



**Mental
Health
Europe**

Equal rights.
Better mental health.
For all.

December 2025

Gentænk for at genopbygge: Mod rettighedsbaserede og kønslige mentale sundhedssystemer i Europa



Gentænk for at genopbygge: Mod rettighedsbaserede og kønslige mentale sundhedssystemer i Europa

2025

Ansvarsfraskrivelse: Dette dokument er oversat fra engelsk ved hjælp af maskinoversættelsessoftware; derfor kan nøjagtigheden af oversættelsen ikke garanteres.

”For herrens redskaber vil aldrig kunne nedbryde herrens hus. De kan måske give os mulighed for midlertidigt at slå ham på hans eget område, men de vil aldrig give os mulighed for at skabe ægte forandring. Racisme og homofobi er reelle forhold i alle vores liv her og nu. Jeg opfordrer hver enkelt af os her til at række ned i det dybe sted i os selv, hvor viden findes, og røre ved den frygt og afsky for enhver forskel, der findes her. Se, hvis ansigt den bærer. Så kan det personlige som det politiske begynde at belyse alle vores valg.”

Audre Lorde

Forfatter:

Dr. Ugnė Grigaitė

Medejer, projektleder og forsker ved NGO'en Mental Health Perspectives, www.perspektyvos.org;

Ph.d. i global folkesundhed, Lissabon Institut for Global Mental Sundhed, Comprehensive Health Research Centre, NOVA Medical School, NOVA Universitetet i Lissabon.

Anmeldere:

Ann-Katrin Orr, MHE Policy Officer, og Camille Roux, MHE Policy Manager.

Redaktør:

Nabil Sanaullah, MHE Communications Manager.

Design og layout:

Alexandre Verlinden hos Grat-Grat.

Bestilt af Mental Health Europe**Tak:**

Vi er dybt taknemmelige for den uvurderlige vejledning, rådgivning og vigtige bidrag fra Cianán B. Russell og ILGA Europe, Camille Butin og IPPF European Network, Julieann Cullen og Global Mental Health Peer Network, Giulia Traversi og European Disability Forum samt EIGE.

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	7
Indledning	9
Hvorfor køn er vigtigt for mental sundhed: Rapportens omfang og formål	9
Intersektionel og rettighedsbaseret vinkel	9
Nuværende realiteter i Europa og deres indvirkning på mental sundhed	11
Kønsbestemte uligheder, kønsbaseret vold og kvinders og pigers mentale sundhed	11
Lesbiske, biseksuelle, transkønnede og interseksuelle kvinder: Marginalisering og indvirkning på mental sundhed	14
Psykosocial handicap og kønsbestemte realiteter i forbindelse med tvang og institutionalisering	16
Medicinsk kvindehad og nedvurdering af levede erfaringer inden for mental sundhed og sundhedssystemer	18
Køn og intersektionalitet i mental sundhed	21
Den psykosociale models praktiske relevans for mental sundhed	21
Udfordringer ved datamangler og kønsblinde systemer for mental sundhed	22
Deltagende og inkluderende forskning, politik og praksis	22
Holistiske tilgange til mental sundhed	24
Sociale determinanter og tilgang til recovery	24
Traume- og voldsinformeret pleje	24
EU's politikker om ligestilling mellem kønnene og mental sundhed	26
Oversigt over vigtige EU-rammer	26
Mangler og siloer: Manglende integration mellem dagsordenerne for mental sundhed og ligestilling mellem kønnene	29
Konklusion.....	30
Politiske anbefalinger	32
Anbefalinger til EU-institutionerne:	32
Anbefalinger til medlemsstaterne:	33
Bilag 1: Metoder	35
Metodologi og etisk tilgang	35
Refleksivitet og metodologisk refleksion	35
Bilag 2: Ordliste	37

Resumé

Denne EU-undersøgelse undersøger sammenhængen mellem køn og mental sundhed ved at se på erfaringer fra personer, der identificerer sig som kvinder, og kommer med evidensbaserede og menneskerettighedsbaserede politiske anbefalinger til EU- og nationale beslutningstagere. Den fremhæver kvinders mentale sundhed, herunder lesbiske, biseksuelle, transkønnede og interseksuelle (LBTI+) kvinder og kvinder med psykosociale handicap, og leverer dokumentation til brug for en inkluderende, kønsresponsiv og genopretningsorienteret politik. Den viser, at trods EU's forpligtelser til ligestilling mellem kønnene, mental sundhed og handicappedes rettigheder, er disse dagsordener og relaterede data og overvågningsværktøjer stadig fragmenterede.

Systemiske kønsuligheder har direkte indflydelse på kvinders mentale sundhed. Socioøkonomiske forskelle, herunder kønsbestemte løn- og pensionsforskelle, usikre arbejdsforhold og uforholdsmæssigt store omsorgsopgaver, forstærker stressfaktorer, der påvirker den mentale sundhed. En af de mest betydningsfulde faktorer for kvinders mentale sundhed er udsættelse for kønsbaseret vold, som øger risikoen for dårlig mental sundhed, mens kvinder med psykiske lidelser har en langt større risiko for at blive udsat for kønsbaseret vold. Marginaliserede grupper, herunder migranter, flygtninge, kvinder, der udsættes for racisme, og LBTI+-kvinder, står over for yderligere betydelige barrierer for sikker, traume- og voldsbevidst og genopretningsorienteret mental sundhedspleje. LBTI+-kvinder oplever ofte forstærkede risici for mental sundhed på grund af stigmatisering, minoritetsstress og systemisk eksklusion, hvilket omfatter transkvinder, der udsættes for øget vold, mens interseksuelle kvinder er uforholdsmæssigt udsat for ikke-konsensuelle medicinske indgreb.

Kønsdiskrimination resulterer ofte i, at kvinders oplevelser minimeres, afvises eller overmedicineres, hvilket forstærker cyklusser af magtesløshed, herunder inden for tjenester og institutioner. Kvinder med psykosociale handicap er uforholdsmæssigt udsat for seksuel vold, tvang, tvangsmedicinering, isolation og i nogle tilfælde tvangssterilisering eller nægtelse af reproduktive rettigheder. Sådanne krænkelse forårsager øjeblikkelig og langvarig skade på den mentale sundhed og tilliden til sundhedsvæsenet og støttesystemerne. Disse praksisser undergraver kropslig autonomi, forværrer traumer og krænker FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (UNCRPD).

Denne rapport understreger et presserende budskab: Psykiske sundhedspolitikker, der overser køn, og ligestillingspolitikker, der forsømmer deres sammenhæng med psykisk sundhed, risikerer at forstærke uligheder og yderligere udelukke marginaliserede befolkningsgrupper. For at forstå køn og psykisk sundhed er det nødvendigt at anlægge et tværgående perspektiv og anerkende, hvordan social position, identitet og strukturelle uligheder former den psykiske sundhed. Dette er i overensstemmelse med den psykosociale model for psykisk sundhed, som placerer psykisk sundhed i en bredere livssammenhæng. Sociale og miljømæssige determinanter, såsom fattigdom, ulighed, vold og traumer, har en betydelig indflydelse på mental sundhed.

Støtte fra ligestillede og lokalsamfundet er afgørende, men underfinansieret. Der er et presserende behov for at styrke denne støtte sideløbende med professionel pleje. Personlig recovery bør støttes gennem komplekse støttesystemer, herunder støtte fra ligestillede, tilgængelige lokalsamfundsbaseerede tjenester og inkluderende politikker, som i udformning og praksis anerkender mennesker med levet og levende erfaring som eksperter i deres egen recovery, og dermed lægger vægt på autonomi, valgfrihed og meningsfuld deltagelse.

At gentænke systemer for mental sundhed – både i politik og praksis – gennem et kønsretfærdighedsperspektiv kræver strukturelle ændringer. Det er afgørende at indarbejde en kønsresponsiv, kønsretfærdig, psykosocial modelbaseret og recovery-orienteret tilgang i strategier for sundhed, ligestilling, handicap og menneskerettigheder. Politikkerne skal tackle kønsbaseret vold, ulige plejebyrder, restriktive normer og institutionel diskrimination, samtidig med at de fremmer traume- og voldsbevidste, partcipatoriske, overlevende-ledede, psykosociale, menneskerettighedsbaserede og recovery-orienterede tilgange. At indarbejde kønsretfærdighed i mental sundhed er en menneskerettighedsforpligtelse og et imperativ af almen interesse, i overensstemmelse med UNCRPD, Istanbul-konventionen og EU's forpligtelser om ligestilling og menneskerettigheder.

Indledning

Hvorfor køn er vigtigt i mental sundhed: Rapportens omfang og formål

Køn har en fundamental indflydelse på, hvordan individer oplever, udtrykker og reagerer på psykiske sundhedsudfordringer, men det er ofte usynligt og forbliver marginalt i de dominerende politiske rammer for mental sundhed. Fra de sociale forhold og traumer, der bidrager til lidelse, til den måde, hvorpå mennesker diagnosticeres, behandles, støttes eller udelukkes fra pleje, er køn en afgørende faktor for udfaldet af mental sundhed.¹

Der tegner sig tydelige mønstre på tværs af forskellige grupper. Kvinder er uforholdsmæssigt hårdt ramt af angst, depression og stressrelaterede lidelser, som ofte hænger sammen med den ulige fordeling af ulønnet omsorgsarbejde, udsættelse for kønsbaseret vold (GBV) og vedvarende strukturelle uligheder.² Mænd er derimod mere tilbøjelige til at opleve pres i forbindelse med de dominerende normer for maskulinitet, såsom forventninger om hårdhed, selvstændighed og følelsesmæssig undertrykkelse. Disse "normer" kan udgøre en barriere for at søge hjælp og er forbundet med forhøjede forekomster af stofmisbrug og selvmord.^{3 4} Desuden synes forekomsten af dårlig mental sundhed at være stigende blandt bestemte grupper, især ældre mænd og unge kvinder.⁵ Sådanne forskelle viser vigtigheden af at udvikle politikker og praksis for mental sundhed, der ikke kun tager hensyn til køn, men også aktivt udfordrer restriktive, skadelige og binære stereotyper og adresserer de systemiske drivkræfter bag dem.⁶

Denne rapport har til formål at bringe køn fra periferien til centrum af diskussionen om politikker for mental sundhed på EU-niveau. Ved at undersøge, hvordan systemer for mental sundhed reproducerer eller modstår kønsbestemte uligheder, identificerer den centrale områder for forandring. Den kortlægger nye tendenser og fremhæver udfordringer, der ikke er blevet behandlet tilstrækkeligt, og placerer disse i en kritisk undersøgelse af det aktuelle politiske landskab i EU. Denne analyse efterfølges af specifikke anbefalinger på flere niveauer til opbygning af inkluderende, kønsretfærdige systemer for mental sundhed. Målet er ikke kun at informere, men også at lægge grundlaget for vedvarende fortalervirksomhed, der sikrer, at fremtidige strategier for mental sundhed og ligestilling mellem kønnene er forankret i lighed, retfærdighed og levend erfaring.

med fokus på krydsfeltet mellem køn og rettigheder

Denne rapport anvender en intersektionel og rettighedsbaseret tilgang til forståelsen af køn og mental sundhed i Europa. Baseret på principperne i FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (UNCRPD) anerkender den mental sundhed som et spørgsmål om folkesundhed, menneskerettigheder, social retfærdighed og kønsligestilling. Der anvendes en intersektionel tilgang for at redegøre for, hvordan overlappende strukturer af undertrykkelse, såsom kvindehad, sexisme, handicapdiskrimination, transfobi og homofobi, kan interagere og forme resultaterne af mental sundhed, adgangen til pleje og de levede erfaringer med mental sundhed og psykosocial handicap. I stedet for at behandle køn som en binær eller

¹ Baños RM, Miragall M. (2024) Gender Matters: A Critical Piece in Mental Health. *The Spanish Journal of Psychology*. 27:e28. DOI:10.1017/SJP.2024.29

² Ibid.

³ Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. (2010) Tværsnitsstudier af sammenhænge mellem køn og psykiske lidelser i Verdenssundhedsorganisationens verdensomspændende undersøgelser af mental sundhed. *Arch Gen Psychiatry*. 66(7):785–795. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

⁴ WHO (2025) Verdens mentale sundhed i dag: Seneste data. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>

⁵ Eurofound (2025) Mental sundhed: Risikogrupper, tendenser, tjenester og politikker: <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

⁶ IPPF European Network: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Adgang den 22 oktober 2025.

isoleret kategori fremhæver denne tilgang, hvordan køn krydser andre identitets- og magtakser og skaber lagdelte uligheder.

Rapporten fokuserer på sociale og strukturelle determinanter for mental sundhed (f.eks. kønsbaseret vold, diskrimination og institutionalisering) frem for individualiserede, patologiserede eller biomedicinske forklaringer på lidelse. Den primære metode er skrivebordsbaseret og bygger på forskning, herunder vidnesbyrd og fortalervirksomhed fra mennesker med egne erfaringer. Der lægges vægt på grupper, der ofte udelukkes fra den almindelige politiske debat, for at sikre, at anbefalingerne er baseret på input fra de mest berørte. Denne tilgang er i tråd med Mental Health Europe's (MHE) engagement i menneskerettigheder, ligestilling og meningsfuld deltagelse i reformen af mental sundhed.

For flere detaljer om den primært deskbaserede metodologi, refleksivitet og etiske overvejelser, se bilag 1. En ordliste over nøglebegreber, der anvendes i rapporten, findes i bilag 2.

