

EN NORDJYSK MODEL FOR AFSTIGMATISERING

FRA TABU TIL TRYGHED

- FOR BÅDE PATIENTER OG PERSONALE



PSYKIATRIEN - AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
- i gode hænder

© SUNDSHEDSTVÆRKEN

EN AF OS

Væk med tavshed, tvivl og
tabu om psykisk sygdom

Indholdsfortegnelse

Forord og læsevejledning.....	3
Forord.....	5
Læsevejledning.....	5
 Del 1. Baggrund og teoretisk grundlag.....	6
Baggrund.....	6
Teoretisk grundlag.....	6
Manglende viden (uvidenhed).....	6
Fordomme (negative holdninger).....	7
Diskrimination (negativ adfærd).....	7
 Del 2. Indholdselementer.....	8
Faste møder mellem ledelse og CfRS: En fælles forpligtelse til kulturforandring.....	9
Kreative workshops for personale og ledere: Fælles læring og praksisnær udvikling.....	9
Månedlige ambassadørbesøg: Menneskelige møder, der ændrer perspektiver.....	10
Oplæring af nøglepersoner: Fra projekt til vedvarende kulturændring.....	11
 Del 3. Evaluering og erfaringer.....	12
Kvalitative indsigter og erfaringer fra ledere, personale og ambassadører.....	12
Kvantitative effekter af workshops.....	13
De største og vigtigste læringer undervejs.....	13
 Afslutning.....	14
 Referencer.....	15
 Bilag	16

Forord og læsevejledning

Forord

Denne beskrivelse præsenterer en nordjysk model for afstigmatisering. Modellen, der består af en række indholdselementer, bærer navnet: ***Fra tabu til tryghed - for både patienter og personale***. Modellen har til formål at fremme en mere nuanceret og inkluderende tilgang til mennesker med psykiske lidelser i sundhedsvæsenet. Den understøtter et trygt og respektfuldt møde mellem patienter og sundhedspersonale gennem øget viden, refleksion og dialog.

Læsevejledning

Beskrivelsen er opbygget, så du nemt kan vælge mellem en kort oversigt og en mere detaljeret gennemgang – alt efter hvor meget tid du har, og hvor dybt du ønsker at dykke ned i materialet.

Er du på udkig efter hovedpointer og resultater? Gå direkte til **Del 3**. Her finder du de vigtigste resultater, erfaringer og konklusioner, som giver dig et hurtigt overblik over modellens effekter og anvendelighed i praksis. Vil du have den fulde indsigt i modellen og dens baggrund? Start fra begyndelsen.

Del 1. Baggrund og teoretisk grundlag – giver dig indblik i forskningen bag stigmatisering og afstigmatisering med fokus på viden, holdning og adfærd.

Del 2. Indholdselementer - beskriver, modellens fire centrale indholdselementer, med særligt fokus på EN AF OS-ambassadørerne, der bidrager med deres erfaringer og perspektiver, for at skabe øget viden og refleksion blandt personale.

Del 3. Evaluering og erfaringer – præsenterer data, resultater og erfaringer fra implementeringen af modellen, herunder både kvantitative målinger og kvalitative erfaringer og indsigter.

Uanset hvilken tilgang du vælger, håber vi, at beskrivelsen giver inspiration og konkrete redskaber til at arbejde med afstigmatisering i sundhedsvæsenet.

God læselyst!

Del 1. Baggrund og teoretisk grundlag

Baggrund

Fordomme har stor indflydelse på, hvordan sundhedspersonale forstår, tolker og møder mennesker med psykiske lidelser. Ubevidste antagelser og negative holdninger kan medføre svækkelse af både kommunikation og omsorg, der igen kan føre til forsinket behandling og en forrået adfærd. For at mindske denne stigmatisering kræves en målrettet og flerstrengt indsats, der øger viden, udfordrer holdninger og fremmer en varig adfærdsændring i sundhedsvæsenet.

Fra tabu til tryghed - for både patienter og personale. er en model udviklet til netop dette formål. Den tilbyder en systematisk og kulturforandrende tilgang til afstigmatisering og bygger på et tæt samarbejde med mennesker med psykiske lidelser. Gennem refleksion, faciliteret dialog og praksisnære forandringer skaber modellen et fundament for en mere inkluderende og nuanceret tilgang i mødet med patienter.

Modellen er udviklet af konsulenter og EN AF OS-ambassadører fra Center for Recovery og Samskabelse (CfRS) ved Psykiatrien i Region Nordjylland i samarbejde med ledere og medarbejdere fra Akut- og Traumecenteret ved Aalborg Universitetshospital. Den er inspireret af EN AF OS – Sundhedsstyrelsens nationale indsats mod stigma – og bygger på spørgeskemadata, feedback, interviews og løbende erfaringsopsamling.

Teoretisk grundlag

Stigmatisering af mennesker med psykiske lidelser er en kompleks social proces, der indebærer, at individer tilskrives negative kendetegn eller stereotyper, hvilket kan føre til marginalisering, diskrimination og i sidste ende social eksklusion (Chen et al., 2017).

Lancet-kommissionens rapport fra 2022 (Thornicroft et al., 2022) tilbyder en stærk teoretisk ramme for at forstå denne proces. Rapporten anerkender stigmatisering som en flerlaget dynamik, der udspringer af en kombination af uvidenhed, fordomme og diskrimination. Den fremhæver samtidig nødvendigheden af målrettede indsatser på flere niveauer for effektivt at reducere stigmatiseringen af mennesker med psykiske lidelser.

Ifølge rapporten kan stigmatiseringsprocessen opdeles i tre centrale komponenter, der hver især bidrager til at opretholde og forstærke negative holdninger og adfærd. I næste afsnit udfoldes komponenterne.

Manglende viden (uvidenhed)

Uvidenhed om psykiske lidelser skaber grobund for myter og misforståelser. Når viden mangler, opstår forsimplede narrativer – f.eks. at mennesker med borderlineforstyrrelse skader sig selv for at få opmærksomhed eller at mennesker med skizofreni per definition er farlige. Disse stereotyper skaber unødigt frygt og afstand, og kan føre til en ensidig forståelse af psykisk lidelse, hvor vigtige nuancer går tabt. Når vi tror, vi ved nok, kan vi miste nysgerrigheden på det enkelte menneske, hvilket øger risikoen for fejltolkninger af deres adfærd og behov.

I sundhedsvæsenet kan denne uvidenhed få alvorlige konsekvenser. Når en patient med en psykiatrisk diagnose fx reagerer med uro, stilhed eller mistillid, kan det misforstås som besvær eller manglende samarbejdsvilje, selvom det i virkeligheden skyldes angst, tidligere traumatiske oplevelser eller sygdommens natur. Hvis sundhedspersonale ikke er opmærksomme på dette, kan de overse vigtig information, fejlfortolke symptomer og i værste fald give uhensigtsmæssig behandling. Det kan føre til en forrået tilgang, hvor patienten ikke mødes med den professionalisme og omsorg, der burde være standard i sundhedsvæsenet. På et samfundsmæssigt plan betyder denne mangel på forståelse, at mennesker med psykiske lidelser får en lavere kvalitet af behandling og dermed dårligere forløb og livskvalitet.

Fordomme (negative holdninger)

Når uvidenhed får lov at gro, kan den udvikle sig til fordomme – dybt rodfæstede negative holdninger, der bidrager til marginalisering af mennesker med psykiske lidelser. Fordomme kan føre til mistillid, frygt eller medlidenhed, som fastholder individet i en fastlåst position. I stedet for at blive set som et menneske med en kompleks livssituation, bliver personen reduceret til en diagnose og mødt med afstandtagen eller lavere forventninger. Sådanne holdninger kan eksistere i hele samfundet, men når de findes blandt fagfolk i sundhedsvæsenet, kan de have særligt skadelige konsekvenser.

