatsen for at stoppe stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser, da hvert program, lille eller stort, er en del af et større billede. Sammen kan disse harmoniske elementer muliggøre en fremtid, hvor ingen behøver at blive udsat for stigmatisering og diskrimination på grund af deres psykiske lidelse.



Kapitel 1.

**De overbevisende argumenter
for at reducere stigmatisering
og diskrimination forbundet med
psykisk lidelse**

Vigtigheden af at reducere stigmatisering og diskrimination

De fleste mennesker, der lever med en psykisk lidelse, finder, at den stigmatisering, der er forbundet med den, er værre end selve lidelsen (1). Mennesker med psykiske lidelser må kæmpe med mere end bare symptomerne på lidelsen. De møder også en række negative og forkerte opfattelser (misinformation), negative holdninger (fordomme) og negativ adfærd (diskrimination) i forbindelse med deres lidelse, som gør det sværere for dem at leve og trives. Disse tre komponenter udgør stigmatisering.

Stigmatisering og diskrimination er udbredt på tværs af kulturer, uanset de specifikke symptomer eller diagnoser. Konsekvenserne af dem er mange og hovedsageligt skadelige: fra personlige til sociale og økonomiske skadevirkninger; fra psykiske kvaler i dagligdagen til direkte sundhedsskader, ifølge WHO's World Mental Health Report (2). For eksempel kan det nævnes, at mennesker, der oplever stigmatisering og diskrimination:

- ➡ er mindre tilbøjelige til at søge hjælp i sundhedssektoren, når det er nødvendigt;
- ➡ rapporterer om lavere livskvalitet og større håbløshed i forhold til livet;
- ➡ er mindre selvsikre og mere tilbøjelige til at være ensomme;
- ➡ har sværere ved at opbygge relationer eller stifte familie;
- ➡ er mere tilbøjelige til at have selvmordstanker;
- ➡ har sværere ved at få arbejde, studere eller have en fast bolig;
- ➡ lever op til 20 år kortere end resten af befolkningen og
- ➡ afholder sig ofte fra at søge hjælp, hvilket udsætter dem for større risiko for fysisk sygdom og forværrede symptomer.

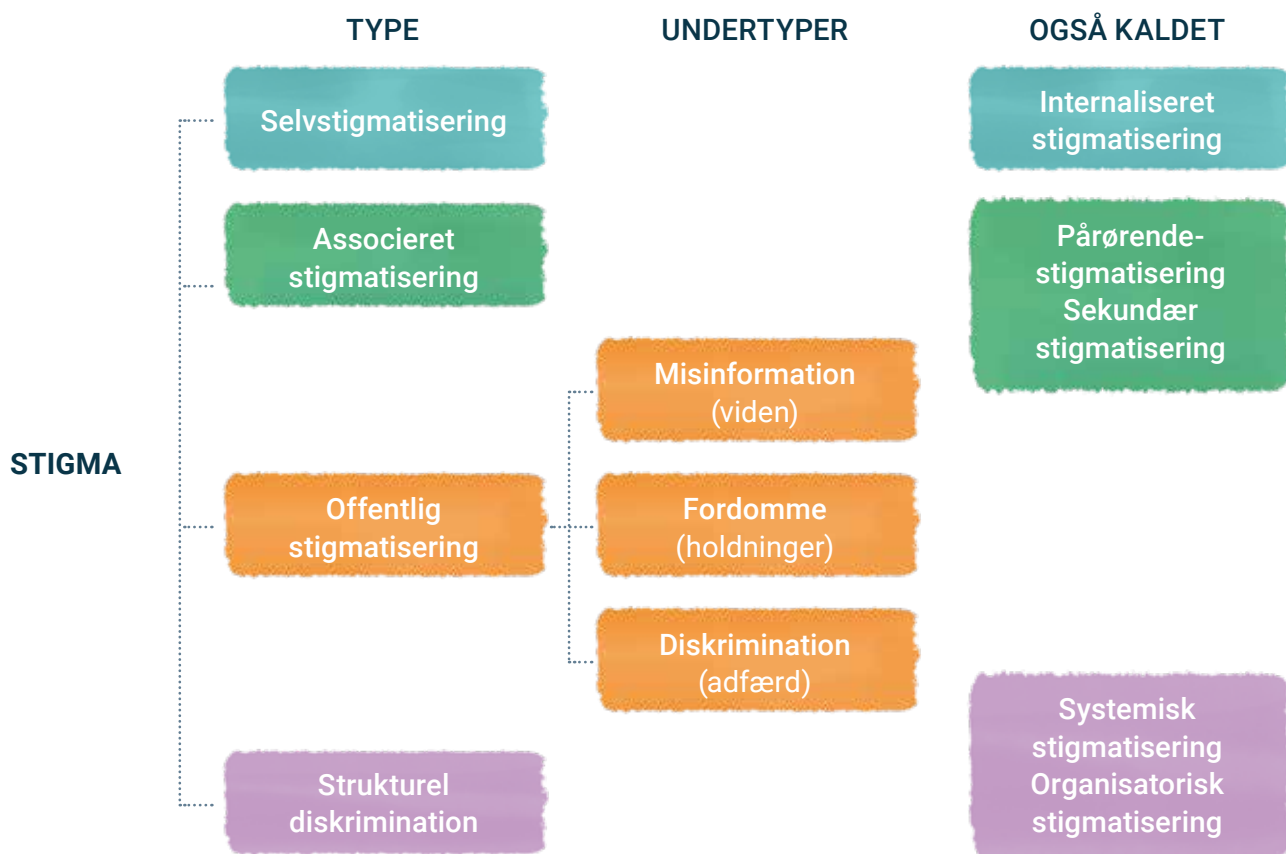
Typer af stigmatisering og diskrimination

Stigmatisering opstår, når et specifikt træk ved en person eller en gruppe af mennesker betragtes som negativt (3). Samfundet kan komme til at se enhver person med dette træk som anderledes på en uønsket måde - som "anden" - hvilket fører til en unødvendig opdeling mellem "os" og "dem". Dette efterfølges ofte af en anden og ofte dårligere behandling af den stigmatiserede gruppe. For eksempel kan det at have en psykisk lidelse blive set som en svaghed og som værende personens egen skyld.

Ifølge *Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health* (1) kan der identificeres fire typer af stigmatisering (fig. 1).

- ➡ Selvstigmatisering er, når en person internaliserer andres fordomsfulde holdninger (f.eks. "Jeg er ikke rask, fordi jeg er svag" eller "Det er min skyld, at jeg er syg").
- ➡ Associeret stigmatisering er, når en person bliver betragtet negativt eller behandlet dårligt på grund af et forhold eller tilknytning til en person fra en stigmatiseret gruppe, f.eks. en person med en psykisk lidelse. I mange lande er det primært familie eller venner, der udsættes for denne type stigmatisering, men det kan også omfatte personale på psykiatriske centre eller hospitaler.
- ➡ Offentlig stigmatisering refererer til negativ viden, holdninger eller adfærd hos store grupper i samfundet over for mennesker med psykiske lidelser.
- ➡ Strukturel diskrimination refererer til uretfærdigheder i større skala, såsom diskriminerende love eller politikker eller utilstrækkelig tildeling af midler til psykiatrien.

Figur 1. Typer af stigmatisering og diskrimination



Kilde: tilpasset med tilladelse fra Thornicroft et al. (1).

Skadeligheden af alle former for stigmatisering

Selvstigmatisering kan få folk til at føle sig magtesløse over for at ændre deres situation eller få dem til at føle, at de er nødt til at opgive ting, der er vigtige - "hvorfor overhovedet prøve"-syndromet (for eksempel: "Hvorfor skulle jeg prøve at leve selvstændigt? Jeg kan ikke klare en husholdning alene") (4).

Associeret stigmatisering kan føre til skam og skyldfølelse hos familien, som kan føle, at de bebrejdes for at have "forårsaget" den psykiske lidelse. Det kan også medføre, at karrierer inden for psykiatrien opfattes som mindre prestigefyldte end dem inden for det fysiske sundhedsvæsen.

På grund af den offentlige stigmatisering undgår folk måske at søge hjælp for deres lidelse, hvilket kan forlænge og forværre den.

Strukturel diskrimination kan forme systemer på en måde, der gør det svært for mennesker med psykiske lidelser at finde og beholde arbejde eller at modtage behandling af høj kvalitet for deres psykiske lidelse.

Reduktion af stigmatisering og diskrimination for at redde liv

En reduktion af stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser kan hjælpe folk til at føle sig mere accepterede i deres lokalsamfund, mere kompetente på arbejdspladsen og mere optimistiske med hensyn til fremtiden. Reduktion af stigmatisering kan gavne familier, samfund og økonomier (5). Det kan tilskynde folk til at få hjælp til at opnå recovery og kan reducere social udelukkelse og isolation. Mindskelse af stigmatisering kan også forbedre adgangen til behandling for fysisk sygdom og nedbringe tidlig dødelighed.



Tre kerneprincipper for at reducere stigmatisering og diskrimination

Stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser kan reduceres effektivt ved at indarbejde følgende tre kerneprincipper i enhver afstigmatiseringsaktivitet:

- lederskab eller medlederskab fra mennesker med levet erfaring
- social kontakt
- inkluderende samarbejder.

Lederskab eller medlederskab fra mennesker med levet erfaring

Den meningsfulde deltagelse og ledelse fra mennesker med levet erfaring (boks 1) med psykiske lidelser skaber mere effektive afstigmatiseringsaktiviteter (1). "Intet om os uden os" er en hjørnesten i afstigmatiseringsaktivisme, der stammer fra bevægelserne for handicappedes rettigheder og recovery (6). Dette motto betyder, at alle, der berøres af en politik eller et program, har ret til at deltage i udformningen af den. Denne ret er også nedfældet i FN's Konvention om rettigheder for personer med handicap (7).

Boks 1. Hvad betyder "mennesker med levet erfaring"?

"Levet erfaring" henviser til alle aspekter af, hvad en person har gennemgået og lært på baggrund af sin historie, sit perspektiv og sin identitet. Det adskiller sig fra faglig eller uddannelsesmæssig erfaring, som oftere bestemmes af fælles standarder, hvilket giver den samme værdi for dem, der er involveret i den. Levet erfaring bør ses som et enormt værdifuldt aktiv. Det er en form for ekspertise, der kan forbedre samfundssystemer, forskning, politikker og programmer. Alligevel er den levede erfaring nogle gange svær at forestille sig eller sætte ord på (8).

Mennesker med levet erfaring behøver ikke at være i behandling, og de behøver heller ikke at have modtaget pleje eller behandling på noget tidspunkt. Derfor er de ikke nødvendigvis "patienter", "klienter" eller "servicebrugere", og de kan afvise disse betegnelser.

Udtrykket "mennesker med levet erfaring" understreger den ekspertise, der er opnået gennem erfaring med en psykisk lidelse. Det er dog vigtigt, at den levede erfaring forstås som en facet af et individ - ud over erfaringen med en psykisk lidelse har de også en bred vifte af andre evner, kompetencer, roller og erfaringer, som kan tilføre værdi til afstigmatiseringsarbejdet.

I forbindelse med Mosaik-værktøjskassen henviser "mennesker med levet erfaring" til alle, der har levet erfaring med en hvilken som helst form for psykisk lidelse. Udtrykket er en identitetsmarkør, ikke en diagnostisk mærkat. Selvom begrebet bruges i denne værktøjskasse, er det ikke universelt anvendeligt. Nogle mennesker vil foretrække at bruge udtrykket "levet erfaring", mens andre vil foretrække andre udtryk - såsom "erfaringseksperter", "mennesker med erfaringsbaseret viden" eller "mennesker med sjælden erfaringsbaseret viden". Andre foretrækker måske slet ikke at bruge et identificerende udtryk. Når man arbejder med mennesker, der har erfaring med psykiske lidelser, er det afgørende at tage sig tid til at etablere en acceptabel og aftalt terminologi.

Mennesker med levet erfaring bør inddrages fra begyndelsen af ethvert afstigmatiseringsarbejde, helst i leder- eller medlederpositioner, hvor deres bidrag værdsættes på lige fod med enhver anden ekspertise, der danner grundlag for aktiviteterne.

Man bør gøre alt for at sætte mennesker med levet erfaring i stand til at lede, medlede eller deltage på den måde, der er mest meningsfuld og sikker for dem. Det er dog ikke nok bare at deltage: Deltagelsen skal være meningsfuld. Med udgangspunkt i definitionerne fra WHO (9) og Global Mental Health Peer Network (10) kan "meningsfuld deltagelse" sikres ved engagement i følgende overvejelser.

- ➡ Mennesker med levet erfaring skal behandles med værdighed og respekt. Ekspertisen fra mennesker med levet erfaring bør tillægges samme værdi som fagpersoners. Præferencerne hos mennesker med levet erfaring bør overvejes nøje, fordi det er deres liv, der vil blive påvirket af aktiviteten.
- ➡ Der skal gøres alt for at rette op på ulige magtforhold og for at sikre retfærdighed og sikkerhed. I gruppediskussioner føler folk med levet erfaring sig måske ikke trygge ved at udtale sig sammen med fagpersoner. Det er vigtigt at skabe en følelse af tryghed, og det betyder, at man skal lytte til, hvad mennesker med levet erfaring siger og har brug for. Nogle gange kan mennesker med levet erfaring føle sig mere trygge i en selvhjælpsgruppe, der kun består af mennesker med levet erfaring.
- ➡ Mennesker med levet erfaring bør ikke betragtes som en enkelt gruppe. De har forskellige erfaringer, identiteter og prioriteter. Denne mangfoldighed er et aktiv.

- Engagementet skal være konsekvent og gennemsigtigt. Hvad der forventes af mennesker med levet erfaring, skal kommunikeres konsekvent sammen med eventuelle skadevirkninger, og hvad den planlagte effekt af deres deltagelse vil være. Eventuelle begrænsninger for deltagelse skal være klare og skal forklares.
- "Tokenisme", hvor mennesker med levet erfaring bidrager, men ikke værdsættes ordentligt, eller hvor deres bidrag ikke har nogen reel indflydelse, bør undgås.
- Deltagelse bør være en central del af aktivitetens kultur og arbejdsmetoder. Inklusion er en menneskeret.
- Interessenter bør ikke overbeskytte eller være paternalistiske over for mennesker med levet erfaring, da det kan få dem til at føle sig ilde til mode.

Social kontakt

Der er evidens for, at den bedste måde at reducere stigmatisering og diskrimination på er gennem social kontakt mellem mennesker med og uden den stigmatiserede egenskab (1). I forbindelse med stigmatisering forbundet med psykisk lidelse betyder det social kontakt mellem mennesker, der har levet erfaring med en psykisk lidelse, og dem, der ikke har den erfaring. Social kontakt er ikke hvilken som helst form for kontakt. Den har forskellige karakteristika (11), som er opsummeret i fig. 2.



Figur 2. De aktive ingredienser i social kontakt



Disse aktive ingredienser spiller en afgørende rolle for at reducere stigmatisering og diskrimination ved at opnå flere vigtige resultater. For det første skaber de empati i målgruppen og fremmer forståelse og medfølelse over for personer med levet erfaring. For det andet forbedrer de målgruppens evne til at se verden fra de berørtes perspektiv. Endelig mindsker de angsten i målgruppen og fremmer mere positive interaktioner med mennesker med levet erfaring (13). Disse effekter af social kontakt er med til at reducere fordomme og forbedre adfærd.

En specifik afstigmatiseringsaktivitet eller -program behøver ikke at indeholde alle de aktive ingredienser i social kontakt. Hver af dem kan være mere eller mindre relevant, afhængigt af aktiviteten eller målgruppen, og det bør overvejes i planlægningsfasen (se kapitel 2, trin 2 for mere information).

Social kontakt kan være direkte eller indirekte (14), som vist i tabel 1.

Tabel 1. Typer af social kontakt

Type af kontakt	Beskrivelse
Direkte kontakt	Personlig, levende kontakt med mennesker fra den stigmatiserede gruppe: interaktioner mellem mennesker med og uden en psykisk lidelse
Indirekte kontakt	Kontakt mellem mennesker med og uden en psykisk lidelse, som ikke finder sted på samme fysiske sted og/eller samtidig Etableret ved hjælp af elektroniske eller digitale metoder eller fjernkommunikationsmetoder
Elektronisk kontakt	Interaktiv kontakt med en person eller personer fra den stigmatiserede gruppe via elektroniske kanaler (generelt computermedierede teknologier) - for eksempel kontakt via sociale medier, tekstbaserede chatrooms og andre online-interaktioner.
Tænkt kontakt	Brug af mental simulering til at forestille sig positiv social kontakt med mennesker fra den stigmatiserede gruppe - for eksempel at visualisere interaktion med en person med en psykisk lidelse på arbejdet eller som en del af en social aktivitet.
Andenhåndskontakt	Betragtning af interaktioner mellem mennesker med og uden en psykisk lidelse - for eksempel ved at se tv, lytte til radio eller læse en bog eller en nyhedshistorie, der beskriver positiv intergruppekontakt.
Parasocial kontakt	Eksposering for positive portrætter og repræsentationer af mennesker med en psykisk lidelse på tv, i radioen, på tryk og så videre (f.eks. fiktive karakterer i en film eller dokumentar).
Udvidet kontakt	Bevidsthed om, at en person, som en anden person har en tilknytning til, har direkte kontakt med en person fra den stigmatiserede gruppe - for eksempel at vide, at en ven har en tæt forbindelse til en person med en psykisk lidelse.



Inkluderende samarbejder

Ud over stærke partnerskaber med mennesker med levet erfaring har afstigmatiseringsaktiviteter og -programmer en tendens til at have større effekt, når de bygger på stærke samarbejder med en bred vifte af grupper i samfundet, herunder:

- ➡ medlemmer af målgruppen for reduktion af stigmatisering;
- ➡ medlemmer af lokalsamfundet, f.eks. ledere af diverse fællesskaber og religiøse ledere;
- ➡ fagpersoner i sundheds- og socialsektorerne;
- ➡ nonprofit- eller civilsamfundsorganisationer;
- ➡ politiske beslutningstagere eller medlemmer af lokale, regionale eller nationale regeringer;
- ➡ personer, der arbejder med medier, herunder sociale medier;
- ➡ forskere og akademiske institutioner;
- ➡ andre personer eller organisationer, der allerede er involveret i afstigmatiseringsarbejde.

Hver af disse grupper kan bidrage med unikke indsigter fra deres perspektiver, som kan berige det planlagte afstigmatiseringsarbejde og gøre det mere relevant for den specifikke kontekst og acceptabelt for interessenterne. For eksempel kan samarbejde med medierne gøre det muligt for afstigmatiseringsaktiviteter at nå ud til et bredere publikum og mindske sandsynligheden for, at stereotyper spredes eller forstærkes i historiefortællingen. Forskere kan deltage som evalueringspartnere og hjælpe med at overvåge, hvordan aktiviteterne forløber, og hvilken effekt de har. Inddragelse af ledere i regeringen eller på lokalsamfundsniveau kan hjælpe med at opretholde større programmer gennem økonomisk støtte eller ved at forbinde arbejdet med systemer og andre igangværende programmer. Samarbejde med fællesskaber mellem mennesker med levede erfaringer og selvhjælpsgrupper, der består af og ledes af mennesker med levet erfaring, kan give plads til at fremme empowerment og selvværd. Desuden kan alle interessenter, der er involveret i en aktivitet eller et program, bruge deres netværk til at støtte kommunikationen af indsigter og erfaringer for at påvirke afstigmatiseringsaktiviteter nationalt eller endda globalt.

I fokus

Både traditionelle medier (f.eks. aviser, tv, radio) og nye medier (f.eks. sociale medier) kan spille en rolle i opretholdelsen af stigmatisering. De kan bruge et sprog, der giver et forkert billede af eller dehumaniserer mennesker med psykiske lidelser og forstærker skadelige og falske stereotyper (som f.eks. at forbinde psykiske lidelser med vold), der kan bruges til at retfærdiggøre dårlig behandling. Medier kan dog også fungere som et stærkt mellemlid i bestræbelserne på at reducere stigmatisering og diskrimination (se casestudie 6. Arbejde med medierne).



Kapitel 2.

Hvad kan man gøre for at
reducere stigmatisering
og diskrimination?

Kapitel 2 beskriver, hvordan man etablerer og lancerer et program, der bruger evidensbaserede aktiviteter til at reducere stigmatisering og diskrimination ved hjælp af de tre kerneprincipper, der er skitseret i kapitel 1. Fig. 3 opsummerer de fire trin, der er involveret i denne proces.

Figur 3. Fire trin til at etablere evidensbaserede aktiviteter og programmer til at reducere stigmatisering og diskrimination



I stedet for at give en omfattende tjekliste med aktiviteter under hvert trin, opsummerer dette kapitel den overordnede proces og anfører så vidt muligt, hvad der kan opskaleres eller nedskaleres afhængigt af aktivitetens eller programmets mål og ressourceniveau. Stigmatisering og diskrimination er vidt udbredt, men hvordan det kommer til udtryk, afhænger af kulturen. Af samme grund skal afstigmatiseringsaktiviteter være baseret på en klar forståelse af den kontekst, de skal foregå i; hvad der mest effektivt kan skabe forandringer i den kontekst; og de værktøjer, ressourcer og menneskelige forbindelser, der er til rådighed. De tre kerneprincipper, der er beskrevet i kapitel 1 - ledelse/medledelse fra mennesker med levnet erfaring, social kontakt og inkluderende samarbejder - bør indbygges i hele processen.

TRIN 1

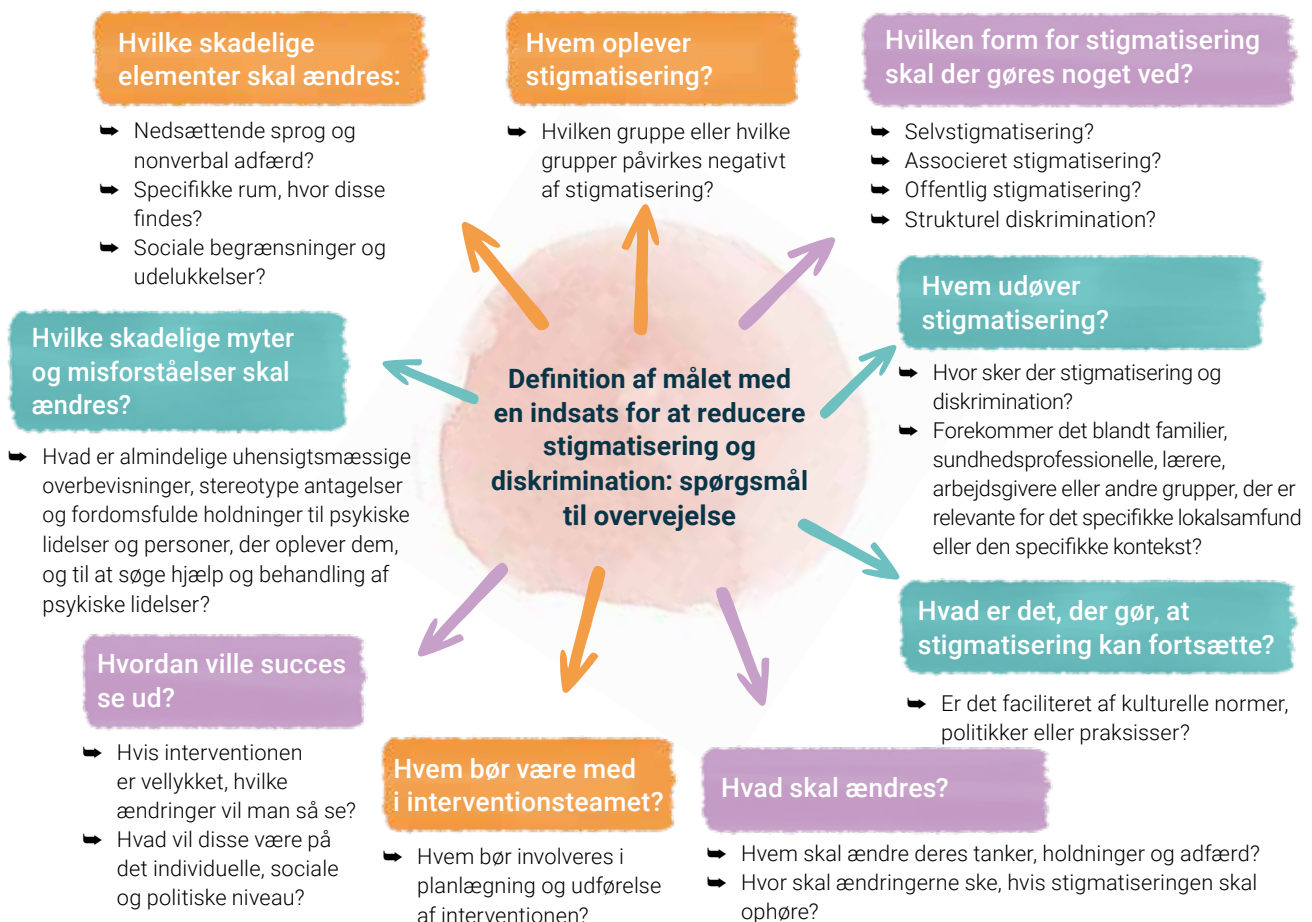
Identificer og definer mål

En effektiv afstigmatiseringsaktivitet eller -program kræver en klar fornemmelse for det overordnede mål med arbejdet og den kontekst, det skal foregå i. Det indebærer, at man stiller spørgsmål om, hvilken type stigmatisering man ønsker at reducere, hvem der skal være målgruppe for aktiviteten, og hvordan en succes ser ud.

Identificering af målene

Aktiviteter til reduktion af stigmatisering fungerer bedst, hvis de har klare mål, en defineret målgruppe og en stærk forståelse af den kontekst, som arbejdet skal foregå i. For at fastlægge disse skal en række spørgsmål og underspørgsmål besvares (fig. 4). De vigtigste elementer, der skal overvejes, er, hvad og hvem der skal ændres i den specifikke kontekst, hvorfor intet har ændret sig tidligere, og hvordan en succes vil se ud.

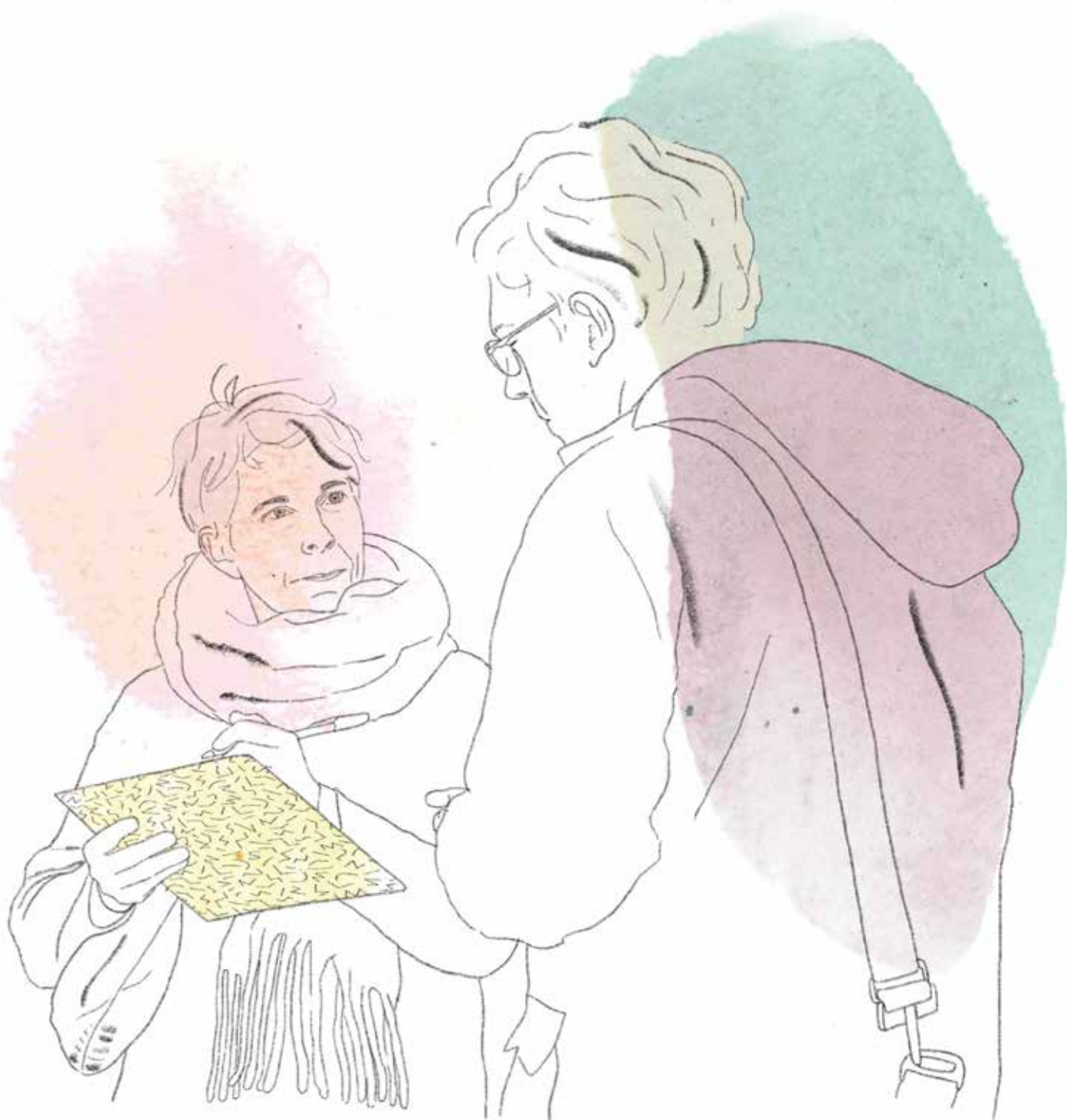
Figur 4. Spørgsmål, der skal besvares, når man definerer mål og kontekst for afstigmatiseringsaktiviteter



Kilde: tilpasset fra begreber brugt i RESHAPE-projektet (15).