Nuværende realiteter i Europa og deres indvirkning på mental sundhed

Kønsbestemte uligheder, kønsbaseret vold og kvinders og pigers mentale sundhed

”Jeg føler, at en meget, meget stor del af min oplevelse skyldes, at jeg er kvinde. (...) Og nu føler jeg mig meget usikker, både på arbejde og på gaden. Det er en konstant paranoia, at nogen vil angribe mig, fordi chikane er så almindeligt. Men sådan er det bare. Jeg har næsten altid i baghovedet, at jeg er kvinde, og det er meget svært at glemme.” – En kvinde med en psykosocial handicap.⁷

Kvinder og piger i hele EU oplever fortsat systemiske kønsuligheder, der direkte påvirker deres mentale sundhed. Socioøkonomiske forskelle, såsom de vedvarende løn- og pensionsforskelle mellem kønnene⁸, højere andel af deltidsarbejde og usikre ansættelsesforhold samt uforholdsmæssigt store omsorgsopgaver, øger kvinders udsættelse for stress, økonomisk usikkerhed og social udstødelse. Disse strukturelle uligheder øger risikoen for psykiske lidelser og begrænser adgangen til ressourcer og støtte, hvor selve tilgængeligheden ofte allerede er et problem.⁹ Samtidig mangler sundhedssystemerne i hele Europa, især inden for mental sundhedspleje, ofte et kønsbevidst perspektiv og tager ikke højde for, hvordan kvinders mentale sundhed er formet af bredere sociale determinanter.¹⁰ Dette understreger behovet for en psykosocial tilgang til både forståelsen af mental sundhed og udformningen af tjenester og politikker. Der er dokumentation for, at kvinder er overrepræsenteret blandt brugerne af primære mentale sundhedsyndelser.¹¹ ¹² ¹³ Desuden er selvmordsraten blandt kvinder under 20 år steget i løbet af det seneste årti, hvilket understreger nye sårbarheder, der kræver kønsbevidste forebyggelsesstrategier.¹⁴

Kønsbaseret vold er en kritisk faktor, der underminerer kvinders mentale sundhed i Europa, med dybtgående negative virkninger. Kønsbaseret vold udgør et betydeligt globalt problem for den mentale sundhed, i betragtning af dens udbredte forekomst og vidtrækkende konsekvenser for den mentale sundhed og trivsel hos enkeltpersoner såvel som for samfund på både lokalt og globalt plan. Mindst en ud af tre kvinder¹⁵ har oplevet psykisk, økonomisk, fysisk eller seksuel vold, herunder vold i hjemmet og vold fra en intim partner, med dybtgående og langvarige konsekvenser for den mentale og fysiske sundhed og langsigtede konsekvenser for den mentale sundhed, såsom posttraumatisk stress, depression, angst, stofmisbrug og selvmordstanker. Tilsvarende høje forekomster af misbrug, især vold fra en intim partner, påvirker også

⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinder med handicap i Litauen, når deres køn, handicap, vold i hjemmet og mentale sundhedstjenester er indbyrdes forbundne. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

⁸ Europa-Parlamentet, Udvalget om Beskæftigelse og Sociale Anliggender og Udvalget om Kvinders Rettigheder og Ligestilling (2025) Betænkning om kønsforskelle i løn og pension i EU: status, udfordringer og vejen frem samt udarbejdelse af retningslinjer for bedre evaluering og mere retfærdig aflønning af arbejde i kvindedominerede sektorer (2025/2038(INI)).

⁹ European Data Journalism Network (2021) Betal eller udsæt det: hvordan Europa behandler depression og angst. https://www.europeandatajournalism.eu/cp_data_news/pay-up-or-put-it-off-how-europe-treats-depression-and-anxiety/

¹⁰ Justyna Kucharska (2018) Kumulativt traume, kønsdiskrimination og mental sundhed hos kvinder: selvværdets formidlende rolle, *Journal of Mental Health*, 27:5, 416-423, DOI: 10.1080/09638237.2017.1417548.

¹¹ Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. (2016) Køns og andre patientkarakteristika indflydelse på adfærd i forbindelse med søgen efter sundhedspleje: en QUALICOPC-undersøgelse. *BMC Primary Care*. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>

¹² Gao, Y., Burns, R., Leach, L. et al. (2024) Undersøgelse af mentale sundhedstjenester blandt mennesker med psykiske lidelser: en litteraturgennemgang. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05965-z>

¹³ Bernal Arenas M, Arroyo-Sánchez A, Torres Parejo Ú, Muñoz-Negro JE. (2025) En systematisk gennemgang og metaanalyse af kønsforskelle i behandlingen af angst og depression. *International Journal of Social Psychiatry*. DOI: [10.1177/00207640251331898](https://doi.org/10.1177/00207640251331898)

¹⁴ Eurofound (2025) Mental sundhed: Risikogrupper, tendenser, tjenester og politikker. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

¹⁵ WHO (2021) Vold mod kvinder: estimer af udbredelsen. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

teenagepiger: næsten en ud af fire unge piger, der har været i et forhold, rapporterer at have oplevet sådan vold på verdensplan.¹⁶

Kvinder, der har været udsat for kønsbaseret vold, har mindst tre gange større risiko for at udvikle psykiske lidelser sammenlignet med kvinder uden sådanne oplevelser. Omvendt har kvinder med psykiske lidelser en øget risiko for at blive udsat for kønsbaseret vold. Risikoen er endnu større for kvinder med psykosociale handicap, der oplever to til fem gange højere forekomst af vold end kvinder uden handicap.¹⁷ Disse skader forstærkes ofte af stigmatisering, offerbebrejdelser og social udstødelse, som tilsammen kan hæmme helbredelsen og begrænse adgangen til passende pleje og behandling (). Overlevende af kønsbaseret vold udsættes ofte for re-traumatisering i deres kontakt med institutioner, herunder fysisk og psykisk sundhedspleje, retshåndhævelse og retssystemer. Hvis overlevende af seksuel vold f.eks. søger psykologisk støtte i Irland, kan de juridiske teams, der forsvarer de påståede gerningsmænd, få adgang til deres terapeuters rådgivningsnoter.¹⁸

På trods af forpligtelser på EU-plan er serviceudbuddet fortsat underfinansieret og uensartet på tværs af medlemsstaterne. Migrant-, flygtninge- og minoritetskvinder samt kvinder med psykosociale handicap støder på yderligere barrierer for sikker, traume- og voldsbevidst pleje og beskyttelse.¹⁹ For at tackle de psykiske sundhedsmæssige konsekvenser af kønsbaseret vold er der behov for overlevende-centrerede og erfaringsbaserede tilgange, der kombinerer tilgængelig og passende psykisk sundhedspleje og kompleks støtte med juridiske, sundhedsmæssige og sociale interventioner, samtidig med at man tackler de bredere strukturelle uligheder og kulturelle og samfundsmæssige "normer", der opretholder volden.

"Jeg går ud fra, at den person, der misbrugte mig, vidste, at jeg var en sårbar person, fordi antidepressiva blev fundet, og han vidste udmærket, at det var medicin til behandling af psykiske lidelser. Det var stigmatiseret. Jeg blev kaldt 'psykopat' og den slags." – En kvinde med en psykosocial handicap.²⁰

"Der er intet system, de ved ikke, hvordan de skal reagere, når der er et tilfælde af vold mod en person med et handicap. De har ingen anelse, ikke en eneste institution ved, hvordan man skal forholde sig i sådanne situationer. Det er en kendsgerning." – En kvinde med et psykosocialt handicap, der bor på en institution og har været udsat for vold i hjemmet.²¹

Det nuværende politiske klima i Europa forværrer disse udfordringer. Fremkomsten af anti-kønsbevægelser, tilbagerulning af kvinders rettigheder og modreaktionen mod organisationer, der arbejder for ligestilling mellem kønnene, underminerer fremskridtene inden for ligestilling mellem kønnene og svækker den infrastruktur, der er til rådighed for kvinder og piger. Inden for sundhedssektoren udsættes kvinder fortsat for former for medicinsk kvindehad, herunder afvisning af deres symptomer, overmedicinering eller patologisering af deres lidelser i stedet for anerkendelse af deres sociale og kønsbestemte årsager. Dette forstærker ikke kun mistilliden til tjenesterne, men forlænger også cyklussen af skade og eksklusion. Denne

¹⁶ LynnMarie Sardinha, Ilknur Yüksel-Kaptanoğlu, Mathieu Maheu-Giroux, Claudia García-Moreno (2024) Vold mod unge piger fra deres partner: regionale og nationale estimater af udbredelsen og tilknyttede faktorer på landeniveau. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8:9, 636 – 646.

[https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(24\)00145-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00145-7/fulltext)

¹⁷ Grigaitė, U. (2025) Respons på overlevendes behov for mental sundhedspleje efter vold i parforhold fra mentale sundhedstjenester i Litauen og Portugal. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

¹⁸ Den irske forening for humanistisk og integrativ psykoterapi (2025) IAHIP-erklæring om brugen af terapinoter i retssager om seksuelle overgreb: <https://iahip.org/IAHIP-Statement-Therapy-Notes>

¹⁹ UNHCR (2024) Integrationshåndbog: Psykisk sundhed. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>

²⁰ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinder med handicap i Litauen, når deres køn, handicap, vold i hjemmet og mentale sundhedstjenester er indbyrdes forbundne. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²¹ Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Handicapbaserede forbundne faciliteter og programmer til forebyggelse af vold mod kvinder og børn i Bulgarien. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

dynamik forstærkes yderligere, når køn krydser andre marginaliseringsakser. For eksempel møder kvinder, der oplever racisme, ofte yderligere barrierer, såsom systematisk underkendelse af deres smerte eller minimering af deres symptomer, hvilket understreger det presserende behov for en intersektionel tilgang i både sundhedsydelser og politikudformning.²²

Disse nylige politiske og samfundsmæssige tendenser og sparepolitikken på sundhedsområdet underminerer i væsentlig grad kvinders mentale sundhed og adgang til mental sundhedspleje.²³ Disse tendenser skaber et fjendtligt miljø for kvinder og truer reproduktive rettigheder, anerkendelse af kønsidentitet og deltagelse i fortalervirksomhed.²⁴ Menneskerettighedsforkæmpere, især kvinder, udsættes for øget stigmatisering, intimidering og psykisk stress.²⁵ Marginaliserede grupper, såsom indvandrerkvinder, kvinder med handicap og LGBTI+-kvinder, er særligt sårbare. Begrebet minoritetsstress er vigtigt for at hjælpe med at rammesætte disse resultater som et produkt af krydsende sociale og strukturelle undertrykkelser, ikke kun individuelle faktorer.²⁶

Samtidig er der nogle opmuntrende initiativer på EU-plan, som nævnt i afsnittet "Oversigt over vigtige EU-rammer" i denne rapport, der i det mindste delvist anerkender vigtigheden af at tackle krydsende uligheder i forbindelse med " ". I praksis fortsætter civilsamfundsorganisationer og kvinders rettighedsgrupper med at levere innovative, lokalsamfundsbaseede mentale sundheds- og støttetjenester, der ofte udfylder kritiske huller i de formelle systemer.

Samlet set understreger kønsuligheder, kønsbaseret vold og systemisk diskrimination det presserende behov for, at EU-institutionerne og medlemsstaterne på en mere omfattende måde tager fat på kvinders mentale sundhed som et spørgsmål om rettigheder og ligestilling. Dette kræver vedvarende investeringer i kønsfølsomme, kønsretfærdige, traume- og voldsbevidste og genopretningsorienterede mentale sundhedstjenester, en stærkere håndhævelse af EU's forpligtelser til at beskytte kvinder og piger mod vold og en meningsfuld inddragelse af kvinder med erfaringer fra virkeligheden i udformningen og overvågningen af politikker.

"Jeg vidste, at der var noget galt med mig på grund af spiseforstyrrelsen, fordi jeg ikke havde fået menstruation (...). Det var da, jeg begyndte at gå til psykolog og endda til psykiater, og jeg tog antidepressiva. Det var virkelig svært for mig. Men på det tidspunkt spurgte de mig måske om volden, men selvom de gjorde det, talte de ikke mere om det. Vi kom ikke ind på emnet vold." – En kvinde med en psykosocial handicap.²⁷

"Den eneste løsning, jeg har [på traumerne], er at gå til psykiateren og fylde mig selv med medicin. Jeg tager 15 piller om dagen. Jeg tager medicin. Med hensyn til støtte har ingen nogensinde anbefalet mig noget. Det er bare medicin, medicin, medicin efter medicin." – En kvinde med en psykosocial handicap.²⁸

²² MHE (2024) De mentale sundhedsmæssige konsekvenser af racediskrimination: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Report-The-mental-health-impacts-of-racial-discrimination.pdf>

²³ UN Women (2025) Kvinders rettigheder 30 år efter Beijing: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2025/03/womens-rights-in-review-30-years-after-beijing>

²⁴ Frank C. Worrell (2023) At nægte abort bringer kvinders mentale og fysiske sundhed i fare. *American Journal of Public Health*. 113, 382-383: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307241>

²⁵ Vidnesbyrd fra SRHR-forkæmpere, der er under angreb i Polen: <https://defendthedefenders.eu>. Adgang den 22 oktober 2025.

²⁶ Matthew Rivas-Koehl, Dane Rivas-Koehl, Shardé McNeil Smith (2023) Den tidsmæssige intersektionelle minoritetsstressmodel: En nyfortolkning af minoritetsstress-teorien. *Journal of Family Theory and Review*. <https://doi.org/10.1111/jftr.12529>

²⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinder med handicap i Litauen, når deres køn, handicap, vold i hjemmet og mentale sundhedstjenester er sammenflettede. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²⁸ Patrícia Neca (2023) DIS-CONNECTED: Handicapbaseede forbundne faciliteter og programmer til forebyggelse af vold mod kvinder og børn i Portugal. Fenacerc: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_PT_EN.pdf

”Især da jeg var teenager, da jeg begyndte at gå [til en psykolog], burde det [vold i hjemmet] have været bragt på banen og fået mere opmærksomhed. For jeg voksede op i ekstrem spænding hele tiden. I alskens skam, skyld og spænding. Og det var aldrig af interesse for nogen.” – En kvinde med en psykosocial handicap.²⁹

Lesbiske, biseksuelle, transkønnede og interseksuelle kvinder: Marginalisering og indvirkning på mental sundhed

Lesbiske, biseksuelle, trans- og interseksuelle (LBTI+) kvinder står ofte over for en række særlige psykiske problemer, der er præget af krydsende oplevelser af minoritetsstress, stigmatisering, diskrimination og vold. Forskning og erfaringer fra samfundet viser konsekvent, at LBTI+-kvinder har en øget risiko for psykiske lidelser og symptomer, såsom depression, angst og selvmordstanker, sammenlignet med den generelle befolkning.³⁰ Disse resultater skyldes systemisk udstødelse, afvisning fra familien, fjendtlige samfundsfortællinger og vedvarende trusler og oplevelser af vold.