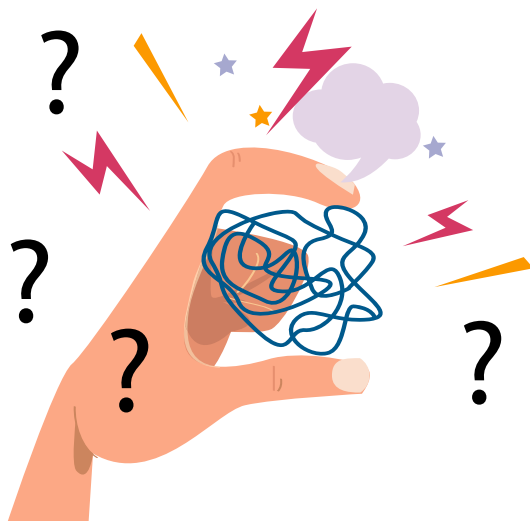
I en klinisk kontekst kan fordomme påvirke, hvordan sundhedspersonale vurderer og prioriterer patientens behov. Hvis en patient har en psykiatrisk diagnose, kan det farve vurderingen af deres symptomer – en reel somatisk smerte kan fx blive afvist som ”psykisk betinget”, eller en akut lidelse kan blive nedprioriteret, fordi patienten opfattes som ”krævende” eller ”ustabil”. Dette kan skabe frustration og afmagt hos patienten og forstærke følelsen af ikke at blive taget alvorligt. Samtidig kan det føre til en ond cirkel, hvor personalets forudindtagede opfattelse af patientgruppen bekræftes, fordi patienten reagerer med modstand eller opgivenhed. På samfundsniveau betyder det, at mennesker med psykiske lidelser i højere grad risikerer at få dårligere sundhedstilbud, hvilket bidrager til ulighed i sundhed.

Diskrimination (negativ adfærd)

Den mest skadelige konsekvens af stigmatisering er diskrimination – når fordomme omsættes til handlinger, der begrænser mennesker med psykiske lidelser. Diskrimination kan ske på arbejdsmarkedet, i sociale relationer og i adgangen til sundhedsydelser. Den kan være direkte, fx når en person nægtes behandling, eller mere subtil, som når en patient mødes med afvisning, mistro eller lavere standarder for omsorg.

I sundhedsvæsenet kan diskrimination betyde, at patienter med psykiske lidelser får en anden og ringere behandling end andre. Det kan fx være, at de hurtigere bliver udskrevet uden grundig undersøgelse, at deres somatiske symptomer overses, eller at de mødes med mindre tålmodighed og empati. Små handlinger – en opgivende tone, manglende øjenkontakt, en afvisende kropsholdning – kan forstærke patientens følelse af at være uønsket og uværdig. Dette kan føre til, at patienten undgår at opsøge sundhedsvæsenet fremover, hvilket øger risikoen for ubehandlede sygdomme og for tidlig død. Samfundsmæssigt betyder denne form for strukturel diskrimination, at en stor gruppe mennesker får dårligere livsvilkår og øget risiko for både fysisk og psykisk forværring.

Lancet-kommissionen understreger, at de tre komponenter ikke eksisterer isoleret, men snarere forstærker hinanden i en ond cirkel, der opretholder stigma. Derfor kræver effektiv afstigmatisering en helhedsorienteret indsats, der adresserer alle led i processen – fra at øge viden og forståelse til at udfordre fordomme og bekæmpe diskrimination.



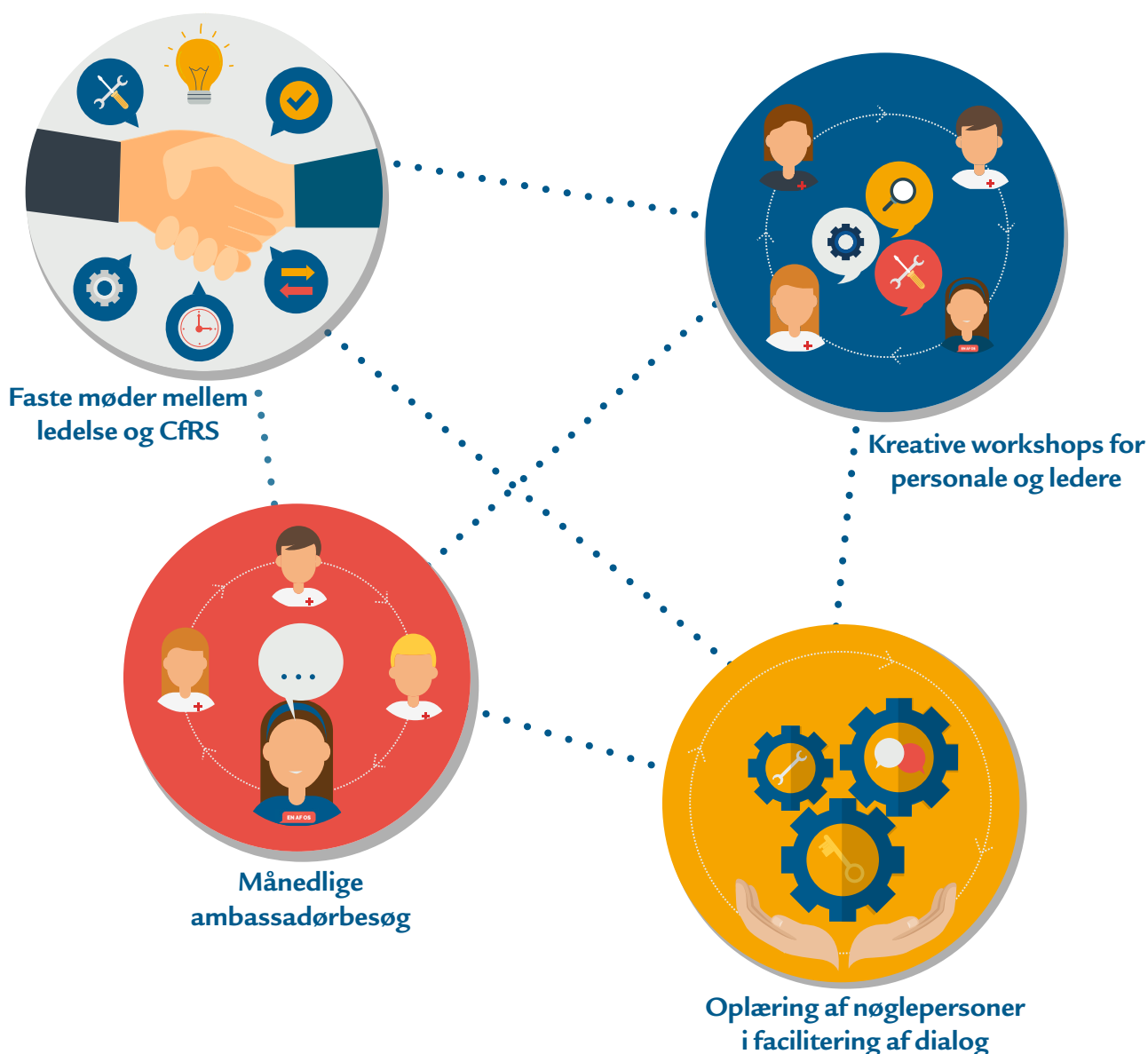
Del 2. Indholdselementer

Modellen arbejder målrettet med at påvirke viden, holdninger og adfærd for at bryde den negative spiral af uvidenhed, fordomme og diskrimination. Det teoretiske grundlag belyser, hvordan disse mekanismer forstærker hinanden, mens modellen tilbyder en praktisk ramme for forandring.

Målet er ikke blot at øge viden, men at skabe dybere refleksion over egne holdninger og styrke evnen til at handle bevidst og nuanceret – særligt i mødet med patienter, der vækker stærke reaktioner eller opleves som udfordrende. Adfærdsændringer kræver mere end indsigt; de opstår gennem bevidsthed, træning og et trygt læringsrum, hvor nye tilgange kan afprøves og forankres. Derfor arbejder modellen på flere erkendelsesniveauer samtidig og over tid for at skabe en varig og meningsfuld forandring.

Da vi som mennesker lærer forskelligt og i forskelligt tempo, samt at der løbende sker udskiftning i en personalegruppe, er modellen tidsmæssigt designet til at strække sig over mindst 12 måneder. I denne periode etableres der forskellige læringsrum, hvor personalet gennem faciliteret dialog og samspil får støtte til at sætte ord på og udtrykke det, der kan være udfordrende, og på at skabe nye forståelser sammen.

På de næste sider udfoldes hvert indholdselement, med en beskrivelse af formål og gennemførelse.



Faste møder mellem ledelse og CfRS: En fælles forpligtelse til kulturforandring

At arbejde med afstigmatisering er en langvarig proces, hvor ledelsens engagement er afgørende for succes. Derfor etableres der et forpligtende samarbejde mellem CfRS og ledelsen på den pågældende arbejdsplads.

