

**Gunhild Astrid Frisell og Terje Olsen**

# **Summen av de stadige påminnelser**

Funksjonshemming, mikroaggresjon og helse





## **Summen av de stadige påminnelser – funksjonshemming, mikroagresjon og helse**

Mikroagresjon refererer til summen av hverdagslige bemerkninger, nedsettende kommentarer og negative påminnelser om å være annerledes. Personer med funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer er blant dem som rammes av dette, men vi har visst lite om omfanget og virkningene for den enkelte. I denne studien ser vi nærmere på utbredelse, hvilke uttrykk det har og hvordan det rammer dem som utsettes. Internasjonale studier har vist sammenhenger mellom mikroagresjon og redusert psykisk helse og sosial deltakelse. Formålet har vært kartlegge hvilke uttrykk og former dette tar, og studere eventuelle konsekvenser for den enkelte og for samfunnet.

Datagrunnlaget er en landsomfattende spørreundersøkelse og personlige intervjuer. Studien er gjennomført på oppdrag fra Unge funksjonshemmede, med midler fra Stiftelsen Dam.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag – lettlest</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>10</b>
<b>2 Om begrepet mikroagresjon</b> .....	<b>13</b>
2.1 Hva er mikroagresjon? .....	13
2.2 Ulike uttrykk for mikroagresjon .....	15
2.3 Hvordan påvirker mikroagresjon mottakeren? .....	17
<b>3 Metodisk tilnærming</b> .....	<b>21</b>
3.1 Målgruppe for studien .....	21
3.2 Semi-strukturerte intervjuer .....	21
3.3 Utviklingen av spørreskjemaet .....	22
3.4 Sammensetningen av spørreskjemaet .....	23
3.5 Pilotering og utsendelse av surveyen .....	25
3.6 Forskningsetiske hensyn .....	26
<b>4 Erfaringer med mikroagresjon</b> .....	<b>27</b>
4.1 Annengjøring: Er det greit å ta abort på sånne som meg? .....	27
4.2 Minimering: Jeg må stadig bevise funksjonsnedsettelsen .....	28
4.3 Hjelpeløshet: Er ho venninna di blind, eller? .....	30
4.4 Fornektelse av personlighet: Du har allerede nok å stri med .....	31
4.5 Oppsummert .....	32
<b>5 Resultater fra spørreundersøkelsen</b> .....	<b>33</b>
5.1 Hva rapportere respondentene om av opplevd mikroagresjon? .....	37
5.2 Annengjøring .....	43
5.3 Hvilke erfaringer rapporteres? .....	45
5.4 Er det forskjeller mellom typer av funksjonsnedsettelse? .....	51
5.5 Hva rapporterer respondentene av psykiske helseplager? .....	54
<b>6 Oppsummering</b> .....	<b>59</b>
6.1 Problemstillinger og resultater .....	59
6.2 Refleksjoner om begrepsbruken .....	60
<b>Referanser</b> .....	<b>63</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>66</b>

# Forord

Denne studien er gjennomført i samarbeid med organisasjonen Unge funksjonshemmede. Vi vil spesielt takke rådgiver Maren Fuglesang for konstruktivt og inspirerende samarbeid gjennom alle deler av studien.

En stor takk til Stiftelsen Dam som bevilget midler til Unge funksjonshemmede for å gjennomføre denne studien sammen med oss.

En referansegruppe bidro innledningsvis til å drøfte utformingen og piloteringen av spørreskjemaet, og ga verdifulle innspill i diskusjoner rundt funnene. Takk til:

- Berit Vegheim, Stopp diskrimineringen
- Janikke Solstad Vedeler, NOVA
- Marta Engevik Fjæreide, Mental helse ungdom

En stor takk rettes til informanter som delte med oss av tunge erfaringer og vanskelige opplevelser i eget liv. En stor takk går også til alle som har besvart spørreundersøkelsen.

Vår tidligere kollega Benedikte Kirkøen var viktig i utviklingen av prosjektet i den innledende fasen. Vi takker samtidig vår gode kollega ved Fafo, forsker Elias Nosrati, for god hjelp med beregninger underveis.

Vi vil også takke våre kollegaer Anette Brunovskis og Roy Nielsen for grundig og kyndig kvalitetssikring av rapporten. Takk til Sofie Steensnæs Engedal i Fafos informasjonsavdeling som har ferdigstilt rapporten med språkvask og fremstilling av figurer på en leservennlig måte.

Forfatterne er likevel ansvarlig for innholdet i rapporten, inkludert eventuelle feil og mangler.

Oslo, juli 2023

Gunhild Astrid Frisell og Terje Olsen

# Sammendrag – lettlest

## Hva er mikroagresjon?

Mikroagresjon betyr små, daglige kommentarer eller handlinger som kan føles sårende for personer fra minoritetsgrupper, som for eksempel personer med funksjonsnedsettelse. Disse kommentarene kan virke uskyldige, men kan oppleves som nedverdiggende eller sårende, selv om de ikke er ment slikt.

## Eksempler på mikroagresjon

Uønsket hjelp: Når folk antar at personer med funksjonsnedsettelse alltid trenger hjelp.

Overdreven ros: Når folk gir unødvendig ros til en person som har funksjonshemming for å utføre helt vanlige oppgaver, som om det var en stor prestasjon.

Å bli ignorert: Når folk snakker over en person med funksjonshemming, i stedet for å henvende seg direkte til dem.