I hele Europa støder LBTI+-kvinder ofte på barrierer, når de skal have adgang til sikre og bekræftende psykiske sundhedstjenester. Diskrimination i sundhedsvæsenet er stadig udbredt, og selv hvor der ikke er tale om direkte fjendtlighed, mangler mange udbydere tilstrækkelig uddannelse i LGBTQI-specifikke spørgsmål. Dette skaber situationer, hvor enkeltpersoner enten skjuler centrale aspekter af deres identitet, hvilket kan hæmme effektiviteten af terapien, eller udsættes for subtile, men skadelige former for invalidering.^{31 32} Desuden er manglen på LGBTQI-informerede udbydere af psykiske sundhedsydelser og psykosocial støtte særlig akut for migranter og flygtningekvinder, der ikke let kan få adgang til terapi på deres modersmål, hvilket fører til lange ventelister og yderligere eksklusion.³³

Da mange LGBTQI+-kvinder også oplever socioøkonomisk usikkerhed, er privat mental sundhedspleje ofte økonomisk uopnåelig, hvilket forstærker strukturelle uligheder.^{34 35} Specifikke oplevelser forstærker disse udfordringer på tværs af forskellige undergrupper. For eksempel udsættes lesbiske og biseksuelle kvinder for både hyperseksualisering og deseksualisering, og mange udsættes for seksuel vold.³⁶ Biseksuelle kvinder oplever ofte udslettelse, især i heteroseksuelle forhold, hvilket underminerer identitetsbekræftelsen.³⁷ Desuden udsættes transkvinder for ubarmhjertige angreb fra anti-kønsbevægelser og fjendtlige mediefortællinger, der fremstiller dem som trusler snarere end ofre eller overlevende, hvilket fører til social isolation, øget angst³⁸ og nedsat mobilitet i det offentlige rum. De oplever også uforholdsmæssigt store

²⁹ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinder med handicap i Litauen, når deres køn, handicap, vold i hjemmet og mentale sundhedstjenester er indbyrdes forbundne. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

³⁰ FRA Data Explorer: <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtqi-survey-iii>. Adgang den 22 oktober 2025.

³¹ Europarådet (2024) Retten til den højeste opnåelige sundhedsstandard og adgang til sundhedspleje for LGBTI-personer i Europa: <https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-health/1680b1ba4d>

³² Bettergarcia, J., Matsuno, E., Conover K.J. (2021) Uddannelse af sundhedspersonale i queer-bekræftende pleje: En systematisk gennemgang. *Psykologi om seksuel orientering og kønsdiversitet*, bind 8(3), 365-377. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-92937-006>

³³ Nyikavaranda, P., Pantelic, M., Jones, C.J. et al. (2023) Barrierer og facilitatorer for at søge og få adgang til mental sundhedspleje i primærplejen og samfundet blandt kvindelige migranter i Europa: en systematisk gennemgang af "feminismer". *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8>

³⁴ Bianca D.M., Wilson, Allegra R. Gordon, Christy Mallory, Soon Kyu Choi, M.V. Lee Badgett (2021) Sundhed og socioøkonomisk trivsel blandt LGBQ-kvinder i USA. <https://glma.org/docs/LBQ-Women-Mar-2021.pdf>

³⁵ Kinitz, D.J., Shahidi, F.V., Kia, H. et al. (2024) Usikker beskæftigelse: Et overset problem blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transkønnede arbejdstagere. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00950-3>

³⁶ Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., Parks, K. A. (2014). Seksuelt misbrug og tilknyttede risici blandt lesbiske og biseksuelle kvinder. *Vold mod kvinder*, 19(5), 634-657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>

³⁷ Emma M. Leonard (2021) Udviskningen af monoseksisme: En undersøgelse af identitetsudvikling hos biseksuelle kvinder. *Missouri State University*. <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3702>

³⁸ Cirley Novais Valente Junior, Adriane Mesquita de Medeiros (2022) Stemme og kønsinkongruens: Forholdet mellem transkvinders selvopfattelse af deres stemme og deres mentale sundhed. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.10.002>

niveauer af vold, herunder drab, hvor transkvinder med anden hudfarve, migranter og sexarbejdere er mest udsatte.³⁹

Ud over ovenstående udsættes mange interseksuelle kvinder ofte for ikke-frivillige, medicinsk unødvendige indgreb i barndommen, hvilket fører til langvarige traumer og mistillid til sundhedsudbydere. Derfor udsættes interseksuelle kvinder for særligt alvorlige risici for deres mentale sundhed, der har rod i medicinske, familiære og samfundsmæssige traumer. De ikke-frivillige og medicinsk unødvendige procedurer, der har til formål at "normalisere" deres kroppe ud fra samfundets "normer", udføres ofte under stærkt pres fra læger og familier, hvilket efterlader den enkelte med langvarige psykiske skader, forstyrret kropslig integritet og mistillid til sundhedspersonale.⁴⁰ Da feminiserende operationer er mere almindelige end maskuliniserende operationer, bliver interseksuelle børn uforholdsmæssigt ofte styret mod en kvindelig kønsidentitet uanset deres identitet, hvilket resulterer i en overrepræsentation af interseksuelle kvinder og et betydeligt antal trans- og ikke-binære interseksuelle personer.⁴¹ At vokse op under disse forhold medfører ofte stress i familien, social stigmatisering og mangel på støttende modeller for identitetsudvikling. Som voksne kan mange interseksuelle kvinder udskyde eller undgå at søge sundhedspleje, herunder psykisk sundhedspleje, fordi tjenesteudbydere selv kan have været årsag til deres tidligere traumer. Dette forstærker cyklussen af udstødelse, isolation og ubehandlet lidelse, hvilket understreger det presserende behov for traume- og voldsbevidst, rettighedsbaseret sundhedspleje og peer-ledet støtte til interseksuelle samfund.^{42 43}

Alle disse oplevelser illustrerer samlet set den dybe psykologiske belastning, som patologisering, tvang, marginalisering og traumer udgør for LBTI+-kvinder. Peer-støtte i lokalsamfundet spiller en afgørende rolle i at afbøde disse skader. Peer-ledede eller peer-informerede grupper udgør ofte de eneste sikre og bekræftende rum, der er tilgængelige for LBTI+-kvinder i hele EU. Disse initiativer er imidlertid stadig alvorligt underfinansierede, typisk drevet af frivillige og sårbare over for sammenbrud, når nøglepersoner brænder ud.⁴⁴ Styrkelse og ressourcer til samfundscentre, der kan opretholde peer-støtte sideløbende med professionel psykosocial pleje, er en lovende og presserende nødvendig intervention. Denne situation forværres yderligere af begrænsede midler i hele EU, hvilket understreger det kritiske behov for at prioritere mental sundhed i både politiske og finansielle beslutninger fremover.

Endelig forværrer strukturelle huller i politik og serviceudformning alle disse uligheder for LBTI+-kvinder. EU-programmer for mental sundhed er ofte utilgængelige for organisationer, der arbejder med intersektionelt marginaliserede befolkningsgrupper, især i lande, hvor LGBTQI+-personer og -samfund allerede er udelukket fra statslig finansiering af.⁴⁵ Uden målrettede ressourcer og systemiske reformer vil LBTI+-kvinders specifikke behov for mental sundhed fortsat blive overset. For at løse dette problem kræves ikke kun finansiering og uddannelse af tjenesteudbydere, men også fremme af overlevende-ledede, samfundsbaserede tilgange og anerkendelse af de unikke årsager til lidelse blandt LGBTQI+-kvinder: udelukkelse fra familien, samfundsmæssig stigmatisering, anti-kønslig politik, patologisering, medicinsk og institutionel vold.

³⁹ Trans Murder Monitoring Update (2024) <https://tgeu.org/files/uploads/2024/11/TGEU-TMM-TDoR2024-Table-2.pdf>. Pressemeddelelse (2024): <https://tgeu.org/will-the-cycle-of-violence-ever-end-tgeus-trans-murder-monitoring-project-crosses-5000-cases/>

⁴⁰ Valentine Hallard (2024) Intersex Bodies, Surgery, and the Pursuit of "Normality". Human Rights Research Centre:

<https://www.humanrightsresearch.org/post/intersex-bodies-surgery-and-the-pursuit-of-normality>

⁴¹ Human Rights Watch (2017) "Jeg vil være, som naturen har skabt mig": Medicinsk unødvendige operationer på interseksuelle børn i USA.

<https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>

⁴² OII Europe (2020) En rapport om situationen for interseksuelle mennesker i Europa og Centralasien: <https://www.oii-europe.org/covid-19-survey-report/>

⁴³ OII Europe (2022) Opfølgende COVID-19-undersøgelse om interseksuelle: <https://www.oii-europe.org/oii-europe-follow-up-covid-19-intersex-survey-2022/>

⁴⁴ Erin Howe og Somjen Frazer (2021) Finansiering til at imødekomme skiftende realiteter: LGBTI-organisationer om finansieringssituationen i Europa og Centralasien. Strength in Numbers Consulting Group for ILGA-Europe. <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Funding-Meet-Changing-Realities-LGBTI-Organisations-State-Funding-Europe-Central-Asia.pdf>

⁴⁵ Ibid.

Psykosocial handicap og de kønsbestemte realiteter ved tvang og institutionalisering

Kvinder og piger med psykosociale handicap i EU udsættes for alvorlige og vedvarende krænkelse af deres rettigheder, som ofte har rod i en arv og resterende aspekter af institutionalisering, tvang og systemisk diskrimination. På trods af visse fremskridt i deinstitutionaliseringsdagsordenerne er mange kvinder stadig indesluttet på psykiatriske hospitaler, segregerede plejehjem eller andre segregerede miljøer, hvor de er udsat for øget risiko for omsorgssvigt, tvang og kønsbaseret vold.^{46 47 48} Institutionelle miljøer forværrer ofte lidelsen i stedet for at lindre den, idet de fratager kvinderne deres autonomi, tavsner deres oplevelser og forstærker stigmatiseringen omkring både handicap og mental sundhed.

Den kønsbestemte dimension af institutionalisering overses ofte. Kvinder med psykosociale handicap er uforholdsmæssigt udsat for seksuel og kønsbaseret vold i institutionelle sammenhænge, herunder tvangsmedicinering, isolation og i nogle tilfælde tvangssterilisering eller nægtelse af reproduktive rettigheder.^{49 50} Sådanne krænkelse forårsager ikke kun umiddelbar skade, men har også langsigtede konsekvenser for mental sundhed, kropslig autonomi og tillid til sundhedsvæsenet og støttesystemer. Disse praksisser strider mod forpligtelserne i UNCRPD, som er ratificeret af EU, og som pålægger beskyttelse af retskapacitet, frihed fra misbrug og tvang samt retten til at leve uafhængigt og blive inkluderet i samfundet. En kønsfølsom tilgang til afinstitutionisering kræver, at kvinder har adgang til sikre, samfundsbase tjenester, der specifikt adresserer risikoen for vold og yder holistisk støtte. Dette omfatter tilstrækkelig finansiering, kønsbevidst uddannelse af personale og mekanismer, der giver kvinder mulighed for at udøve valgfrihed og kontrol over deres liv under og efter overgangen fra institutionspleje.

Ifølge Det Europæiske Handicapforum (EDF)⁵¹ er kvinder og piger med handicap, herunder psykosociale handicap, fortsat udsat for en lang række skadelige stereotyper. Disse forstærker diskriminationen og øger risikoen for vold, udstødelse og krænkelse af rettigheder, hvilket igen kan føre til alvorlige negative konsekvenser for den mentale sundhed. Almindelige antagelse omfatter troen på, at kvinder og piger med handicap ikke kan tage sig af børn eller slægtninge, ikke bør få børn eller er ude af stand til at træffe beslutninger om deres egen krop og seksualitet. Disse misforståelse giver næring til praksis som tvungen sterilisering, prævention og abort uden frit og informeret samtykke, hvilket er udtrykkeligt forbudt i henhold til UNCRPD og Istanbul-konventionen. Udelukkelse fra seksualundervisning og seksuelle og reproduktive sundhedstjenester er almindeligt, hvilket resulterer i øget risiko for seksuel vold, udnyttelse, uønskede graviditeter og seksuelt overførte infektioner.

Yderligere stereotyper fremstiller kvinder og piger med handicap som mindre værdige til uddannelse, uegnede til visse jobs eller ude af stand til at varetage lederroller. Sådanne fordomme påvirker deres mentale sundhed og trivsel, begrænser deres deltagelse i skole, arbejdsliv og politisk liv og forstærker dermed en ond cirkel af marginalisering, magtesløshed og økonomisk afhængighed. Kvinder og piger med psykosociale

⁴⁶ MHE og University of Kent (2017) Kortlægning og forståelse af eksklusion i Europa: <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

⁴⁷ WHO Europa (2018) Mental sundhed, menneskerettigheder og standarder for pleje: vurdering af kvaliteten af institutionspleje for voksne med psykosociale og intellektuelle handicap i WHO's europæiske region: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342203/9789289053204-eng.pdf?sequence=1>

⁴⁸ Grigaitė, U., Levickaitė, K., Juodkaitė, D., Goštautaitė-Midttun, N. (2025) Fremme af menneskerettighedsbaseret deinstitutionisering i Litauen ved at anvende Verdenssundhedsorganisationens QualityRights-vurderinger. *International Journal for Quality in Healthcare*, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae118>

⁴⁹ EDF og CERMI Women's Foundation (2017) Stop for tvungen sterilisering af kvinder og piger med handicap: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/06/EDF-and-CERMI-Womens-Foundation-report-on-ending-forced-sterilisation-of-women-and-girls-with-disabilities.pdf>

⁵⁰ EDF (2022) Tvangssterilisering af personer med handicap i Den Europæiske Union: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf

⁵¹ EDF (2025) EDF's holdningspapir om kønsstereotyper mod kvinder med handicap: <https://www.edf-feph.org/publications/gender-stereotypes-against-women-with-disabilities/>

handicap stigmatiseres yderligere af skadelige stereotyper og myter, der fremstiller dem som angiveligt voldelige, uforudsigelige eller upålidelige. Disse fordomme underminerer ikke kun deres beskæftigelsesmuligheder og forældrerettigheder, men begrænser også deres adgang til retfærdighed og beskyttelsestjenester, hvor overlevende fra vold ofte nægtes den nødvendige og passende støtte, herunder mental sundhedspleje.