Proces:

Indledende møder: I forbindelse med etableringen af et samarbejde afvikles der indledende møder med afdækning af arbejdspladsens motivation for arbejdet med afstigmatisering. På møderne afstemmes forventninger, roller, mål og ansvarsområder.

Udformning af samarbejdsaftale: På baggrund af aftaler, udarbejder CfRS en skriftlig samarbejdsaftale som ledelsen på den pågældende arbejdsplads godkender. Aftalen fastlægger tydeligt, hvem der har hvilke opgaver og ansvar.

Månedlige status- og sparringsmøder: Der laves et fast månedligt rul for status- og sparringsmøder. På møderne følges der op på indsatsen sammen med ledelsen og i fællesskab justeres mål og strategier. En konsulent fra CfRS er mødeleder og nedskriver konkrete aftaler. Disse sendes efterfølgende til mødedeltagere med tydelig forventningsafstemning ift. roller, opgaver og deadlines.



Kreative workshops for personale og ledere: Fælles læring og praksisnær udvikling

Arbejdet med afstigmatisering kræver et fælles fokus, og kreative workshops skaber et rum for refleksion og erfaringsdeling på tværs af personale, ledere og ambassadører fra EN AF OS. Kontrolcirklen (Covey, 1989) anvendes som et redskab til at skelne mellem forhold, der ikke kan ændres, og områder, hvor personalet har handlemuligheder. Gennem dette arbejde identificeres, hvordan adfærd og kommunikation aktivt kan bidrage til at reducere stigmatisering.

Identificere vilkår: Personalet får indsigt i, hvilke aspekter af deres arbejde og interaktion med patienter der ligger uden for deres kontrol, fx patienternes baggrund, tidligere oplevelser med stigmatisering og strukturelle forhold i sundhedsvæsenet.

Fokusere på indflydelse: Der sættes fokus på de områder, hvor personalet har reel indflydelse, herunder egen adfærd, holdninger og kommunikation med patienterne. Ved at arbejde med kontrolcirklen skabes en større bevidsthed om, hvordan handlinger kan bidrage til at reducere stigmatisering.

Handle på kontrol: Personalet støttes i at tage kontrol over de elementer, de faktisk kan ændre. Dette indebærer implementering og afprøvning af nye adfærdsmønstre baseret på den viden og de ændrede holdninger, som workshoppen fremmer.

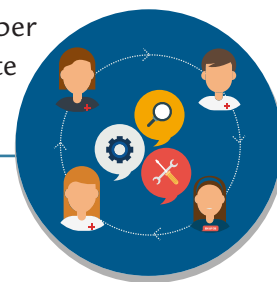
Proces:

Planlægning og afvikling: Workshops planlægges og afvikles af CfRS i samarbejde med ledelsen. CfRS udformer invitation til personalet, booker og koordinerer ambassadører og medbringer alle materialer. Under workshops samler CfRS evalueringer fra deltagerne i forhold til dagens udbytte, som efterfølgende samles op og analyseres og sendes retur til arbejdspladsen. Ledelsen sørger for lokaler og evt. forplejning.

Involvering af alle personalegrupper: For at sikre bred deltagelse på tværs af faggrupper – herunder sygeplejersker, læger, SOSU'er, pædagoger, terapeuter, sekretærer og ledere – tilrettelægges workshops, så de passer ind i arbejdsplanen. Arbejdspladsen har ansvaret for at koordinere dette.

Struktur: Workshops varer 3-3,5 timer og kræver mindst 15 deltagere for at sikre dynamik og synergi i gruppen.

Fokus og forankring: For at sikre, at nye indsigter og praksisser fastholdes i hverdagen, udvikles der i forlængelse af workshops huskereglene og metoder, der understøtter det systematiske arbejde med afstigmatisering på arbejdspladsen. Afhængigt af behovet kan dette inkludere konkrete redskaber som lommekort, plakater eller andre visuelle påmindelser, der hjælper personalet med at bevare fokus over tid. En konsulent fra CfRS faciliterer dette arbejde.



Månedlige ambassadørbesøg: Menneskelige møder, der ændrer perspektiver

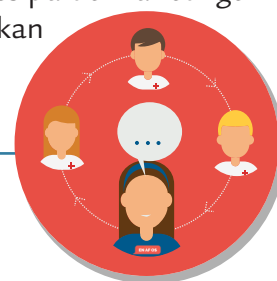
En gang om måneden modtager arbejdspladsen et besøg fra en ambassadør fra EN AF OS. Under besøget, der varer en time, holder ambassadøren et personligt oplæg og deler sine erfaringer og perspektiver inden for et specifikt emne, f.eks. selvskade. Oplægget danner grundlag for fælles refleksion gennem faciliteret dialog.

Proces:

Planlægning og booking: De månedlige aftaler bookes af arbejdspladsen ca. et halvt år i forvejen.

Forberedelse og facilitering: CfRS træner ambassadørerne i at holde oplæg, der altid indeholder 2-3 centrale huskeråd. Under besøgene deltager CfRS aktivt og faciliterer fælles dialog og refleksion for at fremme interaktion og læring. Forud for hvert besøg sendes plakater til arbejdspladsen for at vække nysgerrighed og minde personalet om indsatsen. CfRS-konsulent sikrer, at vigtige perspektiver og indsigter videreføres fra besøg til besøg, så den opnåede viden bevares og deles – selv når deltagergruppen varierer. Dette skaber kontinuitet i læringsprocessen og giver nye deltagere indsigt i tidligere diskussioner og erfaringer.

Opsamling og evaluering: Dokumentation og evaluering af besøgene foretages på de månedlige status- og sparringsmøder. Afhængigt af kultur og behov på arbejdspladsen, kan CfRS bidrage med opsamling fra besøgene i et ugebrev for at udbrede viden til hele personalegruppen.



Oplæring af nøglepersoner: Fra projekt til vedvarende kulturændring

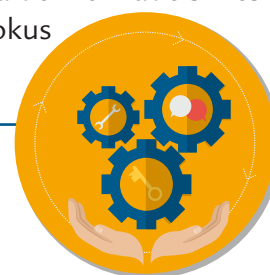
For at sikre et løbende og vedvarende fokus på afstigmatisering oplæres udvalgte medarbejdere på arbejdspladsen i at facilitere ambassadørbesøg og dialoger, så arbejdet fortsætter efter den formelle indsatsperiode, er afsluttet.

Proces:

Oplæring af nøglepersoner: En konsulent fra CfRS træner udvalgte medarbejdere i at facilitere ambassadørbesøg og dialogprocesser. Arbejdet påbegyndes efter 8-9 måneder og tager cirka 2 timer om måneden.

Vedvarende ambassadørbesøg: Arbejdspladsen fortsætter besøgene 3-4 gange årligt for at fastholde fokus.

Support og koordinering: CfRS står til rådighed for booking og koordinering af ambassadører, samt for at yde support og sparring til nøglepersonerne på arbejdspladsen. På denne måde sikres det, at ambassadørbesøgene fortsætter med at være velorganiserede og har fokus på afstigmatisering.



Del 3. Evaluering og erfaringer

Modellen er udviklet gennem et formativt design for at sikre modellens relevans og anvendelighed i praksis. I praksis betyder det, at den viden der er skabt i projektet, løbende er bygget ind i modellen. Modellen er udviklet i perioden januar 2023- februar 2025 og bygger på følgende datakilder:

- Workshops (n=6) med personale og ledere (n=130) fra Akut- og Traumecenteret, Aalborg Universitetshospital
- Spørgeskemadata præ/post workshop fra sundhedspersonale og ledere
- Feedback fra ambassadører og personale ifm. månedlige ambassadørmøder
- Feedback fra månedlige status – og sparringsmøder med ledere
- Interviews med fire ledere og fem EN AF OS Ambassadører

Kvalitative indsigter og erfaringer fra ledere, personale og ambassadører

For at få belyst den oplevede værdi af modellens forskellige indholdselementer, er der indhentet erfaringer fra ledere, personale og ambassadører gennem feedback og ustrukturerede kvalitative interviews.