Uanset hvilke mål man vælger for en afstigmatiseringsaktivitet, er det vigtigt, at alle partnere støtter dem i et eller andet omfang - især dem, der er direkte involveret i ledelsen af aktiviteten: den centrale ledelsesgruppe eller inderkredsen.

I forbindelse med større programmer er det sværere at skabe et fælles sæt af mål, som alle partnere kan tilslutte sig, og det kan tage længere tid. Der bør afsættes tid til dette formål. Processen vil blive understøttet af samskabende tilgange, som f.eks. regelmæssige møder, der faciliteres af en projektleder, eventuelt ved hjælp af digitale platforme.



Forståelse af konteksten

Afstigmatiseringsaktiviteter bør udformes med et bestemt sted eller en bestemt kontekst for øje. Stigmatisering manifesterer sig forskelligt afhængigt af kultur og kontekst (16), og hver kontekst har specifikke faktorer, der vil hjælpe en afstigmatiseringsaktivitet eller hindre den i at lykkes.

De følgende spørgsmål kan bruges som udgangspunkt for at identificere disse faktorer:

- ➡ Hvad er de relevante sociale faktorer i den lokale kontekst, herunder den sociale struktur eller etniske grupper (såsom socioøkonomiske forhold, kulturel praksis og værdier, traditioner og sociale normer samt politiske systemer)?
- ➡ Hvad er den lokale politiske situation, og hvilke begrænsninger eller muligheder giver den (f.eks. bliver de lokale myndigheders budgetter større eller mindre)?
- ➡ Hvad er det bredere sociale, økonomiske eller politiske klima i landet og regionen?
- ➡ Hvilke lokale grupper støtter mennesker med levet erfaring og deres pårørende? Har de erfaring med afstigmatiseringsarbejde? Ønsker de at blive involveret i dette planlagte arbejde? Hvis der ikke findes sådanne grupper, er det så muligt at etablere en?
- ➡ Er der nogen igangværende aktiviteter eller programmer, som det planlagte afstigmatiseringsarbejde kan forbindes eller kombineres med?
- ➡ Findes der relevante oplysninger om tidligere afstigmatiseringsaktiviteter? Hvad har vi lært?
- ➡ Vil det planlagte arbejde danne partnerskaber med lokalt sundhedsvæsen? Hvordan skal det gøres?
- ➡ Hvilke lokale ressourcer, herunder finansiering, kan være tilgængelige for at støtte det planlagte arbejde? Hvordan kan man få adgang til disse ressourcer?

Ved større programmer eller arbejde med organisatorisk opbakning kan en situationsanalyse være velegnet til at identificere de mange forskellige faktorer, der skal tages i betragtning. Situationsanalyser er systematiske processer til at indsamle, undersøge og fortolke information for at få en detaljeret forståelse af konteksten. De kan omfatte systematisk søgning i tilgængelig videnskabelig litteratur, gennemførelse af undersøgelser eller organisering af fokusgrupper (boks 2). Information om disse og andre metoder kan findes i Centre for Society and Mental Health Research Methods Toolkit (17).

Boks 2. Tilgange til at indsamle information om konteksten

- ➡ Indsigter fra tidligere arbejde i denne kontekst, herunder arbejde udført af projektdeltagerne, bør tages i betragtning.
- ➡ Forskningsevidens i databaser som PubMed og Google Scholar bør gennemgås.
- ➡ Man bør rådføre sig med partnere og interessenter gennem workshops eller fællesskabsfora, hvor man sørger for at inddrage grupper af mennesker med levet erfaring.
- ➡ Projektdeltagerne bør foretage deres egen research og indsamle mundtlig eller skriftlig information om, hvad folk tænker i den pågældende kontekst. Metoderne omfatter dybdegående interviews og fokusgrupper eller brug af spørgeundersøgelser og spørgeskemaer til at indsamle oplysninger om viden, overbevisninger, holdninger, intentioner og adfærd over for mennesker med levet erfaring med psykiske lidelser.
- ➡ Sociale interaktioner i et lokalsamfund eller i specifikke rammer bør observeres for at forstå, hvordan stigmatisering kommer til udtryk - f.eks. hvordan receptionister på sundhedsklinikker opfører sig over for mennesker med og uden en psykisk lidelse.

Et vigtigt aspekt ved at kontekstualisere aktiviteten er at identificere den eller de grupper, der skal fokuseres på for at reducere stigmatisering (f.eks. politi, journalister eller læger og sygeplejersker på skadestuen). Målgruppen bør betragtes som en vigtig partner i planlægningen og udførelsen af aktiviteten: Medlemmerne kan bidrage med indsigt i de unikke udfordringer og erfaringer, de står over for, og som påvirker stigmatisering, samt effekten af afstigmatiseringsaktiviteten.

Når medlemmer af målgruppen inddrages som partnere eller interessenter, kan de hjælpe med at mindske modstanden mod adfærdsændringer hos andre medlemmer af gruppen. En sådan inkluderende tilgang kan skabe en følelse af fælles ejerskab af programmet mellem mennesker med levet erfaring og målgruppen. På denne måde kan aktiviteterne gøres mere respektfulde, mere tilbøjelige til at blive accepteret af de berørte lokalsamfund og mere effektive med hensyn til at reducere stigmatisering.

"Intet om os uden os" - respekt for mennesker med levet erfaring

Mennesker med levet erfaring er nødvendige for alle faser af afstigmatiseringsaktiviteter. Fra udformningen og igangsætningen af enhver afstigmatiseringsaktivitet bør mennesker med levet erfaring spille en central rolle som ledere eller medledere i dette arbejde. En sådan involvering kan også fungere som en form for social kontakt i sig selv og nedbryde fordomme og diskrimination i den centrale ledelsesgruppe (1).

Ud over at have erfaring med psykiske lidelser medbringer mennesker med levet erfaring en bred vifte af praktiske og professionelle kompetencer fra deres arbejde og livserfaringer (såsom relevant videregående uddannelse, projektledelsesevner og teknisk ekspertise). Mange af disse færdigheder kan tilføre værdi til afstigmatiseringsaktiviteten.

Mennesker med levet erfaring bør ikke ses som forskellige fra resten af interessenterne, med hverken mere eller mindre værdi end dem. Alt, hvad der på nogen måde kan gøre dem anderledes, herunder overdreven velvilje eller overbeskyttelse, kan blive opfattet som mangel på respekt. Mennesker med levet erfaring kan være eller ikke være mere skrøbelige, og det handler først og fremmest om at give dem plads til at udtrykke en sårbarhed, ligesom det ideelt set kunne være tilfældet for alle andre interessenter.

Arnaud Poitevin, person med levet erfaring

Lederskab eller medlederskab fra mennesker med levet erfaring bør være ikke-tokenistisk, afspejle ægte co-design, samskabelse og samproduktion af arbejdet og have et ligeligt magtforhold mellem programpartnere. Jo flere mennesker med levet erfaring, der er involveret, jo bedre, da det giver mulighed for at inddrage en bredere og mere repræsentativ vifte af synspunkter.

Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health har spurgt mennesker med levet erfaring om deres perspektiver på, hvad man skal overveje, når man inddrager dem i afstigmatiseringsaktiviteter. Resultaterne er opsummeret i tabel 2.

Tabel 2. Perspektiver på at deltage i afstigmatiseringsprogrammer

Hvad gjorde dit engagement i afstigmatiseringsprogrammer vanskeligt?	Hvad gjorde dit engagement i afstigmatiseringsprogrammer lettere eller mere givende?	Hvad er dine anbefalinger til, hvordan man bedst inddrager mennesker med levet erfaring i et program?
➡ At møde stigmatisering (f.eks. uvidenhed, manglende sympati, bebrejdelse, medlidenhed) ➡ At genopleve tidligere svære oplevelser ➡ At skulle håndtere, at andre bliver kede af det ➡ Udfordrende interpersonelle møder - under og efter programdeltagelse og med sundhedspersonale ➡ Tokenistisk inddragelse ➡ Praktiske udfordringer (f.eks. tidsforpligtelser) ➡ Følelse af ængstelighed eller nervøsitet ➡ Manglende bevidsthed om og anerkendelse af psykiske lidelser ➡ Inddragelse af programmets målgruppe	➡ Træning og støtte til at forme sin fortælling ➡ Praktisk støtte på organisatorisk niveau ➡ Modtagelse af betaling for inddragelse ➡ At få ekspertise gennem erfaring valideret ➡ Feedback på effekten af programmet ➡ Peer-støtte ➡ Følelse af personlig tilfredshed	➡ Inddrag mennesker med levet erfaring i alle faser af programmet ➡ Inddrag mennesker med levet erfaring i ledende roller i programaktiviteter ➡ Arranger deltagelse med samtykke fra mennesker med levet erfaring ➡ Inddrag mennesker i alle faser af deres recovery ➡ Inddrag mange forskellige mennesker ➡ Tilbyd en platform til at dele levet erfaring ➡ Inkluder faciliterende faktorer som træning, betaling og instrumentel støtte. ➡ Vær forberedt på udfordringer

Kilde: baseret på resultater fra Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health (1).

På baggrund af disse overvejelser er der nogle praktiske måder, hvorpå man kan støtte deltagelse af mennesker med levet erfaring:

- økonomisk støtte eller betaling for deltagelse i henhold til deres bidrag til projektet;
- give information om og undervisning i recovery, rettigheder og resiliens - såsom WHO QualityRights Toolkit og dets tilknyttede materialer (18);
- implementere "trygge rum" under programarbejdet, hvor folk kan udtrykke deres behov og præferencer uden frygt for at blive dømt (se trin 3 for mere information);
- tilbyde uddannelseskurser og -materialer eller uddannelse som ambassadører for afstigmatisering (se bilag 2);
- tilbyde lederuddannelse eller uddannelse i program- eller projektledelse;
- involvere eller skabe et fællesskab af mennesker med levet erfaring - især mennesker, der deltager i sociale kontaktaktiviteter og
- beskytte anonymitet og fortrolighed og sikre, at deltagelse ikke kompromitterer privatlivets fred, beslutninger og præferencer med hensyn til deling af personlige erfaringer (boks 3).



Boks 3. Deling af information om psykiske lidelser

Kerneteamet skal være opmærksomme, når inddragelsen af mennesker med levet erfaring i en aktivitet indebærer deling af information om en psykisk lidelse. I nogle lande kan en sådan deling have meget negative konsekvenser, som f.eks. tab af job eller social udelukkelse. Fordele og risici ved at dele denne information bør overvejes nøje på forhånd. Mennesker med levet erfaring har brug for at vide præcist, hvordan de vil blive inddraget, og om deling af information er en del af det. Delt information kan ikke tages tilbage.

Delingen kan ske gradvist: Nogle mennesker med levet erfaring går måske med til kun at dele information i samtaler ansigt til ansigt, andre kun i selvhjælpsgrupper, små forskelligartede grupper, konferencer eller på sociale medier eller massemedier. Deling af information kan være forskellig afhængigt af målgruppen: En person med levet erfaring er måske ikke villig til at dele de samme oplysninger med ligesindede, sundhedspersonale, retshåndhævende myndigheder, slægtninge/familier eller den bredere offentlighed.

Time to Change, et banebrydende afstigmatiseringsprogram (19), bruger et delingsniveauværktøj til at støtte beslutningstagningen hos mennesker med levet erfaring. Niveauerne er:

- ➡ Jeg vil dele alt;
- ➡ Jeg vil dele en masse om mine egne erfaringer, men vil holde nogle dele af min historie for mig selv;
- ➡ Jeg vil kun sige, at jeg har erfaring med psykiske problemer, uden at gå i detaljer;
- ➡ Jeg vil kun sige i store træk, at jeg har et helbredsproblem eller et handicap generelt og
- ➡ Jeg vil ikke afsløre noget om min personlige oplevelse, men vil tale mere generelt om kampagnen.

Ofte ønsker mennesker med levet erfaring måske at bidrage til en afstigmatiseringsaktivitet, men vælger ikke at dele noget. Dette kan imødekommes, samtidig med at den sociale kontakt fortsat fremmes. Bidrag kan ydes i enhver form - f.eks. ved at opføre korte skuespil eller dramaproduktioner, hvor skuespillerne ikke fortæller, om de har levet erfaring; ved at bidrage til audiovisuelle aktiviteter, f.eks. tegnefilm eller animationer; fundraising eller event management; eller bidrag via deres faglige ekspertise.

Det hjælper at have et klart skriftligt mål - inklusive omfang og ansvarsområder - for alle partnere, der beskriver, hvad deres engagement indebærer. Det skal klart fremgå, at inddragelsen af mennesker med levet erfaring er frivillig, og det skal indeholde en eksplicit, skriftlig og oplyst aftale om roller og ansvar. Aftalen kan også omfatte samtykke til planer for enhver specificeret personlig brug af information eller materiale (f.eks. afskrifter af historier, citater, fotografier og optagelser). Hver person skal til enhver tid kunne trække sit samtykke til at deltage tilbage.

Identificering og dannelse af partnerskaber

Der er flere måder at nå ud til mennesker med levet erfaring på, afhængigt af konteksten. Kontakt kan ske via:

- ➡ organisationer ledet af mennesker med levede erfaringer og fortalergreupper;
- ➡ grupper på sociale medier og onlinefællesskaber;
- ➡ organisationer, der repræsenterer brugere af psykiske sundhedsydelser;

- ➡ sociale og samfundsmæssige støtteorganisationer, som f.eks. herberger for hjemløse, arbejdsformidlinger, sociale og medicinsk-sociale tjenester;
- ➡ selvhjælpsgrupper (online eller offline);
- ➡ fællesskabsledere;
- ➡ sundhedstjenester, herunder psykiatriske afdelinger, psykosociale rehabiliteringstjenester, dagcentre og ambulante tjenester (f.eks. assertive community treatment-teams, mobile kriseteams) og
- ➡ mund til mund.

Det kan være en udfordring at nå ud til mennesker med levet erfaring, især hvis der ikke er udført særligt meget afstigmatiseringsarbejde i det område, hvor aktiviteten skal finde sted. I nogle kontekster er der måske ikke nogen organisationer eller ressourcer, der forbinder grupper af mennesker med levet erfaring. I dette tilfælde kan et af de første skridt være at skabe et fællesskab af mennesker med levet erfaring (se trin 3 for mere information).

Ud over mennesker med levet erfaring kan andre interessenter i lokalsamfundet eller konteksten være værdifulde partnere i alle faser af programplanlægning og -udvikling (se kapitel 1).

Det kan være nyttigt at skelne mellem to niveauer af inddragelse: partnerne i den centrale ledelsesgruppe eller inderkredsen og et bredere gruppe af interessenter i en rådgivningsgruppe.

Den centrale ledelsesgruppe vil være mindre og have til opgave at træffe beslutninger om afstigmatiseringsaktiviteter. Det anbefales, at nogle mennesker med levet erfaring indgår i denne gruppe, når det er muligt, sammen med medlemmer af målgruppen og andre interessenter, hvis ekspertise eller indflydelse kan hjælpe med at nå målene for programmet eller aktiviteten. En gruppeaftale (også kaldet kommissorium) kan udarbejdes i fællesskab for at sikre overensstemmelse mellem arbejdsmetoderne med henblik på at nå aktivitetens mål og for at definere deltagernes roller klart (boks 4).

Boks 4. Hvad skal der stå i en aftalen for den centrale ledelsesgruppe?

Aftaler for den centrale ledelsesgruppe eller kommissoriet tjener til at sikre, at medlemmerne er enige om arbejdets karakter og til at støtte samarbejdet. De kan omfatte:

- ➡ en beskrivelse af programmets mål og de enkelte partners roller og ansvarsområder;
- ➡ en forståelse af partners økonomiske og andre forpligtelser;
- ➡ en beskrivelse af ledelses-, styrings- og tilsynsforanstaltninger;
- ➡ en aftale eller ramme for konfliktløsning;
- ➡ en liste over forventede risici og risikobegrænsende foranstaltninger og
- ➡ en tidslinje og en projektstyringsplan.

Den bredere rådgivningsgruppe af andre partnere er muligvis mindre involveret i den daglige beslutningstagning, idet den i stedet fokuserer på at levere viden om konteksten, identificere gennemførlige eller acceptable aktiviteter eller sprede information om aktiviteten gennem deres netværk.

Interessenter kan inviteres til at samarbejde på flere måder.

- ➡ En positiv tilgang indebærer, at man tænker over, hvem der kan bidrage til aktiviteten på en meningsfuld måde, og at man samarbejder med dem.
- ➡ En negativ tilgang indebærer, at man tænker over, hvem der kan forsinke, hindre eller endda stoppe aktiviteten, hvis de ikke er enige i eller retter ind efter planerne, og inviterer dem til at deltage fra starten.
- ➡ En sneboldtilgang indebærer, at man beder interessenter, der deltager i aktiviteten, om at henvise andre, der kan være interesserede, og udvælger relevante partnere gennem disse anbefalinger.
- ➡ En åben-dør-tilgang indebærer, at man er åben over for partnere i alle faser af aktiviteten eller programimplementeringen, selv hvis de udtrykker ønske om at bidrage på et senere tidspunkt (medmindre der er en stærk grund til ikke at gøre det).

Aktiv kortlægning kan også anvendes, hvor kernegruppen brainstormer lokale grupper, der kan blive interessenter nu eller i fremtiden - f.eks. sundhedsudbydere, lokalsamfundsforeninger eller kommunale institutioner. Der udarbejdes en liste over interessenter ved hjælp af lokale vejvisere, online-ressourcer eller ved at rådføre sig med eksperter på området. Interessenterne prioriteres i forhold til deres betydning, magt og indflydelse og indsnævres derefter til de grupper, der med størst sandsynlighed vil bidrage positivt til aktiviteten. Ved at inddrage forskellige perspektiver kan man sikre en mere dybdegående forståelse af emnet og fremme inklusivitet i programmet.

Identificering af misforståelser blandt partnere og interessenter

Tidligt i processen med at designe aktiviteten er det tilrådeligt at identificere eventuelle misforståelser blandt partnere og interessenter om stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser, som kan hindre arbejdet eller afholde folk fra at involvere sig. Det kan være synspunkter som "Stigmatisering er en dårlig ting, men der er ikke nok evidens for, hvad man skal gøre ved det" eller "Ved at reducere stigmatisering vil man øge efterspørgslen efter psykiatrisk behandling, så vi bør øge adgangen til ydelser, som allerede er under stort pres, før vi gør noget" (se bilag 4 for nogle almindelige myter og forslag til, hvordan man kan reagere på dem).

Den centrale ledelsesgruppe kan muligvis identificere disse og andre misforståelser og udvikle manuskripter med argumenter imod dem. En lignende taktik kan bruges til at forbedre kendskabet til psykiske lidelser i målgruppen eller i den brede offentlighed: Det handler om at bekæmpe kendte myter om psykiske lidelser (f.eks. myten om, at man er mere tilbøjelig til at være voldelig eller ikke ønsker at arbejde, hvis man har en psykisk lidelse).



Planlæg og forbered

Trin 2 handler om at forberede aktiviteten eller programmet til at reducere stigmatisering og diskrimination på baggrund af de oplysninger, der er indsamlet i trin 1.

Udvælgelse og udformning af afstigmatiseringsaktiviteter

Næste trin er at planlægge og forberede de praktiske detaljer i den specifikke aktivitet for at reducere stigmatisering og diskrimination og at identificere, hvordan den skal gennemføres for at nå de mål, der blev fastlagt i trin 1. "Aktivitet" henviser her til de begivenheder eller handlinger, der har til formål at reducere stigmatisering og diskrimination i målgruppen. Afstigmatiseringsaktiviteter kan enten designes til et specifikt miljø eller tilpasses fra tidligere arbejde, så de passer til den aktuelle kontekst. Der er fordele og ulemper ved begge dele.

Det tager tid og kræver en indsats at udarbejde en ny aktivitet. Det er dog måske ikke nødvendigt, hvis en eksisterende aktivitet kan tilpasses til konteksten eller målgruppen. Det kan tage kortere tid at tilpasse en aktivitet, og det muliggør en vis grad af sammenligning på tværs af kontekster, men det kan være mindre effektivt, hvis man ikke er omhyggelig under tilpasningsprocessen. Lokale partnere og andre interessenter er nyttige i begge tilfælde, da de kan hjælpe med at skræddersy aktiviteten, så den passer bedst muligt til målgruppen og konteksten.

For mindre programmer kan aktiviteterne normalt udføres af den centrale ledelsesgruppe. Større programmer kan kræve projektmedarbejdere, der specifikt er ansat til at gennemføre aktiviteter, engagere sig i målgrupperne og hjælpe med at overvåge og evaluere programmets succes. Afhængigt af aktiviteterne art kan det indebære rekruttering af personer med en baggrund inden for psykologi, folkesundhed, socialt arbejde, forretning, markedsføring eller opsøgende arbejde i lokalsamfundet, som alle kan være personer med levet erfaring.

Uanset om en aktivitet udvikles fra grunden eller tilpasses, skal den indeholde de tre kerneprincipper, der er beskrevet i kapitel 1:

- ➡ lederskab eller medlederskab fra mennesker med levet erfaring
- ➡ social kontakt
- ➡ opbygning af inkluderende samarbejder.

Tabel 3 opsummerer de vigtigste overvejelser for afstigmatiseringsaktiviteter, som kan være nyttige i planlægningen af aktiviteterne baseret på konteksten.

Tabel 3. Vigtige overvejelser ved udformning eller udvælgelse af afstigmatiseringsaktiviteter

Kategori	Vigtige overvejelser
Fokus for aktiviteten	
Type af stigmatisering, som indsatsen retter sig mod	➡ Ønsker man at bekæmpe selvstigmatisering, associeret stigmatisering, offentlig stigmatisering eller strukturel diskrimination?
Målgruppe (hvem aktiviteten sigter mod at nå)	➡ Er målgruppen den generelle befolkning, politiet eller boligudbydere, unge, mediefolk, politikere eller andre grupper?
Nøgleprincipper i praksis	
Lederskab eller medlederskab fra mennesker med levet erfaring	➡ Hvordan vil mennesker med levet erfaring have en nøglerolle i planlægning, udformning og levering af den sociale kontaktaktivitet; programledelse; monitorering og evaluering; og vidensspredning? ➡ Ønsker eller har mennesker med levet erfaring brug for træning eller støtte til at lede, medlede eller på anden måde deltage meningsfuldt?
Social kontakt	➡ Hvordan vil den sociale kontakt blive leveret inden for aktiviteten? ➡ Vil den sociale kontakt være direkte eller indirekte? ➡ Hvilke aktive ingredienser i den sociale kontakt vil blive inkluderet (vægt på recovery, afkræftelse af stereotyper, inddragelse af personlige vidnesbyrd eller muligheder for samarbejde, interaktion og venskab på tværs af grupper)?
Inkluderende samarbejder	➡ Ud over mennesker med levet erfaring, hvilke andre centrale partnere og interessenter er så involveret i udformningen eller udvælgelsen af aktiviteten? ➡ Hvilke roller og ansvarsområder har partnerne i den centrale ledelsesgruppe? ➡ Hvilke roller og ansvarsområder har interessenterne i rådgivningsgruppen? ➡ Hvordan vil teammedlemmerne kommunikere med hinanden og koordinere deres handlinger?
Praktiske spørgsmål	
Aktivitetens omfang	➡ Er aktiviteten international, regional, national, lokal, sektorspecifik eller organisatorisk?
Lokation	➡ Vil aktiviteten finde sted på en skole, på et behandlingstilbud, på en arbejdsplads eller et samlingssted i lokalsamfundet? ➡ Vil det være en del af en større kulturel eller folkesundhedsmæssig begivenhed?
Aktivitetens varighed	➡ Er det en enkeltstående begivenhed, flere sessioner eller en del af et langsigtet program?

Kategori	Vigtige overvejelser
Levering af aktiviteten	➡ Vil aktiviteten blive leveret personligt, på tryk, via traditionelle medier (radio eller tv) eller online - via sociale medier, streaming, video, vlog, blog eller en podcast? ➡ Hvordan beskyttes den fysiske sikkerhed og det mentale velbefindende hos mennesker med levet erfaring og andre deltagere?
Behov for træning og støtte	➡ Er der behov for træning for at sikre, at aktiviteten forløber efter planen? ➡ Har partnerne brug for træning i social kontakt, kulturel kompetence, beskyttelse, offentlig tale, lederskab, historiefortælling om levet erfaring eller monitorerings- og evalueringsmetoder? ➡ Hvor meget tid er der brug for til træning? ➡ Er der etableret gode rapporterings- og feedbackmekanismer?
Monitorering og evaluering	➡ Hvad er de vigtigste forventede virkninger og resultater? ➡ Hvordan vil aktivitetens resultater og effekt blive evalueret? ➡ Hvilke indikatorer vil blive brugt til at vurdere disse resultater? ➡ Hvilke metoder vil blive brugt til at indsamle information? ➡ Hvad er tidsrammen for evalueringen?
Bæredygtighed	➡ Hvad skal den langsigtede effekt af aktiviteten være? ➡ Hvilke partnere skal inddrages for at opnå succes på lang sigt? ➡ Kan disse interessenter inddrages helt fra starten? ➡ Har aktiviteten en defineret slutning eller afslutning? Nåde den sit endelige mål? Er det nødvendigt at fortsætte den?
Finansieringsmuligheder	➡ Hvilke muligheder er der for finansiering fra offentlige eller statslige institutioner, private virksomheder, selvfinansiering, ikke-statslige organisationer (NGO'er) eller velgørende organisationer? ➡ Hvad skal bevillingsgiveren/-giverne bruge for at finansiere programmet på kort eller lang sigt?

At reducere stigmatisering og diskrimination er en gradvis proces - man kan opnå store resultater med små skridt (boks 5). Hver eneste lille handling er med til at skabe et mere accepterende og inkluderende samfund. Over tid kan disse handlinger føre til positive ændringer i politikker og praksis.

Casestudierne i kapitel 3 viser, hvordan disse principper er blevet ført ud i livet i forskellige former for afstigmatiseringsaktiviteter over hele verden. De giver eksempler fra forskellige kontekster og viser, hvordan projekter, der spænder fra store programmer til små og endda individuelle aktiviteter, kan gøre en forskel.

Boks 5. At skabe effekt med små indsatser

- Afstigmatiseringsaktiviteter kan udføres enkelt og med lave omkostninger. De kræver ikke nødvendigvis et stort budget eller et omfattende team. Alle - uanset deres ressourcer eller baggrund - kan indtage et standpunkt mod stigmatisering og gøre en forskel.
- Græsrodsbevægelser og individuelle bidrag kan føre til oprettelsen af støttenetværk og -organisationer og lokalsamfundsdrivne kampagner. De kan fungere som byggesten for større programmer senere.
- Enkle handlinger som at indlede samtaler, dele personlige historier eller forbedre forståelsen gennem sociale medier kan reducere stigmatisering og diskrimination.
- Personlige historier og erfaringer er stærke redskaber til at nedbryde barrierer og fremme forståelse. At dele erfaringer med stigmatisering eller støtte nogen, der har oplevet det, kan skabe empati og få folk til at ændre mening.
- Afstigmatiseringsaktiviteter kan føre til dannelse af grupper - herunder fællesskaber af ligesindede - og programmer, der kan håndtere stigmatisering i større skala.