Kvinder med handicap, der bor på institutioner, er udsat for en øget risiko for misbrug på grund af isolation, magtubalance og manglende ansvarlighed inden for institutionelle rammer, hvilket gør vold og dens konsekvenser for den mentale sundhed hyppigere og sværere at anmelde. De er også mindre tilbøjelige til at blive anerkendt som troværdige vidner i sager om misbrug, hvilket yderligere forstærker straffriheden.⁵² Disse krydsende stereotyper, der har rod i diskrimination på grund af handicap og kønsfordomme, nægter kvinder og piger med psykosociale handicap deres ret til autonomi, værdighed og ligestilling og kræver hurtig handling gennem inkluderende politikker, bevidstgørelse, tilgængelige tjenester og målrettede foranstaltninger for at afskaffe strukturel diskrimination.

"Når man har et handicap, er det den umiddelbare reaktion. Det første, der kommer op, er ligesom et stempel eller en etiket – at de "finder på ting". Som om det ikke er sandt, hvad de siger. For det er som om kun "ikke-syge mennesker" kan fortælle sandheden. (...) I den forstand er alle meget, meget hurtige til at sige, at hvis man er handicappet, er man afskrevet. (...) – En væрге for en pige med et psykosocialt handicap, der er offer for kønsbaseret vold.⁵³

Disse realiteter forstærker den strukturelle udstødelse, hvilket efterlader kvinder med psykosociale handicap i udkanten af både mental sundhedspleje og ligestillingsdagsordener. Men i hele Europa er der nogle lovende tiltag, der viser vejen frem. Den europæiske strategi for handicappedes rettigheder 2021-2030 lægger fornyet vægt på afinstitutionalisering og styrkelse af lokalsamfundsbase ret støtte og anerkender behovet for at erstatte tvangsmodeller med rettighedsbaserede, personcentrerede tilgange. I forbindelse med gennemførelsen af disse foranstaltninger opfordres medlemsstaterne til at sikre, at investeringer i tilgængelige og overkommelige lokalsamfundsbase ret tjenester eksplicit adresserer de barrierer, som kvinder står over for i forbindelse med adgang til sociale og mentale sundhedstjenester, og integrerer et kønsaspekt i politikker for afinstitutionalisering. EU-finansierede projekter bør også tage hensyn til de sammensatte udfordringer, som personer med handicap, der oplever krydsdiskrimination, står over for, herunder personer fra racemæssige og etniske minoriteter, LGBTI+-kvinder og kvinder med psykosociale handicap, for at fremme lige adgang til støttende, inkluderende og sikre lokalsamfundsbase ret tjenester.⁵⁴

Nogle medlemsstater har indført peer-ledede kriseløsninger, krisecentre og overlevende-drevet fortalervirksomhed, der viser potentialet i ikke-tvangsmæssige, lokalsamfundsbase ret tiltag (f.eks. Bochum Crisis Rooms i Tyskland⁵⁵, Open Dialogue Approach i Finland og Trieste-modellen i Italien⁵⁶). Civilsamfundsorganisationer, herunder netværk for kvinders rettigheder på handicapområdet, fortsætter med at sætte fokus på og bekæmpe overgreb, samtidig med at de afprøver traume- og voldsinformeret støttemodeller, der styrker kvinders handlekraft og livserfaring.

⁵² Leanne Dowse, Simone Rowe, Eileen Baldry og Michael Baker (2021) Politiets reaktioner over for personer med handicap: Forskningsrapport. <https://apo.org.au/node/314892>

⁵³ Grigaitė, U., Baltrušytė, G.M., Sipko, K. (2025) Adgang til retfærdighed for børn med handicap, der er ofre for kriminalitet i Litauen: En kvalitativ undersøgelse. *The International Journal for Children's Rights*. <https://doi.org/10.1163/15718182-33010005>

⁵⁴ Europa-Kommissionen (2024) Vejledning om uafhængig levevis og inklusion i samfundet for personer med handicap i forbindelse med EU-finansiering: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en

⁵⁵ Europarådet (2021) Kompendiumrapport: God praksis til fremme af frivillige foranstaltninger inden for psykiske sundhedstjenester. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>

⁵⁶ WHO (2021) Vejledning om psykiatriske tjenester i lokalsamfundet: Fremme af personcentrerede og rettighedsbaserede tilgange. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

For at realisere rettighederne for kvinder med psykosociale handicap er det nødvendigt, at EU og dets medlemsstater går videre end retorik og sikrer en effektiv håndhævelse af forpligtelserne i FN's konvention om rettigheder for personer med handicap i praksis. Dette betyder, at der skal investeres i kønsfølsom og kønsretfærdig deinstitutionalisering, forbud mod tvang i psykiatrien, sikring af adgang til retfærdighed og erstatning for overlevende efter vold og misbrug samt inddragelse af erfaringer fra eget liv i udformningen og overvågningen af tjenester. Beskyttelse af psykisk sundhed og værdighed for kvinder med psykosociale handicap er ikke kun et spørgsmål om sundhedsreform, men også et spørgsmål om kønsretfærdighed og menneskerettigheder, som er kernen i EU's forpligtelser.

"Det skal dog understreges, at der stadig er få tilgængelige data om handicapsspecifik vold, om vold i lukkede miljøer (institutioner, asylcentre eller psykiatriske hospitaler), om forholdet mellem offer en og gerningsmanden/gerningsmændene og om de barrierer for anmeldelse af vold, der holder kvinder og piger med handicap tavse og usynlige, som det fremhæves af Det Europæiske Handicapforum.⁵⁷ ⁵⁸

Medicinsk kvindehad og nedvurdering af levede erfaringer i psykiatrien og sundhedsvæsenet

I hele Europa møder kvinder fortsat dybt kønsbestemte former for fordomme og diskrimination inden for sundhedssystemerne, herunder psykiske sundhedstjenester. Medicinsk kvindehad inden for psykisk sundhedspleje kan manifestere sig i overmedicinering af kvinders lidelser, fejl diagnoser og ignorering af de sociale og strukturelle faktorer, der former mental sundhed og velvære. Depression, angst eller traumerelaterede tilstande behandles ofte som individuelle "patologier" i stedet for at blive anerkendt som reaktioner på vold, diskrimination eller samfundsmæssige uligheder. Dette forstærker en cyklus, hvor kvinder regelmæssigt bliver tavse, deres lidelser medicineres, og deres autonomi undermineres.

En relateret dimension er epistemisk (intellektuel) uretfærdighed⁵⁹: Kvinder bliver alt for ofte positioneret som upålidelige fortællere af deres egen lidelse, hvor klinikere privilegerer biomedicinske eller psykiatriske rammer frem for førstehåndsberetninger om lidelse.⁶⁰ Dette er særligt skadeligt for overlevende af kønsbaseret vold, hvis afsløringer ofte betvivles, minimeres eller omformuleres som formodede symptomer på en psykiatrisk lidelse, for eksempel i tilfælde af manifestationer af epistemisk privilegium i psykiatrien.⁶¹ For kvinder med psykosociale handicap forstærkes denne dynamik af strukturel diskrimination af handicappede, hvilket fører til vedvarende udelukkelse fra beslutninger om deres egen pleje og støtte.

"Ja, da jeg var i Sofia, begyndte jeg at nævne den seksuelle [vold], men jeg tror ikke, de rigtig troede på mig. Det er også noget, der sker, når man fortæller dem det. De tror, at alt skyldes psykosen." – En kvinde med et psykosocialt handicap, der har oplevet flere former for kønsbaseret vold.⁶²

⁵⁷ EDF (2021) EDF's holdningspapir om vold mod kvinder og piger med handicap i Den Europæiske Union: <https://www.edf-feph.org/publications/edf-position-paper-on-violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-european-union>

⁵⁸ Younsa Sandabad (2024) RESPONSE: Responsive services to address gender-based violence against women with disabilities – State of the Art Report. https://easdpd.eu/fileadmin/user_upload/Projects/O_RESPONSE_State_of_the_Art_Report.pdf

⁵⁹ Fricker, M. (2007) Epistemisk uretfærdighed: Magt og videnens etik. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁶⁰ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Under paraplyen af epistemisk uretfærdighedskommunikation og epistemisk uretfærdighed i kliniske møder: en kritisk oversigtsundersøgelse. *Etik, medicin og folkesundhed*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>

⁶¹ Kidd, I. J., Spencer, L., Carel, H. (2022) Epistemisk uretfærdighed i psykiatrisk forskning og praksis. *Filosofisk psykologi*, 38(2), 503–531. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333>

⁶² Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Handicapbaserede forbundne faciliteter og programmer til forebyggelse af vold mod kvinder og børn i Bulgarien. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

Konsekvenserne af medicinsk kvindehad og nedvurdering af levede erfaringer er dybtgående. De bidrager til forsinkede eller utilstrækkelige diagnoser, upassende eller tvangsmæssige behandlinger og underminering af tilliden til sundhedssystemerne. Desuden forstærker denne dynamik stigmatiseringen og skaber barrierer for at søge hjælp, hvilket efterlader mange kvinder uden effektiv, rettighedsbaseret støtte. De reproducerer også strukturelle uligheder: For eksempel står migranter og flygtningekvinder over for en dobbelt byrde af racemæssig og kønsmæssig fordom, mens trans- og interseksuelle kvinder møder yderligere lag af patologisering og delegitimering af deres identitet.

Desuden står kvinder i hele Europa fortsat over for systemiske barrierer for seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder (SRHR). Restriktive abortlove, ulige adgang til assisteret reproduktionsteknologi og manglen på universel, stigmatiseringsfri pleje skaber juridiske, økonomiske og praktiske hindringer. Disse barrierer tvinger ofte kvinder til at udskyde eller give afkald på essentiel sundhedspleje, hvilket i uforholdsmæssig grad rammer kvinder i marginaliserede grupper.⁶³ Derudover bringer generelle nedskæringer i den globale bistand kombineret med den stigende modreaktion mod ligestilling mellem kønnene kvinders sundhed yderligere i fare.⁶⁴

Ifølge International Planned Parenthood Federation (IPPF) – European Network afslører inkonsekvente nationale politikker en klar krænkelse af reproduktive rettigheder og forstærker eksisterende uligheder i hele regionen. Obstetrisk og gynækologisk vold er fortsat en udbredt og underbehandlet form for kønsbaseret vold, der omfatter mishandling, tvang, forsømmelse og ikke-konsensuelle procedurer i sundhedsvæsenet.⁶⁵ Sådanne krænkelse underminerer den kropslige autonomi, forstærker mistilliden til sundhedssystemerne og fremhæver manglen på effektive sikkerhedsforanstaltninger, ansvarlighed og faglig uddannelse. Kvinder, der udsættes for krydsende diskrimination, herunder kvinder med handicap, migranter, LGBTI+-kvinder og overlevende fra kønsbaseret vold, er mest udsatte for udstødelse, mishandling og systematisk forsømmelse, mens trans- og interseksuelle kvinder udsættes for særligt alvorlige krænkelse af deres sundhed og menneskerettigheder.

For at lukke disse huller er der behov for omfattende, tværgående politikker, der anerkender, hvordan køn, seksualitet, migrationsstatus, handicap, etnicitet og socioøkonomisk stilling påvirker adgangen til sundhedspleje. Udvidelse af omfattende seksualundervisning, sikring af lige adgang til seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder samt bekæmpelse af obstetrisk og gynækologisk vold skal prioriteres som presserende krav inden for mental sundhed og menneskerettigheder. EU har en vigtig rolle at spille: at harmonisere adgangen til seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder på tværs af medlemsstaterne, støtte grænseoverskridende solidaritetsmekanismer for abortpleje, bekæmpe medicinsk og institutionel vold og styrke finansieringen af kvinders rettigheder og organisationer for seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder for at sikre retfærdig, rettighedsbaseret og genopretningsorienteret sundhedspleje for alle.

I sidste ende kræver afskaffelsen af medicinsk kvindehad og epistemisk uretfærdighed i sundhedsvæsenet mere end gradvise reformer. Det kræver strukturelle ændringer i retning af kønsretfærdighed, rettighedsbaseret praksis og ansvarlighedsmekanismer, der sikrer, at kvinders erfaringer ikke kun bliver hørt, men også følges op på. Uden en sådan transformation risikerer de mentale sundhedssystemer at reproducere netop de uligheder, de skal bekæmpe.

⁶³ IPPF European Network: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Adgang 22 oktober 2025.

⁶⁴ UN Women (2025) Fremskridt med hensyn til målene for bæredygtig udvikling: Gender Snapshot 2025. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2025-09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2025-en.pdf>

⁶⁵ IPPF European Network (2022) Obstetrisk og gynækologisk vold: <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence>

Køn og intersektionalitet i mental sundhed

Den psykosociale models praktiske relevans for mental sundhed

For at forstå køn og mental sundhed kræves der en intersektionel tilgang, der anerkender, hvordan social position, identitet og strukturelle uligheder former de levede erfaringer med lidelse og mental sundhed. Intersektionalitet i praksis betyder at anerkende, at køn ofte interagerer med andre faktorer: mennesker kan også blive udsat for diskrimination i forbindelse med andre aspekter af deres identitet, såsom handicap, alder, etnicitet, klasse, migrationsstatus eller seksualitet, og disse kombinerede kræfter kan øge risikoen for mentale sundhedsproblemer og mentale lidelser.

En sådan tilgang er i stærk overensstemmelse med den psykosociale model for mental sundhed^{66 67}, som udfordrer snævre biomedicinske fortolkninger ved at placere mental sundhed i bredere livssammenhænge. Recovery defineres ikke blot af biomedicinske behandlingsresultater, men tillægges individuel betydning og knyttes til faktorer såsom komplekse støttesystemer, der omfatter peer-støtte, tilgængelige, lokalsamfundsbase, individualiserede, personcentrerede tjenester og inkluderende politikker. Centralt i denne tilgang er tanken om, at mennesker med egen erfaring er eksperter i deres egen recovery, og at valgfrihed, autonomi og meningsfuld deltagelse er afgørende for mental sundhed.