Bagatellisere: Når folk oppfører seg som om tilretteleggingen for funksjonsnedsettelsen er unødvendig.

Annenrangsborger: Når folk sier at det å leve med en funksjonsnedsettelse ikke er et verdig liv.

## Studien vår

Vi har undersøkt mikroagresjon mot unge voksne (16–35 år) med funksjonsnedsettelse i Norge. Studien ble gjort i samarbeid med Unge funksjonshemmede og er finansiert av Stiftelsen Dam. 1017 personer har svart på spørsmål om deres erfaringer med mikroagresjon og egen psykiske helse. Vi har også intervjuet 12 personer som har funksjonshemming om deres opplevelser med mikroagresjon.

## Viktige funn

- 59 prosent av de spurte opplever mikroagresjon. Noen opplever det mye, mens andre opplever det litt.
- 39 prosent av de spurte opplever lite eller ingen typer mikroagresjon.
- Flesteparten i utvalget svarte de opplevde mest av typen minimering, deretter hjelpeløshet, annengjøring og til slutt fornektelse av personlighet.

## Forskjeller mellom grupper

- Personer med synlige funksjonsnedsettelse opplever mer mikroagresjon enn de med funksjonsnedsettelse som ikke er synlig for andre.
- Personer med lavere utdanning opplever litt mer mikroagresjon enn de med høyere utdanning.
- Yngre personer i alderen 16–26 år opplever flere mikroagresjoner enn de som er over 27 år eller eldre.

- Personer med mobilitetsvansker, kognitive funksjonsnedsettelse, lærevansker, autisme, Asperger og Tourettes opplever flere mikroagresjoner sammenlignet med personer med ADHD og kroniske sykdommer.

### **Psykisk helse**

- Vi finner at det er en sammenheng mellom opplevelser av mikroagresjon og psykiske helseplager, slik som angst og depresjon. Det er tydeligst sammenheng mellom depresjon og mikroagresjon.
- Det samme resultatet finner vi når vi også tar høyde for negative følelser og for de som har angitt å ha psykiske helseproblemer/lidelser.

# Sammendrag

Jeg blir lei meg, jeg føler jeg blir sett ned på og at livet mitt ikke er verdt å leve. Jeg syns jeg blir stakkarsliggjort, og det er vondt å høre at folk sier de ikke hadde klart å være i mine sko. Jeg føler meg som en annenrangs borger. Enten er jeg 'en helt' som går ute blant andre, eller så er jeg den de synes synd på. Jeg får aldri lov til å være et menneske, eller å være med selv. Hvis jeg sier jeg er fornøyd med livet mitt, så sier andre at jeg ikke bør være det.

(Kvinnelig informant, 25 år, synshemmet)

## Hva er mikroagresjon?

Mikroagresjon (fra engelsk «microaggression») er en samlebetegnelse på hverdagslige, tilsynelatende uskyldige, nedverdiggende og degraderende kommentarer, vitser eller handlinger som medlemmer av marginaliserte grupper opplever (McTernan, 2018). Det kan være ord eller bemerkninger som fremstår uskyldige eller subtile, eller så kan det for eksempel være uttrykk, kommentarer eller kroppsspråk som eksplisitt eller implisitt nedvurderer motparten. Sett fra avsenderens side, kan det nedverdiggende i budskapet være ubevisst eller uintentert. Dermed er det også vanskelig for mottakeren både å oppdage og vanskelig å forsvare seg mot slike ytringer.

Ulike grupper av minoriteter lever med slike erfaringer. I denne studien ser vi spesielt på situasjonen for personer med nedsatt funksjonsevne. Intensjonen bak et utsagn eller en handling kan være god, men det betyr likevel ikke at handlingen oppfattes på den måten. Utsagnet eller handlingen kan bygge på misforståelser, fordommer, lave forventninger eller nedvurdering. Det hjelper ikke den som opplever å bli utsatt for mikroagresjoner at det ikke er vondt ment – opplevelsen er vondt uansett.

Mikroagresjon innebærer en form for nedverdiggelse eller ydmykelse for den som utsettes for det. Ikke først og fremst gjennom et og annet utsagn isolert sett, men gjennom stadige gjentakelser fra ulike hold og påminnelser om at en er annerledes, at en stikker seg ut eller stilles andre forventninger til. Dette skjer innimellom alt mulig annet i hverdagen, enten det er i køen på matbutikken, i familieselskapet, ved middagsbordet eller på legekantoret. Mikroagresjoner bygger på forventninger og fordommer, og er uttrykk for holdninger og verdier i samfunnet.

Tesen om mikroagresjon som en form for undertrykkelse ble introdusert i 1970 av Chester Pierce, som den gangen definerte mikroagresjon som en subtil form for rasisme (Sue, 2010). Begrepet har senere blitt videreutviklet til å inkludere daglige interaksjoner som formidler nedverdiggende budskap til andre marginaliserte grupper, som seksuelle minoriteter og funksjonshemmede (Sue, 2010; Keller & Galgay, 2010). Det har blitt gjennomført flere studier av mikroagresjon og mulige sammenhenger med psykiske

helseplager, men feltet er fortsatt nytt og målemetodene er ikke tydelig etablert. Vår studie er den første av sitt slag i norsk og nordisk sammenheng, så vidt vi kjenner til.