Tilpasning af en eksisterende aktivitet til den lokale kontekst

Hvis den centrale ledelsesgruppe beslutter at bruge en eksisterende aktivitet i stedet for at skabe en ny, vil det normalt kræve tilpasning til den nye kontekst. Dette kan omfatte:

- ➡ at tilpasse skriftlige, multimedie- eller andre materialer, så de bliver mere relevante for målgruppen, konteksten og kulturen, ved hjælp af de indsigter, der er opnået i trin 1;
- ➡ at søge om tilladelse fra ophavspersonen til materialet til at bruge og tilpasse dennes arbejde;
- ➡ at identificere de specifikke barrierer for implementering i den nuværende kontekst;
- ➡ at sikre, at der i alle aktiviteter bruges et ikke-stigmatiserende sprog og en terminologi, som i høj grad foretrækkes af mennesker med levet erfaring i den pågældende kontekst (f.eks. "person med psykisk lidelse" kontra "erfaringsekspert");
- ➡ at bruge lokale ord, udtryk eller sætninger til at beskrive psykiske kvaler;
- ➡ at bruge lokale eksempler på aktiviteter og miljøer, når stigmatisering og diskrimination beskrives i scenarier;
- ➡ at sikre, at navne på steder og personer er tilpasset konteksten (f.eks. ved at bruge lokalt relevante navne på sundhedsydelse, steder og personer) og
- ➡ at ændre beskrivelserne af de personer, der leverer aktiviteten, og målgruppen, så de passer til programmets mål.

Det kan gøres meget nemmere at tilpasse en eksisterende afstigmatiseringsaktivitet eller -program ved at inddrage partnere med forskellige og komplementære kompetencer. Projektledere, kommunikationseksperter, økonomichefer, eventarrangører, fundraisere og personer, der er trænet i at tale offentligt, kan alle spille en rolle afhængigt af aktivitetens omfang. En sådan blanding af ekspertise og perspektiver kan generere en mere omfattende, inkluderende, afbalanceret og vellykket tilgang til at reducere stigmatisering og diskrimination. Ved at inddrage personer, der har forskellige perspektiver og holdninger til arbejdet, kan man udvikle en aktivitet, der er mere overbevisende og får bredere opbakning, fordi den ligger tæt op ad lokalbefolkningens synspunkter - og især målgruppens (boks 6).

Boks 6. Argumentet for at designe aktiviteter til programkonteksten

Programmet Adolescents' Resilience and Treatment Needs for Mental Health in Indian Slums (ARTEMIS) er et godt eksempel på fælles design og tilpasning af aktiviteter til en specifik kontekst (20). Medlemmerne af programteamet arbejdede sammen med deres Youth Expert Advisory Board om at bruge spil som et vigtigt element i at engagere unge mennesker. Helt konkret brugte de tilpassede versioner af traditionelle brætspil som Matador og Snakes and Ladders og interaktive spil som hindeleg. ARTEMIS-spillene indeholdt information om psykisk lidelse og barrierer for at søge hjælp, f.eks. repræsenterede slangerne og stigerne forhindringer og facilitatorer, og det at hoppe på én fod kontra to fødder i hindeleg blev brugt til at diskutere, hvordan folk kan balancere deres udfordringer. I programmet blev disse budskaber om psykisk lidelse diskuteret, mens man spillede spillene. Denne interaktion var skræddersyet til specifikke aldersgrupper (for eksempel spillede yngre børn spillet, mens større teenagere hjalp med at forklare det og diskutere emnerne).

Udvikling af en monitorerings- og evalueringsplan

Uanset aktivitetens eller programmets omfang er det vigtigt at diskutere, hvordan det vil blive monitoreret og evalueret. Monitorering betyder, at man regelmæssigt indsamler data og med jævne mellemrum reflekterer over, hvordan aktiviteten gennemføres. Det kan omfatte en vurdering af, om aktiviteterne finder sted efter hensigten, hvordan de modtages af målgruppen, og hvad der kan ændres for at sikre større effekt. Evaluering betyder at vurdere aktiviteternes virkninger eller resultater - det vil sige, om aktiviteterne har haft en effekt over en bestemt periode. I forbindelse med afstigmatiseringsaktiviteter kan effekter af interesse være forbedring af stigmatiseringsrelateret viden, holdninger eller adfærd i målgruppen.

Monitorering og evaluering behøver ikke at være komplekse eller videnskabeligt stringente processer. Formålet med sådanne vurderinger er at finde ud af, hvordan en aktivitet er blevet gennemført, og hvilke effekter den har haft. Som sådan kan indsamling af enhver form for information om aktiviteterne være til gavn for fremtidigt afstigmatiseringsarbejde. Eksempler på mindre eller overordnede evalueringer kan omfatte:

- ➡ fremstille en video med interessenter, der fortæller om deres oplevelser af at være involveret i arbejdet;
- ➡ bruge gratis online undersøgelsværktøjer eller afstemninger på sociale medier til at gennemføre korte og klare feedbackundersøgelser;
- ➡ indsamle data fra sociale medier, f.eks. antallet af delinger, visninger eller andet engagement og
- ➡ tale med deltagerne og bede om deres feedback uformelt (f.eks. over en kop kaffe) eller ved at arrangere mere formelle individuelle eller gruppeinterviews. Det kan være nyttigt at notere eller optage egentlige ordrette citater (og indhente tilladelse til at bruge dem).

Indsamling af data til monitorering og evaluering kræver overvejelser om databeskyttelse og samtykke. Det er vigtigt, at folk bliver informeret om, hvilke oplysninger der indsamles om dem, hvorfor, og hvad der sker med dataene. Der skal indhentes tilladelse til at bruge alle oplysninger, der deles, især hvis personer kan identificeres (f.eks. videoer, fotos, stemmeoptagelser eller andre personoplysninger). Ved evaluering, der kan betegnes som forskning (hvor målet er generaliserbare resultater snarere end resultater, der kun gælder for et bestemt program), skal der søges om etisk godkendelse. Yderligere information om sikring af overholdelse af etiske standarder findes på WHO's hjemmeside (21).

For programmer med tilstrækkelige ressourcer er det tilrådeligt at indgå en kontrakt med en forskningsorganisation eller forskningspartner om at udføre monitorering og evaluering. Det er dog muligt at foretage enkle og hurtige vurderinger ved hjælp af eksisterende spørgeskemaer, interviews eller fokusgrupper (boks 7).

Monitorerings- og evalueringsplaner beskriver normalt de anvendte metoder, datakilder og tidspunkter for vurderingerne. Det er tilrådeligt at foretage en indledende baseline-vurdering, før der påbegyndes nogen aktiviteter. Det giver et referencepunkt, som senere data kan sammenlignes med. Data kan derefter indsamles umiddelbart efter aktiviteterne og, afhængigt af programmets omfang, på forskellige tidspunkter efterfølgende for at foretage sammenligning med baseline-resultaterne.

Bemærk, at når man analyserer evalueringens resultater, kan selv små ændringer i værdierne føre til en stor ændring i virkeligheden.

Boks 7. Vurdering af stigmatisering og diskrimination

I mange tilfælde vil evaluering af effekten af et program involvere måling af stigmatisering og diskrimination. Det kan gøres ved hjælp af spørgeskemaer eller interviews afhængigt af programmets størrelse og ressourcer. Offentliggjorte spørgeskemaer til vurdering af stigmatiseringsrelateret viden (misinformation), holdninger (fordomme) og adfærd (diskrimination) har flere fordele: De er let tilgængelige (ofte gratis), i mange tilfælde er de gyldige og pålidelige, og de gør det muligt at sammenligne resultater på tværs af forskellige kontekster. Ulempen er, at de måske ikke er relevante for målgruppen eller den kulturelle kontekst og derfor kan kræve tilpasning. Især når det gælder ældre skalaer eller målinger, kan det være, at det anvendte sprog ikke længere er acceptabelt for mennesker med levnet erfaring i den pågældende kontekst. I sådanne tilfælde kan sproget tilpasses med støtte fra evalueringspartnere.

En kilde til spørgeskemaer om stigmatisering og diskrimination er INDIGO-netværket (22). Disse værktøjer er gratis til autoriseret brug og findes på over 25 sprog. Værktøjerne omfatter metoder til at vurdere:

- ➔ barrierer for adgang til pleje
- ➔ omkostninger ved diskrimination
- ➔ diskrimination og stigmatisering (herunder en lang og en kort version af skalaen)
- ➔ viden om psykisk lidelse
- ➔ klinikers holdninger til psykisk sygdom
- ➔ rapporteret og tilsigtet adfærd.

Andre værktøjer omfatter [Community Attitudes towards Mental Illness-skalaen](#) (23) og spørgeskemaer under [WHO QualityRights-initiativet](#) (18).

Individuelle interviews eller gruppeinterviews kan også gennemføres for at vurdere effekten af afstigmatiseringsaktiviteter. Det kan omfatte, at man spørger ind til den enkeltes oplevelse af stigmatisering og diskrimination eller til de ændringer, man mener at have oplevet som følge af aktiviteten. Interviews kan give positiv eller negativ feedback om programmet, eller de kan evalueres med kvalitative analysemetoder som f.eks. tematisk analyse for at give en bedre forståelse af folks synspunkter (se bilag 2 for yderligere værktøjer og ressourcer).



Opbygning af parathed til implementering

Udrulningen af afstigmatiseringsaktiviteter kan kræve overvejelser om mere end interessenternes roller, de specifikke aktiviteter, der skal implementeres, og hvordan de skal evalueres. Før man sætter en aktivitet i gang, er det en god idé at overveje, hvad man ellers kan gøre for, at arbejdet bliver en succes og styrke dets effekt. Dette kan betragtes som et sidste "check-in" for at vurdere, om aktiviteten er klar.

Det er også nødvendigt at overveje, hvordan aktiviteten skal sættes i gang - f.eks. om der skal arrangeres en lanceringsbegivenhed. Sådanne begivenheder kan være afgørende for at samle støtte fra interessenter og for at kommunikere aktivitetens mål, strategier og tilsigtede resultater. De kan også skabe en følelse af fælles formål og engagement og give interessenter mulighed for at stille spørgsmål, komme med input og afklare forventninger, hvilket skaber grundlaget for effektivt samarbejde og kommunikation under hele det planlagte arbejde.

I fokus

Adgang til finansiering kan være til stor gavn for aktiviteter og programmer og gøre det lettere at rekruttere kvalificeret personale til at drive aktiviteter og koordinere programmer, gennemføre mere omfattende kampagner og finansiere uddannelse og træning for kernepartnere. Potentielle finansieringskilder kan ses i trin 1 eller 2. Finansieringen kan komme fra offentlige tilskud, private fonde, virksomhedssponsorater og fundraising i lokalsamfundet. Det er dog ikke nødvendigt med finansiering for at gennemføre virkningsfulde aktiviteter eller programmer. Det er absolut muligt at udføre afstigmatiseringsarbejde uden finansiering ved at gøre brug af frivillige, samarbejde med ligesindede enkeltpersoner, grupper og/eller organisationer og udnytte online-ressourcer og sociale medier til at udbrede kendskabet og oplyse offentligheden (se casestudie 1. Aktivitet gennemført af enkeltperson).



Sæt i gang og lær

Når afstigmatiseringsaktiviteter er sat i gang, skifter fokus til at sikre, at de fungerer i praksis og til at identificere aspekter, der skal tilpasses eller korrigeres for at forbedre deres effekt. Hvis du tager dig tid til at planlægge aktiviteten under trin 1 og 2, bliver det lettere at holde arbejdet på sporet.

Kommunikation og koordinering

Klar og konsekvent kommunikation mellem partnere og interessenter er grundlaget for et effektivt samarbejde om at nå aktivitetens mål. Der er brug for en løbende udveksling af information mellem alle, der er involveret i arbejdet, når det drejer sig om:

- ➡ at opstille klare overordnede produkter og ydelser for aktiviteten, herunder at opdele trinene til at nå målene i mindre opgaver;
- ➡ at give feedback på igangværende og afsluttede opgaver;
- ➡ at stille og besvare spørgsmål om hver partners roller og ansvarsområder og
- ➡ at indlede diskussioner om status og eventuelle nødvendige ændringer for at optimere resultaterne med det formål at opnå konsensus på hvert trin i programmet.

Det kan være nødvendigt med ekspertise i projektledelse for at koordinere aktiviteterne effektivt - især for større programmer (boks 8).

Boks 8. Projektledelse

Specifik træning i projektledelse eller ansættelse af projektledelseseksperter kan være et nyttigt aktiv i forbindelse med etablering og levering af afstigmatiseringsprogrammer - især de større og mere langsigtede programmer. Aktiv projektledelse giver en struktureret tilgang til planlægning, udførelse og afslutning af arbejdet på en effektiv måde. Det sikrer, at de planlagte aktiviteter leveres til tiden, inden for budgettet og i henhold til de krævede kvalitetsstandarder.

Projektledelse kan hjælpe med at definere og kommunikere klare mål og rammer for de planlagte aktiviteter, sørge for at arbejdet fokuseres på disse og sikre, at alle interessenter forstår disse mål. Det kan også optimere brugen af ressourcer - herunder tid, penge og personale. Ved at identificere potentielle risici og udvikle strategier for risikominimering kan projektledelsen nedbringe sandsynligheden for negative resultater. Det kan også omfatte kvalitetskontrol for at sikre, at resultaterne opfylder de nødvendige standarder. Derudover kan projektledelse fremme en klar og konsekvent kommunikation mellem interessenterne og holde alle informeret om status, ændringer og problemer.

Brug af online-ressourcer og sociale medier

Online-ressourcer - og især sociale medier - kan være effektive værktøjer til at kommunikere om afstigmatiseringsaktiviteter til målgrupper, nuværende og potentielle interessenter og den brede offentlighed. Sociale medier kan endda være et brugbart middel til at skabe social kontakt og forbedre viden (24) og til at forbinde fællesskaber, der står over for lignende svære situationer eller diskrimination (25).

Mennesker med levet erfaring bruger i stigende grad sociale medier til at skabe støttende fællesskaber for mennesker med levede erfaringer, hvor de deler deres erfaringer i offentlige, private eller halvprivate rum (26).

Andre måder, hvorpå man kan bruge sociale medier til afstigmatiseringsarbejde, kan være:

- at dele historier eller erfaringer fra mennesker med levet erfaring med deres samtykke;
- at give information om selvhjælp eller støttende fællesskaber for mennesker med levet erfaring;
- at søge råd eller støtte fra bredere fællesskaber;
- at skabe nye støttende fællesskaber for mennesker med levede erfaringer;
- at give opdateringer om status eller effekter af afstigmatiseringsaktiviteter;
- at igangsætte og opretholde crowdfunding til nuværende eller fremtidige aktiviteter;
- at arbejde med influencere på sociale medier eller content creators for at øge rækkevidden af aktiviteter og
- at dele begivenheder, webinarer og audiovisuelt indhold (f.eks. via podcasts, blogs, vlogs eller videoer).



Overdreven brug af sociale medier kan imidlertid være skadelig. For eksempel kan det udsætte personer, der er kriseramte, for information om selvskade eller for misinformation om, hvordan de kan få hjælp (23). Som med enhver afstigmatiseringsaktivitet kan aktiviteter på sociale medier udsætte mennesker med levet erfaring - især dem, der deler deres historier - for yderligere stigmatisering og mulig chikane. Det er vigtigt at overvåge aktiviteten på de sociale medier og træffe passende foranstaltninger som reaktion på negativ interaktion (f.eks. skadelige eller aggressive kommentarer), herunder rapportering eller sletning af kommentarer.

Facilitering af støttende fællesskaber for mennesker med levet erfaring

Støttende fællesskaber for mennesker med levet erfaring gør det muligt at dele viden om, hvordan man fremmer social kontakt og navigerer i behandlingstilbud. De kan også opbygge solidaritet med bredere menneskerettighedsbevægelser og -organisationer og styrke deres evne til at adressere diskriminerende politiske beslutninger eller lovgivning og til at deltage i politikudformning og lovgivning (se bilag 2). De kan endda føre til muligheder (nogle gange betalt) for at tale eller deltage i forskning.

Deltagelse i afstigmatiseringsaktiviteter kan være et incitament for mennesker med levet erfaring til at mødes og dele deres historier eller tilbyde gensidig støtte, hvilket fører til dannelsen af støttende fællesskaber. Disse kan skabe kontakt, støtte og vækst blandt personer med fælles erfaringer, udfordringer og interesser. De kan understøttes på følgende måder.

- ➡ Der kan arrangeres sociale sammenkomster (online eller offline) og muligheder for at komme i kontakt på uformelle måder.
- ➡ Samarbejdsprojekter, som f.eks. events eller arbejdsgrupper, kan etableres uden for rammerne af afstigmatiseringsaktiviteter. Denne form for handlingsbaseret tilgang er udbredt i recovery-orienterede praksisser.
- ➡ Eksisterende selvhjælpsgrupper kan være med til at skabe fundamentet for nye fællesskaber mellem mennesker med levede erfaringer. I mange lande er finansiering af selvhjælpsgrupper ved at blive almindelig praksis i den offentlige sundhedspolitik, da disse grupper har en anerkendt rolle i at fremme medborgerskab, bekæmpe isolation og øge selvbestemmelse og dermed fremme recovery.
- ➡ Etablering af en formel struktur som f.eks. en civilsamfundsorganisation kan give andre muligheder for ligesindede (f.eks. lønnet arbejde), så længe denne proces ikke bliver en byrde for dem.

Fællesskaber for mennesker med levede erfaringer kan danne grundlag for fremtidigt afstigmatiseringsarbejde i en given kontekst. De kan starte som selvhjælpsgrupper men kan nogle gange blive spiren til patient- og brugerorganisationer. Dette kan være særligt vigtigt i miljøer, hvor offentlig deling af psykiske lidelser indebærer større sociale eller økonomiske risici. Et bagland af ligesindede med lignende erfaringer kan give et stærkt fundament for at etablere afstigmatiseringsprogrammer, hvor der ikke tidligere har været nogen (se bilag 2 for yderligere ressourcer), og kan fremme systemændringer. Fællesskaber for mennesker med levede erfaringer kan også blive fortalere for rettigheder og interesser for mennesker med levet erfaring, primært i udviklingen af behandling af psykiske lidelser.

Nogle selvhjælpsgrupper og fællesskaber for mennesker med levede erfaringer fungerer på lokalt plan - som f.eks. [Health Service Users Association i Etiopien](#) (27)- og spreder sig nogle gange til andre regioner med støtte fra eksisterende grupper. Andre fællesskaber har en global rækkevidde (se bilag 2).

Beskyttelse af programmets medarbejdere, interessenter og deltagere

Det er vigtigt, at afstigmatiseringsaktiviteter tager hensyn til deltagernes og personalets sikkerhed under hele deres deltagelse i arbejdet. Ved at tage et par enkle skridt kan aktiviteter fungere som "trygge rum" - især for mennesker med levet erfaring.

- ➡ Partnere og interessenter - især mennesker med levet erfaring - skal spørges, om de giver klar tilladelse til at blive citeret, fotograferet, videofilmet, vist på sociale medier eller på anden måde omtalt på en identificerbar måde i ethvert kommunikationsmateriale i forbindelse med aktiviteten.
- ➡ Til begivenheder bør der oprettes et team af "safers", som er trænet i at genkende og afbøde diskrimination og fysisk eller verbal aggression. Disse uddannede personer kan findes gennem støttegrupper for mennesker med levede erfaringer eller via platforme til støtte mellem mennesker med levede erfaringer eller selvhjælp.
- ➡ Programmedarbejdere kan også udpeges som safers for at støtte mennesker med levet erfaring, som måske føler sig utrygge under en aktivitet.
- ➡ Der bør skabes fysiske "trygge rum" på arbejdsstedet eller ved arrangementer eller udpeges "sikre ord", som kan bruges, når en person med levet erfaring har brug for en pause eller mere støtte.
- ➡ Nødkontakter og foretrukne måder at reagere på psykiske kriser på, hvis de opstår under deltagelsen, skal identificeres.
- ➡ Fællesskaber blandt deltagerne bør fremmes for at sikre, at aktiviteten imødekommer behovene hos mennesker med levet erfaring.
- ➡ God praksis for beskyttelse, såsom den der er udviklet af Global Mental Health Peer Network (28), bør anvendes.

Refleksion, reaktion og tilpasning

Uanset hvor omfattende planlægningsprocessen er, foregår implementeringen af afstigmatiseringsaktiviteter sjældent som planlagt (boks 9). I nogle tilfælde vil ikke alle mål for arbejdet blive opfyldt. Ved at afsætte tilstrækkelig tid til at reflektere over, hvad der gik efter planen, og hvad der ikke gjorde, kan den centrale ledelsesgruppe og interessenterne forbedre fremtidige aktiviteter og påvirke senere afstigmatiseringsprogrammer.

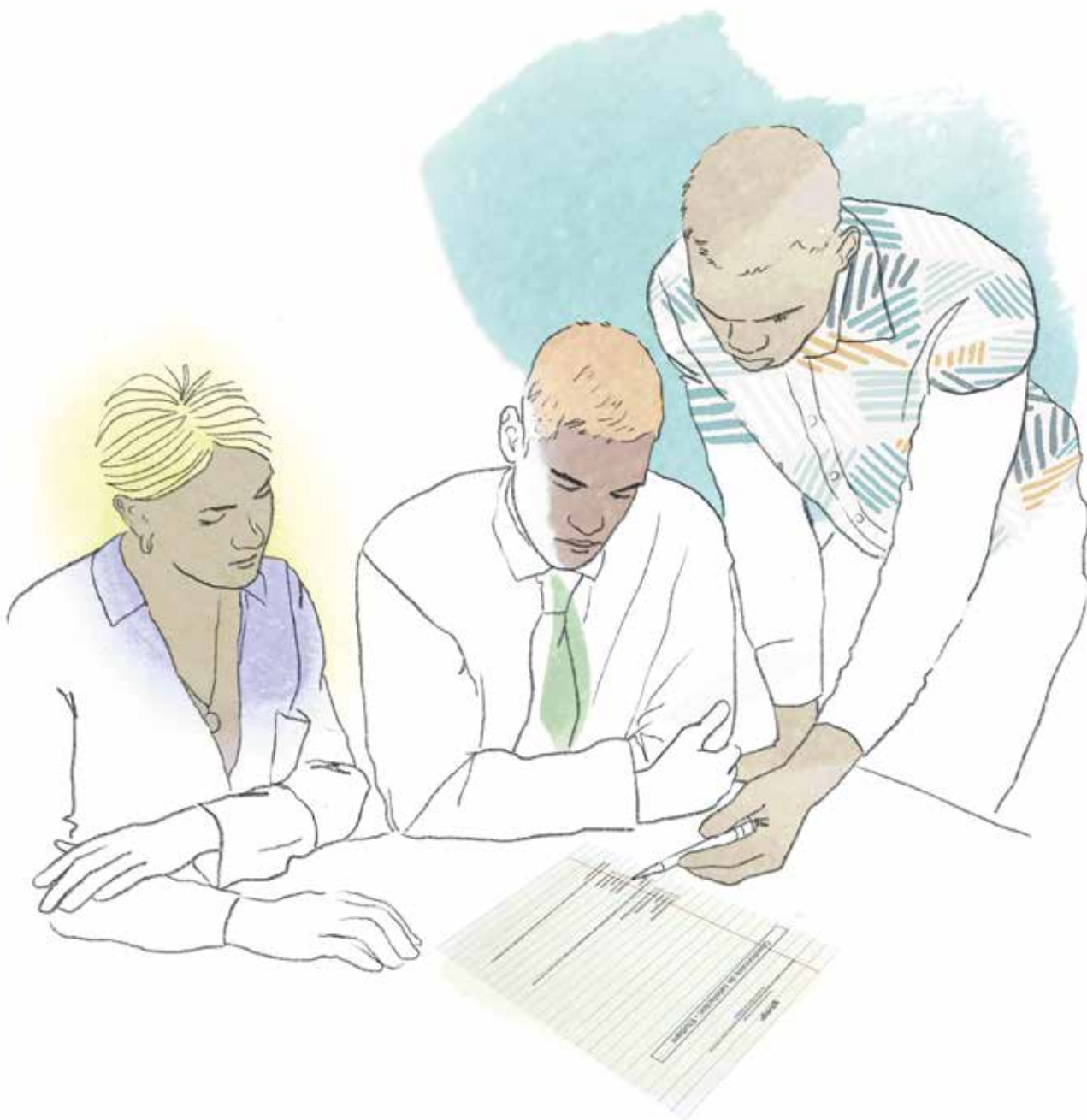
Aktiviteterne bør omfatte regelmæssige check-in-møder med partnerne for at reflektere over og tilpasse det igangværende arbejde, så det stemmer bedre overens med de oprindelige planer og mål. Diskussionerne kan fokusere på at forstå, hvad der ikke går godt, hvad der kan forbedres, og hvordan man skal korrigere kursen. Det er også vigtigt ikke at miste modet på grund af en eventuel mangel på store forbedringer. Positive ændringer i stigmatisering kan være beskedne på kort sigt, men de kan danne grundlag for yderligere reduktion af stigmatisering og diskrimination på lang sigt.

Det er også vigtigt at fejre succeser, som kan opretholde motivationen. En sund kultur for afstigmatiseringsaktiviteter er en kultur, der værdsætter succes, tilbyder udfordringer og opfordrer til brainstorming, risikovillighed, kreativitet og en proaktiv tilgang til problemløsning.

Boks 9. Forståelse af negative resultater

Resultaterne af en afstigmatiseringsaktivitet forventes generelt at være positive: at reducere stigmatisering og diskrimination. Monitorerings- og evalueringsresultater kan imidlertid vise, at der ikke er sket nogen ændring i disse resultater, eller at der endda er sket en stigning. For eksempel har man fundet ud af, at programmer, der bruger virtual reality, har øget stigmatisering, når de involverer simulering af symptomer på lidelser som skizofreni (29). Hvis resultaterne viser, at deltagerne lider skade, mens arbejdet er i gang, kan det være nødvendigt at sætte alle aktiviteter midlertidigt på pause og vurdere, hvilken skade der er sket, og hvorfor den opstod. Alle relevante partnere skal informeres, og der skal gøres en indsats for at sikre, at der ikke sker yderligere skade. Skadesreduktionsprotokoller kan oprettes under trin 2 for at gøre denne proces med at reagere på negative resultater lettere.

Det er meget vigtigt at identificere og undgå at dække over sådanne negative resultater og at dele de læringer, der kommer ud af dem.





Reflekter og fortsæt

Når finansieringen slipper op, kontrakterne udløber, og aktiviteterne afvikles, skal den centrale ledelsesgruppe beslutte, om den vil stoppe og samle læringer til brug for det fremtidige arbejde, eller om den vil starte en ny arbejdscyklus.

Fortsættelse eller afslutning af aktiviteten

Afslutningen på en aktivitetscyklus er en mulighed for at reflektere over de samlede læringer, konsolidere overvågnings- og evalueringsdata og indsamle historier og feedback fra interessenter - især partnere med levet erfaring. Der kan afholdes et læringsmøde eller en øvelse med partnere og interessenter, hvor man bevidst inddrager en bred vifte af perspektiver og har fokus på fremtiden: Skal aktiviteten fortsætte eller afsluttes?

Planlægning med henblik på bæredygtighed kan ske tidligt som en del af planlægningen og forberedelsen i trin 2, men beslutninger kan afhænge af flere faktorer i slutningen af aktiviteten eller programmet. De følgende spørgsmål kan bruges som udgangspunkt for at identificere disse faktorer.

- ➡ Er de oprindelige formål og mål blevet opfyldt?
- ➡ Har feedback fra deltagerne - og især målgruppen - været positiv?
- ➡ Er de vigtigste partnere og interessenter interesserede i at fortsætte?
- ➡ Er der tilstrækkelig tid, finansiering og andre ressourcer til rådighed til at fortsætte?

Hold momentum: opretholdelse og udvidelse

Afstigmatiseringsaktiviteter og -programmer over hele verden har vist, at stigmatisering og diskrimination kan reduceres, men det tager tid. En specifik afstigmatiseringsaktivitet vil sandsynligvis give fordele - især hvis den følger de principper og trin, der er beskrevet i denne værktøjskasse. Det er dog usandsynligt, at det vil fjerne stigmatiseringen af målgruppen helt.

At gøre en ende på stigmatisering kræver et langsigtet engagement fra mange forskellige grupper af mennesker rundt om i verden. Det er vigtigt at styre forventningerne til effekten af afstigmatiseringsaktiviteter og undgå at blive frustreret, når en given aktivitet ikke ændrer holdninger og adfærd hos alle, den er rettet mod. Nøglen til at opretholde momentum ligger i fortsat engagement med målgruppen, opretholdelse af gode arbejdsrelationer mellem partnere, løbende tilpasning af aktiviteterne til de skiftende omstændigheder i samfundet, løbende evaluering og skabelse eller identifikation af ressourcer til at hjælpe med at sikre, at arbejdet kan fortsætte på længere sigt.

Når en aktivitetscyklus slutter, kan den centrale ledelsesgruppe overveje, om arbejdet skal fortsætte, og måske videreudvikle det gennem overvejelser i de forskellige trin i implementeringsprocessen, der er beskrevet i denne værktøjskasse. Specifikke handlinger kan hjælpe med at opretholde motivationen til at igangsætte en ny cyklus af aktiviteter, som f.eks. følgende.