Lederne beskriver indsatsen som en stor succes. De fremhæver, at der er kommet et andet – og mindre stigmatiserende – sprogbrug på arbejdspladsen, og en øget interesse blandt personalet for at forstå måden hvorpå den psykiatriske patient agerer under pres. Lederne fremhæver betydningen af de månedlige statusmøder med CfRS, som rum til at få sparring og støtte til systematisk at arbejde med afstigmatisering over tid.



Personalet beskriver, hvordan de har lært, at man ikke kan 'ikke-kommunikere'. Alt er kommunikation, også kropssprog, gestikulation og vejrtrækning. De fremhæver, hvordan de har fået modet til at italesætte deres tanker og følelser, hvilket har vist sig at være afvæbnende for patienterne. De har erfaret, at patienterne forstår personalets begrænsninger og værdsætter, når de bliver spurgt om, hvad de har brug for. Personalet har også lært, at man ikke kan give for meget omsorg, og at det er vigtigt at anerkende patienternes udvikling over tid, så de ikke møder dem med en forudindtaget og stigmatiserende holdning ved gentagne indlæggelser.



Ambassadørerne beskriver, hvordan de er blevet positivt overraskede over personalets villighed til at deltage aktivt i workshops og ambassadørmøder, trods deres travle hverdag. De fortæller, at ambassadørmøderne har været et trygt rum for åben og ærlig dialog, hvor både personale og ambassadører har kunnet dele frustrationer og perspektiver. De understreger vigtigheden af en facilitator, der tør stille de svære spørgsmål på møderne, men også for at sikre dialog mellem personale og ambassadører. Ambassadørerne fremhæver, som noget særligt, hvordan de over tid har erfaret en ændret adfærd blandt personalet, der blandt andet viser sig ved en respektfuld måde at tale om psykiatriske patienter på og en inkluderende tilgang til samarbejde.

Kvantitative effekter af workshops

Data blev indsamlet med to forskellige redskaber:

- Et spørgeskema udviklet af Sundhedsstyrelsen med inspiration fra internationale stigmatiseringsundersøgelser til at belyse viden, kompetencer, holdninger og adfærd i afstigmatiseringsindsatser.
- Et spørgeskema udviklet til at måle stigmatiserende holdninger blandt sundhedsprofessionelle over for personer med psykiske lidelser. Skalaen - Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) - har vist acceptabel intern konsistens og er effektiv til at påvise positive ændringer efter anti-stigma interventioner (Modgill et al., 2014).

Samlet set viser de kvantitative undersøgelser, at de kreative workshops har haft en betydelig positiv effekt på personalets viden, holdninger og adfærd i relation til psykisk sygdom. Data indsamlet før og efter workshoppen viser et markant fald i stigmatiserende holdninger, en øget åbenhed overfor psykisk sygdom samt en reduceret social distance til personer med psykisk sygdom. Specifikt viste resultaterne et fald på 8,8% i den overordnede grad af stigma, hvilket er højere end det gennemsnitlige fald på 6,5% i et canadisk studie. Desuden steg graden af åbenhed og hjælpesøgning med 12,4%, og den sociale distance faldt med 8,7%, hvilket langt overgår resultaterne fra det canadiske studie. Disse resultater indikerer, at workshoppen har haft en positiv effekt på personalets holdninger og adfærd, og at formatet har været effektivt i at adressere stigmatisering af personer med psykisk sygdom. De opnåede resultater understøtter, at vedvarende og interaktive antistigmatiserings-indsatser kan bidrage til en mere inkluderende og åben praksis blandt sundhedspersonale. Se bilag 1 for yderligere.

De største og vigtigste læringer undervejs

”Er der nogen barrierer? NEJ! Jeg vil jo gerne gøre noget anderledes... Jeg ved bare ikke endnu, om det virker – men jeg vil prøve 100%.”

De største og vigtigste læringer:

Personalet ønsker forandring: De vil gerne gøre tingene anderledes og brænder for, at en reel ændring sker.

Langsigtet indsats og tryghed skabes over tid: Ændringer i viden, holdninger og adfærd sker gradvist og kræver kontinuitet for at blive forankret. Tid er en afgørende faktor i modellen, da de regelmæssige ambassadørmøder skaber et faciliteret rum for dialog og refleksion. Denne kontinuitet giver personale og ambassadører mulighed for at mødes gentagne gange, hvilket styrker modet – både individuelt og i afdelingskulturen. Tid fungerer dermed som en modningsfaktor, der understøtter en varig forandring.

Et fælles anliggende for alle faggrupper er afgørende: Når alle – uanset faglig baggrund – arbejder ud fra en fælles forståelse og retning, styrkes samarbejdet og indsatsen bliver mere bæredygtig. Det sikrer, at forandringen ikke blot bliver en isoleret indsats, men en integreret del af hverdagen.

Ambassadørerne er nøglen til succes: Deres følelsesmæssige påvirkning skaber forståelse, engagement og en reel vilje til handling.

Spejlbilledet af egne fordomme: Det var ikke diagnosernes oprindelse eller teoretiske værktøjer, personalet først efterspurgte, men derimod en dybere forståelse af deres egen magtesløshed i mødet med patienter med psykiske lidelser.

En markant kulturændring: Ledelsen oplever færre frustrerede henvendelser om patienter med psykiatriske diagnoser. Personalet taler ikke længere om ”dem, vi ikke vil have,” men har fået et nyt syn på og mod til at møde patienterne.

Workshops skabte handling: Gennem refleksion, dialog og kontrolcirklen blev personalets forståelse skærpet, og de udviklede konkrete strategier til systematisk at bekæmpe stigma i praksis.

Afslutning

Afstigmatisering starter med forståelse – og forståelse starter med handling. Fordomme påvirker både forståelsen, kommunikationen og omsorgen i mødet med mennesker med psykiske lidelser. Når ubevidste antagelser styrer vores handlinger, kan det føre til en mere distanceret og mindre hensigtsmæssig behandling.

Fra tabu til tryghed - for både patienter og personale tilbyder en systematisk måde at arbejde med afstigmatisering på gennem viden, refleksion og dialog. Modellen skaber et fundament for en mere inkluderende og nuanceret tilgang i sundhedsvæsenet, hvor mentale udfordringer mødes med empati frem for fordomme.

Uanset om du er fagperson, leder eller kollega, har du mulighed for at gøre en forskel. Vi håber, at den nordjyske model giver mod og inspiration til at arbejde med afstigmatisering i din praksis. Små skridt i hverdagen kan gøre en stor forskel – for både patienter og personale.



Referencer

Chen, S. P., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., et al. (2017). Fighting stigma in Canada: Opening Minds anti-stigma initiative. In W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius (Eds.), *The stigma of mental illness – End of the story?* Springer, Cham.

Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people: Restoring the character ethic*. Free Press.

Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A., & Szeto, A. C. (2014). Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*, 14(1), 120.

Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., ... & Yu, Y. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400 (10361).

BILAG 1

Effekter målt ved hjælp af evalueringsspørgsmål udviklet af Sundhedsstyrelsen

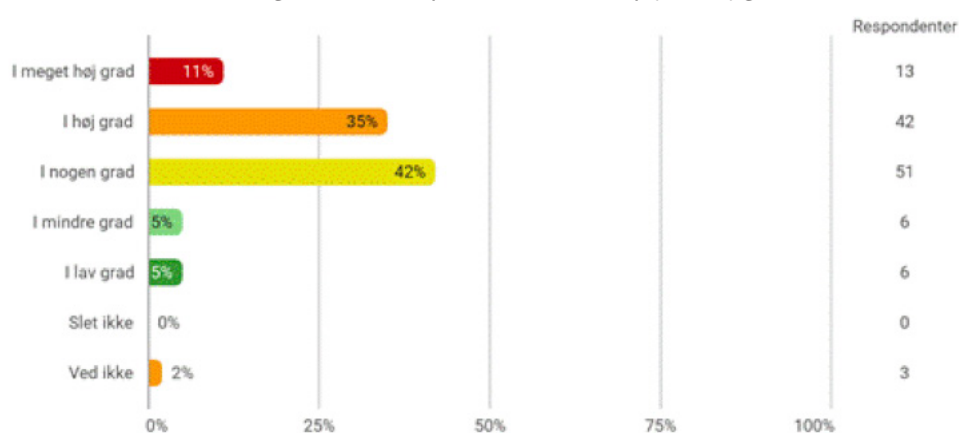
Effekten af de kreative workshops på viden, kompetencer, holdninger og adfærd er målt ved hjælp af evalueringsspørgsmål udviklet af Sundhedsstyrelsen, med inspiration fra internationale stigmatiseringsundersøgelser (fx Evans-Lacko et al., 2010; Kopp et al., 2013). Disse spørgsmål er blandt andet anvendt i en evaluering udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Niras, som offentliggøres i marts 2025. Spørgsmålene er valgt, da de giver mulighed for at sammenligne effekterne af forskellige indsatser på tværs af landet på sigt.