Anvendelsen af dette perspektiv på køn gør det klart, hvordan kønsbestemte uligheder, herunder kønsbaseret vold, ulige omsorgsansvar og systemisk kvindehad, direkte påvirker mental sundhed. Som det er blevet påvist, står kvinder ofte over for krydsende barrierer, der forværrer udstødelse og lidelse. For eksempel kan indvandrerkvinder, kvinder, der udsættes for racisme, kvinder med psykosociale handicap eller LGBTI+-kvinder støde på flere lag af diskrimination inden for sundhed, beskæftigelse eller bolig, hvilket ikke kan adskilles fra deres mentale sundhed. Den psykosociale tilgang anerkender disse krydsende uligheder og giver dermed et rammeværk for at udforme tiltag, der imødekommer både individuelle behov og strukturelle uretfærdigheder.

For EU's politiske beslutningstagere understreger denne ramme et presserende budskab: Psykiske sundhedspolitikker, der ser bort fra køn (eller omvendt: ligestillingspolitikker, der overser psykisk sundhed og handicappedes rettigheder) og krydsfeltet mellem disse, risikerer at forstærke uligheden og efterlade de mest marginaliserede personer. En kønsomdannende, kønsretfærdig, psykosocial tilgang bør derfor indarbejdes i EU's strategier for sundhed, ligestilling og menneskerettigheder. Dette kræver ikke kun investeringer i tilgængelige og inkluderende mentale sundhedstjenester, men også koordinerede tiltag på EU-niveau for at nedbryde strukturelle barrierer, såsom kønsbaseret vold, diskrimination og usikre socioøkonomiske forhold, der underminerer kvinders mentale sundhed. Ved at inddrage intersektionalitet i politik og praksis kan EU positionere sig som en global leder i omlægningen af de mentale sundhedssystemer gennem ligestilling, retfærdighed og menneskerettigheder. Denne vision er i fuld overensstemmelse med EU's forpligtelser i henhold til UNCRPD og Istanbulkonventionen, som begge bekræfter retten til fuld inklusion, ligestilling og frihed fra vold og diskrimination.

⁶⁶ MHE (2023) Fremme af forståelsen af den psykosociale model for mental sundhed: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

⁶⁷ Karilė Levickaitė og Ugnė Grigaitė (2020) Mental sundhed, psykosocial handicap og retten til at leve i samfundet: Deinstitutionisering og fortalervirksomhed for forandring. https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

Udfordringer med datamangler og kønsblinde systemer for mental sundhed

En vedvarende hindring for en effektiv kønsbevidst og kønsretfærdig politik og praksis på området for mental sundhed i EU er manglen på omfattende, opdelt data. Nuværende forskning og serviceoplysninger om mental sundhed formår ofte ikke at indfange forskelle i oplevelser og resultater baseret på køn, krydsende identiteter eller sociale determinanter. Denne usynlighed underminerer politikernes evne til at udforme målrettede interventioner, fordele ressourcer retfærdigt og overvåge effektiviteten af tjenesterne. Desuden fungerer mange eksisterende systemer for mental sundhed under kønsneutrale antagelser, hvor man overser, hvordan strukturelle uligheder, kønsbaseret vold, omsorgsansvar og sociale forventninger og "normer" former resultaterne inden for mental sundhed.⁶⁸

For at afhjælpe disse mangler er der behov for en systematisk, rettighedsbaseret tilgang til dataindsamling, overvågning og evaluering. Dette omfatter rutinemæssig opdeling af indikatorer for mental sundhed efter køn, alder, migrationsstatus, type handicap, socioøkonomisk status og andre krydsende faktorer, samtidig med at der sikres solide garantier. Ved at supplere kvantitative data med kvalitative indsigter, herunder fortællinger om levede erfaringer, kan man belyse barrierer, diskriminerende praksis og uopfyldte behov, som traditionelle målemetoder ofte overser. Investeringer i kvalitetsforskning baseret på en fuldstændig krydsende forståelse skal prioriteres, samtidig med at der sikres gennemsigtighed, etiske sikkerhedsforanstaltninger og deltagelse fra samfundets side.

Det er vigtigt at bemærke, at forbedring af kønsresponsive og tværsektorielle datasystemer ikke kun er en teknisk nødvendighed, men også et spørgsmål om menneskerettigheder, ansvarlighed og social retfærdighed, der muliggør evidensbaserede interventioner, der understøtter UNCRPD, Istanbul-konventionen og fremmer meningsfuld inklusion for alle mennesker i hele Europa.

Deltagende og inkluderende forskning, politik og praksis

Det er afgørende at sikre, at forskning, politikudformning og praksis inden for mental sundhed er deltagende og inkluderende for at tackle kønsbestemte uligheder og fremme kønsretfærdighed inden for mental sundhed. Traditionelle tilgange marginaliserer ofte stemmerne fra dem, der har erfaringer fra eget liv, især kvinder, samt fra krydsende marginaliserede grupper såsom migranter, LGBTQI+-personer og personer med handicap. Denne udelukkelse begrænser relevansen, effektiviteten og ligheden i politikker og tjenester inden for mental sundhed, hvilket forstærker epistemisk uretfærdighed og systemiske barrierer.

Deltagende tilgange indebærer, at forskning, politikker og tjenester skabes og udformes i samarbejde med de mest berørte, hvorved erfaringer anerkendes som ekspertise. Ved at fremme meningsfuldt engagement i alle faser øger sådanne tilgange ansvarlighed, relevans og potentialet for systemiske forandringer. Fremme af deltagende og inkluderende tilgange opfordrer EU-institutionerne og medlemsstaterne til at etablere rammer, der kræver lederskab baseret på levede erfaringer, integrerer fælles skabelse og produktion i udformningen af politikker og tjenester og finansierer forskning, der prioriterer inklusion. Sådanne bestræbelser er i overensstemmelse med de rettighedsbaserede forpligtelser i henhold til UNCRPD og bredere EU-rammer for ligestilling og antidiskrimination, hvilket sikrer, at systemerne for mental sundhed er retfærdige, lydhøre og i stand til at tackle strukturelle og kønsbestemte determinanter for mental sundhed.

⁶⁸ Mischa Barr, Renata Anderson, Sandra Morris, Kate Johnston-Ataata (2024) Mod en kønsbaseret forståelse af kvinders oplevelser af mental sundhed og det mentale sundhedssystem. *Women's Health Victoria*, Issues Paper 17.2. https://www.whv.org.au/wp-content/uploads/2023/01/Issues-Paper-17-2_Nov-2024_Towards-a-gendered-understanding-of-womens-experiences-of-mental-health-and-the-mental-health-system.pdf

Andre relevante politikområder, såsom boligpolitik, socialpolitik og digitalisering, skal også inddrage både køns- og mental sundhedsperspektiver.

Holistiske tilgange til mental sundhed

Sociale determinanter og tilgang til recovery

Den intersektionelle og psykosociale tilgang knytter naturligt an til begrebet sociale determinanter for mental sundhed. Den anerkender, at mental sundhed er dybt påvirket af socioøkonomiske og miljømæssige forhold, og fremhæver nødvendigheden af at tackle ulighed, diskrimination og vold, hvilket er særligt relevant, når man diskuterer kvinders mentale sundhed. En sådan holistisk tilgang til mental sundhed kræver, at man beslutsomt går over til at omfavne integrerede, samfundsbase, kønsretfærdige og rettighedsbaserede perspektiver. At tackle mental sundhed kræver derfor også handling gennem sociale, økonomiske og ligestillingspolitikker, der muliggør forebyggelse, inklusion og værdighed.

Inden for denne ramme er recovery-tilgangen⁶⁹ afgørende. I forbindelse med køn og mental sundhed kræver recovery-tilgangen tjenester, der tager højde for individuelle realiteter, herunder udsættelse for kønsbaseret vold og ulige adgang til ressourcer. Lovende praksis findes allerede i lokalsamfundsbase, netværk for peer-støtte, overlevende-ledede tjenester og kønsfølsomme kriseløsninger, der prioriterer sikkerhed, valgfrihed, handlekraft, autonomi og værdighed frem for tvang og institutionalisering.⁷⁰

På EU-plan afspejler den europæiske strategi for handicappedes rettigheder principperne i FN's konvention om rettigheder for personer med handicap, som er i overensstemmelse med recovery-tilgangen, men anerkender også de eksisterende juridiske og systemiske barrierer, især for kvinder med psykosociale handicap. Der er politiske drøftelser i gang, men vidnesbyrd fra virkelige oplevelser tyder på, at institutionelle, tvangsmæssige og paternalistiske praksisser fortsat er symbolsk og praktisk forankrede. For at gøre recovery-orienterede, rettighedsbaserede systemer for mental sundhed til virkelighed skal EU's politikker og faglige praksisser udstyres med klare retningslinjer, værktøjer og ansvarlighedsmekanismer, der omsætter recovery-tilgangen og-principperne til daglig pleje.

Traume- og voldsinformeret pleje

For mange kvinder, herunder overlevende fra kønsbaseret vold, er psykiske problemer dybt forankret i traumer. Tjenester, der ikke anerkender denne risiko, re-traumatiserer overlevende gennem tvang, mistro eller manglende følsomhed.⁷¹ Et virkelig recovery-orienteret system for mental sundhed skal integrere traume- og voldsinformeret pleje.⁷² Dette vil betyde, at man prioriterer sikkerhed, tillid og empowerment, anerkender den gennemgribende indvirkning, som vold har på kvinders liv, og tilpasser den mentale sundhedsstøtte i overensstemmelse hermed.

Traume- og voldsinformeret pleje⁷⁴ er en videreudvikling af traditionelle traumeinformerede tilgange, hvor fokus udvides fra individuelle interventioner til en bredere forståelse af interpersonel og strukturel vold, især kønsbaseret vold. Den placerer oplevelser af forskellige former for vold inden for bredere sociale og

⁶⁹ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recovery in Mental Health Services: <https://www.mentalhealth-europe.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

⁷⁰ WHO (2021) Vejledning om kommunale psykiske sundhedstjenester: Fremme af personcentrerede og rettighedsbaserede tilgange. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁷¹ Grigaitė, U. (2025) Respons på overlevende af vold i nære relationers behov for mental sundhedspleje i Litauen og Portugal. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

⁷² Wathen, C. N. og Mantler, T. (2022) Traume- og voldsinformeret pleje: Orientering af interventioner mod vold i nære relationer mod lighed. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷³ Wathen, C. N. og Varcoe C. (2023) Implementering af traume- og voldsinformeret pleje: En håndbog. *University of Toronto Press*. ISBN: 978-1-4875-2927-7.

⁷⁴ Wathen, C. N. og Mantler, T. (2022) Traume- og voldsinformeret pleje: Orientering af interventioner mod vold i nære relationer mod lighed. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

strukturelle uligheder og anerkender, at systemiske faktorer, såsom fattigdom, boligusikkerhed, diskrimination og politikinducerede skader (f.eks. restriktive reproduktive sundhedspolitikker, udelukkelse fra sundhedspleje, institutionaliseringspolitikker), krydser interpersonel vold og former resultaterne for mental sundhed. Den er baseret på fire grundlæggende principper: forståelse og anerkendelse af traumers og strukturel voldens indvirkning; prioritering af servicebrugernes og -udbydernes fysiske, følelsesmæssige og kulturelle sikkerhed; fremme af personcentreret samarbejde, valgfrihed og tilknytning; og opbygning på eksisterende styrker samtidig med støtte til udvikling af færdigheder og kapacitet.

Denne tilgang understreger, at **traumer ikke kun er en psykologisk oplevelse, men også formes af sociale og strukturelle forhold**. Den fremhæver organisationers og udbydernes ansvar for at tilpasse systemer og tjenester til individuelle behov, i stedet for at kræve, at mennesker skal navigere i ufleksible strukturer for at få adgang til støtte. I praksis integrerer denne tilgang disse principper i programmer og tjenester, hvilket sikrer, at interventioner er responsive, vedvarende og integreret i bredere plejesystemer.⁷⁵ Det er vigtigt at understrege, at det også understreger politikernes ansvar for at anerkende den intersektionelle karakter af mental sundhed og sikre, at disse overvejelser integreres på tværs af alle politiske områder, da beslutninger inden for områder som sundhed, bolig, uddannelse og social beskyttelse har stor indflydelse på både behovet for og adgangen til støtte.

At integrere og fremme sådanne tilgange som standard på tværs af systemer for mental sundhed (både i politik og praksis) ville være et grundlæggende skridt i retning af kønsretfærdighed inden for mental sundhedspleje: Ved at integrere traume- og voldsinformerende principper i mental sundhed og andre tjenester bliver plejen ikke kun traumesensitiv, men også rettigheds- og recoverybaseret, tværgående og responsiv over for de kønsbestemte realiteter i kvinders oplevelser. Ved at omfordele viden og magt kan den mentale sundhedspleje ikke kun blive mere inkluderende, men også mere effektiv, forankret i de realiteter, som den søger at støtte. Ud over tjenesterne skal disse principper imidlertid også danne grundlag for forebyggende indsatser, så systemerne tager fat på de grundlæggende årsager til traumer og strukturel vold, inden de manifesterer sig i negative mentale sundhedsresultater.

Holistiske, kønsresponsive, genopretningsorienterede, traume- og voldsinformerende og peer-ledede tilgange er ikke valgfrie tilføjelser: de er krav for at opbygge mentale sundhedssystemer, der er både effektive og retfærdige. På EU-niveau kræver dette politikker, der eksplicit integrerer køn, intersektionalitet og menneskerettigheder i strategier for mental sundhed, hvilket sikrer overensstemmelse med UNCRPD og Istanbul-konventionen. Ved at fremme holistiske og kønsretfærdige tilgange har EU mulighed for at gå foran i omlægningen af systemer for mental sundhed, der virkelig helbreder i stedet for at skade. Dette giver også mulighed for at anerkende, at mental sundhed skal tages i betragtning på alle politikområder, da beslutninger inden for uddannelse, bolig, beskæftigelse, migration, retfærdighed, social beskyttelse og andre områder alle har stor indflydelse på mental sundhed og trivsel.

⁷⁵ Ibid.