Vår ambisjon har vært å utvikle et kunnskapsgrunnlag om mikroagresjon som rammer personer med nedsatt funksjonsevne eller kroniske sykdommer i Norge. Vi har vært usikre på om begrepet er hensiktsmessig å benytte på norsk, eller om det kanskje er andre ord som er vel så relevante. Når vi likevel velger å bruke begrepet «mikroagresjon» i denne teksten, er det nettopp for å kunne relatere oss tydelig til den internasjonale forskningen på feltet.

Hovedproblemstillingen for studien er som følger: Er det sammenhenger mellom funksjonshemmedes psykiske helse og erfaringer med mikroagresjon?

Vi har i tillegg formulert disse forskningsspørsmålene:

- Hvilke former for mikroagresjon rapporteres det om? Er det for eksempel noen særlige grupper av funksjonshemmede som er spesielt utsatt?
- Er det forskjeller mellom erfaringene hos personer med ulike typer av funksjonsnedsettelse?
- Er det systematiske sammenhenger mellom opplevelser med mikroagresjon og selvrapportert psykisk helse?

### **Gjennomføringen av studien**

Målgruppen for studien har vi definert som unge voksne i alderen 16–35 år med synlig og ikke-synlige funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Studien er gjennomført i samarbeid med interesseorganisasjonen Unge funksjonshemmede, og er finansiert med forskningsmidler fra Stiftelsen Dam. Den metodiske tilnærmingen har bestått i en kombinasjon av en kvantitativ og kvalitativ tilnærming.

Vi har gjennomført tolv semi-strukturerte, personlige intervjuer med personer med funksjonsnedsettelse. De fleste vi intervjuet hadde hatt erfaringer med mikroagresjon i større eller mindre grad. Enkelte av informantene var også direkte kritiske til bruken av begrepet. Disse informantene ble rekruttert gjennom en egen mini-survey postet på Unge funksjonshemmedes nettside.

Vi utviklet et spørreskjema bestående av 52 spørsmål, som ble distribuert bredt ut til medlemmer av funksjonshemmedes organisasjoner. Spørreskjemaet bygde på en internasjonal studie utviklet som måleskala for mikroagresjon, som allerede er testet og validert ('abelist microaggression scale', AMS). Vi innhentet tillatelse til å oversette og benytte skalaen på norsk, og formulerte dessuten noen egne spørsmål etter innspill fra referansegruppen og inspirert fra andre studier vi kjente til. Videre la vi inn spørsmål om psykiske helseplager (basert på Hopkins symptom checkliste) og fire spørsmål om negative emosjoner. I tillegg inneholdt undersøkelsen spørsmål om funksjonsnedsettelse, hvor synlig eller tydelig funksjonsnedsettelsen er for andre, og noen spørsmål om sosiale og demografiske forhold.

De 20 spørsmålene som bygger på denne AMS-skalaen, kan deles inn i fire hovedtyper: hjelpeløshet, minimering, fornektelse av personlighet og annengjøring.

**Hjelpeløshet** viser til påstander eller forestillinger om at personen ikke klarer seg i



hverdagen på grunn av funksjonsnedsettelsen. Det kan komme til uttrykk som overdreven medfølelse, uttrykk for å bli sett på som «en inspirasjon» eller patronisering.

(«Gamle damer kan stryke meg på kinnet og si: 'Så fint å se at du har det bra'».)

**Minimering** uttrykker en forståelse om at funksjonshemmede overdriver funksjonsnedsettelsen og personen kunne vært klart seg bra hvis vedkommende hadde ønsket det eller hatt vilje til det. («Hvis jeg sitter i rullestolen, så henvender andre personer seg til familien eller kjæresten min. De snakker over hodet mitt. Jeg føler meg som et barnehagebarn der de snakker over hodet på meg mens jeg sitter i barnevognen.»)

**Fornektelse av personlighet** er uttrykk for holdninger som reduserer personen til funksjonsnedsettelsen, uten å anerkjenne eller respektere vedkommende menneskelige egenskaper. («Den måten de sier jeg kan bruke bleie på natten, så jeg slipper å ha hjelp til å tisse, synes jeg er vanskelig. Hvilken 19-åring vil ligge med bleie på natten, bare fordi ting skal være mer praktisk?»).

**Annengjøring** viser til en forståelse av å være en byrde, ikke passe inn, er plagsom for andre eller for samfunnet. («For eksempel sa han at han aldri kunne vært sammen med en som er funksjonshemmet, det ville eventuelt vært en fetisj eller for å være snill.») Uttrykkene for hver av disse hovedtypene er mange og sammensatte, og til dels også overlappende. Vi kommer tilbake til dette. Eksempelene over i parentes er hentet fra den kvalitative delstudien.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut i mars 2023, med e-post til medlemmer av funksjonshemmedes interesseorganisasjoner, og spesifikt til ungdomsorganisasjonene, samt posting på organisasjonens sosiale medier. Undersøkelsen ble lukket i juli 2023, og etter rydding i datafilen, ble det endelige antallet respondenter 1017 personer.

Alt av datamateriale er anonymisert og håndtert etter gjeldende forskningsetiske regler, og det er kun forskerne som har hatt tilgang til selve datamaterialet. Undersøkelsen er også gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer som er angitt for samfunnsvitenskapelige studier. Samarbeidet med Unge funksjonshemmede har bestått i dialog om utforming og gjennomføring av studien. Samarbeidet har etter vår vurdering bidratt til bedre treffsikkerhet og relevans, og har gjort at vi har nådd relativt bredt ut til målgruppene for studien.