- ➡ Den centrale ledelsesgruppe og den rådgivende gruppe af interessenter kan fortsætte deres arbejde, hvis der er tid og ressourcer til at mødes.
- ➡ Opdateringer kan deles med partnere og interessenter om de fortsatte effekter af de tidligere aktiviteter, og hvad man har lært af processen.
- ➡ Interessenter kan spørges til råds om målgruppen/målgrupperne for den næste arbejdscyklus.
- ➡ Partnere, der er involveret i det afsluttede arbejde, kan deltage i undervisnings- og træningsmuligheder og mentorordninger for personer, der ønsker at lære af deres erfaringer med at levere et afstigmatiseringsprogram.
- ➡ Erfaringer, succeser og udfordringer samt viden om aktiviteternes resultater og effekter kan formidles til vigtige målgrupper - f.eks. potentielle fremtidige bevillingsgivere - via artikler i videnskabelige tidsskrifter eller populære medier (herunder sociale medier), ved hjælp af audiovisuelt materiale (f.eks. videoer eller podcasts) eller samlet i vejledningsmateriale om bedste praksis.
- ➡ Peer-støtteaktiviteter kan opretholdes for at øge selvtilliden og ekspertisen hos mennesker med levet erfaring, så de kan blive involveret i afstigmatiseringsaktiviteter.

Langsigtet bæredygtighed kan betyde, at afstigmatiseringsaktiviteter skal integreres i større operationer, som f.eks. en kampagne til fremme af folkesundheden eller et initiativ til at fremme adgangen til behandling. Fleksibilitet er vigtig: Det kan være nødvendigt at tilpasse mål og aktiviteter, så de passer til målene for de større programmer, men de skal bevare de kerneelementer, der gav positive resultater. Aktiviteterne bør også stadig omfatte de vigtigste principper for reduktion af stigmatisering: lederskab/medlederskab fra mennesker med levet erfaring, social kontakt og inkluderende samarbejder. At finde en balance mellem bevarelse af effektiviteten og tilpasning til skiftende omstændigheder kan være afgørende for langsigtet bæredygtighed.

Opskalering kan også være mulig og relevant for konteksten. WHO's ExpandNet-ramme og -værktøjer (30) kan være nyttige i denne henseende, idet de indeholder vigtige overvejelser og vejledning om opskalering af folkesundhedsprojekter, herunder:

- ➡ at holde aktiviteterne enkle
- ➡ at planlægge institutionel støtte inden for sundhedssektoren
- ➡ at foretage budgetplanlægning på et meget tidligt tidspunkt
- ➡ aktiv fortalervirksomhed for løbende bidragyder- eller finansieringsstøtte.

Opskaleringsforslag vil sandsynligvis være mere effektive med en klar monitorerings- og evalueringsplan for programmet og robuste data om aktiviteternes effekter og resultater. Fremtidige bevillingsgivere vil gerne kende det sandsynlige investeringsafkast og den værdi for pengene, som programmet eller dets aktiviteter giver, hvilket i høj grad vil blive hjulpet på vej af data fra tidligere resultater.

Afslutning af aktiviteten på en ansvarlig måde

Det er tilrådeligt at planlægge en ansvarlig afslutning på afstigmatiseringsaktiviteter, uanset om de forventes at køre i en fast periode eller ikke har nogen bestemt afslutning. En exit-strategi kan hjælpe med at bevare fordelene ved afstigmatiseringsaktiviteten for målgruppen, selv efter at programmet er afsluttet. Den kan udarbejdes af kernepartnere og bredere interessenter - helst inklusive målgruppen - på et meget tidligt tidspunkt i aktivitetens udformning. Afhængigt af aktivitetens omfang kan et eller flere af følgende tiltag implementeres for at fremme en ansvarlig exit:

- sikre, at aktiviteterne er blevet gennemført med input fra lokalsamfundet og vigtige interessenter for at øge lokalsamfundets ejerskab og opbakning og for at sikre, at arbejdet er i overensstemmelse med lokale værdier og prioriteter;
- sikre, at ansatte eller frivillige i programmet opnår overførbare færdigheder gennem deres deltagelse for at styrke deres fremtidige arbejds- og beskæftigelsesmuligheder;
- etablere mentorordninger for medarbejdere og/eller lokale fortalere, der er involveret i arbejdet, for at uddanne og støtte lokale personer, der kan fortsætte afstigmatiseringsindsatsen efter aktivitetens afslutning;
- sende rapporter - herunder monitorerings- og evalueringsdata - til bevillingsgivere og andre sponsorer for at vise aktivitetens effekter for modtagergruppen og målgrupperne;
- formidle oplysninger om aktiviteterne i den lokale og nationale kontekst, hvis det er muligt - herunder deres mål, leveringsmetoder, effekter og læringer til fremtidige programmer og
- dele oplysninger om, hvorvidt nogen af grupperne, platformene eller strukturerne vil fortsætte efter aktivitetsperioden med interessenter, der vil koordinere og bruge ressourcer på eventuelle igangværende netværk eller aktiviteter.

Formidling, netværk og inspiration

Der skal gives feedback til deltagerne om resultaterne og effekterne af afstigmatiseringsaktiviteten, så alle, der deltog, bliver værdsat.

Uanset om en afstigmatiseringsaktivitet fortsætter eller slutter, er det vigtigt at dele de involveredes erfaringer og effekterne af arbejdet bredt. Planlægning og udførelse af afstigmatiseringsaktiviteter, uanset deres omfang og om de nåede deres mål, giver et væld af viden til ligesindede og partnere og inspirerer dem til at bekæmpe stigmatisering i deres respektive kontekster.

Støtte til gentagelse af en vellykket tilgang til at reducere stigmatisering og diskrimination i andre lokale kontekster hjælper med at opbygge et praksisfællesskab til deling af viden, feedback og strategier og bidrager til en vellykket tilpasning af aktiviteter til den pågældende kontekst. Denne form for støtte kan endda være indbygget i programplanlægningen allerede fra trin 1 eller trin 2. Indsatser, der udbreder succeser og yder gensidig støtte, bidrager til en stadigt voksende global bevægelse af aktiviteter, partnere og interessenter med et fælles langsigtet engagement i at reducere og i sidste ende stoppe stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser.





Kapitel 3. _____

Casestudier

Casestudie 1. Aktivitet gennemført af enkeltperson

Ben Ogden besøgte en række togstationer i Storbritannien for at dele sine egne erfaringer med psykisk lidelse, for at nedbryde stigmatisering og for at opfordre andre til at komme på banen. Han opbyggede et onlinefællesskab for at bekæmpe stigmatiseringen omkring psykiske lidelser yderligere ved at nå ud til et større publikum, som kunne tale med og støtte hinanden.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Ben indså, at han var nødt til at gøre noget for at bekæmpe stigmatisering forbundet med psykisk lidelse, da han fandt ud af, at både han og hans bedste ven led af depression, men ingen af dem havde kendt til den andens lidelse. Ingen af dem havde følt sig trygge ved at tale om deres erfaringer - noget, Ben mente, var særligt almindeligt blandt unge mænd. Med udgangspunkt i deres arbejde som content creators ønskede Ben at fange folks opmærksomhed ved at gøre noget uventet for at skabe en effekt. Han forsøgte at nedbryde stigmatiseringen omkring psykisk lidelse ved at gå i dialog med den brede offentlighed i et forsøg på at udløse en reaktion og sætte gang i samtaler om dette tabubelagte emne.



Jeg tænkte: "Hvordan kan jeg få folks opmærksomhed?" Mange mennesker ønsker at gøre en forskel for psykisk sundhed, men det er virkelig svært at få folks opmærksomhed og få dem til at tage et øjeblik ud af deres travle kalender og faktisk overveje: "Er jeg okay?"

TRIN 2. Planlæg og forbered

Ved at bruge sin egen erfaring og efter at have taget mod til sig i flere uger tog Ben hen til hovedbanegården i Leeds og holdt et skilt op med teksten "Hej, jeg hedder Ben, og jeg bliver nogle gange deprimeret". Så ventede han på, at folk skulle gå i dialog med ham.

Ben valgte et offentligt rum for at "gøre det sidste, som folk forventede". Han var forbløffet over antallet af mennesker, der henvendte sig til ham. Nogle ville vide, hvorfor han henvendte sig, men mange ville tale om, hvad de følte, eller spørge, hvordan de kunne støtte deres kære, som havde psykiske problemer. Han var glad for at se, at mange af dem var ældre mænd. Under sin opvækst i Storbritannien oplevede Ben, at ældre mænd blev udsat for kraftig stigmatisering, når de talte om deres psykiske helbred.

Den direkte kontakt med offentligheden gav ham også klar feedback - både positiv og negativ. Han mødte også stigmatisering: Nogle mennesker fortalte ham, at "psykiske problemer ikke findes" eller foreslog, at han "bare skulle mande sig op". Alt i alt var størstedelen af interaktionerne positive, men de negative møder fik ham alligevel til at tvivle på sig selv i betydelig grad.

Aktiviteten var økonomisk overkommelig takket være samarbejder med London Northwestern Railway - et togselskab i Storbritannien - og firmaer, der sælger sportstøj.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

Ben tog sin aktivitet med til andre togstationer i Storbritannien. Han lagde videoer af sine samtaler ud på sine sociale medier (Instagram og TikTok), før han gik over til livestreaming. Livestreaming blev starten

på et fællesskab, hvor folk interagerede med ham og hinanden (der blev indhentet mundtligt samtykke til at blive optaget fra alle, han talte med personligt). Administratorer af fællesskabet foreslog at etablere et mere stabilt onlinefællesskab, der ikke var knyttet til Bens streams, ved hjælp af Discord-plattformen.

Han giver de sociale medier æren for, at han har været i stand til at opbygge et anonymt fællesskab, hvor folk kunne føle sig trygge og godt tilpas med at tale om deres oplevelser og hjælpe hinanden.

Ben indrømmer, at han ofte følte sig ansvarlig for folk, der kontaktede ham online - at han var nødt til at besvare hver eneste af deres beskeder. Det gik ud over hans eget psykiske helbred. Oprettelsen af Discord-gruppen - et sted, hvor folk kunne støtte hinanden uden hans direkte input - var med til at lette noget af presset.



Jeg har indset, at jeg ikke kan tage det hele på mine skuldre. Jeg gik ind med den hensigt at hjælpe nogle få mennesker. Men fordi det bare blev ved med at vokse og vokse og vokse, følte jeg mig ansvarlig for alle de mennesker.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

Det fællesskab, som Bens arbejde har skabt, blev ikke skabt fra den ene dag til den anden: Det var resultatet af måneders opbygning af tillid hos følgere og andre brugere af de sociale medier. For ham er sociale medier et værktøj, der hjælper "rigtige mennesker med at komme i kontakt med rigtige mennesker" - noget, som brugere af sociale medier alt for ofte glemmer. Han reflekterer over, hvordan det at gøre noget småt kan gøre en stor forskel. For ham var hans aktivitet en succes, fordi han brugte historien om sin egen levede erfaring til at opbygge tillid og dyrke forbindelser.



Vi content creators tænker: "Jeg skal bare lægge noget ud til folk og håbe, at det hænger ved". Det er folk egentlig ligeglade med. De vil bare gerne føle sig forbundet eller føle, at der bliver tænkt på dem, eller at de ikke er alene.

Afsluttende refleksioner

I afstigmatiseringsarbejdet mener Ben, at "en lille smule rækker langt". Han ville bare hjælpe nogle få mennesker i sit lokalområde. Han endte med et fællesskab af hundredvis af mennesker fra hele verden, som følte sig trygge nok til at fortælle om deres oplevelser.



Grunden til, at min intervention virkede, er, at det ikke er et scenarie - det er ikke tekst på en skærm. Det er rigtige mennesker, der kommer i kontakt med rigtige mennesker.

Yderligere ressourcer

- Bens historie på WHO's website (31).
- Bens historie på LADbibles website (32).
- Bens historie på BBC News' website (33).
- Bens TikTok-konto (34).
- Bens Instagram-konto (35).

Casestudie 2. Aktivitet skabt af unge mennesker

Facettes Festival er den første festival i Frankrig, der har til formål at fremme mental sundhed blandt unge.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Facettes Festival blev skabt for at udvide horisonten for mennesker, der oplever psykisk lidelse. Projektet var rettet mod unge i alderen 15-30 år, da det er en af de mest sårbare grupper, når det gælder udvikling af psykiske lidelser, og en gruppe, der bliver diskrimineret på grund af deres unge alder.

Den centrale ledelsesgruppe ønskede at skabe en trivselsfestival, som var tilgængelig for alle, og som gennem social kontakt bragte mennesker sammen, som ellers aldrig ville mødes.

Facettes-teamet bestod hovedsageligt af unge mennesker med levet erfaring, eller som havde en personlig interesse i eller forbindelse med mental sundhed. Det var vigtigt for dem, at en divers blanding af mennesker i forskellige forløb med psykisk lidelse blev inkluderet. Teamet omfattede også personer tæt på de unge, f.eks. forældre, samt nysgerrige medlemmer af offentligheden.



Der er selvstigmatisering, og ikke kun blandt mennesker med psykiske problemer, men også blandt unge mennesker, hvoraf mange siger til os: "Åh ja, men jeg har ingen grund til at være ulykkelig, jeg har ingen grund til at have det dårligt. Hvis jeg ikke klarer mig godt, er det, fordi jeg er doven eller ikke er tapper". De tillod ikke sig selv at søge hjælp eller gå i behandling.

TRIN 2. Planlæg og forbered

I den centrale ledelsesgruppe var to personer med erfaring i projektledelse vigtige med hensyn til at strukturere tilgangen. En psykiater var også et vigtigt medlem i kontakten med den videnskabelige komité, som screenede alle planer for at sikre, at aktiviteterne var hensigtsmæssige.

Facettes-teamet understregede, hvor vigtigt det er at opbygge et samarbejde fra starten. Inddragelsen af Union Nationale des Amis et Familles de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques og Fédération Santé Mentale - fremtrædende organisationer inden for mental sundhed i Frankrig - skabte muligheder for projektet.

I starten af projektet havde den centrale ledelsesgruppe imidlertid ingen finansiering, og det betød, at teammedlemmerne brugte meget tid på at skrive projektansøgninger. De var i stand til at skaffe finansiering fra offentlige midler, privat velgørenhed, familievelgørenhed, en del virksomhedssponsorater og en del individuelle donationer gennem crowdfunding.

Alle aktiviteter blev udført som et kollektiv fra design til implementering. Brainstorming-workshops blev brugt til at komme med ideer, og beslutninger blev som regel truffet ved hjælp af afstemninger.



Vi gjorde alt som et kollektiv fra design til implementering. Festivalens atmosfære og endda dens navn blev defineret i kollektive workshops, hvor vi brugte designtækningsmetoder.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

Den 15. oktober 2022 blev den gratis 2-dages festival skudt i gang med bl.a. musik og teater, workshops og aktiviteter, der fremmer afslapning. Arrangementet gjorde det muligt at skabe støttemekanismer for mennesker med levede erfaringer i lokalsamfundet - uden at dømme, så folk kunne være dem, de er.

Selv om mange frivillige gerne ville engagere sig, stødte den centrale ledelsesgruppe på problemer med varierende grader af tilgængelighed og engagement. Efterfølgende valgte de en organisationsstruktur med en kernegruppe, der driver projektet, og frivillige der bidrager i mere begrænset grad.

Facettes-teamets medlemmer reflekterede over, hvordan de var i stand til at opbygge et socialt netværk med tre niveauer. Det første niveau består af dem, der er involveret i projektet - som deltager eller hjælper med at arrangere festivalen. Det andet niveau er de "direkte forbindelser" - personer eller organisationer, der er i kontakt med målgruppen af unge, som kan være interesserede i deres arbejde. Det tredje niveau består af personer, som Facettes-teamet har kontaktet for at give dem mere information om deres arbejde. På den måde oplevede teamet, at folk, som de ikke troede nogensinde ville interessere sig for dem, gjorde netop det og endda søgte om at deltage i festivalen.

Projektet blev evalueret på to områder. Først blev festivalens effekt på deltagerne vurderet gennem observationer og spørgeskemaer. For det andet blev effekten af deltagelsen blandt de involverede personer vurderet via en fokusgruppe. Resultaterne af evalueringen blev derefter offentliggjort (se yderligere ressourcer nedenfor).



Jeg indså, at det var meget mere end et simpelt projekt med en begyndelse og en slutning. Mellem de involverede personer og endda i hele lokalsamfundet blev der skabt reelle støttemekanismer for mennesker med levede erfaringer. Det var noget meget godgørende og ikke-dømmende.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

Efter festivalen udviklede Facettes-teamet en projektledelsestjeneste dedikeret til almennyttige organisationer baseret på festivalen og et fællesskab af unge frivillige, der var berørt af den.

Medlemmerne af den centrale ledelsesgruppe fremhæver vigtigheden af, at initiativerne deler praksis for at udbrede fælles læring. De håber at kunne opskalere festivalen ved at indgå yderligere samarbejder med andre festivaler, steder og initiativer.



Vi er interesserede i at kunne samarbejde med andre festivaler andre steder. Vi tror, at det er mere sandsynligt, at det vil føre til en udvidelse af projekterne, end hvis der er én aktør, der overtager alle initiativerne.

Afsluttende refleksioner

For dem, der ønsker at skabe deres egen afstigmatiseringsaktivitet, opfordrer Facettes-teamet alle til at kaste sig ud i det! Nøglen er at finde mennesker, der deler samme engagement og er ivrige efter at støtte og hjælpe og at omgive sig med dem.



Jeg vil anbefale, at du følger din mavefornemmelse. Med andre ord: Hvis du har lyst til at gennemføre et projekt, bliver det måske ikke så sprudlende, som du havde forestillet dig i begyndelsen. Men der er ingen grund til, at det ikke skulle virke.

Yderligere ressourcer

Facettes Festivalens website (36).

Historien om Facettes Festival på Sortiraparis' website (37).

Facettes Festivalens Instagram-konto (38).

Facettes Festival på YouTube (39).

En webside med rapporter, der måler den sociale effekt af Facettes-festivalerne i 2022 og 2023 (40).

En webside med metodekittet til Facettes Festival i 2024 (41).

Casestudie 3. Afstigmatiseringsprogram på arbejdspladsen

Bearapy er en social virksomhed med base i Beijing, Kina, som samarbejder med virksomheder om at reducere stigmatisering forbundet med psykisk lidelse på arbejdspladser og fremme trivsel i Asien og Stillehavsområdet.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Bearapy blev grundlagt af Enoch Li for at bekæmpe stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser, især i erhvervslivet. Mange medarbejdere og ledere er bange for at afsløre, at de kæmper med psykisk lidelse af frygt for at blive set som svage eller en fiasko. Enoch havde arbejdet i sådanne miljøer og havde oplevet lignende selvstigmatisering på grund af sin egen kamp med udbændthed, depression og selvmordsforsøg. Hun så intet initiativ i Beijing, der fokuserede på mental sundhed på arbejdspladsen - og intet, der havde til formål at reducere stigmatisering. Hun startede Bearapy som en måde at nå ud til folk, der arbejder i virksomheder - især dem i lederstillinger - for at skabe opmærksomhed om mental sundhed på arbejdspladsen, hjælpe dem med at forstå deres ansvar for mental sundhed og bistå dem med at ændre kulturen på arbejdspladsen for at fremme trivsel.



Jeg greb det egentlig an på denne måde: "Hvordan giver vi folk et sprog til at tale om noget som dette?", da det er svært for dem at formulere sig i den lokale og regionale kontekst.

TRIN 2. Planlæg og forbered

Enoch kombinerede sin tidligere erfaring med ledelse og lederroller i virksomheder med uddannelse i organisationsadfærd, sin egen erfaring med psykisk lidelse og masser af forskning for at designe et uddannelsesmodul baseret på social kontakt.

Mennesker med levet erfaring har altid været kernen i Bearapy. Enochs team består af personer, som har deres egen levet erfaring, eller som har taget sig af nogen med en psykisk lidelse. Hun fremhæver værdien af at have begge perspektiver, når man henvender sig til virksomheder.

Enoch indså hurtigt, at sprogbrugen omkring mentalt helbred, herunder selve begrebet "mentalt helbred" ikke var acceptabelt for mange multinationale virksomheder med kontorer i Kina. Hun oversatte terminologi til et sprog, der var passende for erhvervslivet, og fokuserede på styrkende udtryk som "trivsel" og "resiliens". Derudover fokuserede hun på praktiske resultater - hvordan ændring af arbejdspladskulturen for at understøtte trivsel kan have økonomiske fordele som øget produktivitet, resiliens og bedre relationer.

Bearapy var oprindeligt rettet mod personalechefer, som kunne fungere som udgangspunkt for ændringer i organisationskulturen, og økonomichefer, som blev anset for at være nøglen til at støtte et vedvarende engagement. I de sidste par år er fokus flyttet til administrerende direktører og bestyrelsesmedlemmer med henblik på at implementere programmet.

Bearapys metode er baseret på erfaringsbaseret læring, hvor den viden, der undervises i, anvendes praktisk gennem aktiviteter. Deltagerne bliver efterfølgende debriefet og reflekterer over de vigtigste læringspunkter. Ved at udforme vignetter af casestudier baseret på aktuelle problemer i organisationen kan undervisning fokusere på relaterbare emner. Denne form for indirekte social kontakt giver deltagerne mulighed for at sætte ord på deres egne følelser og indse, hvordan deres handlinger kan påvirke kollegers og underordnedes mentale helbred og trivsel.

TRIN 3: Sæt igang og lær

Bearapy er vokset støt siden 2016 og har nu en blanding af kortvarige engangskunder og langvarige tilbagevendende kunder.

Monitorering og evaluering udføres ofte, hvilket gør det lettere at forbedre undervisningen løbende. Efter hver workshop eller aktivitet udfylder deltagerne et feedback-spørgeskema, der består af lukkede og åbne spørgsmål, som giver den enkelte mulighed for at uddybe sin oplevelse. Bearapy-teamets medlemmer gennemfører også interviews med personaleansvarlige for at evaluere projektet.

Enoch reflekterer over vigtigheden af social kontakt i Bearapys workshops, som har til formål at skabe et psykologisk trygt rum, hvor folk kan tale om psykisk helbred.



Jeg forventer ikke, at 30 mennesker skifter mening fra den ene dag til den anden. Men hvis der er et frø, der vokser, er det sådan, afstigmatisering virker.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

Bearapys profitbaserede model gør det muligt at fortsætte samarbejdet med virksomheder i Beijing og globalt. I 2024 har de seks konsulenter og omkring 20 medarbejdere, som hjælper med at afvikle undervisningssessionerne.

Enochs udfordring med at etablere Bearapy var at få folk til at interessere sig for et emne, som ingen talte om. Udfordringen er nu at få virksomheder til at fortsætte med at investere i mental sundhed i kølvandet på coronavirus (COVID-19), som førte til en øget interesse for Bearapys arbejde. Denne stigning er nu ved at aftage i takt med, at arbejdsgiverne begynder at betragte mental sundhed som et spørgsmål om krisestyring i stedet for bæredygtighed.



Jeg synes, at en vigtig udfordring er: Hvordan fastholder vi samtalen, så den bliver en grundpille for arbejdspladsen og ikke bare krisestyring?

Afsluttende refleksioner

Enoch råder dem, der er interesserede i afstigmatiseringsarbejde, til at melde klart ud om deres resultater og til at holde ud på trods af stemmer omkring dem, der kan være nedslående.



Afstigmatisering på arbejdspladsen er ikke en nem opgave: Vi går i bund og grund imod strømmen. Hvis du bliver ved, vil du finde medspillere, som tror på dig, og forkæmpere, som vil hjælpe dig.

Yderligere ressourcer

Bearapys website (42).

Casestudie 4. Aktiviteter på græsrodsniveau

Zone of Expression Against Stigma (ZEST) er et globalt system af handlinger, der har til formål at bekæmpe stigmatisering. Dets program "Living Libraries" (levende biblioteker) forsøgte at bekæmpe fordomme ved at gøre det muligt for mennesker med levet erfaring at dele deres historier offentligt ansigt til ansigt, når en person påtager sig rollen som "bog" og en anden som "læser".

TRIN 1. Identificer og definer mål

ZEST Living Libraries-programmet i Frankrig involverer "levende bøger". Det er mennesker med en oplevelse med psykisk lidelse, som deler deres historier (inden for 30 minutter) med en person, der ikke føler sig berørt af en sådan oplevelse - læseren. Målet er at bekæmpe stigmatisering forbundet med psykisk lidelse, fremme dialog gennem disse møder og nedbryde barrierer.

TRIN 2. Planlæg og forbered

Medlemmerne af ZEST-teamet var bekendt med Living Libraries-formatet, som var blevet brugt i forbindelse med andre former for diskrimination - især ved at konsultere Europarådets guide til Living Libraries (43). De undersøgte også, hvad der blev gjort i Canada med projektet *à livre ouvert* [åben bog] og arbejdet i Psycom, en fransk national offentlig ressource.

Projektet drives i fællesskab af både deltagere og koordinatore på Centre ressource de réhabilitation psychosociale og Centre référent lyonnais de réhabilitation psychosociale. Det fælles lederskab var baseret på diskussioner om, hvordan man tilpasser Living Libraries-modellen - hvad der fungerer, og hvad der skal ændres - og om at invitere mennesker med levet erfaring til at være medundervisere sammen med koordinatore på Living Libraries-arrangementer og -kurser.

ZEST-teamet arbejdede for at sikre, at der var et miljø, hvor alle kunne føle sig trygge ved at dele deres historie og være sig selv. For eksempel kan den person, der påtager sig rollen som levende bog, vælge, om han eller hun har det bedst med at være i samtale med en, to eller tre læsere, og bestemme, hvor mange oplæsninger han eller hun vil foretage.

De første målgrupper var studerende, brandmænd og plejere.

For at evaluere projektet engagerede ZEST-teamet en konsulent til at udarbejde en evalueringsguide og gennemførte derefter individuelle interviews med deltagerne, afholdt fokusgrupper, uddelte spørgeskemaer og indsamlede nogle data ved arrangementer. Som en del af evalueringen stillede de læserne tre spørgsmål:

Hvordan oplevede du begivenheden?

Er der noget, du særligt husker, og tror du, at dit syn på psykiske lidelser har ændret sig efter denne udveksling?

Har du spørgsmål om mental sundhed?

Seks måneder efter Living Libraries-arrangementet bliver der sendt et spørgeskema ud, hvor man spørger, om programmet har ændret noget i deres liv.



Vi debriefer deltagerne hver gang og tænker over, hvad der kan tilpasses i modellen. For eksempel overvejede vi at lave et tegn, hvis den levende bog [dvs. personen med levet erfaring] ikke følte sig godt tilpas, da det kunne være svært for nogle mennesker at udtrykke dette, når der var en læser. Vi testede det. Men efter et stykke tid besluttede vi os for at bruge forklaringen af bibliotekets regler med læsere og koordinatore, som tjekker ind hvert 10. minut for at sikre en respektfuld og sikker opsætning.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

ZEST-teamets omfattende evaluering af programmets effekt på deltagere (levende bøger) og læsere gav opmuntrende og positive resultater. Især var effekten på mennesker med levet erfaring, der deltog som levende bøger, betydelig i form af forbedret selvværd, empowerment og en følelse af endelig berettigelse til at dele deres erfaringer.

Feedback viste, at når teksterne var dystre og uden håb, havde det en tendens til at forstærke læsernes fordomme. Derfor blev workshops ændret, så der blev lagt særlig vægt på det budskab, som den levende bog ønsker at levere, og hvad der kan hjælpe med at få det til at lykkes.

Da Living Libraries for nylig blev lanceret, havde ZEST-teamet større succes med at få læserne til at komme og lytte ved ikke at sige "Har du lyst til at lytte til en beretning om mentalt helbred?", men "Har du lyst til at lytte til en levende bog?".

Living Libraries-programmet giver læserne mulighed for at identificere sig med den levende bog på uventede måder. De fandt ud af, at folk som læsere blotlægger sig selv og ofte deler meget personlige ting - herunder sundhedspersonale, der fortæller om deres egne erfaringer med lidelser.

Programmet bidrog til at skabe fællesskaber for mennesker med levede erfaringer. Der er opstået venskaber, og nogle deltagere er nu involveret i andre foreninger eller projekter som f.eks. udstillinger og videoer.

ZEST's Living Libraries er baseret på et system, hvor deltagelse er gratis, og derfor er mennesker med levet erfaring ikke forpligtet til at deltage. Koordinatorerne gav dog udtryk for, at de følte ubehag ved, at deltagerne ikke får kompensation. Samtaler med deltagerne viste, at de faktisk ikke ønskede at blive betalt, men disse diskussioner forstærkede koordinatorens ønske om at give kollektive muligheder for at udvikle kompetencer.

I de første to år med gennemførelse af Living Libraries havde ZEST stort set ingen ekstern finansiering. Dette var imidlertid ikke nok til at holde trit med projektdeltagernes ambitioner. I sidste ende modtog teamet flere bevillinger - først fra Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, derefter fra Fondation de France, Fondation Aesio og Fondation IF.