EU's politikker om ligestilling mellem kønnene og mental sundhed

Oversigt over vigtige EU-rammer

Kønsligestilling: EU's strategi for ligestilling mellem kønnene

EU's strategi for ligestilling mellem kvinder og mænd 2020-2025⁷⁶ er Kommissionens flagskibsinitiativ til fremme af ligestilling mellem kvinder og mænd i hele Europa. Den indeholder en række omfattende mål for at udrydde kønsbaseret vold, nedbryde stereotyper, mindske forskelle i løn, pensioner, omsorgsforpligtelser og politisk og økonomisk deltagelse, samtidig med at der fremmes ligestilling mellem kønnene i beslutningsprocessen. En dobbelt tilgang, hvor ligestilling integreres i alle politikker sideløbende med målrettede foranstaltninger, er kernen i strategien, med intersektionalitet som et ledende princip. Nylige relevante lovgivningsmæssige milepæle inden for denne ramme omfatter direktivet om løngennemsigtighed (2023), direktivet om kønsbalance i virksomheders bestyrelser (2022), direktivet om balance mellem arbejdsliv og privatliv (2022) og den europæiske omsorgsstrategi (2022), som alle søger at tackle strukturelle uligheder, der påvirker kvinders liv og dermed også deres mentale sundhed og trivsel.

Strategien har også prioriteret indsatsen mod kønsbaseret vold, og direktivet om vold mod kvinder og vold i hjemmet (2024) er den første EU-dækkende lovramme, der kriminaliserer visse former for vold og giver ofre bedre adgang til retsvæsenet og støtteordninger såsom krisecentre og hjælpelinjer. Supplerende tiltag omfatter EU's tiltrædelse af Europarådets konvention om forebyggelse og bekæmpelse af vold mod kvinder og vold i hjemmet – Istanbulkonventionen (2023), lanceringen af EU-netværket til forebyggelse af kønsbaseret vold og vold i hjemmet (2023) og kampagnen #EndGenderStereotypes (2023).

Disse initiativer viser et voksende engagement på EU-plan for at nedbryde barrierer, der forstærker uligheden mellem kønnene. Imidlertid viser vedvarende kønsstereotyper, som afspejles i Eurobarometerundersøgelsen om kønsstereotyper fra 2024⁷⁷, at fremskridtene fortsat er utilstrækkelige og uensartede på tværs af medlemsstaterne, hvilket understreger behovet for en vedvarende indsats for at sikre, at ligestillingsforpligtelserne fuldt ud omsættes til praksis.

Der er flere åbenlyse huller i EU's politikker om mental sundhed, psykosociale handicap og kønsbaseret vold, herunder EU's strategi for ligestilling mellem kønnene. Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg (EØSU)⁷⁸ har kritiseret direktivet om vold mod kvinder og vold i hjemmet⁷⁹ for ikke at tage fat på alvorlige og nye former for vold, såsom institutionel vold mod kvinder med psykosociale handicap, reproduktiv udnyttelse og tvungen sterilisering. EØSU fremhæver også, at seksuelle og reproduktive rettigheder, såsom adgang til abort, nødprævention og beskyttelse mod chikane på klinikker, ikke anerkendes som former for vold, på trods af stigende begrænsninger i nogle medlemsstater, herunder Polen og Ungarn, hvilket kan have alvorlige negative konsekvenser for den mentale sundhed.^{80 81} Derudover bemærker udvalget manglen på

⁷⁶ EU's strategi for ligestilling mellem kønnene (2020-2025): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en#gender-equality-strategy-2020-2025

⁷⁷ Eurobarometer om kønsstereotyper (2024): <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2974>

⁷⁸ Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg (2024) Udtalelse SOC/798: Vold mod kvinder som et menneskerettighedsspørgsmål: status for foranstaltninger i hele EU. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/violence-against-women-human-rights-issue-state-play-measures-across-eu>

⁷⁹ EU-direktiv om vold mod kvinder og vold i hjemmet (2024): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32024L1385&qid=1716811631310>

⁸⁰ Sze Yan Liu, Claire Benny, Erin Grinshteyn, Amy Ehntholt, Daniel Cook, Roman Pabayo (2023) Sammenhængen mellem reproduktive rettigheder og adgang til aborttjenester og mental sundhed blandt amerikanske kvinder. *SSM – Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101428>

⁸¹ Stephanie V. Hall, Andrea Pangori, Faelan Jacobson Davies, Anca Tilea, Rieham Owda, Kara Zivin og Vanessa Dalton (2025) Sammenhængen mellem staternes restriktive abortlovgivning og perinatal depression. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0533>

robust, offercentreret støtte og koordinering mellem generelle sundhedstjenester, mental sundhedspleje og specialiserede offerstøttetjenester og bemærker, at det er en krænkelse af menneskerettighederne at forsømme overlevendes mentale sundhedsbehov.

Denne kritik er i overensstemmelse med EDF's holdning^{82 83}, som understreger, at EU-direktivet stadig indeholder huller, der påvirker kvinder og piger med psykosociale og andre handicap. Lovgivningen skal definere voldtægt på grundlag af manglende samtykke ("kun ja betyder ja") snarere end på grundlag af modstand eller en "nej betyder nej"-standard. Sidstnævnte udelukker i uforholdsmæssig grad kvinder med handicap, især dem, der befinder sig i segregerede psykiatriske eller sociale plejemiljøer. Seksuel chikane, der udgør en øget risiko for kvinder med psykiske lidelser, kræver også stærkere juridisk beskyttelse. Endelig er manglen på en klar forpligtelse til at indsamle data opdelt efter handicap fortsat en væsentlig mangel, der begrænser forståelsen af udbredelsen og udformningen af effektive, målrettede foranstaltninger.

Psykisk sundhed: Europa-Kommissionens omfattende tilgang til psykisk sundhed

I juni 2023 lancerede Europa-Kommissionen (EK) den **omfattende tilgang til mental sundhed**⁸⁴, hvilket markerede en vigtig politisk milepæl ved at anerkende mental sundhed som en prioritet på EU-niveau. Initiativet anlægger en tværsektoriel og forebyggende vinkel og positionerer mental sundhed som en integreret del af folkesundhed, socialpolitik, beskæftigelse, uddannelse og digitalisering. Det søger at tackle den voksende krise inden for mental sundhed i Europa, som er forværret af COVID-19-pandemien, krigen i Ukraine, økonomisk usikkerhed og bredere samfundsmæssige pres.

Rammen er opbygget omkring tre hovedpiller: fremme af god mental sundhed gennem forebyggelse og tidlig intervention, sikring af tilgængelige, overkommelige og høj kvalitative mentale sundhedsydelser og støttetjenester samt inklusion af mennesker med mentale sundhedsproblemer og psykosociale handicap i samfundet og bekæmpelse af stigmatisering og diskrimination. For at støtte gennemførelsen har EU lovet at omfordele over 1,2 mia. EUR i finansiering fra forskellige EU-programmer, hvilket signalerer en politisk forpligtelse til at sætte mental sundhed på lige fod med fysisk sundhed på den europæiske politiske dagsorden.

Selvom meddelelsen fra Europa-Kommissionen om den samlede tilgang konsoliderer eksisterende bevillinger og tiltag for mental sundhed, skal det bemærkes, at den ikke udgør en langsigtet strategi, da der ikke er fastlagt nye initiativer eller vedvarende finansiering.⁸⁵ Ikke desto mindre anerkender den udtrykkeligt den sociale og økonomiske nødvendighed af at investere i forebyggelse, tidlig intervention og fremme, hvilket skaber momentum for fortalervirksomhed og yderligere tiltag. Efter lanceringen af den samlede tilgang understregede MHE vigtigheden af at fremme den psykosociale model og udvikle en strategi for mental sundhed med specifikke mål, tidsfrister, budgetter og indikatorer til overvågning af fremskridtene.⁸⁶

Den omfattende tilgang til mental sundhed anerkender de differentierede virkninger af mentale sundhedsudfordringer på kvinder, mænd og sårbare grupper, men den integrerer endnu ikke fuldt ud et

⁸² EDF (2021) Vold mod kvinder og piger i Den Europæiske Union: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/05/final-EDF-position-paper-on-Violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-European-Union.pdf>

⁸³ EDF (2025) Gennemførelse af EU-direktivet om bekæmpelse af vold mod kvinder: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2025/05/EDF-guidance-on-transposing-the-EU-Directive-on-Combating-Violence-Against-Women.pdf>

⁸⁴ EU-Kommissionens helhedsorienterede tilgang til mental sundhed: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-of-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en

⁸⁵ MHE (2023) Analyse af meddelelsen fra Europa-Kommissionen om "En omfattende tilgang til mental sundhed": <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/07/Analysis-of-the-Communication-on-mental-health-FOR-WEBSITE.pdf>

⁸⁶ MHE (2023) En omfattende tilgang til mental sundhed: Europas første skridt og handling for at sikre alles trivsel. <https://www.mentalhealth-europe.org/library/a-comprehensive-approach-to-mental-health-europes-first-step-and-action-to-address-the-well-being-of-all/>

intersektionelt perspektiv. Selvom den fremhæver vigtigheden af at bekæmpe stigmatisering, forbedre adgangen til samfundsbasert pleje og støtte unges mentale sundhed, er det stadig nødvendigt at styrke forbindelserne til rammerne for ligestilling mellem kønnene, handicappedes rettigheder og politikker om kønsbaseret vold for at sikre, at alle kvinder, herunder LGBTI+-kvinder og kvinder med psykosociale handicap, ikke overses. Ikke desto mindre giver initiativet til en omfattende tilgang mulighed for yderligere tilpasning mellem politikken for mental sundhed og EU's strategier for ligestilling mellem kønnene, handicap og menneskerettigheder, hvilket potentielt kan bane vejen for mere inkluderende, rettighedsbaserede og kønsretfærdige systemer for mental sundhed i hele Europa. Det fremhæver også vigtigheden af at samarbejde med mennesker med erfaringer og vigtige interesser, at integrere mental sundhed på tværs af politikområder og at bruge et inkluderende, ikke-stigmatiserende sprog for at fremme bevidsthed, uddannelse og systemisk forandring.

Handicaprettigheder: EU's strategi for handicappedes rettigheder

EU's strategi for handicappedes rettigheder 2021-2030⁸⁷, der blev vedtaget i marts 2021, fastlægger en tiårig ramme for at fremme inklusion, ligestilling og deltagelse af personer med handicap i hele Europa og uden for Europa. Strategien bygger videre på fremskridtene i den europæiske handicapstrategi for 2010-2020 og anerkender de fortsatte barrierer for tilgængelighed, beskæftigelse, selvstændig tilværelse og beskyttelse mod diskrimination, vold og misbrug samt den øgede risiko for fattigdom, social udstødelse og uligheder på det mentale sundhedsområde. Det er vigtigt, at strategien anerkender, at kvinder og piger med handicap, herunder psykosociale handicap, udsættes for krydsende former for diskrimination, kønsbaseret vold og systemiske forskelle i adgangen til kønsbevidst sundhedspleje og støtte til mental sundhed.

Strategien er baseret på FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (UNCPRD), som EU ratificerede i 2010. Strategien anerkender de mange ulemper, som kvinder, børn, ældre, flygtninge og andre med handicap står over for, og understreger udtrykkeligt behovet for at tackle kønsbestemte barrierer, psykosocial sårbarhed og traumas indvirkning på mental sundhed og trivsel. Det overordnede mål er at sikre, at alle personer med handicap kan nyde godt af deres menneskerettigheder, få adgang til muligheder på lige vilkår, leve selvstændigt, bevæge sig frit inden for EU og være beskyttet mod diskrimination, vold og uligheder på det mentale sundhedsområde.

Strategien behandler bredt de udfordringer, som personer med handicap står over for, men indeholder ikke detaljerede, målrettede tiltag eller flagskibsinitiativer, der specifikt fokuserer på psykosociale handicap og psykiske lidelser. Denne udeladelse er bemærkelsesværdig i betragtning af de unikke barrierer, som personer, især kvinder og piger, med psykosociale handicap står over for, herunder stigmatisering, diskrimination og begrænset adgang til passende psykiske sundhedstjenester.⁸⁸ Desuden fanger strategiens tværgående tilgang, selv om den er prisværdig, ikke fuldt ud de specifikke behov og udfordringer, som kvinder med psykosociale handicap står over for. Disse nuancerede spørgsmål kræver mere eksplicit opmærksomhed og skræddersyede interventioner inden for EU's rammer for handicappedes rettigheder.

Et bredere perspektiv: Den europæiske søjle for sociale rettigheder

⁸⁷ EU's strategi for handicappedes rettigheder (2021-2030): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en

⁸⁸ UN Women (2018) Styrkelse af kvinder og piger med handicap: Mod fuld og effektiv deltagelse og ligestilling mellem kønnene. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-10/empowerment-of-women-and-girls-with-disabilities-en.pdf>

Den europæiske søjle for sociale rettigheder (EPSR)⁸⁹ fastlægger 20 nøgleprincipper til styrkelse af de sociale rettigheder i hele EU med det formål at skabe retfærdige og velfungerende arbejdsmarkeder og velfærdssystemer. EPSR dækker tre brede områder: lige muligheder og adgang til arbejdsmarkedet, retfærdige arbejdsvilkår samt social beskyttelse og inklusion. Dens principper omfatter vigtige spørgsmål såsom ligestilling mellem kønnene, balance mellem arbejdsliv og privatliv, adgang til sundhedspleje af høj kvalitet til en overkommelig pris, tilstrækkelig social beskyttelse, bolig og hjælp til hjemløse og inklusion af personer med handicap. Gennemførelsen af søjlen støttes gennem EU-lovgivning, finansieringsinstrumenter såsom Den Europæiske Socialfond Plus (ESF+) og den sociale resultattavle, der overvåger medlemsstaternes resultater.

Specifikt for køn og mental sundhed udgør EPSR en ramme, der direkte adresserer mange af de sociale determinanter, der ligger til grund for ulighederne i kvinders mentale sundhed i EU. Principper som retten til lige muligheder uanset køn, lige løn for arbejde af samme værdi og beskyttelse mod diskrimination er afgørende for at tackle de strukturelle årsager til psykisk ubehag og psykiske lidelser blandt kvinder. Ligeledes skaber bestemmelser om adgang til overkommelig sundhedspleje, børnepasning og støtte til personer med handicap muligheder for at mindske barrierer for kvinder, især dem, der står over for krydsende vanskeligheder, såsom at leve med psykosociale handicap eller omsorgsforpligtelser. Ved at kæde ligestilling mellem kønnene sammen med bredere social inklusion og trivsel lægger EPSR grundlaget for integrerede politiske tiltag, der afstemmer dagsordenerne for socialt område, sundhed og ligestilling mellem kønnene.