## Resultater

Respondentene er i hovedsak unge voksne. Det er en større andel kvinner enn menn som har besvart undersøkelsen, noe vi også ser i andre spørreundersøkelser rettet mot målgruppen. Det er relativt god fordeling med hensyn til landsdel og hvor tett eller spredt de bor. Ikke uventet er det en noe høyere andel med høyere utdanning som har svart, og en noe høyere andel som har en forelder med høyere utdanning.

Respondentene representerer et bredt spekter av funksjonsnedsettelser. 33 prosent av de spurte har funksjonsnedsettelser som innebærer at daglige aktiviteter er svært begrenset, og 54 prosent har svart at daglige aktiviteter er noe begrenset. Vi stilte også spørsmål om funksjonsnedsettelsen er synlig eller tydelig for andre. 9 prosent har svart at den er tydelig, og 37 prosent svarte synlig/tydelig av og til. 54 prosent av respondentene oppga at funksjonsnedsettelsen ikke er synlig/tydelig for andre.

59 prosent av de spurte rapporterer at de lever med mye (7 prosent) eller noe/moderat (52 prosent) av en eller flere former for mikroaggresjon. Av svarene ser vi at det er særlig de av respondentene som har en funksjonsnedsettelse som er synlig/tydelig for andre, og de som har funksjonsnedsettelser som innebærer store begrensninger i hverdagen, som gjennomgående rapporterer om erfaringer med mikroaggresjon.

Tallene kan virke høye. På et relativt bredt spekter av spørsmål om mikroaggresjoner, kan man lett kjenne seg igjen i noe, selv om disse erfaringene ikke nødvendigvis er dominerende i hverdagen for den enkelte. Utover i rapporten går vi nærmere inn på de som rapporterer at de opplever mye og alvorlige former for mikroaggresjon.

39 prosent av de spurte rapporterer at de har opplevd lite eller ingen former for mikroaggresjon. Dette innebærer i praksis et noe mer nyansert bilde av situasjonen enn hva vi finner i den internasjonale litteraturen på feltet, som beskriver at nesten alle funksjonshemmede jevnlig opplever ulike former for mikroaggresjon (Conover et al., 2017; Lett et al., 2020). Likevel er det også i vår studie en betydelig andel, hele 59 prosent, som har opplevd en eller flere former for mikroaggresjon. I vår studie har vi inkludert et bredere utvalg av typer funksjonsnedsettelser enn hva de internasjonale studier har gjort, herunder også funksjonsnedsettelser som ikke nødvendigvis like synlig eller tydelig for andre. Dette er basert på det gjennomsnittlige, samlede trykket av erfaringer hos den enkelte respondent, men bildet endrer seg når vi går nærmere inn på de ulike formene for mikroaggresjon.

Respondentene rapporterer hyppigst om ulike former for minimering, som for eksempel å bli undervurdert, ikke bli tatt på alvor eller at personens hjelpemidler for tilrettelegging i hverdagen blir vurdert som unødvendige. Rundt halvparten av de spurte oppgir at de opplever mye av dette.

Mellom 30 og 50 prosent av de spurte har svart at de har mye eller noe/moderat erfaring med en eller flere former for hjelpeløshet. Det kan for eksempel være å uønsket bli gjenstand for hjelp til ting som vedkommende fint klarer selv. Rundt 40 prosent av de spurte rapporterer om en eller flere former for fornektelse av personlighet. Dette kan eksempelvis være at man blir snakket til som om man har lavere intelligens, eller at man bli behandlet som et barn. Mellom 10 og 40 prosent av de spurte svarer mye eller noe/moderat på erfaringer med en eller flere former for annengjøring, som eksempelvis innebærer utsagn om at man ikke regner funksjonshemmede som å leve verdige liv.

Samlet sett kan det se ut til at de yngste respondentene, 16-26 år, rapporterer om erfaringer med mikroaggresjon i litt høyere grad enn de som er 27 år og eldre. Det er små forskjeller mellom kvinner og menn, men den lille gruppen som oppgir «annet» på kjønn, rapporterer betydelig høyere enn gjennomsnittet. Det kan tyde på at det er et grunnlag for å se nærmere på interseksjonalitet knyttet til disse spørsmålene. Det er små forskjeller mellom rapporterte erfaringer mellom de med høyere og lavere utdanningsnivå.

Blant gruppene av funksjonshemmede rapporterer personer med mobilitetsvansker, kognitive funksjonsnedsettelser, lærevansker, autisme, Asperger og Tourettes oftest om mikroaggresjon. Dette er funksjonsnedsettelser som i de fleste tilfeller er synlige eller

tydelige for omgivelsene. Som forventet, ser vi at de som har synlige og tydelige funksjonsnedsettelse, og som i stor grad er begrenset av disse i hverdagen, også opplever mikroagresjon oftere.

Vi stilte alle respondentene syv spørsmål om henholdsvis angst og depresjon. Resultatene i vår studie viser en moderat, men statistisk sammenheng mellom rapporterte erfaringer med ulike former for mikroagresjon og psykiske helseplager, også når vi kontrollerer for nevrotisme.

I denne studien bruker vi begrepet mikroagresjon på tilsvarende måte som i den engelskspråklige litteraturen på området. Ordet «agresjon» lyder likevel ganske hardt på norsk. Det kan være relevant å diskutere om begrepet er hensiktsmessig å bruke i norsk sammenheng, eller om det bør etableres en annen terminologi for de erfaringene som beskrives her.