I næste afsnit vises evalueringsspørgsmålene og resultaterne.

Viden (før- og efter-spørgsmål)

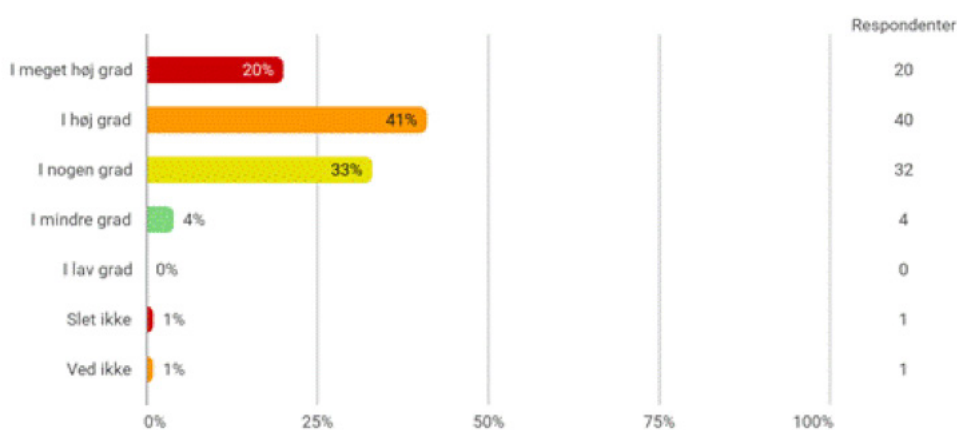
I starten af hver workshop blev personalet i Akut- og Traumecenteret spurgt ind til følgende:

Har du oplevet situationer, hvor du har manglet viden om patienter med en psykisk sygdom?



Efter hver workshop blev personalet i Akut- og Traumecenteret spurgt, om de har fået brugbar viden om patienter med en psykisk sygdom.

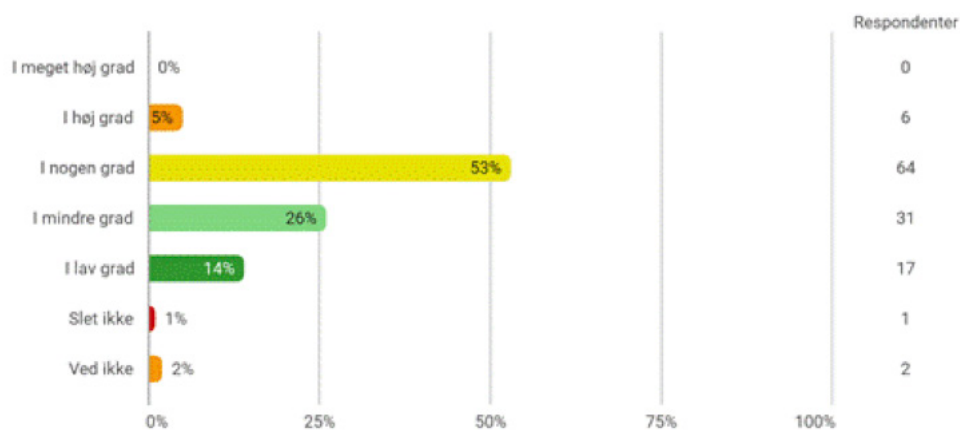
Oplever du, at workshoppen har givet dig brugbar viden om patienter med en psykisk sygdom?



Kompetencer (før- og efter-spørgsmål)

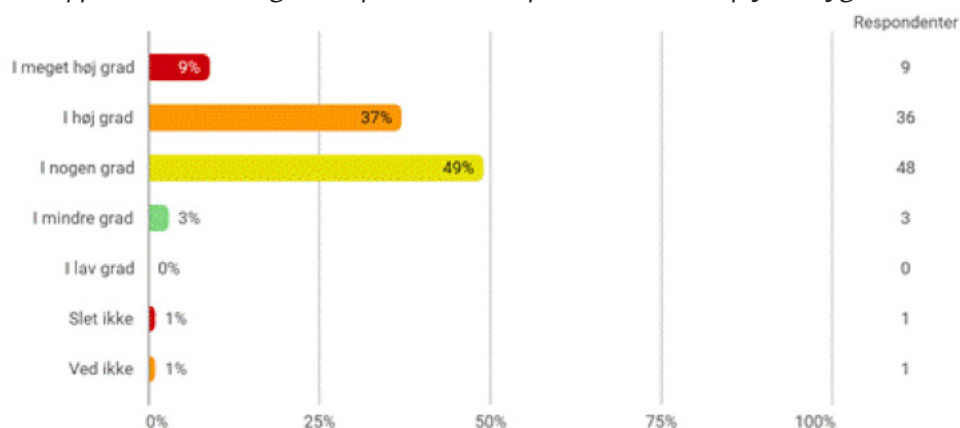
I starten af hver workshop blev personalet i Akut- og Traumecenteret spurgt om følgende:

Oplever du, at du har været klædt på til at møde patienter med en psykisk sygdom?



Efter hver workshop blev de spurgt ind til følgende:

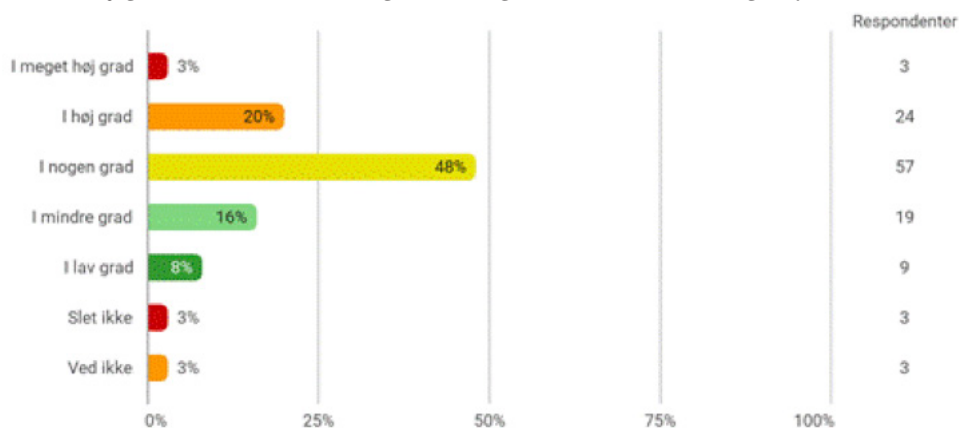
Oplever du, at workshoppen har klædt dig bedre på til at møde patienter med en psykisk sygdom?



Holdning (før- og efter-spørgsmål)

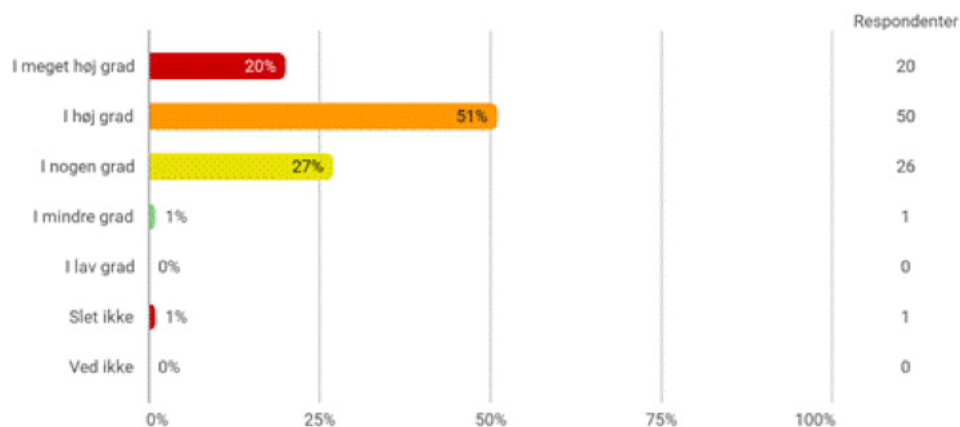
I starten af hver workshop blev personalet i Akut- og Traumecenteret spurgt om følgende:

Efter din mening, i hvor høj grad udviser dine kollegaer en stigmatiserende holdning til patienter med psykisk sygdom?