Mangler og siloer: Manglende integration mellem dagsordenerne for mental sundhed og ligestilling mellem kønnene

På trods af en stigende anerkendelse af vigtigheden af både ligestilling mellem kønnene og mental sundhed på EU-plan, udvikler disse dagsordener sig i vid udstrækning fortsat isoleret fra hinanden. De nuværende EU-rammer afspejler en fragmenteret tilgang: Mens mental sundhed i stigende grad prioriteres gennem initiativer såsom den samlede tilgang til mental sundhed (2023), er mange komplekse kønsaspekter næsten helt fraværende. Omvendt indeholder rammerne for ligestilling mellem kønnene, herunder EU's strategi for ligestilling mellem kønnene og forpligtelserne i henhold til Istanbulkonventionen, kun flygtige henvisninger til sundhed, og mental sundhed er stort set usynlig i disse rammer.⁹⁰ Denne uoverensstemmelse forstærkes af manglen på systematisk integration af kønsaspektet i EU's sundhedspolitik, finansieringsstrømme og dataindsamling.

De værktøjer, der er til rådighed til at måle fremskridt, formår ofte ikke at indfange disse sammenhænge. For eksempel omfatter Det Europæiske Institut for Ligestilling mellem Mænd og Kvinder (EIGE) ligestillingsindeks kun snævre sundhedsrelaterede indikatorer, såsom sunde leveår, uden at tage højde for strukturelle determinanter for kønsbestemte uligheder på sundhedsområdet, især med hensyn til mental sundhed. Mens EIGE's seneste rapportering om Beijing-handlingsplanen +30⁹¹ har gjort fremskridt med at sætte fokus på seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder (SRHR), forbliver de kønsbestemte dimensioner af mental sundhed forsømt. Derudover fremhæver den begrænsede inddragelse af kønsaspekter i den sociale resultattavle en bredere kløft i overvågningsrammerne på EU-niveau, hvilket kræver mere robuste

⁸⁹ Den europæiske søjle for sociale rettigheder (2017): https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en

⁹⁰ Indlæg fra FN's Bruxelles-team – Arbejdsgruppen for ligestilling mellem kønnene (2025) EU-høring om den næste strategi for ligestilling mellem kønnene: <https://unric.org/en/eu-consultation-on-the-next-gender-equality-strategy>

⁹¹ EIGE (2025) Beijing-handlingsplatformen +30: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/beijing-platform-action-30-impact-driver-marking-milestones-and-opportunities-gender-equality-eu?language_content_entity=en

kønsresponsive indikatorer for at indfange forskellige uligheder. Som følge heraf mangler EU det nødvendige evidensgrundlag til at tackle de sammensatte virkninger af kønsulighed på mentale sundhedsresultater.

Disse siloer udvides yderligere, når man tager handicaprettigheder i betragtning. EU's forpligtelser i henhold til UNCRPD og strategien for handicappedes rettigheder har styrket opmærksomheden på inklusion af handicappede, men psykosociale handicap behandles ofte udelukkende ud fra et biomedicinsk perspektiv, hvor der kun i ringe grad tages hensyn til krydsende kønsrelaterede erfaringer.⁹² Uden en eksplicit kønsbaseret tilgang risikerer EU at underminere sine egne mål på tre prioriterede områder, nemlig mental sundhed, ligestilling mellem kønnene og handicappedes rettigheder, ved ikke at tage højde for, hvordan disse dimensioner interagerer i praksis.

Denne manglende integration er ikke kun et teknisk hul, men et spørgsmål om rettigheder og repræsentation. Kvinder, herunder LGBTI+-kvinder, og især kvinder med psykosociale handicap, er fortsat systematisk underrepræsenterede i EU's politikudformning, selv om de er blandt de mest berørte af uligheder på sundhedsområdet, medicinsk kvindehad og den aktuelle generelle politiske modreaktion mod ligestilling mellem kønnene.⁹³ Det er derfor afgørende at forbinde disse dagsordener, hvis EU's strategier skal være både effektive og inkluderende.

Fornyelsen af EU's strategi for ligestilling mellem kønnene og andre ligestillingsrammer giver en afgørende mulighed for at bygge bro over disse kløfter. Fremtidige rammer skal gå videre end retoriske forpligtelser til mainstreaming og i stedet indføre specifikationer, der anerkender kvinders og pigers behov i al deres mangfoldighed. Dette omfatter indarbejdelse af kønsaspekter i politikken for mental sundhed, udvidelse af dataindsamlings- og overvågningsværktøjer og sikring af, at rammerne for handicappedes rettigheder på meningsfuld vis tager højde for de psykosociale dimensioner. Kun ved at nedbryde disse siloer kan EU fremme en mere sammenhængende, rettighedsbaseret dagsorden, der fuldt ud svarer til virkeligheden i folks liv.

Konklusion

Dette er et kritisk øjeblik for fremme af kønsretfærdighed på tværs af mental sundhed og EU's socialpolitik. Den stigende politiske modstand mod ligestilling mellem kønnene kombineret med stigende krav om holistiske, rettighedsbaserede og genopretningsorienterede tilgange i EU's sundhedspolitik understreger det presserende behov for evidensbaseret fortalervirksomhed. Denne rapport imødekommer dette behov ved at levere en EU-dækkende analyse, der specifikt er dedikeret til krydsfeltet mellem køn og mental sundhed.

Ved at integrere et tværgående perspektiv, der omfatter virkeligheden for LGBTI+-kvinder og kvinder med psykosociale handicap, sætter rapporten fokus på grupper, der systematisk er underrepræsenteret i EU's politikudformning. Den indeholder handlingsrettede, politisk relevante anbefalinger, der er baseret på levede erfaringer, menneskerettigheder og social retfærdighed.

At gentænke systemer for mental sundhed gennem kønsretfærdighed kræver en grundlæggende transformation af, hvordan mental sundhed og mental sundhedspleje forstås, organiseres og leveres. Det går ud over den biomedicinske model, der rammer lidelse som individuel "patologi", til at anerkende de

⁹² EDF (2025) EDF's anbefalinger til EU's strategi for ligestilling mellem kvinder og mænd 2026-2030: <https://www.edf-feph.org/publications/recommendations-for-the-eu-gender-equality-strategy-2026-2030>

⁹³ Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg (2018) Udtalelse SOC/579: Situationen for kvinder med handicap. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/situation-women-disabilities-exploratory-opinion-requested-european-parliament>

psykosociale dimensioner og det kollektive ansvar for at tackle strukturelle determinanter såsom kønsbaseret vold, ulige omsorgsroller, restriktive kønsnormer og institutionel diskrimination.

En kønsretfærdig og recovery-orienteret tilgang kræver anerkendelse af forskellige individuelle kønsbestemte erfaringer, herunder erfaringer fra LGBTQI+-personer, racialiserede og migrerende personer og personer med handicap, hvis mentale sundhed er formet af krydsende systemer af undertrykkelse, diskrimination og eksklusion. Centralt for denne transformation er fremhævelsen af levede erfaringer og overlevers lederskab. Systemerne skal skifte fra hierarkiske, ekspertdrevne modeller til deltagende strukturer, hvor mennesker med levede erfaringer er med til at skabe politikker og tjenester, der sikrer, at plejen er traume- og voldsinformeret, værdig og inkluderende.

Kønsretfærdige systemer for mental sundhed behandler ikke blot symptomer: de nedbryder aktivt undertrykkende strukturer, forebygger skade og fremmer lighed, autonomi og trivsel for alle. I sidste ende er kønsretfærdighed inden for mental sundhed uadskillelig fra menneskerettigheder og EU-værdier. Indlejring af principper om ikke-diskrimination, deltagelse og ansvarlighed i politik og praksis inden for mental sundhed er i overensstemmelse med UNCRPD, Istanbul-konventionen og bredere EU-forpligtelser om ligestilling og menneskerettigheder. Denne rapport udstikker en fremadrettet vej for Europa-Kommissionen og andre institutioner til at forudse tendenser, overvinde siloer mellem ligestilling mellem kønnene, mental sundhed og handicappedes rettigheder og fremme transformative, inkluderende, genopretningsorienterede og rettighedsbaserede systemer for mental sundhed i hele Europa.

Politiske anbefalinger

EU har flere redskaber til at skabe meningsfulde fremskridt inden for mental sundhed og ligestilling mellem kønnene. Gennem udformning af lovgivning og politikker, fremme af evidensbaserede tilgange og bedste praksis, finansiering af forskning og innovation, koordinering af dataindsamling og støtte til medlemsstaterne til at styrke rettighedsbaserede systemer for mental sundhed kan EU spille en afgørende rolle i forbedringen af resultaterne inden for mental sundhed.

Anbefalinger til EU-institutionerne:

1. **Bekræft forpligtelsen til ligestilling**, bl.a. med en ny ambitiøs strategi for ligestilling mellem kønnene

Vedtage en stærk ny strategi for ligestilling mellem kønnene, der omfatter et fokus på mental sundhed. Forny forpligtelsen til Istanbulkonventionen og sikre fuld gennemførelse af den tidligere strategi for ligestilling mellem kønnene. Styrke andre ligestillingsmekanismer, såsom strategien for personer med handicap, uden at svække tidligere mål, målsætninger eller målsætninger. Sikre, at disse og andre ligestillingsstrategier inkorporerer nedenstående tilgang.

2. **Sæt fokus på inddragelse af mennesker med erfaringer fra virkeligheden**

Fra udformning af politikker til gennemførelse, overvågning og evaluering er det afgørende, at mennesker med egne erfaringer og deres repræsentative organisationer inddrages på en meningsfuld måde.

3. **Indarbejde en tværgående tilgang** i udformningen af politikker

For at være effektive skal politikker for mental sundhed og andre politikker tage højde for krydsende faktorer såsom køn, seksuel orientering, alder, etnicitet, handicap, migrationsstatus og socioøkonomiske forhold. Erfaringer med vold og traumer, herunder kønsbaseret vold, skal anerkendes i politikker, der spænder fra bolig til sundhedspleje og videre.

4. **Prioriter forebyggelse og samfundsaseret pleje**

Støt medlemsstaterne i kønsretfærdige strategier for afinstitutionalisering og implementeringen heraf, og sørg for, at lokalsamfundsaseret støtte prioriteres og er let tilgængelig. Indsaml og del information om eksisterende bedste praksis med vægt på peer-støtte og inddragelse af mennesker med egne erfaringer.

5. **Forbedre dataindsamling og overvågning af køn og mental sundhed**

Styrke harmoniseret dataindsamling, opdelt efter køn og handicap, om resultater inden for mental sundhed, adgang til tjenester og relaterede strukturelle determinanter, med udgangspunkt i eksisterende instrumenter såsom den sociale resultattavle, statistikker om indkomst og levevilkår (EU-SILC), den europæiske sundhedsundersøgelse (EHIS) og landevurderingerne i det europæiske semester. Med stærke garantier for privatlivets fred og databeskyttelse. Bruge data til at informere politikken.

6. **Bekæmp stigmatisering**

Investere i EU-dækkende oplysnings- og uddannelsesinitiativer for at mindske stigmatisering i forbindelse med mental sundhed, handicap, seksuel orientering, køn og andre former for diskrimination, der overlapper

hinanden. Kampagnerne bør udformes i samarbejde med mennesker med personlig erfaring og tilpasses, så de når ud til og kommer de mennesker til gode, der er mest berørt af udstødelse og ulighed, f.eks. på grund af psykosocialt handicap, kønsbaseret vold eller racisme.

7. **Prioriter finansiering af mental sundhed**

Sikre, at investeringer i mental sundhed og social pleje prioriteres i hele EU. Anerkende mental sundhed som en form for væsentlig social investering og støtte medlemsstaterne i at beskytte og udvide udgifterne til mentale sundhedstjenester, forebyggelse og samfundsbasert støtte. Investeringer i social pleje og mental sundhed bør styrkes inden for den nye flerårige finansielle ramme (2028-2034), hvilket sikrer dedikerede og tilstrækkelige ressourcer på , herunder opretholdelse af ESF+ og øremærkning til sociale udgifter, herunder mental sundhed, samt bevarelse af forbindelsen til den europæiske søjle for sociale rettigheder.

8. **Anlægge en integreret tilgang til mental sundhed i alle politikker**

Sikre, at mental sundhed tages i betragtning på alle politikområder, herunder i kommende initiativer vedrørende bolig, beskæftigelse og den kommende strategi til bekæmpelse af fattigdom, for at bidrage til at løse de strukturelle problemer, der påvirker mental sundhed, og sikre, at disse alle er baseret på en kønsretfærdig og intersektionel tilgang.

9. **Udvikle en omfattende EU-strategi for mental sundhed**

Udarbejde og gennemføre en omfattende strategi for mental sundhed, der er fuldt finansieret med en klar tidsplan, mål og evalueringsmekanismer til overvågning af fremskridtene. Denne tilgang skal være baseret på en intersektionel tilgang og forpligte sig til kønslige og rettighedsbaserede systemer for mental sundhed og opfordre medlemsstaterne til at udarbejde nationale handlingsplaner.

Anbefalinger til medlemsstaterne:

1. **Udjævne forskelle mellem politik og praksis**

Sikre, at forpligtelser om ligestilling mellem kønnene, antidiskrimination og rettighedsbaseret mental sundhed omsættes til reel adgang til tjenester med fokus på forebyggelse og tidlig støtte. Afhjælpe regionale forskelle, mangel på arbejdskraft og finansieringsmangler. Sikre, at medarbejdere inden for mental sundhed og peer-støtte er veludrustede og får god støtte.

2. **Prioriter, udvid og finansier initiativer på lokalt plan og peer-støtteinitiativer**

Disse bør prioritere forebyggelse og recovery og bygge på nationale og internationale eksempler på bedste praksis.

3. **Forbedre adgangen til information om støttetjenester**

Indsamle, offentliggøre og regelmæssigt opdatere grundlæggende information om offentlige støttetjenester og organisationer i den tredje sektor via digitale platforme og trykte ressourcer. Sikre, at materialet er tilgængeligt på flere sprog og i et letlæseligt format i lokale offentlige institutioner, regeringsbygninger, sundheds- og socialforvaltninger, politistationer, skoler og biblioteker.