# 1 Innledning

Jeg opplever at folk snakker til assistenten min, istedenfor meg. De kan si sånn: 'Hun kommer ikke inn, fordi vi har ikke trapp til henne'. De snakker over hodet mitt, men da sier jeg 'Hello! Du kan snakke til meg, jeg sitter her!'. De aller fleste reagerer med å si 'sorry', mens noen skjønner det ikke. Jeg har også opplevd at folk sier at de ikke hadde orka å leve om de var meg. Men da pleier jeg å si at hvis jeg hadde vært deg, hadde ikke jeg orka å leve heller, med den innstillingen der! [...] Hvis man er på fest er man 'veldig beundringsverdig', og alle skal dele sine dypeste tanker om alt. Mange sier: 'Så fint du kommer deg ut'» Fulle folk eller gamle damer er verst. Gamle damer kan stryke meg på kinnet og si: 'Så fint å se at du har det bra'. Fulle folk spør hvordan jeg havnet i rullestol, om jeg fyllekjørte, hva som skjedde og hvordan jeg kan ha sex. Jeg får ofte sånne spørsmål.

(Kvinnelig informant, 23 år, rullestolbruker)

Hva er mikroagresjon? Når blir en ytring eller handling en mikroagresjon? Har det betydning for den enkeltes selvbilde og helse? Dette var spørsmål som dannet utgangspunktet for studien vi presenterer her. I en tidligere studie av hatytringer rettet mot funksjonshemmede oppdaget vi at det var former for diskriminering som «gikk under radaren» og som det var vanskelig å sette ord på (Olsen et al., 2016). Dette var gjerne tilsynelatende nøytrale handlinger, kommentarer og utsagn som skjedde i hverdagen, og som hadde en konnotasjon av at personen var annerledes eller ikke helt passet inn. Internasjonalt har det vært en økende tendens til å benytte ordet «mikroagresjon» for å beskrive ulike former for hverdagsdiskriminering som personer med minoritetsbakgrunn opplever, og situasjonen for personer med funksjonsnedsettelse har også blitt undersøkt på denne måten.

Mikroagresjon er små, subtile fornærmelser eller handlinger som uttrykker negative eller nedvurderende holdninger overfor enkeltpersoner eller grupper av personer (Pierce et al., 1978), og i denne studien er vi opptatt av hvordan mikroagresjon rammer personer med nedsatt funksjonsevne. Mikroagresjon oppstår i det sosiale samspillet mellom mennesker, og er uttrykk for kulturelle forestillinger og stereotypier som mer eller mindre er tatt for gitt. McTernan (2018) definerer mikroagresjon som en atferd som oppfyller følgende tre betingelser: For det første er mikroagresjon små eller subtile tegn, som for eksempel bestemte uttrykk, kroppsspråk, kommentarer eller tonefall. Avsenderens budskap kan fremstå som uskyldig i sin sammenheng, og kan dermed også være vanskelig å oppdage. Det gjør at mottakeren blir usikker på hva som faktisk er ment, og mottakeren kan for eksempel tenke at «kommentaren var ikke ment på den måten». Avsender kan komme med en uskyldig appell om manglende kunnskap om handlingens urett eller nekte for at det var ment på denne måten. For det andre er mikroagresjon i mange tilfeller utilsiktet eller ubevisst. Hensikten var kanskje å ta hensyn, men det som ble sagt var likevel feil. For det tredje utgjør mikroagresjon en

bestemt form for nedbrytning eller nedverdiggelse. Det markerer at en person avviker fra en norm for sin gruppe, ved for eksempel å spørre en rullestolbruker om vedkommende kan ha samleie. For at det skal falle innenfor begrepet mikroaggresjon, må den bestemte atferden være rettet mot underordnede grupper som er undertrykte eller marginaliserte. Dette gjelder uansett om nedvurderingen fra avsenderen er intendert eller ikke. For mottakeren er det heller ikke nødvendigvis alltid erfart som svært sårende.

Begrepet mikroaggresjon refererer altså ikke til åpenbart diskriminerende utsagn eller hatprat som rammer funksjonshemmede. Det er tvert imot snakk om utsagn og sosiale hendelser som skjer i all slags mellommenneskelig samhandling i hverdagen, for eksempel over middagsbordet, på arbeidsplassen, på skolen, i butikken eller på bussen.

Mikroaggresjon refererer til uttrykk for stereotypier og negative forestillinger om hva det vil si å leve med funksjonsnedsettelse, nedfelt i kulturelt gitte forståelsesformer, språklige uttrykk, talemåter eller forestillinger. Dette kommer til uttrykk i menneskelige interaksjoner. Primært er det heller ikke enkeltstående kommentarer eller handlinger som er det sentrale, men snarere heller den kontinuerlige opplevelsen av å møte hverdagslige fordommer og negative oppfatninger knyttet til funksjonsnedsettelsen og å leve med en funksjonsnedsettelse.

Selv om det ikke er snakk om fordommer eller forestillinger som kan eller bør forbys eller reguleres, spiller mikroaggresjon en betydelig rolle i å opprettholde og reproducere fordommer og negative oppfatninger om funksjonshemmede. Mikroaggresjon dreier seg om hvordan interaksjonen mellom mennesker med og uten funksjonshemming reflekterer kulturelt gitte forestillinger og talemåter som vi tilegner oss som samfunnsmedlemmer, og som kommer til uttrykk i språklige praksiser, sosiale normer og forventninger. Riktignok kan noen former for mikroaggresjon være aggressive og sårende, mens andre former bygger på forestillinger, misforståelser, fordommer som blir tatt for gitt – eller som bare er uttrykk for dårlig dømmekraft og hensynsløs oppførsel.