Efter hver workshop blev personalet i Akut- og Traumecenteret spurgt om følgende:

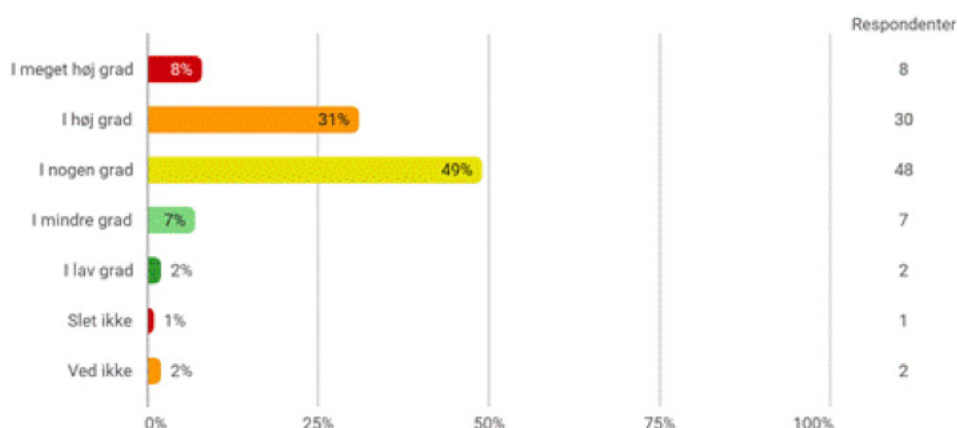
Oplever du, at workshoppen er relevant for din kliniske praksis?



Adfærd (efter-spørgsmål)

Efter hver workshop blev personalet i Akut- og Traumecenteret spurgt om følgende:

Tror du, at du kommer til at gøre noget anderledes, næste gang du møder en patient, som har en psykisk sygdom?



Sammenfatning af resultater: Effekter målt ved hjælp af evalueringsspørgsmål udviklet af Sundhedsstyrelsen

Viden (før- og efter-spørgsmål)

Indledningsvis blev sundhedspersonalet spurgt, om de havde oplevet situationer, hvor de havde manglet viden om patienter med psykisk sygdom. 88% af personalet svarede, at de "i nogen grad" til "i meget høj grad" havde haft sådanne oplevelser. Dette understøtter, at der er et behov for at styrke personalets viden om patienter med psykisk sygdom.

Efter workshoppen blev personalet spurgt, om de havde fået brugbar viden om patienter med psykisk sygdom. Hele 94% af deltagerne svarer, at de har fået brugbar viden fra workshoppen. Dette tyder på, at workshopformatet har været effektivt til at forbedre personalets viden om patienter med psykisk sygdom og dermed bidraget til at lukke det vidensgab, de tidligere havde identificeret.

Kompetencer (før- og efter-spørgsmål)

Indledningsvis blev personalet spurgt, om de følte sig klædt på til at møde patienter med psykisk sygdom. Kun 5% af sundhedspersonalet følte sig fuldt ud klædt på, mens størstedelen (53%) oplevede, at de i nogen grad var rustet, og 41% mente, at de slet ikke var forberedte på at møde patienter med psykisk sygdom. Dette viser et klart behov for at forbedre kompetencerne blandt personalet i mødet med patienter med psykisk sygdom.

Efter workshoppen blev personalet spurgt, om de følte sig bedre klædt på til at møde patienter med psykisk sygdom. 95% af personalet rapporterede, at de var blevet bedre rustet, og kun 4% angav, at de ikke var blevet bedre forberedt. Dette tyder på, at workshoppen har haft en betydelig effekt på personalets kompetencer og har givet dem de redskaber, de følte, de manglede i starten.

Holdning (før-spørgsmål)

I starten af workshoppen blev sundhedspersonalet spurgt, i hvor høj grad de mener, at deres kollegaer udviser stigmatiserende holdninger overfor patienter med psykisk sygdom. Ca. halvdelen (48%) oplevede, at deres kollegaer "i nogen grad" udviser stigmatiserende holdninger, og 23% mente, at holdningerne var udtalt ("i høj grad" eller "i meget høj grad"). Dette afspejler en udbredt opfattelse af, at stigmatisering er et problem blandt personalet, hvilket kan føre til forskelsbehandling og ulighed i sundhed. Stigmatisering kan medføre, at patienter med psykisk sygdom ikke får den behandling, de har brug for, hvilket understreger behovet for en indsats mod stigmatisering. Ifølge undersøgelser har 32% af personer med psykisk sygdom oplevet negativ forskelsbehandling i somatikken, og 53% har fået afvist fysiske symptomer som psykiske, hvilket understreger alvoren af dette problem (Sundhedsstyrelsen, 2015, 2016).

Holdning (efter-spørgsmål)

Efter workshoppen blev personalet spurgt, om de oplevede, at workshoppen var relevant for deres kliniske praksis. 98% af sundhedspersonalet svarede, at workshoppen var relevant for deres praksis, hvilket indikerer, at de har set værdi i indholdet og fundet det nyttigt i deres arbejde med patienter med psykisk sygdom. Flere af tilbagemeldingerne har understøttet, at personalet fandt det værdifuldt at få tid og rum til at diskutere og få et fælles sprog omkring patientgruppen. Dette viser, at workshoppen har bidraget til en bedre forståelse af patienterne og deres behov, hvilket kan føre til en ændret holdning og praksis i det kliniske arbejde.

Adfærd (efter-spørgsmål)

Efter workshoppen blev personalet spurgt, om de forventede at ændre deres adfærd næste gang de møder en patient med psykisk sygdom. 88% svarede, at de i nogen grad til meget høj grad ville ændre deres tilgang. Dette tyder på, at workshoppen har haft en indflydelse på deres intentioner om at forbedre deres adfærd i mødet med patienter med psykisk sygdom. Dog kræver det yderligere undersøgelser at vurdere, om disse intentioner faktisk fører til adfærdsændringer i praksis.

Konklusion

Workshops har haft en positiv effekt på personalets viden, kompetencer, holdninger og adfærd i relation til arbejdet med patienter med psykisk sygdom. De har øget personalets viden og forbedret deres kompetencer, hvilket tyder på, at workshopformatet effektivt har adresseret de identificerede behov. Desuden har workshops skabt større opmærksomhed omkring stigmatisering og ført til en mere positiv holdning til patienter med psykisk sygdom. Hvis intentionerne om adfærdsændring også fører til konkrete ændringer i praksis, kan workshops potentielt være et effektivt redskab til at fremme bedre og mere retfærdig behandling af patienter med psykisk sygdom. Tallene viser klart, at der er brug for øget fokus på området – ikke blot for at leve op til intentionerne i Sundhedsloven kapitel 1 §2 (Sundhedsloven, 2019), men også for at sikre en mere retfærdig behandling og en bedre patientoplevelse for personer med psykisk sygdom.