Når alt kommer til alt, generer det os at blive betalt for det, vi gør, og at deltagerne ikke bliver betalt. I Canada har de en udvælgelsesproces for levende bøger. Der er et forventet format, som skal respekteres, og i sidste ende er vores system baseret på, at det er gratis at deltage: Der er ingen forpligtelser.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

ZEST-teamet ville gerne dele deres erfaringer med andre og udvikle derfor en praktisk feedback-guide og oprettede gratis træningsmoduler. De håber at kunne fortsætte med at tilbyde Living Libraries forskellige steder og at hjælpe andre, der ønsker at overtage konceptet.



Vi plejede at give en masse individuel støtte til teams, der kom til os og sagde: "Jeg vil gerne oprette et levende bibliotek for at komme i gang". Vi besluttede at tilbyde gratis træningsmoduler i stedet. Så vi udviklede et to timers træningsmodul, der blev leveret via videokonference. Så sender vi en guide ud og holder et endagsmøde ansigt til ansigt.

Afsluttende refleksioner

ZEST-teamet reflekterer over vigtigheden af at have det godt med, hvilke dele af deres historie personer med levet erfaring ønsker at dele. En afsluttende tanke er: Tænk altid på, hvordan din historie påvirker publikum.

Yderligere ressourcer

Don't judge a book by its cover! The Living Library Organiser's Guide (43).

Set up a living library: a feedback guide (44).

ZEST's website (45).

En vejledning til Living Libraries-projektet (46).

En artikel om bekæmpelse af stigmatisering forbundet med psykisk lidelse med Living Libraries (47).

En video om introduktionen af ZEST (48).

Videoer af workshops om recovery (49).

Feedback på de første Living Libraries (50).

Casestudie 5. Opskalering af aktiviteter

Yellow September er et projekt til forebyggelse af selvmord, som startede i 2023 i Island.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Yellow September-projektet havde til formål at øge folks bevidsthed om vigtigheden af mental sundhed og selvmordsforebyggelse. Med farven gul som "et tegn på kærlighed, omsorg og bekymring for vores naboer og venner" og med en varighed fra 1. september til Verdens Mentale Sundhedsdag (10. oktober), som omfatter Verdensdagen for selvmordsforebyggelse (10. september), blev projektet skabt i 2023.

Yellow September var et samarbejde mellem Directorate of Health i Island og flere organisationer og NGO'er, der fokuserer på mental sundhed og selvmordsforebyggelse. Det store antal partnere betød, at de aldrig manglede ideer, men det betød også, at de kunne være overambitiøse. Projektlederen, som kom fra Directorate of Health, hjalp med at vejlede teamet i at beslutte, hvad de kunne og ikke kunne gøre i løbet af det første år.

TRIN 2. Planlæg og forbered

På grund af økonomiske begrænsninger valgte den centrale ledelsesgruppe at bruge sociale medier til kampagnen og bad folk om at tale mere åbent om deres mentale helbred og om, hvor de kan få hjælp. Yellow September byggede på en model, der var velkendt i Island på det tidspunkt: Pink October, som er en kampagne om forebyggelse af kræft. Dermed havde målgrupperne allerede en idé om, hvad de skulle gøre for at vise deres støtte.

Teamet valgte at bruge et semikolon som logo - et symbol, der ofte bruges til opmærksomhed på mentalt helbred og selvmordsforebyggelse. De opfandt også sætningerne "Er alting gult?", "Er du gul?", "Er alting gult på din arbejdsplads?" for at formidle budskabet om, at folk skulle opfordres til at bede om og finde ud af, hvor de kunne få hjælp. Gult tøj blev et symbol på solidaritet. Teamet organiserede også begivenheder - herunder koncerter, interviews med medier, seminarer, webinarer og gåture - for at skabe rum for social kontakt.

Med begrænset tid til at gennemføre kampagnen valgte Yellow September-teamet at fokusere på arbejdspladser i det første år. Det førte til en del kritik - især fra skolerne, som gerne ville have været mere involveret. Derfor er fokus for 2024 på alle skoletrin, fra børnehave til gymnasium, med inddragelse af relevante interessenter.

Hver organisation havde sin egen målgruppe, hvilket var med til at udvide kampagnens rækkevidde. Teamet arbejdede sammen med personer i marketingafdelingen hos en af de involverede NGO'er for at hjælpe med at identificere målgrupper og opbygge en strategi for sociale medier, som involverede de deltagende organisationers teams for sociale medier.

Begrænsningen ved kun at have én person i teamet med levet erfaring blev taget op i de tidlige faser af forberedelserne. Efterfølgende blev der i planlægningsfasen for Yellow September 2024 afholdt et brainstormingmøde med en gruppe mennesker med levet erfaring; det gav gode resultater, og der blev udviklet mange interessante idéer.



Noget af det sværeste var at fokusere på det, vi gjorde, og huske, at vi ikke skulle spise hele elefanten på én gang.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

Kampagnen blev lanceret den 1. september 2023 under overværelse af sundhedsministeren og flere medier. I løbet af måneden sporede Yellow September-teamet data fra sociale medier og antallet af opkald til hjælpelinjer og artikler, der blev skrevet om mental sundhed og selvmordsforebyggelse.

Da kampagnen begyndte på en søndag, blev den lanceret i mange kirker, som var meget aktive. Den islandske organisation for mental sundhed Geðhjálp - som arbejder med mennesker med levet erfaring, deres familier og fagpersoner på området - var meget involveret i at deltage i arrangementerne. Kampagnen blev også omtalt i den primære sundhedssektor.

Folk blev opfordret til at bruge farven gul på deres profiler på de sociale medier og tilføje kampagnens hashtag for at skabe opmærksomhed. Der blev også udgivet nyt materiale på islandsk, herunder information om, hvordan man kan støtte en person, der er ramt af sorg på grund af et selvmord.

Den 10. oktober 2023 blev resultaterne af en undersøgelse om stigmatisering og diskrimination i Island offentliggjort, og de blev positivt modtaget af mennesker med levet erfaring og fagpersoner. Medlemmerne af Yellow September-teamet tænkte, at de gerne ville udbrede kendskabet til denne forskning noget mere.



En af læringerne var, at det ikke er nok at have én repræsentant for mennesker med levet erfaring. Til Yellow September 2024 etablerede vi en ny gruppe af mennesker med levet erfaring. Vi havde et brainstormingmøde, og deres ideer blev taget med i forberedelserne.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

Yellow September har flere planer for 2024 og fremover. Disse omfatter oversættelse af deres opslag på sociale medier til engelsk og polsk til brug på arbejdspladser, der har anmodet om adgang til deres materialer, oprettelse af en pris for mediernes rapportering om mentalt helbred og selvmordsforebyggelse og implementering af træning for medierne ved anvendelse af de opdaterede WHO-retningslinjer for mediefolk om rapportering om selvmord (51).



Du kan ikke gøre det alene. Du skal bruge de rigtige fagpersoner og mediekanaler.

Afsluttende refleksioner

For andre, der ønsker at skabe et afstigmatiseringsprogram, fremhæver Yellow September-teamet vigtigheden af samarbejde og planlægning. Deres råd er: "Hold op med at prøve at gøre alt selv. Fokuser på det, du gerne vil gøre godt."



Giv dig selv tid til at opbygge det rigtige netværk, da mange hænder letter arbejdet.

Yderligere ressourcer

Yellow Septembers website (52).

En publikation om, hvordan man kan støtte en der er ramt af sorg efter et selvmord (53).

Casestudie 6. Samarbejde med medierne

Speak Up (2020-2023) var et afstigmatiseringsprojekt i Nairobi, Kenya, ledet af NGO'en Basic Needs Basic Rights (BNBR) i samarbejde med den internationale NGO CBM UK. Projektet startede oprindeligt som et af fem globale afstigmatiserings-pilotprojekter i Time to Change Global-programmet (2018-2020), der drives af et partnerskab af NGO'er, der arbejder med psykisk lidelse.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Stærk offentlig stigmatisering og associeret stigmatisering gjorde det svært for mennesker med psykiske lidelser at leve i deres lokalsamfund i Kenya. Negative skildringer i medierne skabte yderligere skam omkring psykisk lidelse. Politisk set var mental sundhed et vigtigt fokusområde i Kenya på det tidspunkt, og især de unge talte højt om behovet for at ændre, hvordan man så på og talte om psykiske lidelser.

BNBR trak på sin ekspertise fra arbejdet med mennesker med levnet erfaring og skabte Speak Up-projektet med det overordnede mål at bekæmpe stigmatisering af unges psykiske lidelser. Et af projektets mål var at forbedre mediernes rapportering og diskussionen om psykiske lidelser på de sociale medier.



Der er ingen skam forbundet med psykisk lidelse, men det, folk ser i medierne, den slags billeder, de ser, ønsker de ikke at blive forbundet med. De ser en subsistensløs person, som er uden håb, som altid har brug for hjælp, og som ikke har nogen handlekraft. Ingen ønsker at blive portrætteret på den måde.

TRIN 2. Planlæg og forbered

Speak Up-projektet omfattede en social marketingkampagne, begivenheder med fokus på social kontakt, uddannelse af medarbejdere og frivillige inden for sundhedsområdet samt uddannelse og støtte til over 60 erfaringseksperter. Erfaringseksperter blev inddraget i hele projektets udformning og gennemførelse og blev aktive fortalere for kampagnen, idet de offentliggjorde deres historier via deres egne konti på de sociale medier og arbejdede sammen med medierne for at forbedre dækningen.

BNBR forstod, at journalister enten kan opretholde eller bekæmpe stigmatisering af psykisk lidelse og identificerede derfor medierne som en vigtig målgruppe. I samarbejde med Media Council of Kenya udviklede BNBR fire workshops. De omfattede sensibiliseringstræning for journalister, redaktører og influencere på de sociale medier om psykisk lidelse og bedste praksis for rapportering om psykisk lidelse. Der blev også udviklet retningslinjer for mediernes rapportering og en læseplan for rapportering om psykisk lidelse.

Ved at kommunikere til redaktører og journalister, at denne træning er i tråd med deres eksisterende prioriteter om at producere gode mediehistorier om psykisk lidelse, tilskyndede man dem til at involvere sig.

BNBR engagerede P&L Consulting til at gennemføre en baseline-analyse (2020-2021) og en opfølgende undersøgelse (2023) af mediedækningen af psykisk lidelse i Kenya. Derudover udfyldte 20 journalister med base i Kenya et online-spørgeskema, der vurderede deres forståelse og holdninger til psykisk lidelse og deres dækning af emnet.

Speak Up-projektet modtog støtte i 1,5 år fra Time to Change Global og i yderligere 3,5 år fra den britiske velgørenhedsorganisation Comic Relief.



Vi uddannede journalister til at dække historier på en måde, der skaber "empowerment". At man ikke bare fanger en person i et dårligt øjeblik uden at følge op på historien bagefter. Det efterlader dig med den opfattelse - at det er det, psykisk lidelse er. Så vi gav journalister adgang til de erfaringseksperter, vi havde uddannet, så de kunne lave en historie og få personens synspunkt.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

Ved en sammenligning af baseline- og opfølgingsdata viste resultaterne en signifikant stigning i positiv dækning af psykiske lidelser og en signifikant reduktion i negativ mediedækning. Mængden af både nyhedsdækning og hashtags på sociale medieplatforme relateret til psykiske lidelser viste en stigende tendens over tid. Det er vigtigt at bemærke, at BNBR's slutrapport viste, at 104 af de 542 gennemgæede nyhedshistorier var et direkte resultat af Speak Up-projektet.

Medierådet opfordrede influencere på sociale medier og "borgerjournalister" - dem, der ikke er i en reguleret branche - til at håndhæve retningslinjerne. Den valgte tilgang var at nå ud til dem med mange følgere for at få dem til at anvende retningslinjerne og påvirke andre.

Selv om finansieringen desværre ikke tillod, at erfaringseksperterne blev betalt for deres tid, blev de ofte mindet om, at deres arbejde var frivilligt, og de blev støttet i at tage fri, når det var nødvendigt. Samarbejde med sundhedspersonale og månedlige peer-støttegrupper hjalp også med at skabe et mere støttende miljø.



Det var en stor hjælp, at erfaringseksperterne kendte retningslinjerne, så de kunne reagere på historierne. Erfaringseksperterne kunne have en samtale med en journalist eller influencer og foreslå billeder, som de kunne bruge, eller foreslå et andet sprogbrug/tone i historien.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

BNBR reflekterede over, hvordan partnerskaber med medieorganer understøttede et større engagement og en stærkere effekt af uddannelse og ressourcer på redaktører og journalister. Dette bidrog til bæredygtigheden af deres arbejde.

Retningslinjerne findes i øjeblikket som en skærmudskrift. Medierådet planlægger at distribuere fysiske eksemplarer til mediehuse og til journalister, der uddannes på institutioner, der drives af Rådet. De vil også uddanne "master trainers", som skal udbrede uddannelsen til andre journalister i hele landet.

Afsluttende refleksioner

Når man retter indsatsen mod medierne, kan inddragelse af mennesker med levet erfaring være med til at ændre, hvordan mediefolk ser på mennesker med levet erfaring, hvis de aktivt leverer og faciliterer træningen. Derudover er det at have erfaringseksperter, der kender retningslinjerne, et stærkt værktøj til at påvirke, hvordan historier fremstilles i medierne. Overordnet set fremhæver BNBR, at når man planlægger afstigmatiseringsprojekter, er det afgørende, at mennesker med levet erfaring er en central del af alle aspekter - fra idé til evaluering.



Du skal have de mennesker, der har levet erfaring, i centrum for dit program. De skal være med i planlægningen, de skal være med i gennemførelsen, i monitoreringen og evalueringen - de skal spille en rolle i det hele.

Yderligere ressourcer

BNBR's website (54).

Baseline-rapporten (2020-2021) (55).

Opfølgingsrapporten (2021-2023) (56).

Casestudie 7. Aktiviteter for sundhedspersonale

Forskningsprogrammet INDIGO Partnership lancerede READ-MH-programmet (Responding to Experienced and Anticipated Discrimination Mental Health) for at træne fagpersoner i psykiatrien i at reagere på oplevet og forventet diskrimination forbundet med psykisk lidelse. Træningen blev implementeret i fem lav- og mellemindkomstlande (LMIC); dette casestudie fokuserer på dens anvendelse i Tunesien.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Oplevelser med stigmatisering og diskrimination over for mennesker med levet erfaring kan forstærkes eller reduceres af fagpersoner i psykiatrien. READ-MH-programmet forsøgte at opnå to mål i LMIC-landene:

- ➡ at oprette træning for fagpersoner i psykiatrien (især læger under speciallægeuddannelse) for at øge bevidstheden om stigmatisering og om, hvordan mennesker med psykiske lidelser oplever stigmatisering både i dagligdagen og i sundhedsvæsenet, og
- ➡ at undervise og styrke deltagerne i måder at reducere stigmatisering på og fremme en følelse af at være fortalere gennem evnen til at skabe forandring via den daglige interaktion med patienter.



Det behøver ikke altid at være store ting. Alle læger kan gøre en forskel og tænke over, hvad de kan gøre på deres eget niveau.

TRIN 2. Planlæg og forbered

READ-MH var en del af et større forskningsprogram (INDIGO Partnership, finansieret af Storbritanniens Medical Research Council), hvorfra projektmanualen blev leveret. Programmet var baseret på en situationsanalyse samt refleksioner fra projektlederen, der gav kontekstuel indsigt fra sin mangeårige erfaring med at arbejde klinisk som chefpsykiater inden for rammerne af programmet.

Projektteamet omfattede også en klinisk forsker, personale på det undervisningssted, hvor træningen blev afholdt, og andre der skulle lette den praktiske gennemførelse af arbejdet - herunder hospitalsadministratoren og hospitalsdirektøren. Teamet samarbejdede også med den tunesiske Association of Young Psychiatrists and Residents in Psychiatry, som støttede READ-MH med PR og udvælgelse af kvalificerede deltagere.

Projektteamet fandt det udfordrende at overbevise folk om, at de skulle komme og fortælle om deres oplevelser under træningen. For at hjælpe med at håndtere dette fulgte de en vejledning i, hvordan man forbereder mennesker med levet erfaring på at blive inddraget.

Pilottræning med otte læger gav READ-MH feedback med henblik på at videreudvikle træningsaktiviteterne. Til træningssessionerne var der både en personlig kontakt og en forudindspillet session med spørgsmål og svar med en person med levet erfaring, der var knyttet til træningsindholdet.

Evalueringsselementet var indbygget i det større program, som dette specifikke program var en del af.



Dette [henviser til patientinteraktioner, der kunne være mere nyttige] kunne også være sket for mig, da jeg først begyndte at arbejde med patienter. Hvis du ikke kan gennemføre et pilotstudie, kan du i det mindste tale med målgruppen om interventionsplanerne og om, hvordan de kan tilpasses lokalt. Jeg tror, det ville være en hjælp. Til vores arbejde fik vi en masse indsigter og en masse hjælp. Jeg mener altid, at det er bedre at gøre noget end slet ikke at gøre noget!

TRIN 3. Sæt i gang og lær

Træningen foregik på det eneste psykiatriske hospital i Tunesien, hvor størstedelen af landets psykiatere blev uddannet. Det gjorde det til et ideelt sted at nå ud til de praktiserende psykiatere. Deltagerne fik ikke nogen form for betaling - at få træningen og få et certifikat for deltagelse var nok til at motivere til deltagelse.

Lægerne rapporterede, at direkte kontakt (enten personlig kontakt eller fjernkontakt) blev foretrukket frem for et optaget vidnesbyrd, da det fremmede interaktiviteten. Derudover gjorde inddragelsen af rollespilsscenarier i træningen det muligt for deltagerne at mærke de direkte gavnlige effekter af træningen i deres almindelige arbejde.

Træningssessionerne udviklede sig uventet til at ligne en støttegruppe af ligesindede for deltagerne. Det var vigtigt, at gruppen udgjorde et trygt rum for deltagerne, så de kunne føre en åben diskussion - inklusive kritiske refleksioner over deres egen faglige praksis.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

READ-MH fik positiv feedback fra deltagerne. Projektteamet planlægger at afholde årlig træning for nye læger, tilbyde genopfriskningskurser til tidligere deltagere og tilbyde træning til sygeplejersker - også efter afslutningen af det bredere INDIGO Partnership-forskningsprogram.

For at gennemføre disse udvidelsesplaner har READ-MH brug for flere ressourcer, og projektteamet vil foreslå, at deres program tilføjes som en uddannelseskomponent til College of Psychiatrists i Tunesien, så træningen bliver en del af lægernes pensum. Teamet har også planer om at fortsætte træningen og flytte fokus fra en forskningskontekst til praksis på grund af den positive feedback og de konkrete praktiske fordele.

Projektteamet har formidlet READ-MH-programmets effekter på mange måder, herunder akademiske publikationer, træningssessioner om stigmatisering i LMIC'er og præsentationer på Tunisian Society of Psychiatry Congress. De har understreget vigtigheden af at inddrage mennesker med levnet erfaring, hvilket stadig er en usædvanlig tilgang for mange i den tunesiske kontekst.

Afsluttende refleksioner

READ-MH-projektteamet reflekterer over det fortsatte behov for at få både familier og fagpersoner med om bord for at bekæmpe stigmatisering forbundet med psykisk lidelse og forbedre livet for mennesker med levet erfaring. Teamets medlemmer fremhæver, at det er de små ændringer, der kan gøre en stor forskel - når alt kommer til alt, kan "et smil eller en venlig bemærkning være alt, hvad der skal til" for at påvirke en persons liv.



Træning kan virkelig ændre liv. Selv en lille ændring i holdningen til mennesker med levet erfaring kan gøre en stor forskel. Der skal ikke meget til for at gøre en forskel for den enkelte servicebruger. Alt, hvad der skal til, kan være et smil eller en venlig bemærkning, som kan opnås selv i sammenhænge med begrænsede ressourcer og travle kliniske tidsplaner.

Yderligere ressourcer

WHO's casestudie om READ-MH-programmet (57).
READ-MH-programmets protokol (58).
En artikel om INDIGO Partnership (59).

Casestudie 8. Tilpasning af en afstigmatiseringsaktivitet til en anden kultur

I Indien får langt de fleste personer med psykiske lidelser ikke tilstrækkelig behandling - især ikke i landdistrikterne. Stigmatisering er en medvirkende barriere for at få adgang til behandling. For at gøre noget ved dette tomrum blev projektet Systematic Medical Appraisal, Referral and Treatment Mental Health (SMART MH) implementeret i 12 landsbyer i West Godavari-distriktet i den syndindiske delstat Andhra Pradesh.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Indien har en uforholdsmæssig stor mangel på ressourcer og tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Det fører til forsinkelser i adgangen til passende støtte og/eller tilbud, og behovet for at gøre noget ved den manglende bevidsthed om psykiske lidelser er stigende. SMART MH-projektet havde til formål at levere økonomisk overkommelig og tilgængelig behandling til mennesker med psykisk lidelse i landdistrikterne i Indien med fokus på tre søjler:

- ➔ håndtering af stigmatisering og diskrimination;
- ➔ opgavedeling og opkvalificering af primære sundhedsudbydere; og
- ➔ uddannelse af primære sundhedsudbydere i screening, diagnosticering og håndtering af almindelige psykiske lidelser.



Jeg er helt klar over én ting: Man skal ikke begynde at tale om noget som helst problem, hvad enten det er psykisk lidelse eller tuberkulose, uden også at sørge for behandling af den slags lidelser i et lokalsamfund. Det var et lokalsamfundsinitiativ, og vi talte om psykisk lidelse og om stigmatisering forbundet med psykisk lidelse. Så etisk set føler jeg, at vi også var forpligtet til at levere behandling.

TRIN 2. Planlæg og forbered

SMART MH-projektet omfattede formativt arbejde (2014-2019) og et fuldt forsøg, der blev leveret gennem det offentlige sundhedssystem (registreret 2018; implementering og evaluering 2020-2021).

Det formative arbejde i pilotfasen blev udført i det sydlige Indien og omfattede materialeudvikling (baseret på det begrænsede tidligere indiske arbejde med stigmatisering forbundet med psykisk lidelse og indsigter fra indisk afstigmatiseringsarbejde inden for hiv og spedalskhed), afprøvning og evaluering. Drøftelser med lokalsamfundet var en vigtig del af udviklingen af projektet. SMART MH indgik vigtige partnerskaber med lokale NGO'er, der kender de særlige forhold i den lokale kontekst. Materialet blev revideret og forbedret yderligere til det fulde forsøg, herunder oversættelse fra telugu til hindi, og kontrolleret for hensigtsmæssighed i forsøgs konteksten i det nordlige Indien.

Pilotarbejdet blev evalueret kvantitativt før og efter testen, og der blev foretaget en toårig opfølgning. På det tidspunkt var det den eneste LMIC-baserede longitudinale evaluering af en afstigmatiseringekampagne. Pilotprojektet blev også kvalitativt evalueret for at vurdere de

operationelle udfordringer under programmet og ved dets afslutning. Det formative aspekt af det fulde forsøg blev evalueret i det nordlige Indien efterfulgt af flere detaljerede evalueringer af forsøget som helhed. Offentliggørelse af forsøgets fulde resultater er på vej.

Alle SMART MH-projektets aktiviteter blev støttet af fagfællebedømt finansiering fra enheder som DBT/Wellcome Trust India Alliance, Grand Challenges Canada, Australian National Health og Storbritanniens Medical Research Council.



Brug ikke brochurer og pjecer til en sundhedsoplysningskampagne: Det virker simpelthen ikke. Gør aktiviteterne mere interaktive og interessante!

TRIN 3. Sæt i gang og lær

Et centralt element i SMART MH-materialerne var brugen af drama som værktøj. En populær regional dramaenhed blev inddraget og opførte skuespil i lokalsamfundene. Som eksempel kan nævne et teaterstykke om vold i hjemmet, der fører til depression. Handlingen viste en indledende mangel på bevidsthed om symptomer, indtil personens symptomer blev identificeret af en landsbyleder, som var mere bevidst om psykiske lidelser. Personen blev derefter støttet til at modtage pleje og behandling, kom sig til sidst og var i remission ved slutningen af stykket. Teaterstykkerne varede omkring 40 minutter og blev leveret enten som liveshows eller indspillede produktioner.

SMART MH-materialerne indeholdt også optagne fortællinger (på grund af manglende ressourcer til at understøtte levende fortællinger) fra mennesker med levet erfaring og sundhedspersonale, der delte deres historier.

Programmet blev leveret på husstands-/dør-til-dør-niveau (ved at vise videoer på bærbare tablets, dele pjecer ud osv.) og på lokalsamfunds niveau (teaterstykket). Efter nærmere overvejelse fraråder projektteamet at bruge brochurer og pjecer og fremhæver behovet for større interaktivitet i en sundhedsoplysningskampagne.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

SMART MH har vist, at principperne fungerer på tværs af forskellige lokalsamfund og miljøer. Projektteamet planlægger at støtte opskalering af arbejdet gennem den indiske regering (eller andre regeringer rundt om i verden) og tilpasse elementer til lokale kontekster. Indsigterne fra SMART MH er også blevet overført til andre projekter i Indien (herunder ARTEMIS og SATHI - se yderligere ressourcer nedenfor).

Programmets aktiviteter har givet træning til en række sundhedsarbejdere og læger, som fortsætter med at bruge de opnåede kompetencer efter forsøgene. Desuden får personer, der har fået adgang til behandling gennem programmets aktiviteter, stadig den rette behandling.

Afsluttende refleksioner

Selvom der vil opstå forhindringer, understreger SMART MH-projektet, at man altid kan finde en måde at overvinde uventede udfordringer på. For dem, der planlægger et program, fremhæver projektteamet vigtigheden af at gennemføre et pilotprojekt, hvis deres projekt skal blive en succes - test altid arbejdet, før det lanceres.



Uanset hvad du gør, så gør det oprigtigt, og tag dig tid til at tænke over, hvad du gerne vil gøre.

Yderligere ressourcer

Pilotprojektets website (60).

En longitudinal evaluering af pilotkampagnen mod stigmatisering (61).

Forsøgets website (62).

Den fulde forsøgsprotokol (63).

Processen (64).

En artikel om de operationelle udfordringer (65).

En oversigt over ARTEMIS' arbejde med unge i byernes slumkvarterer (20).

ARTEMIS-resultater med oplysninger om programmets komponenter, herunder spil og videoer (66).

En oversigt over SATHI's arbejde i stammesamfund (67).

En oversigt over Healthy Mind Street Art-begivenheden (68).

Casestudie 9. Nationalt afstigmatiseringsprogram (Tjekkiet)

Na Rovinu [På niveau] er et afstigmatiseringsinitiativ, der er skabt som en del af Tjekkiets femårige Reform of Mental Health Care-program (2017-2022).

TRIN 1. Identificer og definer mål

Stigmatisering forbundet med psykisk lidelse i Tjekkiet findes både blandt den almindelige befolkning og blandt eksperter (herunder fagpersoner i social- og sundhedssektorerne). Det har vist sig at have en reel diskriminerende effekt på mennesker med psykiske lidelser. I 2017 påbegyndte Tjekkiet en reform af psykiatrien med fokus på omdannelse af psykiatriske hospitaler med stor kapacitet, styrkelse af distriktpsykiatrien og oprettelse af et nyt element i distriktpsykiatrien - centre for mental sundhed - i krydsfeltet mellem sociale tilbud og sundhedstilbud.

Som en del af reformen blev initiativet *Na Rovinu* oprettet. Målet var at mindske stigmatiseringen af mennesker med psykiske lidelser og øge bevidstheden om psykiske lidelser - især hos seks målgrupper: mennesker med levet erfaring, pårørende, socialarbejdere, sundhedspersonale, lokalsamfund og offentlige administratorer.

TRIN 2. Planlæg og forbered

Der blev udarbejdet en situationsanalyse i 2016, før projektet startede, og ud fra den blev programmet og aktiviteterne udformet. Det gælder også internationale erfaringer.

Målene for *Na Rovinu* var:

- ➡ at udvikle programmer, der stræber efter forandring;
- ➡ at skabe en ændring i mediernes kommunikation og bevæge sig i retning af ikke-stigmatiserende rapportering om mennesker med psykiske lidelser;
- ➡ at støtte oprettelsen af selvhjælpsgrupper og -bevægelser for brugere og pårørende og
- ➡ at kommunikere om den igangværende reform med det formål at forbinde enkeltpersoner og øge offentlighedens bevidsthed om igangværende aktiviteter.

Disse mål var forbundet med behovet for at arbejde med holdninger og adfærd hos folk i lokalsamfundet for at reducere stigmatisering.