Eksempler på mikroaggresjoner kan være å snakke nedsettende om personen på grunn av funksjonsnedsettelsen, latterliggjøre vedkommende, snakke veldig langsomt, uttrykke stereotype forestillinger eller være overdrevent medfølende. Eller så kan det være å gi uttrykk for fordommer knyttet til funksjonshemmede som en gruppe og på denne måten uttrykke manglende respekt for den andre (Conover et al., 2017; Kattari, 2017; Aydemir-Döke & Herbert, 2022).

Når vi bruker begrepet mikroaggresjon på norsk, skriver dette seg fra den engelske bruken av begrepet «microaggressions». Begrepet ble etablert av professor i psykiatri Chester M. Pierce i en artikkel publisert i 1970. Her ble begrepet benyttet som en samlebetegnelse for alle de større og mindre nedvurderinger og fornærmelser som afroamerikanske borgere ble utsatt for i hverdagen i USA (Pierce, 1970). Hudfarge og etnisk bakgrunn kan typisk være et grunnlag for mikroaggresjon. Andre grunnlag kan for eksempel være kjønn, legning, språk, alder, religion eller klassebakgrunn. Begrepet refererer for så vidt til enkelthendelser, men grunntanken er at det er den kumulative effekten av stadige påminnelser om å være annerledes, om at det er synd på deg, at man trenger hjelp og at man stikker seg ut. Mikroaggresjon refererer til opplevelsen av å stadig bli minnet om at man befinner seg i en form for utenforskap og ikke passer inn.

I den studien vi presenterer her, har vi vært opptatt av å studere mikroaggresjon som rammer personer med nedsatt funksjonsevne i Norge. Vi har sett nærmere på en rekke konkrete eksempler og uttrykk for dette. I mange tilfeller er det likevel uklart eller vagt hva en avsender egentlig mener med et utsagn eller en handling, og det gjør at det kan være vanskelig å opponere eller ta til motmæle mot mikroaggresjoner. Den som rammes vet ikke om det er «vondt ment» eller ikke, eller om man skal bli fornærmet, såret eller bare forsøke å overse det. Denne vagheten er nettopp et viktig aspekt ved fenomenet. «Du er så oversensitiv» eller «såpass må du tåle» er vanlige tanker. Det kan være vanskelig for den enkelte å beskytte seg.

Sagt på en annen måte: Mikroaggresjon er en fellesbetegnelse på en bestemt form for nedvurderende «smårusk» som dukker opp i hverdagslige utsagn og handlinger. Det kan ofte være ureflektert eller lite gjennomtenkt, og det rammer enkeltpersoner og grupper på en sårende, diskvalifiserende eller fornærmende måte. Selv om hvert enkelt utsagn i seg selv ikke nødvendigvis er ødeleggende for den enkeltes selvbilde, kan den stadige mengden av slike nedvurderinger være det over tid.

I denne studien tar vi ikke stilling til hva som eventuelt er legitimt eller ikke å reagere på. Vi er opptatt av hva summen av opplevelsene innebærer for den enkelte. Hva skjer med selvtilliten og selvbildet til enkeltpersoner som utsettes for negative erfaringer over tid? Selv om hver enkelt hendelse eller det enkelte utsagn tilsynelatende kan virke uskyldig eller relativt harmløst, kan det likevel over tid skape følelser og erfaringer som «setter seg i kroppen» eller bidrar til en bestemt vurdering av hvem man er i forhold til andre.

Målet med studien vi presenterer her har vært å utvikle et kunnskapsgrunnlag for å belyse hvordan mikroaggresjon kan ramme personer med nedsatt funksjonsevne eller kroniske sykdommer i Norge. Så vidt vi vet, har ikke dette vært undersøkt tidligere. Internasjonale studier har vist sammenhenger mellom mikroaggresjon, redusert psykisk helse og sosial deltakelse (Keller & Galgay, 2010; Kattari, 2020; Lett et al., 2020; Andreou et al., 2021; Conover et al., 2017; Auguste et al., 2021), og det kan derfor være interessant å se etter likheter og forskjeller. Vi har lagt opp til å kartlegge uttrykk, former og utbredelse av mikroaggresjon mot personer i målgruppen, og studere hvordan fenomenet eventuelt påvirker den enkelte og samfunnet.

Hovedproblemstillingen for studien er som følger: Er det sammenhenger mellom funksjonshemmedes psykiske helse og erfaringer med mikroaggresjon?

Vi har formulert disse forskningsspørsmålene:

- Hvilke former for mikroaggresjon rapporteres det om? Er det for eksempel noen særlige grupper av funksjonshemmede som er spesielt utsatt?
- Er det forskjeller mellom erfaringene hos personer med ulike typer av funksjonsnedsettelse?
- Er det systematiske sammenhenger mellom opplevelser med mikroaggresjon og selvrapportert psykisk helse?

## 2 Om begrepet mikroaggresjon

I dette kapitlet går vi nærmere inn på forståelsen av begrepet mikroaggresjon. Vi forklarer bakgrunnen og fremveksten av begrepet, og gir deretter en definisjon av hva det er. Vi ser på konkrete former for mikroaggresjon, og vi går kort gjennom de studiene som er gjennomført internasjonalt.