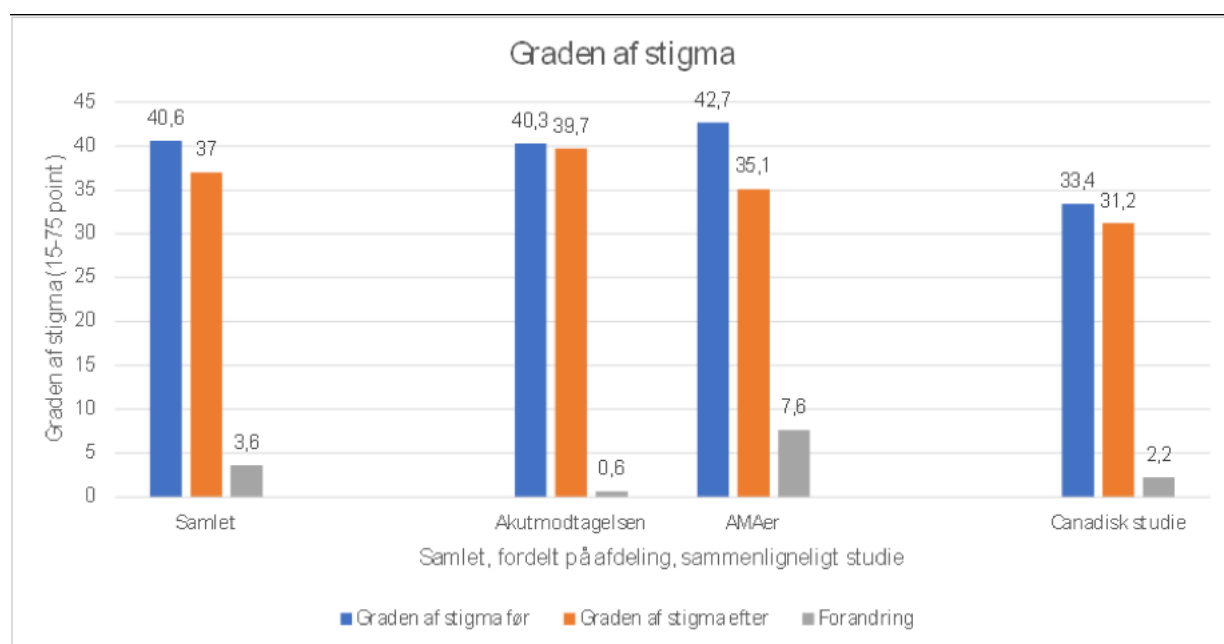
Effekter målt ved hjælp af Opening Mind Stigma Scale

Effekten af de kreative workshops blev målt ved hjælp af Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) før og efter de seks workshops. Skalaen er udviklet til at måle stigmatiserende holdninger blandt sundhedspersonale overfor personer med psykiske sygdom og har vist sig effektiv til at påvise positive ændringer efter anti-stigma interventioner (Modgill et al., 2014). Skalaen måler overordnet grad af stigma, holdninger, åbenhed og social afstand.

118 ansatte fra Akut- og Traumecenteret deltog i spørgeskemaundersøgelsen før workshoppen, og 97 deltog efterfølgende. Deltagerne repræsenterede to afdelinger: personale fra Akutmodtagelsen der havde haft 10 måneders forudgående indsats, og personale fra Akut Modtage Afsnit (AMA) der stiftede bekendtskab med afstigmatiserings-indsatsen for første gang.

Overordnet grad af stigma blandt sundhedspersonale overfor mennesker med psykisk sygdom

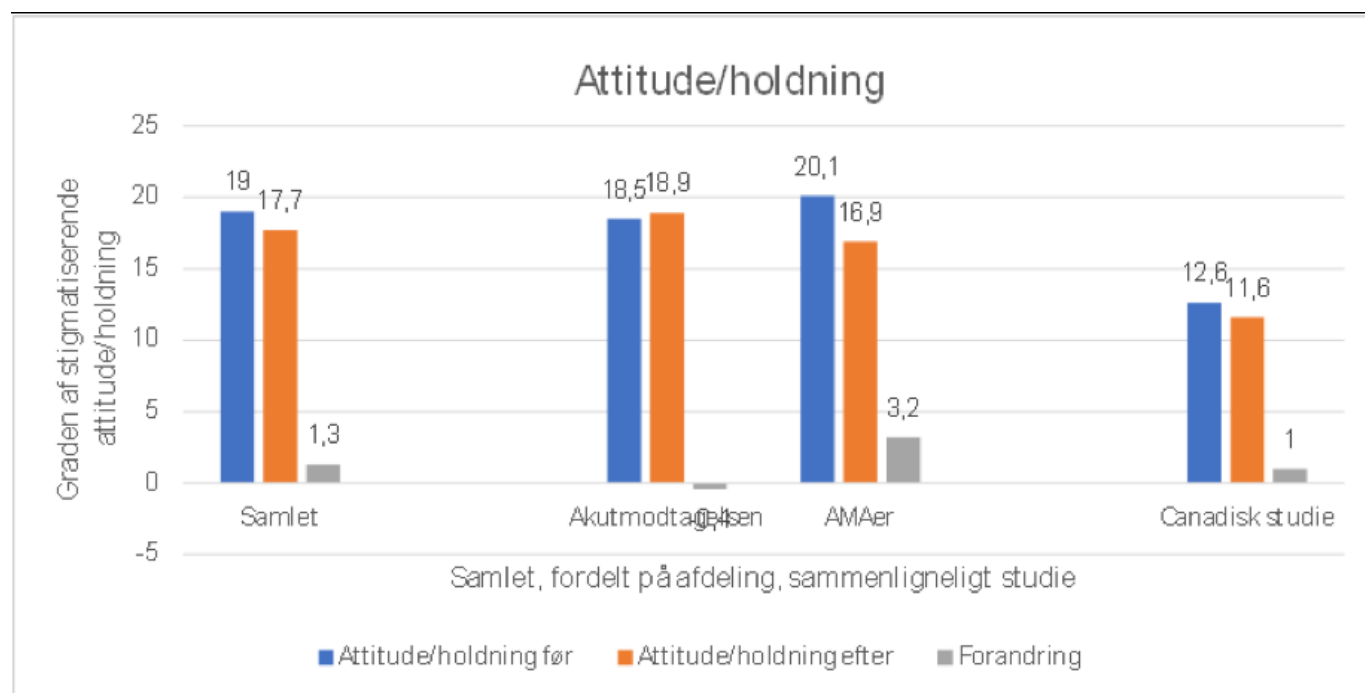
Den overordnede grad af stigma blandt personalet faldt fra før til efter workshop med 8,8%. Til sammenligning faldt den overordnede grad af stigma gennemsnitligt med 6,5% i et canadiske studie der undersøgte effekten præ-post af 12 forskellige antistigmatiserings-interventioner på tværs af Canada målt med OMS-HC (Chen et al, 2017).



Graden af stigmatiserende holdninger over for mennesker med psykisk sygdom

Denne subskala måler de grundlæggende holdninger, som sundhedspersonale har over for mennesker med psykisk sygdom.

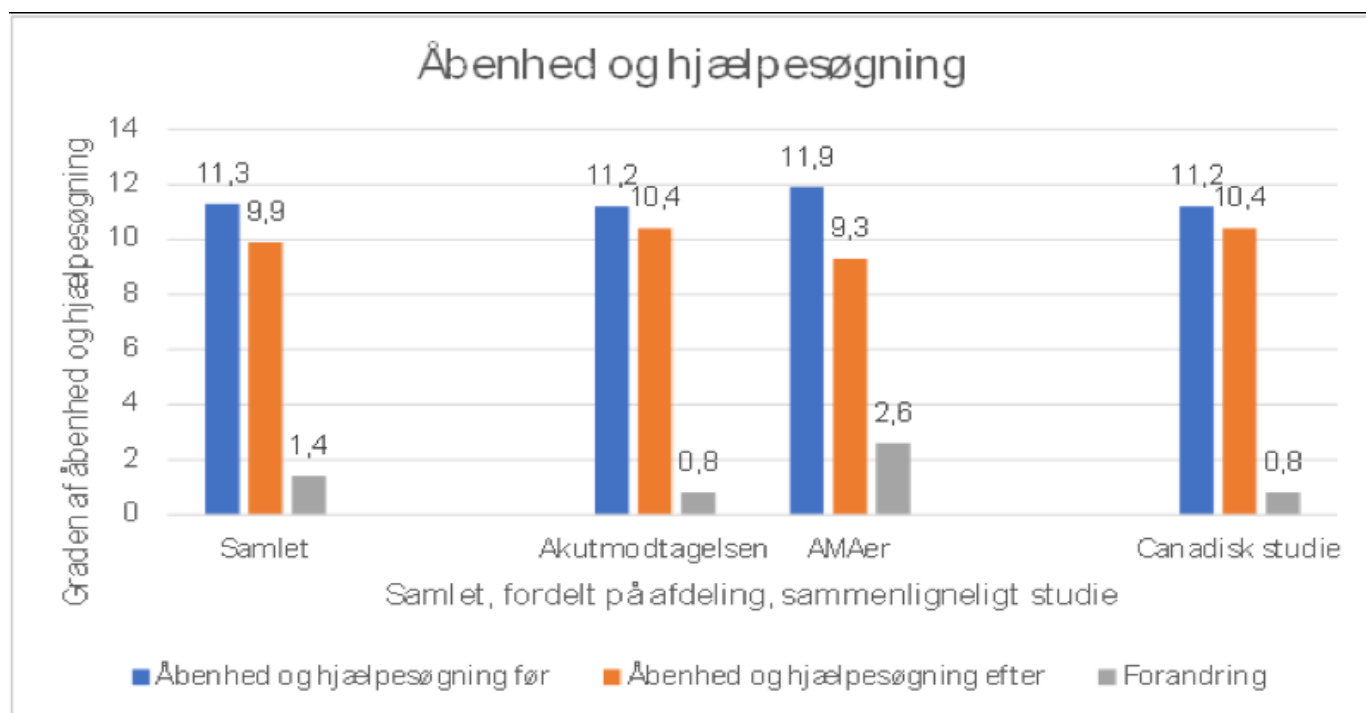
Fra før til efter workshoppen faldt graden af stigmatiserende holdninger med 6,8% blandt personalet. Til sammenligning viste det canadiske studie et gennemsnitligt fald på 7,9% i graden af stigmatiserende holdninger (Chen et al, 2017).