Projektteamet bestod af sociologer, psykologer, en statistiker og andre fagpersoner. Der var 14 regionale teams, som blev koordineret af kerneteammedlemmer, og næsten halvdelen af de ansatte var mennesker med levet erfaring. Tre arbejdede i kerneteamet, og resten var ansat som regionale specialister. Medlemmer af målgrupperne blev inddraget som eksperter og undervisere. Andre interessenter var involveret, primært i pilotfasen og gennemførelsen af programmer. Der blev også oprettet et tjekkisk og et internationalt rådgivende udvalg, som arbejdede under hele projektet.

Programmerne for hver målgruppe indeholdt flere "pakker", som blev forberedt, fremlagt af eller sammen med og monitoreret af mennesker med levet erfaring. Alle programmer blev evalueret i tre trin: før initiativet, umiddelbart efter at det var afsluttet, og tre måneder senere af et internt evalueringsteam. De overordnede rapporter blev udviklet i samarbejde med et eksternt firma.

Dette projekt blev finansieret af Den Europæiske Union (EU).



Samskabelse og direkte deltagelse af mennesker med levet erfaring i alle faser af projektet var afgørende.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

Pilotfasen og overvågningen af programmerne gjorde det muligt for *Na Rovinu*-teamet at foretage tilpasninger under initiativet, herunder at justere længden af de overordnede programmer, men de grundlæggende rammer forblev uændrede.

Na Rovinu-programmerne hjalp med at skabe selvhjælpsfællesskaber for mennesker med levede erfaringer i mindst tre regioner. Mange brugeraktiviteter - herunder selvhjælpsgrupper og brugermøder - fortsatte efter projektets afslutning, og mediemiljøet blev synligt forbedret til fordel for ikke-stigmatiserende kommunikation om mennesker med levet erfaring.

Na Rovinu stødte på mange udfordringer - især fra 2020 på grund af COVID-19. Nogle målgrupper var særligt berørte - herunder sundheds- og socialarbejdere, mennesker med levet erfaring og deres pårørende - ikke af stigmatisering, men af tilgængeligheden af sundheds- og socialydelser. Efterfølgende er programmerne blevet tilpasset på grund af ændrede behov, herunder nye programmer om egenomsorg. Leveringen af programmet blev overført til online-varianter via Webex-plattformen. Projektteamet opdagede, at onlineversionen appellerede til flere deltagere i målgrupperne, og at effekten var den samme som i offline-versionen.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

Den endelige evaluering af initiativet viste, at der var en lille reduktion i stigmatiseringen af holdninger blandt mennesker, der var i kontakt med *Na Rovinu*-initiativet eller med reformen i almindelighed. Der var dog ingen ændring i den diskriminerende adfærd, som indsatsen var rettet imod.

Behovet for at udvide afstigmatiseringsaktiviteter med flere elementer, der fokuserer på generel viden om psykisk lidelse, og behovet for at støtte sin egen mentale sundhed via programmer, der fokuserer på egenomsorg, blev tydelige i løbet af projektet.



COVID-19 viste os vigtigheden af egenomsorg for alle mennesker og hjalp os med at tage dette emne op med de restriktioner, der berørte alle.

Afsluttende refleksioner

Mange mennesker med levet erfaring, som deltog i projektet, er stadig aktive inden for afstigmatisering i forskellige regioner i Tjekkiet. Projektteamet på *Na Rovinu* tænker, at det er takket være projektet, at mange reformaktiviteter er i gang.

Yderligere ressourcer

Websitet *Na Rovinu* (69).

Casestudie 10. Nationalt afstigmatiseringsprogram (Danmark)

EN AF OS er det nationale afstigmatiseringsprogram i Danmark. Det blev lanceret i 2011 og blev formelt en del af Sundhedsstyrelsen i 2021.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Flere offentlige og private organisationer i Danmark, herunder Sundhedsstyrelsen, startede EN AF OS med et klart mål om "at fremme inklusion og bekæmpe diskrimination forbundet med psykisk sygdom". Konsekvenserne af stigmatisering var blevet tydeliggjort et år tidligere, da EN AF OS i samarbejde med et forskningsinstitut gennemførte en landsdækkende undersøgelse, som viste, at stigmatisering forbundet med psykisk lidelse var en stor hindring for at få hjælp. Stigmatisering udgjorde en ekstra byrde for mennesker med levet erfaring oven i den stress, der følger med at have en psykisk lidelse, og det sprog, der er forbundet med psykisk lidelse, var en vigtig stigmatiserende faktor.



Da vi samlede disse forskellige aktører inden for området, både private og offentlige, var de alle enige om, at der skulle sættes en stopper for stigmatisering og diskrimination. De var uenige - og er det stadig - på mange forskellige områder forbundet med psykisk lidelse. Men at reducere stigmatisering og diskrimination var noget, de alle meget nemt kunne blive enige om.

TRIN 2. Planlæg og forbered

EN AF OS har fem indsatsområder: mennesker med levet erfaring og deres pårørende, unge, arbejdsmarkedet, befolkningen og medierne samt fagpersoner inden for sundheds- og sociale sektorerne.

Teamet tilpassede sin organisationsstruktur fra det britiske afstigmatiseringsprogram Time to Change. Der blev oprettet en styregruppe med repræsentanter fra hver af de stiftende organisationer. Blandt disse var en paraplyorganisation bestående af bruger- og pårørendeorganisationer og de regionale PsykInfoer samt andre personer med levet erfaring, som blev programmets "ambassadører".

EN AF OS-ambassadører gennemgik programmets træning i direkte social kontakt. Træningen fokuserer på, hvordan man deler historier på en måde, der skaber empati og afkræfter stereotyper. Medarbejderne faciliterer derefter møder mellem ambassadører og målgrupper som f.eks. journalister og medier, politiske beslutningstagere, sundhedspersonale og viceværter i sociale boligbyggerier.

Personalet har en løbende dialog med ambassadørerne for at sikre, at de har det godt nok til at påtage sig ambassadøropgaverne, og at de udvikler sig i rollen som ambassadør. Medarbejderne hjælper også ambassadørerne med at forberede sig til møder og yder støtte før, under og efter.

EN AF OS-teamet har også produceret værktøjskasser med videoer af ambassadører, der fortæller deres historier. Hvis ambassadørerne ikke er tilgængelige, har de mulighed for at vise disse videoer til målgrupperne som en form for indirekte social kontakt.



Vi var nødt til at få folk om bord og uddanne dem og så spørge os selv, hvordan gør vi det her? Hvordan får vi folk til at deltage i alt, hvad vi gør? Jeg tror, det har udviklet sig gennem årene til at blive mere og mere sofistikeret. Ambassadørerne har også udviklet sig.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

EN AF OS blev lanceret i 2011 med en offentlig kampagne med fokus på stigmatisering forbundet med psykisk lidelse, og ambassadørerne blev gradvist en del af aktiviteterne.

Nu er ambassadørerne i næsten alle regioner i Danmark en del af introduktionskurset for nye medarbejdere i psykiatrien, hvor deres personlige historier fortsat er højdepunktet i programmet. EN AF OS viser, at social kontakt gennem deling af erfaringer på en måde, der ikke bekræfter fordomme, er en effektiv måde at reducere stigmatisering på.

Der afholdes jævnligt regionale ambassadørmøder, og hvert år afholdes et nationalt møde for alle ambassadører i Danmark. Det giver ambassadørerne mulighed for at skabe kontakt med hinanden, tale om udfordringer, planlægge nye aktiviteter og støtte hinanden.

EN AF OS har fokuseret på at gennemføre målrettede aktiviteter frem for store kampagner. At måle dem på lokalt plan har vist positive effekter.

Selvom EN AF OS modtog offentlig og privat finansiering, understregede teamet, at det var svært at skulle bruge så meget tid og motivation på fundraising.



Det er så vigtigt at få en følelse af fællesskab til at vokse blandt ambassadørerne, så de kan spejle sig i hinanden og vokse af det og øge deres engagement.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

I 2021 blev EN AF OS integreret i Sundhedsstyrelsen, hvilket gav mennesker med levnet erfaring større muligheder inden for forskellige dele af organisationen. For eksempel deltager ambassadørerne i det nationale råd, der fører tilsyn med implementeringen af Danmarks 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. Der er også planer om at udvikle en ny værktøjskasse til fagpersoner i psykiatrien, hvor ambassadører vil være en integreret del af grundarbejdet. Det sikrer, at synspunkter fra mennesker med levnet erfaring altid inddrages.



Man skal have et personligt engagement og virkelig tro på, at ambassadører er ligeværdige med alle andre. Og du skal have en dyb tro på recovery og ønske at hjælpe mennesker på vej.

Afsluttende refleksioner

EN AF OS understreger, at mennesker med levet erfaring er yderst vigtige; de skal hjælpes på vej og støttes professionelt og personligt og skal altid behandles som ligeværdige.

Projektgruppens medlemmer mener ikke, at deres arbejde adskiller sig fra arbejdet i andre afstigmatiseringsprogrammer. De tilskriver på mange måder succesen deres fokus på specifikke grupper. Deres råd til andre er at starte i det små og at inddrage både mennesker med levet erfaring og målgruppen for adfældsændring i planlægningen.



Vi kan alle gøre en forskel. Det hele, alt dette arbejde, det gør en forskel. Og hvis man blot ændrer én afdeling i psykiatrien, så tager man et stort skridt fremad.

Yderligere ressourcer

EN AF OS' website (70).

En video om EN AF OS-projektet (71).

Casestudie 11. Strukturel forandring gennem afkriminalisering af selvmord

Taskeen er en nonprofitorganisation, der arbejder for at skabe opmærksomhed om psykisk lidelse, yde gratis støtte til mennesker med psykisk lidelse og være fortalere for en ændring af psykiatrispolitikken i Pakistan.

TRIN 1. Identificer og definer mål

Den 22. maj 2021 uploadede politiet i Punjab (en provins i Pakistan) et tweet fra deres officielle konto, hvor der stod, at selvmordsforsøg er en forbrydelse, og at hvis offeret overlever, vil det blive straffet med et års fængsel og en bøde. Dette tweet henviste til paragraf 325 i den pakistanske straffelov, som kriminaliserer selvmord - en lov der stammer fra kolonitiden i 1860'erne.

Indtil 2022 var Pakistan et af de 20 lande, der kriminaliserede selvmord. Resultatet er, at når en person forsøger selvmord og overlever, skifter fokus til medicinsk-juridiske procedurer og anmeldelse i stedet for at yde tilstrækkelig akuthjælp og psykiatrisk eller psykosocial støtte til den overlevende og dennes familie.

Derfor skjuler familierne selvmordsforsøg, hvilket fører til yderligere stigmatisering. Ud over denne straffelov forbyder et religiøst perspektiv også selvmordsforsøg, selv om islamisk lov ikke foreskriver nogen straffeforanstaltninger mod overlevende efter selvmord.

Selvom tweetet blev slettet efter en modreaktion, fik det Taskeen til at indlede en struktureret kampagne for afkriminalisering af selvmord mod denne lov, og den blev ophævet i september 2021.



De retshåndhævende organers anmeldelsesproces kan være umenneskelig for den overlevende og dennes familie, som allerede er traumatiseret af situationen. Det fører også til dårlig behandling og udnyttelse af mennesker med psykiske lidelser, da de retshåndhævende organer kan afpresse familien for penge under trussel om at anlægge en medicinsk-juridisk sag. Frygt for anmeldelse og retssager afholder ofre og deres familier fra at søge støtte.

TRIN 2. Planlæg og forbered

Taskeen udviklede en mangesidet strategi for en af de største lovreformer i Pakistan, som omfattede kampanjer og lobbyarbejde for afkriminalisering af selvmord på alle strukturelle og lovgivningsmæssige niveauer.

Taskeen planlagde at bruge sociale medier og massemedier til at engagere offentligheden, udvikle evidensbaseret videoindhold og samarbejde med førende nyhedskanaler og medier for at tale om afkriminalisering af selvmord.

TRIN 3. Sæt i gang og lær

I august 2021 lancerede Taskeen kampagnen Mujrim Nahi Mareez (Patienter, ikke kriminelle). For at engagere offentligheden og ændre paradigmet omkring selvmord udnyttede Taskeen National Suicide Prevention Month (den nationale måned for selvmordsforebyggelse) (september) aktivt, udviklede og spredte evidensbaseret indhold (videoer, webinarer) på sociale medier og massemedier og samarbejdede med førende nyhedskanaler og medier, hvor førende forskere, specialister og politiske beslutningstagere talte om selvmord og behandlede det som et sundhedsfagligt problem.

En fælles underskriftsindsamling mod paragraf 325 blev sendt rundt blandt organisationer og enkeltpersoner, der arbejder for mental sundhed i Pakistan, for at få samlet støtte fra civilsamfundets medlemmer. Ved at benytte sig af Pakistan Mental Health Coalition Advocacy Subcommittee stod Taskeen i spidsen for kampagnen for afkriminalisering af selvmord i samarbejde med andre koalitionsmedlemmer.

En af de største udfordringer for denne kampagne var at samle religiøs opbakning og overvinde bureaukratiske forsinkelser. Det fik Taskeen til at indse, at det er afgørende at forstærke stemmerne fra mennesker med levende erfaring for at skabe et skift i de socioreligiøse perspektiver. Derfor indkaldte projektteamet til møder med Council of Islamic Ideology (Rådet for Islamisk Ideologi), viste interviews med overlevende og satte baggrunden for kriminalisering ind i en sammenhæng for rådets medlemmer. Det var en utrolig virkningsfuld strategi, som bidrog til at skabe empati for de overlevende og engagerede de religiøse ledere på en meningsfuld måde.

I 2022 blev lovændringen vedtaget i nationalforsamlingen, som ophævede paragraf 325, og selvmord blev endelig afkriminaliseret. Ophævelsen vakte stærk modstand fra Federal Shariat Court - en forfatningsdomstol der har beføjelse til at afgøre, om en specifik lov er i overensstemmelse med islamisk lov. Der blev indgivet en begæring om genkriminalisering af selvmord, men der blev ikke afsagt nogen dom.



I 2017 blev den foreslåede lovændring sendt videre til provinsforsamlingen, hvor den blev vedtaget af senatet og Rådet for Islamisk Ideologi, men det bortfaldt senere på grund af stærk modstand fra religiøse interessenter.

Denne gang, da den foreslåede lovændring igen blev fremsat i 2022, havde den opbakning fra politiske og religiøse interessenter, et gunstigt politisk klima og et stærkt momentum fra kampagnen for afkriminalisering af selvmord.

TRIN 4. Reflekter og fortsæt

Taskeen er nu i gang med at udforme trin til effektiv implementering af afkriminalisering af selvmord ved at udvikle retningslinjer sammen med provins- og forbundsregeringerne, retshåndhævende organer og sundhedskommissioner, som kan give vejledning til offentlige og private institutioner om, hvordan de skal håndtere medicinsk-juridiske sager.

Som grundlag for sin strategi om at skabe offentlig opmærksomhed designer projektteamet et perceptionsbaseret studie om afkriminalisering af selvmord for at indsamle offentlige perspektiver på denne instrumentelle reform.

Taskeen styrker også sine tværsektorielle og civilsamfundsmæssige partnerskaber for at gennemføre rådgivende sessioner og sensibiliseringstræning for provinsens retshåndhævende organer med vægt på, hvordan selvmord er et folkesundhedsspørgsmål og bør behandles som et sådant.

Afsluttende refleksioner

Taskeens stærke udsagn er, at "selvmord ikke er et individuelt problem men en samfundsmæssig fiasko. Ethvert civiliseret samfund er nødt til at stille sig selv dette spørgsmål: Hvorfor får mennesker, der forsøger selvmord, ikke den nødvendige støtte? Afkriminalisering af selvmord kræver en empatisk og rettighedsbaseret tilgang til at gøre en ende på den strukturelle stigmatisering og give dem, der lider, den hjælp, de har brug for."

Yderligere ressourcer

Taskeens website (72).

Pakistan Mental Health Coalitions website (73).

Spotlight på politikker og tiltag i hele EU om stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser

Psykiske problemer blev anslået til at berøre omkring hver sjette borger i EU (84 millioner mennesker) i 2018 før COVID-19-pandemien (74). Forekomsten af depressionssymptomer blev fordoblet i løbet af 2020-2022 sammenlignet med niveauet før pandemien, som det fremgår af nationale estimater for flere EU-lande, hvor sårbare befolkningsgrupper - såsom unge og personer med kroniske lidelser - er mest berørt (75). De nationale sundhedsprofiler for 2023 (Country Health Profiles), der blev udarbejdet i forbindelse med State of Health i EU-cyklussen, satte fokus på mentalt helbred (76). Et af hovedbudskaberne i projektets sammenfattende rapport var, at det er vigtigt at bryde stigmatisering og diskrimination forbundet med psykisk lidelse, blandt andet ved at øge investeringerne i reformer af psykiatrien.

Europa-Kommissionen er forpligtet til at støtte EU's medlemsstater i at nå verdensmålene for bæredygtig udvikling - især delmål 3.4: "Inden 2030 skal tidlig død, som følge af ikke-smitsomme sygdomme, reduceres med en tredjedel gennem forebyggelse og behandling, og mental sundhed og trivsel skal fremmes.". Den strategiske ramme for denne støtte er initiativet Healthier Together. Dette omfatter et fokus på mentalt helbred og ledsages af en værktøjskasse med handlinger, så medlemsstater og interessenter kan imødegå udfordringer inden for mental sundhed og andre vigtige udfordringer inden for folkesundheden (77).

En omfattende tilgang til mental sundhed

Meddelelse fra Kommissionen fra 2023 om en samlet tilgang til mental sundhed udgør en strategisk ramme for indsatsen for at fremme god mental sundhed og håndtere psykiske problemer og relateret stigmatisering gennem en holistisk, forebyggelsesorienteret tilgang med mange interessenter (78). Den har 20 flagskibsinitiativer og giver 1,23 milliarder euro i finansieringsmuligheder via flere EU-finansieringsinstrumenter - herunder EU4Health-programmet, Horizon 2020 og Horizon Europe - til fælles aktioner mellem nationale myndigheder og projekter, der gennemføres af civilsamfundsorganisationer og andre relevante interessenter, herunder følgende.

- ➡ Joint Action-projekterne PreventNCD (79) (med et budget på 76 millioner euro) og MENTOR (80) (med et budget på 6 millioner euro) behandler stigmatisering blandt deres aktiviteter.
- ➡ Interessentledede projekter omfatter Let's talk about Children, som støtter familier i sårbare situationer ved at tilbyde tværfaglige interventioner og uddannelse af sundhedsprofessionelle og socialarbejdere (81). Icehearts-projektet implementerer en model, der giver langsigtet og holistisk støtte til udsatte børn ved at engagere børn gennem sportslige og sociale fællesskaber (82). MENTALITY-projektet omfatter aktiviteter, der adresserer stigmatisering og diskrimination som en væsentlig barriere for støtte til psykisk lidelse (83).
- ➡ Andre projekter finansieret under EU's forskningsprogrammer omfatter MENTUPP-projektet (84), som fokuserer på at fremme mental sundhed i små og mellemstore virksomheder inden for byggeri, sundhed og informations- og kommunikationsteknologi, og EMPOWER-projektet (85), som har til formål at mindske stigmatisering på arbejdspladsen.

Det Europæiske Forvaltningsorgan for Sundhed og Det Digitale Område (European Health and Digital Executive Agency) administrerer gennemførelsen af disse projekter (86). For at overvåge gennemførelsen af Meddelelsen og dens 20 flagskibsinitiativer har Kommissionen udviklet en sporingsramme, som vil blive opdateret regelmæssigt (87).

Meddelelsen bygger på Kommissionens indsats for at forbedre mental sundhed og integrere mental sundhed i alle politikker i løbet af de sidste 25 år, såsom EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being (EU-kompasset for tiltag vedrørende mental sundhed og trivsel), der omfattede fremme af social inklusion og bekæmpelse af stigmatisering som et af sine prioriterede områder (88). Meddelelsen om Den Europæiske Sundhedsunion fra maj 2024 fremhævede Kommissionens igangværende indsats for at prioritere fremme og beskyttelse af mental sundhed i Europa - især for de mest sårbare grupper i samfundet (89).

Flagskibsinitiativ til bekæmpelse af stigmatisering

Et af de 20 flagskibsinitiativer handler om stigmatisering forbundet med psykisk lidelse (78). Kommissionen bevilgede 18 millioner euro til:

- ➡ at forbedre livskvaliteten for patienter, deres familier og (u)formelle omsorgspersoner, herunder kræftpatienter, med særligt fokus på at håndtere stigmatisering og diskrimination ved at støtte medlemsstaterne i at identificere og implementere bedste praksis;
- ➡ at støtte interessenter i at gennemføre projekter, såsom bevidstgørelsesaktiviteter for at bryde med stigmatisering og bekæmpe diskrimination, sikre social inklusion og beskytte patienters rettigheder med fokus på sårbare grupper;
- ➡ at udvikle EU-vejledning om at bryde med stigmatisering og håndtere diskrimination sammen med medlemsstaterne under Ekspertgruppen om Folkesundhed og interessentgrupper og
- ➡ at indføre kommunikationsaktiviteter for at fremme bevidstheden i kampen mod stigmatisering.

For at gennemføre dette flagskib nedsatte Kommissionen en Drafting Group (arbejdsgruppe) om stigmatisering og diskrimination forbundet med psykisk lidelse under Ekspertgruppen om Folkesundhed (90). Drafting Group, der består af nationale eksperter, mødtes tre gange i 2023-2024 og blev enige om at udarbejde en EU-støttepakke til at håndtere stigmatisering forbundet med psykisk lidelse, herunder bedste og lovende praksis om stigmatisering og en bevidstgørelseskampagne.

Kommissionens #InThisTogether-kampagne, der lanceres i oktober 2024, søger at øge bevidstheden om vigtigheden af og fordelene ved at håndtere stigmatisering forbundet med psykisk lidelse og at øge forståelsen af den rolle, alle kan spille. Den vil konfrontere misforståelser og myter om psykisk lidelse og give pålidelige kilder til information og støtte. Kampagnen vil have et særligt fokus på angst og depression, da disse tilstande er særligt udbredte blandt teenagere og unge voksne, som er den primære målgruppe. #InThisTogether vil indeholde personlige fortællinger, undervisningsmateriale, delbart indhold til sociale medier, webinarer og samarbejder med influencere og content creators, alt sammen tilgængeligt på en central kampagnehub. Kampagnen vil køre indtil begyndelsen af 2025 på alle EU-sprog med betalt reklame i Grækenland, Irland, Polen, Rumænien, Spanien og Sverige.

Bedste og lovende praksis for at håndtere stigmatisering

Nationale initiativer er blevet indsamlet via EU's Best Practices Portal - et lagringssted for bedste og lovende praksis inden for mental sundhed indsendt af medlemsstater og interessenter (91). Følgende bedste og lovende praksis adresserer stigmatisering forbundet med psykisk lidelse

- ➡ ABC of Mental Health (Danmark) har til formål at forbedre den mentale sundhed ved at skabe mentalt sunde og inkluderende sportsfællesskaber. I denne sammenhæng er nedbringelse af stigmatisering forbundet med psykisk lidelse en grundpille, som programmet er bygget på (92, 93).
- ➡ EN AF OS - Landsindsatsen for afstigmatisering (Danmark) fokuserer sine aktiviteter på afstigmatiseringsindsatser, der fremmer identifikation, empati og refleksion ved at udfordre myter med fakta, sociale kontaktaktiviteter, hvor målgrupper kan møde mennesker med levet erfaring med psykiske problemer og dialoger på skoler, arbejdspladser og andre steder (se casestudie 10. Nationalt afstigmatiseringsprogram (Danmark)) (70, 71, 94).
- ➡ Beyond Barriers (Frankrig) fremmer indførelsen af innovative roller i leveringen af behandling af psykisk lidelse med det formål at forbedre empowerment gennem reduceret stigmatisering og forbedret kvalitet i plejen (95).
- ➡ Living and Learning Together (Grækenland) har til formål at styrke den mentale sundhed hos elever og unge i skolefællesskaber gennem en tværfaglig tilgang, der omfatter øget bevidsthed, fremme af menneskerettigheder og eliminering af stigmatisering (96, 97).
- ➡ H-WORK-projektet (Italien) har til formål at forbedre den mentale trivsel på arbejdspladsen ved at evaluere psykosociale risici og implementere målrettede interventioner, der adresserer stigmatisering forbundet med psykisk lidelse (98).



Kapitel 4. _____

Konklusion

WHO's Mosaik-værktøjskasse beskriver, hvordan man udvikler og implementerer evidensbaserede tiltag for at udfordre stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser i forskellige kontekster og befolkningsgrupper. Den igangværende kamp mod stigmatisering kræver kollektiv handling: Enkeltpersoner, lokalsamfund, organisationer og institutioner spiller alle en vigtig rolle. Vigtigst er det, at man kan handle lige nu, uanset om man har adgang til ressourcer, så længe man indarbejder de tre centrale evidensbaserede principper for at reducere stigmatisering og diskrimination:

Figur 5. Tre centrale evidensbaserede principper, der bruges i værktøjskassen



Casestudierne i kapitel 3 indeholder en bred vifte af strategier og tilgange til at reducere stigmatisering og diskrimination. De er forskellige alt efter de menneskelige, økonomiske og videnskabelige ressourcer, der er til rådighed. Hver casestudieaktivitet og/eller -program illustrerer, hvordan der kan tages hensyn til kulturelle, regionale og praktiske politiske forhold i dette arbejde.

Det er vigtigt at huske, at forandring starter med hver enkelt af os. Ved at gribe til handling, stor eller lille, kan vi i fællesskab nedbryde stigmatiseringens mure og opbygge en verden, hvor mentalt helbred forstås, og hvor mennesker med erfaring med psykiske lidelser respekteres og støttes.

Når man bruger Mosaik-værktøjskassen, er det vigtigt at være kreativ i sine overvejelser om, hvordan aktiviteter og programmer skal udvikles, hvem der kan deltage i dem, og hvilke ressourcer der kan trækkes på. Det er nyttigt at lære af, tilpasse og bruge materialer fra andre mennesker og at dele ideer (bilagene indeholder mange sådanne materialer). Det er afgørende, at mennesker med levet erfaring får mulighed for at lede og/eller være med til at lede afstigmatiseringsaktiviteter, ligesom deres aktive deltagelse og inddragelse i alle faser af afstigmatiseringsprogrammer er afgørende. "Intet om os uden os" er det centrale budskab. Når først et fællesskab af ligesindede er gået sammen om at sætte en stopper for stigmatisering, kan det ikke gøres om.

Intet initiativ til at reducere stigmatisering og diskrimination er nytteløst. Uanset barriererne har alle ret til at prøve, til at lykkes og til at fejle. Stigmatisering afhænger af øjnene, der ser, og forandring ligger i at ændre opfattelser - både andres og vores egne.

Alle kan være en del af en bredere og voksende global bevægelse af aktiviteter, partnere og interessenter, der går sammen om et fælles og langsigtet engagement i at reducere og i sidste ende stoppe stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser. Når vi samarbejder om at realisere denne vision, skal vi huske på følgende nøglekriterier:

- ➡ Hold det enkelt
- ➡ Lær hen ad vejen
- ➡ Del med andre
- ➡ Gør, hvad du kan med de ressourcer, du har
- ➡ Brug de ideer, materialer og tilgange, der giver mening i din kontekst
- ➡ Dan netværk og skab fællesskaber
- ➡ Du er stærkere, end du tror.

Referencer¹

1. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, el Chammay R et al. The Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health. Lancet. 2022; 400(10361):1438–80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)).
2. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/356119>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Jones N, Corrigan PW. Understanding stigma. In: The stigma of disease and disability: understanding causes and overcoming injustices. Washington, DC: American Psychological Association; 2014: 9–34 (<https://doi.org/10.1037/14297-002>).
4. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. Can J Psychiatry. 2012;57(8):464–9 (<https://doi.org/10.1177/070674371205700804>).
5. Sharac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. Epidemiol Psychiatr Sci. 2010; 19(3):223–32 (<https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159>).
6. International Day of Disabled Persons 2004. New York: United Nations Division for Inclusive Social Development; 2004 (<https://social.desa.un.org/issues/disability/events/international-day-of-disabled-persons-2004>).
7. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York: United Nations; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-Persons-with-disabilities.html>).
8. Casey PJ. Lived experience: defined and critiqued. Crit Horiz. 2023;24(3):282–97 (<https://doi.org/10.1080/14409917.2023.2241058>).
9. WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/367340>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. What is our value? GMHPN Report 2022. Northern Paarl: Global Mental Health Peer Network; 2022 (<https://www.gmhpn.org/our-special-reports.html>).
11. Knaak S, Modgill G, Patten SB. Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. Can J Psychiatry. 2014;59(10 Suppl 1):S19–26 (<https://doi.org/10.1177/070674371405901S06>).
12. Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329598>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. Pettigrew TF, Tropp LR. How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. Eur J Soc Psychol. 2008;38(6):922–34 (<https://doi.org/10.1002/ejsp.504>).
14. White FA, Borinca I, Vezzali L, Reynolds KJ, Blomster Lyshol JK, Verrelli S et al. Beyond direct contact: the theoretical and societal relevance of indirect contact for improving intergroup relations. J Soc Issues. 2021;77(1):132–53 (<https://doi.org/10.1111/josi.12400>).