### 2.1 Hva er mikroaggresjon?

Hva er det begrepet mikroaggresjon viser til, som ikke dekkes av andre begreper? Teorien om mikroaggresjon bygger på en forståelse av at minoritetsgrupper i all slags vanlig sosial interaksjon med andre mennesker kan leve, fungere og ha et sosialt liv sammen med andre. Selv om de ikke diskrimineres, utsettes for hatprat eller opplever trakassering, kan sosial samhandling likevel innebære at en rekke tegn, ord, handlinger, uttrykk og hendelser gir små – og i mange sammenhenger uskyldige – uttrykk for at man blir forstått som annerledes eller utenfor. Teorien, slik den opprinnelig ble formulert, er at den jevne summen av slike små tegn og hendelser minner den enkelte på at man er annerledes og bidrar til å skape en stressbelastning for de som opplever mye av dette.

De sosiale tegnene vi refererer til her foregår i all slags sosial interaksjon og er ikke nødvendigvis vondt ment. Det kan i noen tilfeller også være handlinger som tvert imot har gode intensjoner, og som inngår i det vanlige hverdagsspråket. På engelsk brukes begrepet «ableism» for å vise til tatt-for-gitte forestillinger om den funksjonsfriske kroppen som normalen, og implisitt forstår funksjonsnedsettelse som en form for avvik (Wolbring, 2008). Strukturell diskriminering er ikke nødvendigvis intendert, men blir resultatet av konkrete sosiale praksiser. Mikroaggresjon viser til flere former for strukturell, stadig pågående hverdagsdiskriminering som funksjonshemmede opplever. Det er språk og handlinger som bygger på – og opprettholder – strukturelle ulikheter og en eksisterende maktubalanse. Mikroaggresjon kan komme til uttrykk på en rekke ulike måter, for eksempel gjennom latterliggjøring, nedvurdering og negative bemerkninger, eller ved å ignorere eller ikke anerkjenne personers behov.

Da Chester M. Pierce først formulerte teorien om mikroaggresjon, var det situasjonen for borgere med afroamerikansk bakgrunn i USA han spesifikt var opptatt av, og han refererte til mikroaggresjon som en subtil form for hverdagsrasisme. Pierce viste til at de mest diskriminerende handlingene og frasene ikke nødvendigvis var intensjonelle og direkte, men at den kumulative effekten av små, hverdagslige ord og handlingene kan ha betydelige negative konsekvenser for individet (Pierce, 1970; Ong & Burrow, 2017; Sparrow et al., 2023). I antologien *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* viser Derald W. Sue (2010) mulighetene for å bruke teorien om mikroaggresjon for å beskrive situasjonen også for andre minoriteter. I ett av kapitlene i denne antologien diskuterer Richard M. Keller og Corinne E. Galgay (2010) ulike former for mikroaggresjon som funksjonshemmede erfarer i hverdagen, og de refererer til dette som «ableist microaggression», altså mikroaggresjon der avsender er en person uten funksjonsnedsettelse. De refererer til mikroaggresjon som «hverdagslige handlinger, bemerkninger eller situasjoner som bevisst eller ubevisst kommuniserer nedlatenhet,

fordommer og stereotyper» (Keller & Galgay, 2010; Sue, 2010; Conover, 2017). Handlingene kan i en del tilfeller også være velmenende, mens de i praksis erfarer som nedvurderende for den som opplever det. Selv de velmenende utsagnene kan leses som uttrykk for at det er personer uten funksjonshemming som «vet best» og som kan gi råd til personer med funksjonshemming.

Formuleringen av begrepet på 70-tallet, og videreutviklingen av begrepet frem til i dag, bør forstås inn i en større ramme av makt og avmakt mellom majoritet og minoritetsgrupper. Begrepet uttrykker en opposisjon mot en språkbruk, talemåter og uttrykk – handlinger som er så vanlige at man nesten ikke legger merke til dem, men som i praksis refererer til trekk ved minoriteten som en form for avvik, annerledeshet eller noe problematisk. Når det gjelder funksjonsnedsettelse, kan vi se at språk og talemåter reflekterer forestillinger om funksjonsnormative kropp og avvik. Ved å bruke begrepet «aggresjon» om denne språkbruken, legger man nettopp ansvaret for hvordan man ordlegger seg på avsenderen, slik at det ikke lenger bare handler om mottakeren og «hvordan man tar det». Begrepet «mikroaggresjon» viser altså til den definisjonsmakten som ligger innebygd i en rekke språklige praksiser, og som er en mer eller mindre del av hverdagsspråket.

For den enkelte kan erfaringer med mikroaggresjon være såpass utbredt og ofte forekommende at de som opplever det slutter å reagere. Vedkommende overser eller ignorerer implisitte nedsettende bemerkninger og tegn i samtalen for å slippe å ta det som sies innover seg, eller for å gjøre gode miner til slett spill. På denne måten blir heller ikke mikroaggresjon anerkjent som en form for diskriminering (Sherry et al., 2020; Keller & Galgay, 2010). I tråd med teorien kan man tenke seg at summen av denne typen stadige påminnelser om å være annerledes eller utenfor påvirker den enkeltes selvbilde, livskvalitet, trivsel og psykiske helse. Det har derfor vært av interesse å undersøke om funksjonshemmede i Norge opplever ulike uttrykk for mikroaggresjon. Kanskje er det et lite eller et minimalt problem. Men siden det er en så «usynlig» og etablert del av rådende kulturelle praksiser, kan det kanskje også tenkes å skape større problemer enn vi har trodd.