Graden af åbenhed og hjælpesøgning

Denne subskala måler hvor åbne sundhedspersonale er overfor emnet psykisk sygdom – både i forhold til at støtte andre og til selv at søge hjælp for psykisk lidelse. Her vurderes det, hvorvidt sundhedspersonale føler sig trygge ved at tale om psykisk sygdom eller opfordre andre til at gøre det.

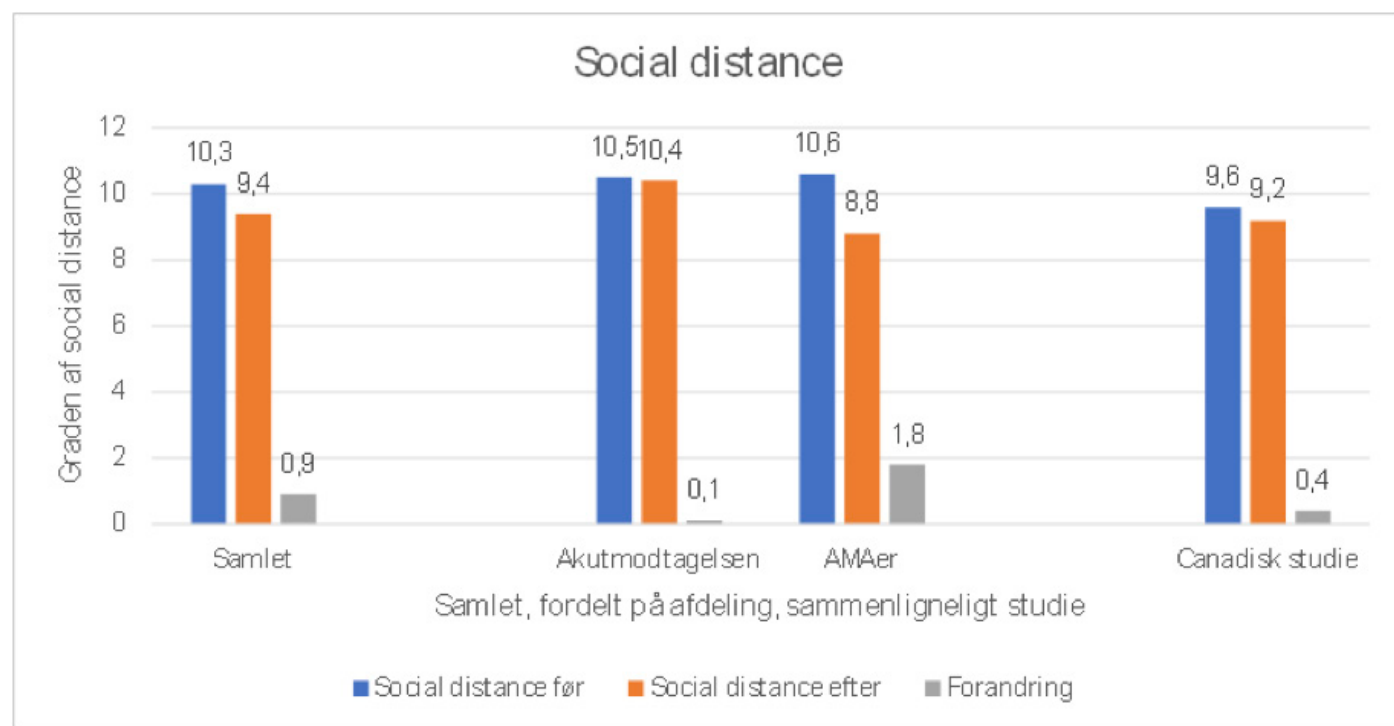
Graden af åbenhed og hjælpesøgning blandt personalet ændrede sig med 12,4% fra før til efter workshopen. I det sammenlignelige canadiske studie var ændringen 7,1%.



Graden af social distance

Dette item måler hvor villige sundhedspersonale er til at interagere tæt med personer med psykisk sygdom. Social afstand er en vigtig indikator for diskriminerende adfærd og måler, om der er modvilje mod at inkludere mennesker med psykiske sygdom i sociale- og professionelle relationer.

Graden af social distance ændrede sig med 8,7% fra før til efter workshoppen. I det sammenlignelige canadiske studie var ændringen 4,1%.



Sammenfatning af resultater: Effekter målt ved hjælp af Opening Mind Stigma Scale

Resultaterne viser en positiv effekt af workshoppen i forhold til at reducere stigmatiserende holdninger og øge åbenhed, hjælpesøgning og social interaktion med personer med psykisk sygdom blandt personalet. Den overordnede grad af stigma faldt med 8,8% fra før til efter workshop, hvilket er højere end det gennemsnitlige fald på 6,5% set i det canadiske studie. Dette indikerer, at workshoppen havde en betydelig effekt på personalets holdninger, hvilket tyder på, at workshopformatet var effektivt til at adressere stigma. Når det gælder de grundlæggende stigmatiserende holdninger over for personer med psykisk sygdom, viste data et fald på 6,8%, som er lidt lavere end ændringen på 7,9% i det canadiske studie. Selvom ændringen var mindre end i det canadiske studie, er det tydeligt, at der er sket en positiv udvikling i personalets holdninger til patienter med psykisk sygdom, og at deltagelsen i workshoppen har haft en målbar effekt. Graden af åbenhed og hjælpesøgning steg med 12,4%, hvilket er markant højere end ændringen på 7,1% i det canadiske studie. Dette tyder på, at deltagerne blev væsentligt mere åbne over for at tale om psykisk sygdom og støtte andre i at søge hjælp. Denne ændring kan indikere, at workshoppen har haft en stor indvirkning på personalets villighed til at engagere sig i åben kommunikation om psykisk sygdom. Den sociale distance faldt med 8,7%, hvilket betyder, at personalet blev mere villige til at interagere tæt med personer med psykisk sygdom. Dette er mere end dobbelt så stor en ændring som i det canadiske studie (4,1%), og viser en stor forbedring i personalets villighed til at indgå i professionelle og sociale relationer med patienter med psykisk sygdom. Den store ændring kan muligvis tilskrives de interaktive og engagerende elementer i workshoppen, som har hjulpet personalet til at se psykisk sygdom i et mere nuanceret lys.

Konklusion

Samlet set har workshoppen haft en positiv effekt på personalets holdninger, åbenhed og vilje til at interagere med personer med psykisk sygdom. De målte ændringer, herunder fald i stigma, øget åbenhed og mindre social distance, viser en markant forbedring. Workshoppen ser ud til at have haft en større effekt end det sammenlignelige canadiske studie på flere områder, hvilket understøtter effektiviteten af denne interventionsform i at reducere stigma og fremme en mere inkluderende og støttende tilgang til patienter med psykisk sygdom.

Referenceliste

- Chen, S. P., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., et al. (2017). Fighting stigma in Canada: Opening minds anti-stigma initiative. In W. Gaebel & N. Sartorius (Eds.).
- Kopp, B., Knaak, S., & Patten, S. (2013). Evaluation of IWK's Understanding the Impact of Stigma Program. Mental Health Commission of Canada, December 2013.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 55(7), 410-418.
- Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A., & Szeto, A. C. (2014). Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*, 14, 120.
- Sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26/08/2019. Hentet fra <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>
- Sundhedsstyrelsen. (2015). Diskriminationsundersøgelsen 2015. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2016). Erfaringer med det somatiske sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen.