4. **Udvikle og gennemføre omfattende uddannelse for fagfolk**

Udvikle uddannelse om ligestilling mellem kønnene, LGBTQ+-rettigheder, kønsbaseret vold og retfærdighed for handicappede og de måder, hvorpå disse emner krydser hinanden og påvirker mental sundhed, søgen efter hjælp og adgang til tjenester. Denne uddannelse bør integreres i den obligatoriske grunduddannelse og løbende faglige udvikling for personale i sundheds- og socialvæsenet, politiet og redningstjenesterne, juridiske og retslige fagfolk og undervisere. Denne uddannelse bør klæde fagfolk på til at genkende og tackle stigmatisering, ubevidste fordomme og skadelige stereotyper og fremme sikre, inkluderende og respektfulde miljøer for alle.

5. Forbedre indholdet og tilgængeligheden af **seksualundervisning og undervisning i parforhold**

Sikre, at der tilbydes omfattende, alderssvarende, evidensbaseret og LGBTQ+-inkluderende seksualundervisning og undervisning i parforhold i skoler og videregående uddannelsesinstitutioner. Programmerne bør have stærkt fokus på samtykke, sunde parforhold og mental trivsel og udfordre rigide kønsnormer og skadelige stereotyper.

Bilag 1: Metoder

Metodologi og etisk tilgang

Rapporten er baseret på desk-baseret forskning, der er gennemført mellem juli og oktober 2025, og bygger på en bred vifte af kilder, herunder EU-politiske dokumenter, akademisk litteratur, rapporter fra civilsamfundet, grå litteratur og bidrag fra netværk med erfaringer fra virkelige og nuværende livssituationer. Der blev lagt særlig vægt på at identificere huller i eksisterende data og politisk dækning, hvor køn og mental sundhed krydser hinanden. Udvælgelsen af kilder blev styret af relevans, mangfoldighed af perspektiver og inklusion af underrepræsenterede stemmer, især dem, der identificerer sig som kvinder og medlemmer af handicapfællesskaber.

Gennem hele processen blev rapportens retning og rammer finpudset gennem løbende dialog med MHE-sekretariatet for at sikre overensstemmelse med de aktuelle mål og prioriteter for fortalervirksomhed for levede og levende erfaringer. Tilgangen indebærer ikke indsamling af primære data, men inkorporerer kvalitative indsigter fra allerede offentliggjorte og offentligt tilgængelige vidnesbyrd, peer-ledede og overlevende-ledede publikationer samt resultater af partcipatorisk forskning for at illustrere systemiske problemer og informere politiske anbefalinger.

Denne rapport tager udgangspunkt i en deltagelsesbaseret og rettighedsbaseret tilgang, der er forankret i principper om kønsretfærdighed, traume- og voldsinformeret forskning og epistemisk inklusion. Fra starten af udviklede forfatteren rapportens rammer og struktur i samarbejde med MHE's politikteam, hvor der blev indhentet input om, hvordan perspektiver baseret på levede erfaringer kunne prioriteres. Hvor det er muligt, trækker rapporten på konsultationer med repræsentanter for centrale organisationer, offentliggjorte vidnesbyrd, casestudier og publikationer fra netværk ledet af ligestillede og overlevende (f.eks. fortalere for brugere af mentale sundhedstjenester, LGBTI+-kvinder og psykosociale handicapfællesskaber), som alle er integreret med respektfuld kildeangivelse. Derudover blev der afholdt en online workshop med en bred vifte af deltagere, som dannede grundlag for formuleringen af anbefalingerne.

Nedenfor følger en metodologisk refleksion for at anerkende forfatterens position, de konsulterede kilder og begrænsningerne ved en primært skrivebordsbaseret øvelse. Det er afgørende, at de tidlige udkast til rapporten ikke kun blev delt med MHE-medarbejdere, men også med enkeltpersoner og netværk med erfaringer fra virkeligheden for at validere vigtige indsigter og sikre, at sproget, rammerne og anbefalingerne resonerer med de direkte berørte. Denne tilgang sigter mod at ære ekspertisen fra erfaringer fra virkeligheden og det akademiske og kliniske videnskab og sikre, at fortalervirksomheden for en kønsfølsom og kønsretfærdig politik for mental sundhed er baseret på både strukturel analyse og stemmer fra den virkelige verden.

Refleksivitet og metodologisk refleksion

Denne rapport er udarbejdet ved hjælp af en primært skrivebordsbaseret metode, der bygger på akademisk litteratur, EU-politiske dokumenter og rapporter fra civilsamfundet og organisationer med erfaringer fra praksis. Som sådan afspejler den både styrkerne og begrænsningerne ved sekundær forskning. Forfatteren anerkender sin egen position som en person med erfaringer med psykiske lidelser, kønsbaseret vold og brug af psykiske sundhedstjenester, hvilket danner grundlag for en kritisk og traume- og voldsinformeret vinkel gennem hele analysen. Der er gjort alt for at forstærke stemmerne fra dem, der er mest berørt af kønsbestemte uligheder på det psykiske sundhedsområde, men manglen på formel primær

deltagelsesbaseret forskning begrænser dybden af det direkte engagement med lokalsamfundene. Rapporten søger at afbøde dette ved at integrere allerede offentliggjorte og offentligt tilgængelige vidnesbyrd, peer-ledede publikationer og feedback fra fortalere for erfaringer med psykiske lidelser, der er engageret af MHE. Denne refleksion tilbydes i en ånd af refleksivitet, gennemsigtighed, ydmyghed og en forpligtelse til at sætte erfaringer med psykiske lidelser i centrum for fremtidig forskning og fortalervirksomhed.

Bilag 2: Ordliste

Samskabelse	Samskabelse er en samarbejdsbaseret tilgang, hvor interessenter – herunder mennesker med levede erfaringer, politiske beslutningstagere, tjenesteudbydere og lokalsamfund – arbejder som ligeværdige parter om at udforme, implementere og evaluere politikker og tjenester inden for mental sundhed. Den lægger vægt på inklusion, gensidig respekt og delt magt, sikrer, at forskellige perspektiver former resultaterne, og kræver løbende engagement og tilpasningsevne. ^{94 95}
Epistemisk uretfærdighed	Systematisk nedvurdering og tavshed om visse videnssystemer, især fra marginaliserede grupper. ⁹⁶ I kliniske sammenhænge manifesterer dette sig som afvisning, minimering eller patologisering af patienters erfaringer og subjektive viden. ⁹⁷
Kønsbaseret vold	GBV refererer til vold begået mod en person på grund af vedkommendes køn eller vold, der uforholdsmæssigt påvirker personer af et bestemt køn. Det omfatter enhver form for skade rettet mod en person eller gruppe på grundlag af deres faktiske eller opfattede kønsidentitet. GBV kan omfatte fysisk, seksuel, psykologisk eller økonomisk misbrug, vold i hjemmet og vold i parforhold, blandt andre former, der stammer fra og forstærker strukturelle uligheder og socialt konstruerede magtforhold mellem kvinder og mænd. Det omfatter også trusler om vold, tvang, tvangskontrol, onlinevold og billedbaseret misbrug samt begrænsninger af friheden, uanset om det sker i privatlivet eller i det offentlige liv. ^{98 99 100}
Kønsretfærdighed	Defineret inden for global sundhed som omfattende realiseringen af universelle rettigheder i relation til sundhedsmæssig lighed og ligestilling mellem kønnene, samtidig med at man adresserer årsagerne til kønsbaseret diskrimination og eksklusion. ¹⁰¹
Menneskerettighedsbaseret tilgang	En ramme baseret på international menneskerettighedslovgivning, der vejleder juridiske, politiske og praktiske tiltag til fremme og beskyttelse af menneskerettigheder. Den gør det muligt for statslige og ikke-statslige aktører at

⁹⁴ WHO (2025) Transformation af mental sundhed gennem levende erfaring: Køreplan for integration af praktiserende læger med levende erfaring i politik, tjenester og samfund. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

⁹⁵ MHE (2022) Værktøjskasse: Samskabelse inden for mental sundhed. <https://www.mentalhealtheuropa.org/wp-content/uploads/2023/05/MHE-Co-Creation-Toolkit-FINAL.pdf>

⁹⁶ Fricker, M. (2007) Epistemisk uretfærdighed: Magt og vidensens etik. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁹⁷ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Under paraplyen af epistemisk uretfærdighedskommunikation og epistemisk uretfærdighed i kliniske møder: en kritisk oversigtsundersøgelse. *Etik, medicin og folkesundhed*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁹⁸ UNHCR. Kønsbaseret vold: <https://www.unhcr.org/gender-based-violence.html>

⁹⁹ Europa-Kommissionen. Hvad er kønsbaseret vold? https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en

¹⁰⁰ Europarådet, Hvad er kønsbaseret vold?: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>

¹⁰¹ Sarah Hawkes, Elhadj As Sye, Gary Barker, Frances Elaine Baum, Kent Buse, Angela Y Chang, et al. (2025) Opnåelse af kønsretfærdighed for global sundhedsmæssig lighed: Lancet-kommissionen om køn og global sundhed. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00488-X

	identificere og tackle uligheder og diskrimination, sikrer deltagelse af alle interessenter og tilvejebringer mekanismer for ansvarlighed og oprejsning. ^{102 103}
Levede og levende erfaringer	Inden for mental sundhed henviser det til de forskellige oplevelser, som mennesker, der har oplevet eller oplever psykiske problemer, har haft. Nogle foretrækker udtrykket "levende erfaring", da "levet" kan antyde, at oplevelsen ligger i fortiden, selvom andre ikke fortolker det på denne måde. ¹⁰⁴ Det omfatter de indsigter, der er opnået gennem denne uvurderlige ekspertise, f.eks. hvordan det føles, hvad der hjælper eller hindrer, hvad der manglede, og bidrager dermed på en unik måde til området. ¹⁰⁵
Medicinsk misogyni	Kan defineres som den udbredte afvisning, minimering eller patologisering af kvinders smerte, lidelse og kropslige oplevelser. ^{106 107}
Psykosocial model for mental sundhed	I stedet for at behandle lidelse som et individuelt "underskud" eller en biologisk dysfunktion, anerkender den, at barrierer i samfundet og systemiske uretfærdigheder spiller en afgørende rolle. Denne model betragter mental sundhed som en del af hele spektret af menneskelige oplevelser, ikke blot som fraværet af sygdom eller dårligt helbred. Den fremhæver den rolle, som sociale og miljømæssige determinanter, såsom fattigdom, ulighed, uddannelse, boligforhold, vold og traumer, spiller, og hvordan de interagerer med hinanden, når det gælder om at forme mentale sundhedsresultater. ^{108 109}
Recovery-tilgang	Her handler mental sundhed ikke blot om "symptomreduktion", men om at genvinde autonomi, handlekraft og et meningsfuldt liv i samfundet. Recovery er selvdefineret og betyder forskellige ting for forskellige mennesker ^{110 111 112} , men involverer altid valg, respekt og kontrol over ens egen rejse. Recovery-orienteret mental sundhedspleje går ud over symptomhåndtering for at støtte individers overordnede livsmål med fokus på deres deltagelse, valg og styrker. ¹¹³

¹⁰² FN's gruppe for bæredygtig udvikling (2023) Menneskerettighedsbaseret tilgang: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rightsbased-approach>

¹⁰³ WHO (2023) Mental sundhed, menneskerettigheder og lovgivning: Vejledning og praksis. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23e2eb5c-a043-4d6e-b38b-fed350da6fe7/content>

¹⁰⁴ MHE (2024) Sprogets magt: En ordliste over ord og udtryk: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf)

¹⁰⁵ WHO (2025) Transformation af mental sundhed gennem levet erfaring: Køreplan for integration af praktiserende læger med levet og levende erfaring i politik, tjenester og samfund. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

¹⁰⁶ Kate Womersley (2025) En krønike om medicinsk kvindehad. *The Lancet*. Bind 406, nummer 10509, 1210-1211.

¹⁰⁷ Det britiske parlament (2024) 'Medicinsk kvindehad' efterlader kvinder i unødvendig smerte og udiagnosticeret i årevis. <https://committees.parliament.uk/committee/328/women-and-equalities-committee/news/204316/medical-misogyny-is-leaving-women-in-unnecessary-pain-and-undiagnosed-for-years>

¹⁰⁸ Mental Health Europe (2023) Fremme af forståelsen af den psykosociale model for mental sundhed: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

¹⁰⁹ Karilė Levickaitė og Ugnė Grigaitė (2020) Mental sundhed, psykosocial handicap og retten til at leve i samfundet: Deinstitutionalisering og fortalervirksomhed for forandring: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

¹¹⁰ Boevink, W. (2017) At plante et træ: Om recovery, empowerment og erfaringer. Trimbo Institute, Afdeling for Reintegration, Utrecht, Holland: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1551-planting-a-tree.pdf>

¹¹¹ Estefania Guerrero, Maite Barrios, Hernán María Sampietro, Alba Aza, Georgina Guilerá, Juana Gómez-Benito (2025) Recovery inden for mental sundhed: En international Delphi-undersøgelse fra et recovery-orienteret professionelt perspektiv. *Social Science & Medicine*, bind 381. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118302>

¹¹² MHE (2019) Kort guide til personlig recovery inden for mental sundhed: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/12/Short-Guide-to-Recovery.pdf>

¹¹³ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recovery i psykiske sundhedstjenester: <https://www.mentalhealthurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

Generelle retningslinjer for terminologien i denne rapport er hentet fra MHE's ordliste¹¹⁴ og NGO'en Mental Health Perspectives' publikation "Words are Important"¹¹⁵.

¹¹⁴ MHE (2024) Sprogets magt: En ordliste over ord og udtryk: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](#)

¹¹⁵ NGO Mental Health Perspectives (2021) Ord er vigtige: Hvordan man taler og skriver om mental sundhed på en etisk måde: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2024/01/Zodziaisvarbus_2021.pdf

Brug af disse materialer skal ledsages af en angivelse af kilden. Ingen af disse materialer må ændres eller tilpasses uden udtrykkelig skriftlig tilladelse fra Mental Health Europe.

© Mental Health Europe (december 2025)

De udtrykte synspunkter og meninger er dog udelukkende forfatterens/forfatterens og afspejler ikke nødvendigvis Den Europæiske Unions eller Europa-Kommissionens CERV-programs synspunkter og meninger. Hverken Den Europæiske Union eller den bevillingsgivende myndighed kan holdes ansvarlig for disse.