¹ Alle referencer tilgået 26. august - 15. september 2024.

15. RESHAPE: Reducing Stigma Among Healthcare Providers [website]. Center for Global Mental Health Equity; 2023 (<https://www.gwcgmhe.com/reshape>).
16. Semrau M, Evans-Lacko S, Koschorke M, Ashenafi L, Thornicroft G. Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(5):382–94 (<https://doi.org/10.1017/S2045796015000359>).
17. Research Methods Toolkit [website]. Centre for Society and Mental Health; 2024 (<https://researchmethodstoolkit.com/>).
18. WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/70927>).
19. Time to Change [website]. Mental Health Innovation Network; 2024 (<https://www.mhinnovation.net/innovations/time-change>).
20. ARTEMIS: Adolescents' Resilience and Treatment nEeds for Mental health in Indian Slums [website]. George Institute for Global Health; 2024 (<https://www.georgeinstitute.org/projects/artemis-adolescents-resilience-and-treatment-needs-for-mental-health-in-indian-slums>).
21. Ensuring ethical standards and procedures for research with human beings [website]. World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/activities/ensuring-ethical-standards-and-procedures-for-research-with-human-beings>).
22. Strengthening Mental Health Worldwide [website]. INDIGO Network; 2024 (<https://www.indigo-group.org/>).
23. CAMI Scale: scaling community attitudes toward the mentally ill [website]. Michael J. Dear and S. Martin Taylor; 2024 (<https://camiscale.com/>).
24. Sampogna G, Bakolis I, Evans-Lacko S, Robinson E, Thornicroft G, Henderson C. The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: results from the 2009–2014 Time to Change programme. *Eur Psychiatry*. 2017;40:116–22 (<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.008>).
25. Ulvi O, Karamelic-Muratovic A, Baghbanzadeh M, Bashir A, Smith J, Haque U. Social media use and mental health: a global analysis. *Epidemiologia (Basel)*. 2022;3(1):11–25 (<https://doi.org/10.3390/epidemiologia3010002>).
26. Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(2):113–22 (<https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>).
27. MHSUA: our collective voice for mental health [website]. Mental Health Service Users Association; 2024 (<https://mhsua.org/>).
28. Reasonable accommodations guidelines: for people with lived experience in-person events. Northern Paarl: Global Mental Health Peer Network; 2023 (<https://www.gmhpn.org/our-policies--guidelines.html>).

29. Szekely R, Mason O, Frohlich D, Barley E. The use of virtual reality to reduce mental health stigma among healthcare and non-healthcare students: a systematic review. *Behav Inform Technol.* 2023;1–18 (<https://doi.org/10.1080/0144929X.2023.2232049>).
30. ExpandNet [website]. ExpandNet; 2024 (<https://expandnet.net/>).
31. "My name is Ben and I get depressed sometimes" – meet the young British man speaking up for mental health [news release]. WHO Regional Office for Europe; 19 May 2022 (<https://www.who.int/azerbaijan/news/item/19-05-2022-my-name-is-ben-and-i-get-depressed-sometimes--meet-the-young-british-man-speaking-up-for-mental-health>).
32. Jones C. Man who "exposed his biggest secret" in the middle of the street praised by complete strangers [news release]. LADBible; 14 March 2023 (<https://www.ladbible.com/originals/man-exposed-biggest-secret-praised-973744-20230222>).
33. The 24-year-old helping people talk about their mental health [news release]. BBC News; 19 April 2022 (<https://www.bbc.com/news/av/uk-england-york-north-yorkshire-61108854>).
34. Ben Ogden [page]. TikTok; 2024 (<https://www.tiktok.com/@itsbenogden>).
35. Ben Ogden [page]. Instagram; 2024 (<https://www.instagram.com/iambenogden/>).
36. Facettes Festival [website]. Facettes Festival; 2024 (<https://www.facettesfestival.com/>) (in French).
37. Facettes Festival, the youth mental health event, returns to Cité Fertile [news release]. Sortiraparis; 28 May 2024 (<https://www.sortiraparis.com/en/what-to-do-in-paris/shows-and-fairs/articles/281916-facettes-festival-the-youth-mental-health-event-returns-to-cite-fertile>).
38. Facettes Festival [page]. Instagram; 2024 (<https://www.instagram.com/facettesfestival>).
39. Facettes Festival. Retour sur Facettes Festival 2024 à la Cité Fertile [video]. YouTube; 11 July 2024 (<https://www.youtube.com/watch?v=SF82JgiwfbA>) (in French).
40. Facettes Festival: La mesure d'impact [website]. Facettes Festival; 2024 (<https://www.facettesfestival.com/mesure-impact>) (in French).
41. Facettes Festival: le kit méthodologique 2024 [website]. Facettes Festival; 2024 (<https://www.facettesfestival.com/kit-methodo>) (in French).
42. Bearapy [website]. Bearapy; 2024 (<https://bearapy.me/>).
43. Abergel R, Rothemund A, Titley G, Wootsch P. Don't judge a book by its cover! The Living Library Organiser's Guide. Strasbourg: Council of Europe; 2005 (<https://book.coe.int/fr/jeunesse-autres-publications/3292-don-t-judge-a-book-by-its-cover-the-living-library-organiser-s-guide.html>).
44. Set up a living library: a feedback guide, second edition. Lyon: Centre ressource réhabilitation; 2024 (https://centre-ressource-rehabilitation.org/a-lire-mettre-en-place-une-bibliotheque-vivante-pour-lutter-contre-la?var_mode=calcul) (in French).
45. ZEST [website]. Centre ressource réhabilitation; 2024 (<https://centre-ressource-rehabilitation.org/-zest->) (in French).

46. La Bibliothèque vivante: Mini-Guide d'accompagnement No 2 (Septembre 2015). Quebec: Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale; 2015 (<https://www.crehpsy-grandest.fr/images/mini-guide-2-biblio-vivante-gps-sm.pdf>) (in French).
47. Jones S, Reynaud M, Tabone R, Todoroff F, Franck N. Lutter contre la stigmatisation en santé mentale: la force du partage expérientiel au cours des bibliothèques vivantes. Cahiers de Rhizome. 2024;88–89:72–81 (<https://shs.cairn.info/revue-rhizome-2024-1-page-72?lang=fr>) (in French).
48. AÉSIO mutuelle. Ouvrir la voix avec ZEST du CH Le Vinatier [video]. YouTube; 20 June 2023 (https://www.youtube.com/watch?v=9Qzd7x-Wk_0) (in French).
49. Santé Mentale France. ZEST: coup de coeur ateliers du retablissement 2021 [video]. YouTube; 31 December 2021 (https://www.youtube.com/watch?v=lpHXyKjQ_el) (in French).
50. Les bibliothèques vivantes: provoquer la rencontre pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale [website]. Centre ressource réhabilitation; 2021 (https://centre-ressource-rehabilitation.org/a-lire-mettre-en-place-une-bibliotheque-vivante-pour-lutter-contre-la?var_mode=calcul) (in French).
51. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/372691>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
52. Directorate of Health. Yellow September [website]. Directorate of Health; 2024 (<https://island.is/en/suicide-prevention-strategies/yellow>).
53. Roper MF, Pitman AL. Finding the words: how to support someone who has been bereaved and affected by suicide. London: Support After Suicide Partnership; 2018 (<https://supportaftersuicide.org.uk/resource/finding-the-words/>).
54. Basic Needs: Better Mental Health, Better Lives [website]. Basic Needs Basic Rights; 2024 (<https://basicneedskenya.org>).
55. Investigating attitudes towards mental health using news media & social media. Nairobi: Basic Needs Basic Rights; 2022 (https://basicneedskenya.org/wp-content/uploads/2021/11/Basic-Needs-Kenya-Media-Monitoring-Report-2020_21.pdf).
56. Investigating the evolving landscape of mental health discourse in Kenya: media monitoring report. Nairobi: Basic Needs Basic Rights; 2023 (<https://basicneedskenya.org/wp-content/uploads/2023/11/BNBR-Media-Monitoring-Report-June-2021-June-2023.pdf>).
57. Reducing the stigma of mental health disorders in Tunisia with a focus on future doctors [website]. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024 (<https://www.emro.who.int/ar/mnh/news/reducing-the-stigma-of-mental-health-disorders-in-tunisia-with-a-focus-on-future-doctors.html>).
58. Henderson C, Ouali U, Bakolis I, Berbeche N, Bhattarai K, Brohan E et al. Training for mental health professionals in responding to experienced and anticipated mental health-related discrimination (READ-MH): protocol for an international multisite feasibility study. Pilot Feasibility Stud. 2022;8(1):257 (<https://doi.org/10.1186/s40814-022-01208-8>).
59. Gronholm PC, Bakolis I, Cherian AV, Davies K, Evans-Lacko S, Girma E et al. Toward a multi-level strategy to reduce stigma in global mental health: overview protocol of the INDIGO Partnership to develop and test interventions in low- and middle-income countries. Int J Ment Health Syst. 2023;17(1):2 (<https://doi.org/10.1186/s13033-022-00564-5>).

60. Innovative provision of primary mental health care in rural India – SMART Mental Health Programme [website]. The George Institute; 2024 (<https://www.georgeinstitute.org/projects/innovative-provision-of-primary-mental-health-care-in-rural-india-smart-mental-health>).
61. Maulik PK, Devarapalli S, Kallakuri S, Tripathi AP, Koschorke M, Thornicroft G. Longitudinal assessment of an anti-stigma campaign related to common mental disorders in rural India. *Br J Psychiatry*. 2019;214(2):90–95 (<https://doi.org/10.1192/bjp.2018.190>).
62. SMART Mental Health cluster randomized controlled trial [website]. The George Institute; 2024 (<https://www.georgeinstitute.org/projects/smart-mental-health-cluster-randomized-controlled-trial>).
63. Daniel M, Maulik PK, Kallakuri S, Kaur A, Devarapalli S, Mukherjee A et al. An integrated community and primary healthcare worker intervention to reduce stigma and improve management of common mental disorders in rural India: protocol for the SMART Mental Health programme. *Trials*. 2021;22(1):179 (<https://doi.org/10.1186/s13063-021-05136-5>).
64. Tewari A, Kallakuri S, Devarapalli S, Peiris D, Patel A, Maulik PK. SMART Mental Health Project: process evaluation to understand the barriers and facilitators for implementation of multifaceted intervention in rural India. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):15 (<https://doi.org/10.1186/s13033-021-00438-2>).
65. Kallakuri S, Kaur A, Hackett ML, Maulik PK. Operational challenges in the implementation of an anti-stigma campaign in rural Andhra Pradesh, India. *J Public Health (Oxf)*. 2021;43 (Suppl 2):ii26–ii34 (<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab314>).
66. Mukherjee A, Yatirajula SK, Kallakuri S, Paslawar S, Lempp H, Raman U et al. Using formative research to inform a mental health intervention for adolescents living in Indian slums: the ARTEMIS study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18(1):14 (<https://doi.org/10.1186/s13034-024-00704-4>).
67. Reducing stigma and increasing the mental wellbeing of Scheduled Tribe communities in India (SATHI) [website]. The George Institute; 2024 (<https://www.georgeinstitute.org/projects/reducing-stigma-and-increasing-the-mental-wellbeing-of-scheduled-tribe-communities-in>).
68. Artists and Biomedical researchers come together for Healthy Mind Street Art event at crowded city mall [website]. The George Institute; 2024 (<https://www.georgeinstitute.org.in/media-releases/artists-and-biomedical-researchers-come-together-for-healthy-mind-street-art-event>).
69. Na Rovinu [website]. Na Rovinu; 2024 (<https://narovinu.net/>) (in Czech).
70. ONE OF US [website]. Danish Health Authority; 20234 (<https://www.sst.dk/da/en-af-os/ONE-OF-US>).
71. Trust and transformation in mental health: the case of ONE OF US in Denmark [video]. WHO Regional Office for Europe; 2023 (<https://www.who.int/europe/multi-media/item/trust-and-transformation-in-mental-health--the-case-of-one-of-us-in-denmark>).
72. Taskeen [website]. Taskeen; 2024 (<https://taskeen.org/>).
73. Pakistan Mental Health Coalition [website]. Pakistan Mental Health Coalition; 2024 (<https://pakmh.com/>).

74. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2018 (https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en).
75. Mental health: member states to take action across multiple levels, sectors and ages [website]. Council of the European Union; 2023 (<https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2023/11/30/mental-health-member-states-to-take-action-across-multiple-levels-sectors-and-ages/>).
76. State of Health in the EU: synthesis report 2023. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2023 (https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/synthesis-report_en).
77. Healthier Together: EU Non-Communicable Diseases Initiative. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022 (https://health.ec.europa.eu/publications/eu-non-communicable-diseases-ncds-initiative-guidance-document_en).
78. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health. Brussels: European Commission; 2023 (COM(2023) 298 final; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2023%3A298%3AFIN>).
79. JA PreventNCD [website]. Icelandic Directorate of Health; 2024 (<https://www.preventncd.eu/>).
80. Mental Health Together [website]. European Commission; 2024 (<https://www.preventncd.eu/>).
81. Let's Talk About Children [website]. University of Turku; 2024 (<https://letstalk.utu.fi/blog/portugal-child-protection-system/>).
82. Icehearts Europe [website]. International Sport and Culture Association; 2024 (<https://www.icehearts.eu/>).
83. MENTALITY [website]. Mental Health Europe; 2024 (<https://www.mentalhealtheurope.org/project/mentality-2/>).
84. MENTUPP [website]. Mental Health Promotion and Intervention in Occupational Settings; 2024 (<https://www.mentuppproject.eu/>).
85. EMPOWER [website]. European Platform to Promote Wellbeing and Health in the workplace; 2024 (<https://empower-project.eu/project/>).
86. European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) [website]. European Commission; 2024 (https://hadea.ec.europa.eu/programmes_en).
87. Tracking framework for the implementation of the Commission Communication on a comprehensive approach to mental health. Brussels: European Commission; 2024 (https://health.ec.europa.eu/latest-updates/tracking-framework-implementation-commission-communication-comprehensive-approach-mental-health-2024-05-13_en).
88. EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being [website]. European Commission; 2024 (https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health/eu-compass-action-mental-health-and-well-being_en).
89. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: the European Health Union: acting together for people's health. Brussels: European Commission; 2024 (COM(2024) 206 final; https://health.ec.europa.eu/publications/communication-european-health-union_en).

90. Expert Group on Public Health [website]. European Commission; 2024 (https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/expert-group-public-health_en).
91. Best Practices Portal [website]. European Commission; 2024 (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>).
92. Act Belong Commit. International Sport and Culture Association (ISCA) [website]. In: European Commission/Best Practice Portal; 2024 (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/best-practice/427>).
93. The ABCs of Mental Health [website]. In: University of Copenhagen/ Department of Psychology; 2024 (<https://psychology.ku.dk/abc/#:~:text=The%20ABCs%20of%20Mental%20Health%20is%20inspired%20by>).
94. Afstigmatisering på arbejdsmarkedet: EN AF OS - Landsindsatsen for afstigmatisering [Fighting Stigma at Work: ONE OF US - the national campaign for antistigma in Denmark] [website]. In: European Commission/Best Practice Portal; 2024 (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/best-practice/269>).
95. Beyond Barriers: The Renaissance of Workforce Models in France's Mental Healthcare - A Triple Mixed Exploration [website]. In: European Commission/Best Practice Portal; 2024 (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/best-practice/442>).
96. Living and Learning Together: Awareness, Prevention and Resilience Building in School. Society of Social Psychiatry P. Sakellaropoulos [website]. In: European Commission/Best Practice Portal; 2024 (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/best-practice/431>).
97. Living and Learning Together: Sensitisation, Prevention and Enhancement of Psychological Resilience in School Communities [website]. In: Society of Social Psychiatry P. Sakellaropoulos; 2024 (<https://ekpse.gr/en/programmes/living-and-learning-together-sensitisation-prevention-and-enhancement-of-psychological-resilience-in-school-communities/>).
98. H-WORK – multilevel interventions to promote mental health in SMEs and public workplaces [website]. In: H-WORK project; 2019 (<https://h-work.eu/>).
99. Patricia E. Deegan. I am a person, not an illness. Schizophrenia Research Vol. 246, 2022 (<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.06.004>).



Bilag_____

Bilag 1. Ofte stillede spørgsmål

Dette bilag indeholder spørgsmål, der ofte stilles om afstigmatiseringsprogrammer, og giver nogle svar samt oplysninger om, hvordan man får adgang til flere ressourcer.

Mosaik-værktøjskassen

Hvorfor er værktøjskassen opbygget på denne måde?

WHO's Mosaik-værktøjskasse er designet til at være en brugbar, evidensbaseret guide til at engagere sig i afstigmatiseringsaktiviteter. Teorien er holdt på et minimum for at lette læsbarheden. Hvis du gerne vil vide mere om, hvordan stigmatisering defineres, hvordan det påvirker mennesker, og evidensen for hvad der virker i afstigmatiseringsprogrammer, kan du læse om dette i umbrella review af Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health (1). Det findes på arabisk, kinesisk, engelsk, fransk, russisk og spansk.

Mennesker med psykiske lidelser er ikke den eneste stigmatiserede gruppe i samfundet. Kan denne værktøjskasse bruges til at reducere stigmatisering af andre typer lidelser eller karakteristika?

Stigmatisering rammer mennesker med en række karakteristika, som kan føre til, at de bliver behandlet dårligt (de kan f.eks. opleve diskrimination på grund af seksualitet, køn, etnicitet eller hjemløshed). Mosaik-værktøjskassens principper for reduktion af stigmatisering (lederskab eller medlederskab fra mennesker med levnet erfaring, social kontakt og inkluderende samarbejde) kan også anvendes i disse situationer. Denne værktøjskasse er dog designet specifikt på baggrund af erfaringer og evidens vedrørende psykisk lidelse, så det anbefales at være forsigtig med at bruge eller tilpasse den til andre typer af stigmatisering.

Er denne værktøjskasse kun egnet til store projekter, eller kan den også bruges til at køre mindre projekter?

Mosaik-værktøjskassen er designet til at være nyttig til alle former for afstigmatiseringsarbejde. Kapitel 2 beskriver principperne for, hvordan man implementerer sådanne programmer i lille eller stor skala, og casestudierne i kapitel 3 giver eksempler på små og store projekter.

Jeg vil gerne bruge dette toolkit, men det er ikke tilgængeligt på mit sprog

WHO har seks officielle sprog: Arabisk, kinesisk, engelsk, fransk, russisk og spansk. WHO har produceret denne version af værktøjskassen på engelsk og kan også producere oversættelser på et eller flere af disse andre sprog. Hvis du får oversat denne publikation, der er tilgængelig under CC BY-NC-SA 3.0 IGO-licensen, skal følgende ansvarsfraskrivelse medtages, hvis det er relevant: "Denne oversættelse er ikke foretaget af Verdenssundhedsorganisationen (WHO). WHO er ikke ansvarlig for indholdet eller nøjagtigheden af denne oversættelse. Den originale engelske udgave "[Titel]. Genève: Verdenssundhedsorganisationen; [Årstal]. Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO" er den bindende og autentiske udgave". Det er ikke tilladt at bruge WHO's logo på oversættelsen.

Anmodninger om tilladelse til at oversætte kan indsendes via WHO's website (2). Du er velkommen til at dele oversættelsen med WHO med henblik på lagring i Institutional Repository for Information Sharing (IRIS) (3).

Afstigmatiseringsarbejde og hvordan du bliver involveret

Er afstigmatiseringsarbejde det samme som at "øge bevidstheden om" eller forbedre kendskabet til psykiske lidelser?

Afstigmatiseringsarbejde betragtes ofte som det samme som at øge bevidstheden om eller forbedre kendskabet til psykiske lidelser. Der er dog flere vigtige forskelle. Mosaik-værktøjskassen fokuserer på at sætte ind over for fordomme og diskrimination for at reducere social udelukkelse og øge social inklusion. Bevidstgørelse henviser specifikt til at forbedre viden om psykisk lidelse, og selvom det er vigtigt for arbejdet mod afstigmatisering, er det ikke nok at øge viden for at forbedre holdninger og adfærd (se kapitel 1).

Ingen synes at mene, at stigmatisering og diskrimination forbundet med psykisk lidelse er et problem i min kontekst. Hvordan får jeg ledere til at høre efter?

Grunden til, at ledere ikke hører efter, kan faktisk være på grund af stigmatisering! Dette viser i virkeligheden værdien af at påbegynde denne type arbejde, selv om kun små ændringer er mulige i starten. Det kan være nyttigt at starte i det små med individuelle initiativer eller græsrodsinitiativer. Når aktiviteter designs og implementeres godt ved hjælp af principperne i kapitel 1, er der større sandsynlighed for at de får ledernes opmærksomhed. Positive data om effekt og resultater samt stærke citater fra de involverede kan være særligt overbevisende. Det er derfor, det er så vigtigt at udarbejde en ordentlig monitorerings- og evalueringsplan. Bilag 4 indeholder yderligere oplysninger, som man kan bruge til fortalervirksomhed for afstigmatiseringsprogrammer.

Jeg er en person, der har oplevet en psykisk lidelse, og jeg vil gerne være med til at mindske stigmatiseringen, men jeg er bange for at udtale mig. Hvad kan jeg gøre?

Mange mennesker med erfaring med psykiske lidelser føler sig forståeligt nok utrygge ved at fortælle om dette i enhver kontekst, også i arbejdet mod stigmatisering. Der er en risiko ved at være åben - på grund af stigmatisering! Husk, at du ikke behøver at gøre det alene. Det kan være en god idé at bruge lidt tid på at lede efter organisationer i dit lokalområde, som du kan kontakte for at få hjælp. Mange internationale organisationer tilbyder vejledning i, hvordan du kan engagere dig, uden at du føler dig utryg. Faktisk er det vigtigt, at afstigmatiseringsprogrammer skaber et "trygt rum", som hjælper dig med at beslutte, om du vil tale åbent om dine erfaringer. Det er dit valg.

Der er måder, hvorpå du kan dele din oplevelse anonymt, hvis du ønsker det. Eller hvis du beslutter, at du gerne vil bidrage, men ikke dele dine egne erfaringer, er der også mange måder at gøre det på. Du kan f.eks. hjælpe med fundraising til et program, eller du kan melde dig som frivillig til at arrangere møder eller hjælpe med at udarbejde undervisningsmateriale på et projektkontor. Eller du kan bruge dine specifikke kompetencer til at bidrage til initiativet - måske som kunstner, revisor, digter eller blogger.

Jeg har ingen uddannelse i folkesundhed eller psykologi, og jeg betragter ikke mig selv som en person med levet erfaring. Men jeg vil gerne involvere mig. Er der en rolle til mig i afstigmatiseringsindsatsen?

Du behøver ikke at være sundhedsekspert, forsker eller en person med levet erfaring for at være involveret i afstigmatiseringsarbejde. Som med mange andre problemstillinger, der har med menneskerettigheder og social retfærdighed at gøre, er det nyttigt at starte med at tale med folk, der er involveret i reduktion af stigmatisering, eller som har levet erfaring, for at få mere viden om problemstillingerne. Man kan overveje følgende spørgsmål: Hvad er stigmatisering, og hvordan påvirker det mennesker? Hvordan er livet for mennesker, der lever med psykiske lidelser, der hvor du er? Hvad anser mennesker med levet erfaring for at være ikke-stigmatiserende sprog i dit land? Denne viden kan hjælpe dig med at finde ud af, hvordan du kan deltage i eller igangsætte afstigmatiseringsaktiviteter i din lokale kontekst.

Design og implementering af afstigmatiseringsinterventioner

Jeg er ved at planlægge et afstigmatiseringsprogram, men jeg har svært ved at finde folk, der er villige til at tale om deres erfaringer med psykisk sygdom. Hvad kan jeg gøre?

Det er en almindelig udfordring. Du kan prøve at samarbejde med en organisation af mennesker med levet erfaring; disse kan kaldes "bruger-", "servicebruger-", "overlever-" eller "peer"-organisationer. De har måske allerede stærke fællesskaber af mennesker med levet erfaring og tilbyder måske undervisning i, hvordan de fortæller overbevisende historier. Det ville gøre dem til en stærk partner. Men mange steder findes sådanne organisationer ikke. I dette tilfælde har du flere muligheder, afhængigt af din kontekst.

- ➡ Du kan samarbejde med lokale ledere eller sundhedsudbydere (f.eks. praktiserende læger), som du har tillid til. De kan måske sætte dig i forbindelse med mennesker med levet erfaring eller familiemedlemmer; det kan hjælpe med at skabe tillid og en følelse af tryghed.
- ➡ Du kan samarbejde med civilsamfundsorganisationer uden for psykiatrien, som måske har erfaring med at støtte mennesker, der lever med psykiske lidelser, på andre måder.
- ➡ Du kan kontakte internationale organisationer, der arbejder med mental sundhed eller psykiske lidelser, som måske kan sætte dig i forbindelse med personer eller organisationer med lignende erfaringer - f.eks. Global Mental Health Peer Network (4).

Husk, at du skal respektere præferencerne hos mennesker med levet erfaring. Det er ikke alle, der lever med en psykisk lidelse, som ønsker at engagere sig i arbejdet mod stigmatisering. Det tager tid at reducere stigmatisering og diskrimination. Det kræver en fortsat indsats for at skabe betingelser, hvor nogle mennesker med levet erfaring føler sig trygge ved at tale om deres erfaringer for at støtte den sociale kontakt.

Du kan også køre et afstigmatiseringsprogram, selv om du ikke har personer med levet erfaring, der ønsker at dele deres historie. Du kan f.eks. producere et kort teaterstykke, hvor frivillige skuespillere spiller rollerne som mennesker med levet erfaring og familiemedlemmer (se casestudie 8. Tilpasning af en afstigmatiseringsaktivitet til en anden kultur). Skuespillerne har muligvis men ikke nødvendigvis erfaring med psykiske lidelser, men de behøver ikke at oplyse om det, når de deltager i stykket. Eller du kan producere en kort video, animation eller sang. Igen behøver de mennesker, der frembringer dette kreative produkt, ikke at videregive oplysninger, der får dem til at føle sig usikre eller utilpas.

Jeg vil gerne gennemføre en afstigmatiseringsaktivitet, men jeg er kun én person. Hvordan overbeviser jeg partnere om at være med?

Tillid er grundlæggende for at opbygge partnerskaber, og det kan tage tid. Hvis du lige er begyndt at arbejde med afstigmatisering, kan du blive frivillig i en organisation, der har erfaring med afstigmatiseringsaktiviteter. På denne måde vil du ikke kun blive introduceret for andre inden for området, som du kan opbygge partnerskaber og netværk med, men du kan også opnå uvurderlig erfaring til dit eget initiativ.

Jeg kører et afstigmatiseringsprogram. Indtil videre har tilbagemeldingerne fra vores partnere generelt været gode. Men det ser ud til at være en mental belastning for de ambassadører, vi arbejder med - de mennesker, der har valgt at fortælle om deres oplevelser. Hvad kan jeg gøre for at hjælpe med at reducere denne byrde?

Man bør gøre alt for at sikre, at erfaringseksperterne støttes gennem hele programmet. En række forskellige former for støtte kan være nyttige, f.eks:

- ➡ at lytte for at identificere deres prioriteter og behov;
- ➡ at oprette eller styrke lokale netværk af ligesindede;
- ➡ at organisere uformelle møder i lokalsamfundet (f.eks. på caféer eller i parker);
- ➡ at deltage i kunst- eller kulturarrangementer;

- ➡ at afholde lokale eller regionale møder eller konferencer, hvor der er balance mellem kapacitetsopbygning og hyggelige sociale arrangementer;
- ➡ at deltage i online erfaringsudvekslingsarrangementer med andre programmer eller organisationer, nær eller fjern.

Trin 3 i kapitel 2 indeholder yderligere oplysninger om, hvad der kan gøres for at støtte ambassadører med levnet erfaring. Vær forsigtig, og tjek ofte, om deltagelsen i programmet skader nogen i teamet. Hvis det er tilfældet, skal du stoppe op og tænke over, hvad der ikke fungerer.

Jeg har mødt med medarbejdere hos mine lokale nyhedsbureauer for at dække vores afstigmatiseringsprogram, men de er fikseret på ideen om, at "gale" mennesker er "farlige". Hvordan kan jeg arbejde med dem på en positiv måde?

Stigmatisering er meget udbredt i medierne. Det tager tid at ændre det. Se, om du kan finde en bestemt journalist, redaktør eller producer, som har en positiv interesse i psykiske lidelser, og dyrk dette forhold. Spørg, om vedkommende kan arrangere et møde med andre i deres organisation. Tag mennesker med levnet erfaring med til disse møder for at bruge princippet om social kontakt til at hjælpe mediefolk med at forstå problemerne. Tilbyd undervisning om psykiske lidelser på journalistkurser. Du kan arrangere en særlig pris eller prisuddeling for god praksis inden for positiv dækning af psykiske problemer og historier. Det, som mediefolk helst vil have, er godt, brugbart indhold eller stof til deres næste deadline, så det hjælper at tilbyde positive historier om mennesker, der er i bedring efter at have haft psykiske problemer.

Jeg kører et afstigmatiseringsprogram. Det har finansiering til de næste to år. Jeg vil gerne sikre mig, at det fortsætter længe efter det, for jeg har hørt, at det tager tid, før man opnår en reel effekt. Hvad kan jeg gøre for at vise effekt og skaffe flere midler?

En stærk monitorerings- og evalueringsplan kan være en vigtig del af dit program. Evalueringsresultaterne vil vise effekten af interventionen, hvilket vil hjælpe dig med at argumentere for en fortsættelse af programmet for at opnå varige fordele. Denne plan skal helst udvikles, før du starter din intervention. Du skal beslutte, hvad der vil gøre aktiviteten til en succes, og bruge den information til at planlægge, hvilke effekter du vil måle.

Forskellige partnere - f.eks. bevillingsgivere eller mediefolk - kan have forskellige opfattelser af succes, så det kan være nødvendigt at måle et par forskellige typer af resultater for at vise effekten af dit program. For eksempel overbevises nogle bevillingsgivere af tal, mens andre overbevises af menneskelige historier. Hvis du har begge dele, er du bedre rustet til at vise, hvordan dit program har haft succes med at nå sine mål. Se kapitel 2 (trin 2 og 4) for mere information om, hvordan du kan demonstrere og fejre din succes.

Referencer²

1. Ending stigma and discrimination in mental health [website]. Lancet; 9 October 2022 (www.thelancet.com/commissions/stigma-and-discrimination-in-mental-health).
2. Copyright, licensing and permissions [website]. World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/about/policies/publishing/copyright>).
3. WHO Institutional Repository for Information Sharing (IRIS) [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/>).
4. Global Mental Health Peer Network [website]. Global Mental Health Peer Network; 2024 (<https://www.gmhpn.org/>).

² Alle referencer tilgået 29. august 2024.

Bilag 2. Værktøjer og ressourcer³

Stigmatisering og diskrimination

En stor del af forskningen i stigmatisering og diskrimination er blevet samlet i umbrella review af *Lancet* Commission.

Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, el Chammay R et al. The Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health. *Lancet*. 2022; 400:1438–80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)).

Social kontakt

En række praktiske vejledninger og forskningsartikler viser, hvordan social kontakt kan fremmes og indbygges i aktiviteter. Andre forskningsartikler kan findes i referencelisten i hoveddokumentet.

Abergel R, Rothmund R, Titley G, Woosch P. Don't judge a book by its cover! The Living Library Organiser's Guide. Strasbourg: Council of Europe; 2005 (<https://book.coe.int/fr/jeunesse-autres-publications/3293-don-t-judge-a-book-by-its-cover-the-living-library-organizer-s-guide.html>).

Adu J, Oudshoorn A, Anderson K, Marshall CA, Stuart H. Social contact: next steps in an effective strategy to mitigate the stigma of mental illness. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(5):485–8 (<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1986757>).

Cangas AJ, Sánchez-Lozano I, Aguilar-Parra JM, Trigueros R. Combination of a serious game application and direct contact with mental health patients. *Int J Ment Health Addiction*. 2022;20:3274–84 (<https://doi.org/10.1007/s11469-022-00752-x>).

Community mental health good practice guide: anti-stigma and awareness-raising. Laudenbach: CBM Global Disability Inclusion; 2021 (<https://cbm-global.org/resource/community-mental-health-good-practice-guide-anti-stigma-and-awareness-raising>).

Conversations change lives: global anti-stigma toolkit. London: Mental Health Innovation Network; 2022 (<https://www.mhinnovation.net/resources/global-anti-stigma-toolkit-conversations-change-lives>).

Quintilla Y, Olié E, Franck N, Gard S, Llorca PM, Maurel-Raymondet M et al. Serious game dans la psychoéducation aux troubles bipolaires. *Eur Psychiatry*. 2013;28(S2):25–6 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.063>) (in French).

Rai S, Gurung D, Kohrt B. The PhotoVoice method for collaborating with people with lived experience of mental health conditions to strengthen mental health services. *Glob Ment Health (Camb)*. 2023;10:e80 (<http://dx.doi.org/10.1017/gmh.2023.73>).

REducing Stigma among HealthcAre ProvidERs (RESHAPE) training manual. Washington, DC: Center for Global Mental Health Equity; 2023 (<https://www.gwcgmhe.com/reshape>).

Rodríguez-Rivas ME, Cangas AJ, Cariola LA, Varela JJ, Valdebenito S. Innovative technology-based interventions to reduce stigma toward people with mental illness: systematic review and meta-analysis. *JMIR Serious Games*. 2022;10(2):e35099 (<http://dx.doi.org/10.2196/35099>).

3 Alle referencer tilgået 29. august 2024.

Tay JL, Xie H, Sim K. Effectiveness of augmented and virtual reality-based interventions in improving knowledge, attitudes, empathy and stigma regarding people with mental illnesses – a scoping review. *J Pers Med*. 2023;13(112):10–12 (<https://doi.org/10.3390/jpm13010112>).

Toolkit: co-creating in mental health. Brussels: Mental Health Europe; 2022 (<https://www.mentalhealtheurope.org/library/co-creation-toolkit/>).

Levet erfaring, menneskerettigheder og recovery

Følgende ressourcer indeholder yderligere teori om definitionen af levet erfaring og vigtigheden af rettighedsbaserede og recovery-orienterede tilgange.

Casey PJJ. Lived experience: defined and critiqued. *Crit Horiz*. 2023;24(3):282–97 (<https://doi.org/10.1080/14409917.2023.2241058>).

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York: United Nations; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-Persons-with-disabilities.html>).

Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J*. 1988;11:11–19 (<https://toronto.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Deegan1998-Recovery-The-Lived-Experience1.pdf>).

Gardien E. Between normality and disability: sensitive cognitive boundaries. *Welfare e Ergonomia*. 2021;1:104–16 (<https://hal.science/hal-04405318/document>).

Implementering, monitorering og evaluering

Flere ressourcer tilbyder vejledning i, hvordan man indsamler og analyserer data, og hvordan man monitorerer og evaluerer afstigmatiseringsaktiviteter.

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101 (<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>).

Breuer E, Comas-Herrera A, Docrat S, Freeman E, Schneider M, STRiDE team. STRiDE Theory of Change workshops: guidance and resources. STRiDE Research Tool No.1 (version 2). London; Care Policy and Evaluation Centre; 2019 (https://stride-dementia.org/wp-content/uploads/2019/11/STRiDE-THEORY_OF_CHANGEWORKSHOPS.pdf).

Developing a logic model of theory of change [website]. Center for Community Health and Development; 2024 (<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/models-for-community-health-and-development/logic-model-development/main>).

Implementation science research development (ImpRes) tool. London: Centre for Implementation Science; 2018 (https://kingsimprovementscience.org/cms-data/resources/ImpRes_Tool_May_2018.pdf).

Monitoring and evaluation [website]. The Grassroots Collective; 2021 (<https://www.thegrassrootscollective.org/monitoring-evaluation-nonprofit>).

Research methods toolkit. London: Centre for Society and Mental Health; 2023 (<https://researchmethodstoolkit.com/>).

Stigma scales, available at: Strengthening Mental Health Worldwide [website]. INDIGO Network; 2024 (<https://www.indigo-group.org/>).

What are evaluation methods? [website]. Funding for Good; 2020 (<https://fundingforgood.org/what-are-evaluation-methods>).

WHO's værktøjer og rammer

Relevante værktøjer og ressourcer udarbejdet af WHO kan bruges til at reducere stigmatisering og diskrimination.

ExpandNet [website]. ExpandNet; 2024 (<https://expandnet.net/>).

Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/372691>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/367340>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/70927>).

Youth engaged for mental health: a framework for youth participation under the WHO Pan-European Mental Health Coalition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 (<https://www.who.int/andorra/publications/m/item/youth-engaged-for-mental-health>).

Fællesskaber mellem mennesker med levede erfaringer

Fællesskaber mellem mennesker med levede erfaringer er vigtige i arbejdet med at reducere stigmatisering og diskrimination. Ressourcerne omfatter praktisk vejledning i, hvordan man engagerer sig i fællesskaber med ligesindede, og fremhæver flere globale fællesskaber mellem mennesker med levede erfaringer, som man kan deltage i.

[Community mental health good practice guide: peer support](#). Laudénbach: CBM Global Disability Inclusion; 2021 (<https://cbm-global.org/resource/community-mental-health-good-practice-guide-peer-support>).

Denne praktiske guide giver vejledning i peer-støttetjenester til mennesker med psykiske problemer for at fremme forbundethed, inspirere til håb og tilbyde et niveau af accept og forståelse, som man ikke finder særligt ofte i andre professionelle tjenester.

[Honest, Open, Proud Program](#) [website]. Honest, Open, Proud; 2024 (<https://hopprogram.org/>).

Dette program har til formål at reducere stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser gennem træning i at fortælle sin historie.

[International Hearing Voices Movement](#) [website]. Intervoice; 2024 (<https://www.intervoiceonline.org/about-us/the-hearing-voices-movement#content>).

Dette er en samling af forskellige samtaler, initiativer, grupper og enkeltpersoner over hele verden, der deler den værdi, at det at høre stemmer, se syner og beslægtede fænomener er meningsfulde oplevelser og ikke tegn på sygdom.

GAMIAN-Europe [website]. [Global Alliance of Mental Illness Advocacy Network](#); 2023 (<https://www.gamian.eu/>).

Dette er en brugerdrevet organisation, som kæmper for rettighederne for mennesker med levet erfaring, når det gælder om at skabe inkluderende politikker og tjenester.

[Global Mental Health Peer Network](#) [website]. Global Mental Health Peer Network; 2024 (<https://www.gmhpn.org/>).

Dette er en international organisation, der tilbyder muligheder for empowerment, mentorordninger og støtte til mennesker med levet erfaring med en psykisk lidelse.

Bilag 3. Rettighedsbaserede perspektiver og handicaprelaterede perspektiver forbundet med psykisk lidelse

Denne passus blev tilpasset fra et lignende bilag til umbrella review af *Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health* (1).

Indsatsen for at reducere stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser er i høj grad inspireret af handicapbevægelsen og rettighedsbaserede tilgange, der er udviklet ved hjælp af sociale modeller for handicap. Denne bevægelse har haft en positiv indflydelse på området for global mental sundhed - f.eks. gennem øget anerkendelse af vigtigheden af at inddrage mennesker med levnet erfaring i reformer af serviceydelser. Den giver også en nyttig ramme for at forstå og reagere på stigmatisering og diskrimination, herunder gennem de evidensbaserede aktiviteter, der er nævnt i Mosaik-værktøjsskassen.

FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (CRPD) beskriver handicap på følgende måde: "Handicap er resultatet af samspillet mellem mennesker med funktionsnedsættelser og holdningsmæssige og miljømæssige barrierer, der hindrer deres fulde og effektive deltagelse i samfundet på lige fod med andre" (2). Inden for dette bredere område henviser begrebet "psykosociale handicap" til mennesker, der kan opleve negative sociale konsekvenser, herunder stigmatisering, diskrimination og udelukkelse som følge af en psykisk lidelse.

Selv om nogle mennesker med psykiske lidelser anser sig selv for at have vanskeligheder som følge af lidelsen, anser de måske ikke sig selv for at være handicappede, og de ønsker måske ikke at blive opfattet af andre som handicappede. Det er vigtigt, at mennesker med levnet erfaring bestemmer, hvordan de definerer sig selv. Mange mennesker har oplevet, at det at bakke op om den bredere handicapbevægelse (som er vokset som følge af CRPD) giver styrke, afspejler deres erfaringer og er nyttigt til at forstå barrierer og skabe forandring. På den anden side kan denne model være mindre anvendelig, når der henvises til korterevarende, mindre permanent eller mindre alvorlig funktionsnedsættelse i forbindelse med nogle typer psykiske problemer, og nogle mennesker vil måske ikke bryde sig om sådanne mærkater (3).

Dette perspektiv gør det lettere at bruge begrebet "handicapbaseret diskrimination", der defineres som "enhver sondring, udelukkelse eller begrænsning på grund af handicap, som har til formål eller virkning at forringe eller ophæve anerkendelsen, nydelsen eller udøvelsen på lige fod med andre af alle menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder på det politiske, økonomiske, sociale, kulturelle, civile eller ethvert andet område". Det omfatter alle former for diskrimination, herunder nægtelse af rimelig tilpasning" (2). Dette er fundamentet for CRPD, som ikke giver yderligere rettigheder til mennesker med handicap, men snarere insisterer på, at mennesker ikke behandles forskelligt alene på dette grundlag.

At anvende en ramme inden for handicapområdet i forhold til mennesker med psykosociale handicap giver potentielle fordele (4), da det:

- inkluderer mennesker med handicap relateret til psykiske lidelser i den bredere kontekst af alle mennesker med handicap;
- giver adgang til juridiske instrumenter på internationalt plan, såsom CRPD, og nationale love mod diskrimination af mennesker med handicap, såsom Americans with Disabilities Act fra 1990, som kan anvendes til at støtte den sociale inklusion af alle mennesker med handicap, uanset typen af funktionsnedsættelse;
- muliggør gennemførelse af "rimelige justeringer" eller "rimelige tilpasninger" for at støtte f.eks. mennesker med handicap på arbejdspladsen.

I CRPD defineres "rimelig tilpasning" som: "nødvendige og passende ændringer og justeringer, som ikke indebærer en uforholdsmæssig stor eller unødvendig byrde, når dette er nødvendigt i et konkret tilfælde for at sikre, at personer med handicap kan nyde eller udøve alle menneskerettigheder og grundlæggende frihedsrettigheder på lige fod med andre" (2). Mennesker med handicap har ret til at få rimelige tilpasninger, så de kan få adgang til serviceydelser og deltage fuldt ud på lige fod med andre. Dette fokus på tilgængelighed er en stor styrke ved handicaptilgangen og har til formål at modvirke onde cirkler med social udelukkelse og lav social kapital. Stigmatisering og udelukkelse fra samfundet, som mange mennesker med handicap oplever, kan være en vigtig faktor i den manglende adgang til social kapital (5).

Der er beskrevet fire dimensioner af tilgængelighed:

- ➡ Frihed fra stigmatisering og diskrimination
- ➡ Økonomisk tilgængelighed (økonomisk overkommelighed)
- ➡ Kommunikationsmæssig tilgængelighed
- ➡ Fysisk tilgængelighed.

Når der gives adgang til forskellige former for sociale muligheder og aktiviteter, omfatter handicaptilgangen også forpligtelsen til at sikre "meningsfuld deltagelse" - et princip, der er formuleret i forbindelse med Århus-konventionen (6) og udtrykt som "Intet om os uden os".

Det er vigtigt at bemærke, at der er begrænsninger i handicaptilgangen. I øjeblikket er udtrykket "psykosociale handicap" ikke almindeligt brugt uden for menneskerettigheds- og handicapfora og internationale ikke-statslige organisationer. I mange lande anerkendes psykosocialt handicap desuden ikke rutinemæssigt af nationale handicaporganisationer, og folk kan opleve stigmatisering i forbindelse med psykiske lidelser i disse sammenhænge såvel som i samfundet generelt.

Det anerkendes i præamblen til CRPD, at "handicap er et begreb under udvikling, og at handicap er et resultat af samspillet mellem personer med funktionsnedsættelse og holdningsbestemte og miljømæssige barrierer, som forhindrer dem i fuldt og effektivt at deltage i samfundslivet på lige fod med andre" (2, 7). Idet samspillet mellem psykisk lidelse og handicap er under udvikling, har denne diskurs beriget det bredere område inden for psykisk lidelse (og handicapbevægelsen) - især i forbindelse med stigmatisering og diskrimination. Disse problemstillinger skal forstås i det bredere perspektiv af FN's menneskerettighedskonvention, som fastsætter, at medlemsstaterne skal anerkende, at personer med handicap har ret til at nyde den højest opnåelige standard for fysisk og mental sundhed i resolution A/HRC/RES/42/16 (8).

Referencer⁴

1. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, el Chammay R et al. The Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health. Lancet. 2022; 400(10361):1438–80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)).
2. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York: United Nations; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-Persons-with-disabilities.html>).
3. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. Lancet. 2011;378(9803):1664–75 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61458-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61458-X)).
4. Schulze M. Understanding The UN Convention on The Rights of Persons With Disabilities: a handbook on the human rights of persons with disabilities, third edition. New York: Handicap International; 2010 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/documents/hi_crpd_manual2010.pdf).
5. Hanass-Hancock J, Mitra S. Livelihoods and disability: the complexities of work in the Global South. In: Grech S, Solidatic K, editors. Disability in the Global South: a critical handbook. Berlin: Springer Link; 2016:133–50 (https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-42488-0_9).
6. Convention on access to information, public participation in decision-making and access to justice in environmental matters. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 1998 (<https://unece.org/DAM/env/pp/documents/cep43e.pdf>).
7. Schulze M. Human rights principles in developing and updating policies and laws on mental health. Glob Ment Health (Camb). 2016;3:e10 (<https://doi.org/10.1017/gmh.2016.5>).
8. Human Rights Council. Resolution 42/16: The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. New York: United Nations; 2019 (A/HRC/RES/42/16; <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g19/297/58/pdf/g1929758.pdf>).

4 Alle referencer tilgået 29. august 2024.

Bilag 4. Gængse myter og misforståelser om stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser, og hvordan man tackler dem

Stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser er store barrierer for at søge hjælp, hæmmer recovery og gør det vanskeligt for mennesker med levet erfaring at få adgang til deres rettigheder - til et job, en indkomst, uddannelse, relationer og inklusion i samfundet.

Ikke desto mindre er der kun få investeringer i strukturerede, evidensbaserede programmer og aktiviteter med fokus på at reducere effekterne af stigmatisering og diskrimination. Myter og misforståelser omgiver arbejdet på dette område. De er ofte baseret på begrænset viden om:

- ➡ de alvorlige effekter af stigmatisering og diskrimination;
- ➡ de positive effekter af reduktion af stigmatisering for enkeltpersoner, familier, lokalsamfund, samfund og økonomier;
- ➡ det store evidensgrundlag for, hvad der virker for at reducere stigmatisering; og
- ➡ hvordan man får adgang til værktøjer og metoder, der er blevet tilpasset på tværs af globale kontekster og kulturer.

Der har også været utilsigtede konsekvenser af at beskrive afstigmatiseringsprogrammer som kampagner for "opmærksomhed på psykisk lidelse". Afstigmatiseringsprogrammer, der evalueres i forhold til definerede resultater, er ikke generiske "opmærksomheds"-kampagner, men evidensbaserede, målrettede og evaluerede interventioner. Disse programmer kan, især hvis der er et mellem- til langsigtet engagement fra nøgleinteressenter, føre til betydelige forbedringer i offentlighedens holdninger og adfærd, mindre diskrimination og bedre muligheder for mennesker med levet erfaring for at stå i spidsen for samfundsændringer og kræve deres rettigheder.

Dette bilag behandler nogle af de fremherskende myter om arbejdet med at reducere stigmatisering og diskrimination. Disse myter kan støttes af politiske beslutningstagere, bevillingsgivere og andre potentielle partnere, og de kan bremse udviklingen, hvis de ikke adresseres direkte af fortalere.

Myte 1. Stigmatisering er svært at definere

Sådan svarer man

Der findes en global mængde dokumentation, som fremhæver effekterne af stigmatisering og diskrimination. Den vigtigste evidens på tværs af globale regioner er opsummeret i umbrella review af *Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health*, hvor følgende anføres: "Stigmatisering og diskrimination er i strid med grundlæggende menneskerettigheder og har alvorlige, skadelige virkninger på mennesker med psykiske lidelser, hvilket forværrer marginalisering og social udelukkelse" (1).

Lancet Commission rapporterede også resultaterne af en global undersøgelse af 391 mennesker med levet erfaring med psykiske lidelser fra 45 lande og territorier. Et vigtigt resultat var, at mere end 80 % af respondenterne sagde, at effekten af stigmatisering og diskrimination kan være værre end effekten af selve den psykiske lidelse.

Afgørende er det, at umbrella review af *Lancet Commission* også indeholder en gennemgang, der sammenfatter resultaterne fra over 200 videnskabelige studier verden over om, hvad der virker for at reducere stigmatisering og diskrimination. Budskabet er klart: Den vigtigste, aktive ingrediens til at reducere stigmatisering er social kontakt mellem mennesker, der har og ikke har erfaring med psykiske lidelser.

Myte 2. Forbedring af offentlighedens holdninger vil ikke have en reel effekt

Sådan svarer man

En stor mængde evidens har vist, hvordan stigmatisering og diskrimination har skabt store barrierer for:

- ➡ at få adgang til behandling og støtte til psykisk lidelse
- ➡ at finde og beholde et job
- ➡ at komme i gang med eller blive i uddannelse
- ➡ at sikre og vedligeholde relationer og social inklusion
- ➡ at få adgang til behandling af fysiske helbredsproblemer.

Disse effekter underminerer recovery og trivsel. Ved at tage fat på offentlighedens holdninger til psykiske lidelser som en del af omfattende strategier og politikker for psykisk lidelse vil mennesker med levet erfaring med psykiske lidelser og psykosociale problemer, deres familier, lokalsamfund og samfund samt økonomier få direkte gavn af det.

Offentliggjorte evalueringer af strategiske afstigmatiseringsinterventioner har vist stærk evidens for betydelige positive effekter på mennesker med levet erfaring med psykiske lidelser på samfundsniveau som følge af forbedrede niveauer af empowerment og mindre selvstigmatisering samt mindre negative offentlige holdninger og reduceret diskrimination.

En forbedring af den offentlig holdning kan således føre til bedre patientudfald, bedre mental sundhed og trivsel i befolkningen, selvmordsforebyggelse og "trivsel" i samfund og økonomier. Forbedring af holdninger er imidlertid kun en del af processen. Det er også vigtigt at tage fat på diskriminerende adfærd, som f.eks. love eller praksis, der gør det vanskeligt at deltage i arbejdsstyrken eller at have et normalt familieliv og liv i lokalsamfundet.

Myte 3. Mindre stigmatisering vil øge efterspørgslen på en allerede overbelastet psykiatri.

Sådan svarer man

Det er en forståelig bekymring og en potentiel risiko, som skal overvejes nøje, før et program udvikles og lanceres. At undlade at gennemføre nødvendige programmer på grund af forventet stor efterspørgsel er imidlertid ikke en begrundelse, der ville blive tolereret inden for andre sundhedsområder (som f.eks. hjertesundhed eller kræft). Derfor bør det heller ikke tolereres inden for psykiatrien.

Bekæmpelse af stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser kan skabe flere fordele, f.eks. at flere mennesker deltager i forebyggende programmer for mental sundhed, at de søger hjælp tidligere, og at der er større offentlig støtte og politisk vilje til at øge investeringerne i behandling af psykiske lidelser. At fastholde stigmatiseringsniveauet på grund af frygt for øget pres på ydelserne vil ikke føre til nogen forandring og ingen fremskridt.

Myte 4. Investeringer i mental sundhed bør fokusere på øget udbud af ydelser/støtte og ikke på at håndtere stigmatisering - folk har mere brug for hjælp end forståelse

Sådan svarer man

Stigmatisering og diskrimination forbundet med psykiske lidelser har en dybt negativ effekt på recovery og andre vigtige konsekvenser for enkeltpersoner, familier, lokalsamfund, samfund og økonomier. Som det fremgår af *Lancet Commission*, kan effekterne af stigmatisering og diskrimination være værre end effekterne af selve den psykiske lidelse. Hvis du interesserer dig for behandlingsresultater, mental sundhed og trivsel i lokalsamfundet, forebyggelse af dårlig mental sundhed og fremme af mental sundhed og selvmordsforebyggelse, bør du interessere dig for at gøre noget ved stigmatisering.

Folk kan modtage ydelser eller støtte, der har til formål at forbedre deres mentale sundhed, men deres mentale sundhed og trivsel vil stadig blive undermineret, hvis stigmatisering og diskrimination kompromitterer de underliggende sundhedsdeterminanter - såsom evnen til at sikre en indkomst, beskæftigelse eller uddannelsesmuligheder, til at finde og bevare meningsfulde relationer eller til at få støtte fra familie og venner.

Stigmatisering og diskrimination påvirker også den mentale sundhed og trivsel hos medarbejderne inden for psykiatrien og socialpsykiatrien. Disse fagpersoner kan blive påvirket af internaliseret selvstigmatisering, offentlig stigmatisering, strukturel diskrimination (herunder via arbejdsgiveres politikker og praksis) og associeret stigmatisering (ved at være en fagperson, der arbejder i en stigmatiseret sektor). Det kan igen føre til problemer med at rekruttere og fastholde arbejdskraft i psykiatrien, hvilket er en voksende bekymring i mange lande (2).

Derfor kan man argumentere for, at indsatsen mod stigmatisering og diskrimination supplerer og styrker udbuddet af behandling og støtte til psykisk lidelse.

Myte 5. Sociale marketingkampagner mod stigmatisering er for dyre

Sådan svarer man

Sociale marketingkampagner har til formål at sikre positive offentlige holdninger og ændre adfærd ved hjælp af metoder, der minder om kommerciel reklame, men med et socialt snarere end et kommercielt formål. Lokale, regionale eller nationale programmer til forbedring af offentlighedens holdninger og adfærd forbundet med psykisk lidelse kan meget vel drage fordel af sådanne kampagner.

Der er selvfølgelig visse udgifter forbundet med sociale marketingkampagner i forhold til deres størrelse og omfang samt den kontekst, de gennemføres i. Samtidig kan det være meget dyrt ikke at tage fat på stigmatisering og diskrimination. Stigmatisering og diskrimination forhindrer mennesker i at udnytte deres sociale og økonomiske potentiale som aktive borgere og i at søge hjælp (1).

Der er nogle måder, hvorpå man kan udvikle og levere sociale marketingkampagner på en omkostningseffektiv måde.

- ➡ Målgruppeindsigtsteknikker - som har til formål systematisk at indsamle og analysere data om en bestemt målgruppe for at forstå deres motivation og behov - kan bruges til at sikre, at ressourcerne bruges på den bedst mulige måde. Resultaterne af en målgruppeindsigtsproces kan f.eks. bruges til at forstå, hvordan sociale medier bedst kan bruges som en effektiv kanal til at nå og engagere målgrupper.

- ➡ For at øge rækkevidden af de betalte elementer i en kampagne og sikre, at flere mennesker bliver positivt eksponeret for kampagneindhold, kan man sikre yderligere effekt ved at arbejde med arbejdsgivere, skoler og gymnasier, samfundsgrupper, religiøse grupper, sportsforeninger og -klubber samt lokale medier.

En økonomisk evaluering af den sociale marketingkampagne mod stigmatisering, Time to Change, i England, Storbritannien, mellem 2009 og 2011 viste, at (baseret på gennemsnitlige nationale omkostninger til sociale marketingkampagner) de økonomiske fordele opvejede omkostningerne (3). Resultaterne tyder på, at kampagnen både var en potentielt omkostningseffektiv og billig intervention til at reducere effekten af stigmatisering på mennesker med psykiske problemer.

Hvis midlerne er begrænsede, kan der gennemføres mindre sociale marketingkampagner, som ofte udnytter de sociale mediers styrke (se kapitel 3 for ideer).

Myte 6. Bekæmpelse af stigmatisering har ikke folkelig opbakning

Sådan svarer man

Manglende offentlig støtte til psykisk lidelse og håndtering af stigmatisering hænger ofte sammen med manglende politisk vilje forbundet med psykiske lidelser.

Stigmatisering og diskrimination har en stærk negativ effekt på tildelingen af ressourcer til psykiske lidelser. For eksempel ser regeringer ofte psykiatrien som et "blødt mål" for nedskæringer, da de antager, at der ikke er den store folkelige opbakning til psykiatrien.

Hvis der imidlertid skabes og bygges videre på folkelig opbakning ved at håndtere stigmatisering forbundet med psykisk lidelse, vil den politiske profil for psykisk lidelse øges. Det vil sikre endnu større opbakning fra offentligheden, medierne, arbejdsgiverne, vigtige influencere og højt profilerede støtter, politikere og politiske partier. På den måde kan vi alle skabe en forandring til det bedre.

Referencer⁵

1. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, el Chammay R et al. The Lancet Commission on Ending Stigma and Discrimination in Mental Health. Lancet. 2022;400(10361):1438–80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)).
2. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>).
3. Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011. Br J Psychiatry Suppl. 2013;55:s95–101 (<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113746>).

5 Alle referencer tilgået 29. august 2024.