Vår studie er et forsøk på å belyse fenomenet mikroaggresjon mot funksjonshemmede. Vi har tatt utgangspunkt i internasjonale måleinstrumenter, i hovedsak utviklet og testet i England og USA, oversatt og tilpasset det til norsk kontekst, og vi har diskutert og fått tilbakemeldinger fra medlemmer av funksjonshemmedes organisasjoner. Videre har vi stilt spørsmål til respondentene om psykisk helseplager. På den måten kan vi undersøke om det i de gruppene som rapporterer mange og jevnlig erfaringer med mikroaggresjon på noen måte rapporterer om psykisk uhelse på annen måte enn de som rapporterer lite.

Mikroaggresjon kan grovt sett deles inn i fire hovedkategorier: 1) hjelpeløshet, 2) minimering, 3) fornektelse av personlighet og 4) annengjøring. Hjelpeløshet dreier seg om at funksjonshemmede blir behandlet som om de ikke er kapable eller er uselvstendige, og at de trenger en form for assistanse i alt de foretar seg. Minimering handler om antagelsen om at personen overdriver sin funksjonsnedsettelse, og antyder at det er snakk om mangel på vilje. Fornektelse av personlighet innebærer at personen blir sett på kun



som funksjonshemmet, og ikke noe mer. Annerledesgjøring handler om å bli behandlet som unormal, en utenforstående og som et «ikke-menneske».

Forskningen på mikroagresjon har blitt kritisert for å være tvetydig og for å ha et åpent konsept uten klare grenselinjer. Kritikerne hevder at det ikke er konsensus i hva som faktisk utgjør en mikroagresjon, og at hva som oppleves som krenkende kan variere fra person til person. Sentralt i denne kritikken er poenget om at selvrapportert mikroagresjon like fullt kan dreie seg om negative emosjoner og negativ innstilling hos den som svarer, heller enn at det er reelle erfaringer. Innen psykologien er det en utbredt enighet om at enkelte personer er mer utsatt for å tolke interaksjoner og daglige opplevelser i negativt lys og «i verste mening» (Lilienfeld, 2017).

Det kan altså være vanskelig å trekke klare skillelinjer mellom mikroagresjoner og alle mulige andre tilfeldige fornærmelser eller misforståelser. Siden mikroagresjon sjelden er helt konkret eller entydig, er det et begrep som ofte kan misbrukes eller overbrukes. Det kan også oppstå en rekke problemer ved å feiltolke mikroagresjon som en del av interaksjonen, for eksempel ved å bidra til å begrense en åpen og ærlig dialog (Lilienfeld, 2017).

## 2.2 Ulike uttrykk for mikroagresjon

Vi vet at funksjonshemmede regelmessige møter utfordringer i hverdagen i form av praktiske hindringer og manglende tilrettelegging, men også i form av negative holdninger, hets og diskriminering (Olsen et al., 2016; Bjørnshagen et al. 2024; Kattari, 2020). For mange funksjonshemmede er det snakk om holdninger og forståelsesmåter som de har levd med så lenge, at de mer eller mindre tar for gitt de formene for nedvurdering som de opplever i hverdagen. Dette er diskriminering som er forankret i sosiale strukturer og kulturelt gitte forestillinger og tankemåter, og som kommer til uttrykk i mellommenneskelig interaksjoner i hverdagen. Her kommer også ofte implisitte og ubevisste holdninger og fordommer til syne (Keller & Galgay, 2010; Dawsey, 2022).

Et utsagn kan sies og forstås på mange forskjellige måter, alt avhengig av hvilke situasjoner det blir sagt i eller hvordan det sies. Et tilfeldig utsagn som «så fin rullestol du har» kan forstås som ros i én sammenheng. I en annen sammenheng kan det forstås som paternalistisk og nedlatende, som når en voksen snakker til et barn. Utsagnet kan også forstås som ironisk, og altså uttrykke det motsatt av det som blir sagt. Fra et interessepolitisk ståsted, kan vi si at begrepet mikroagresjon tilbyr et nytt språk og en annen forståelsesramme for å snakke om disse hverdagserfaringene. Fra å forstå det nevnte utsagnet som ros eller en litt ullen fornærmelse, kan mikroagresjonsbegrepet sette opp en annen tolkningsramme som gir mulighet til å forstå hvordan utsagnet er et uttrykk for maktrelasjonen mellom partene. På denne måten føyer utviklingen av terminologien seg inn i en større avkoloniseringsdiskurs som stiller spørsmål til doxisk forståelsesformer og etablerte virkelighetsforståelser (jf. Bourdieu, 1977, 1990). Begrepet mikroagresjon, og den tilhørende forståelsesrammen, tilbyr altså et «counter narrative» til den rådende majoritetsforståelsen («master narrative»). «Counter narratives» representerer mot-stemmene og mot-fortellingene til majoritetssamfunnets virkelighetsforståelse:

Solorzano and Yosso (2002) define counter narratives (or counter storytelling) “as a method of telling the stories of those people whose experiences are not often told (i.e., those on the margins of society)” (p. 32). These narratives challenge the status quo by countering the dominant discourse and exposing and confronting racial privilege. Solorzano and Yosso delineate three specific types of counter narrative: (a) personal stories, (b) stories of others, and (c) composite stories (Mallette et al., 2023).

Begrepsbruken kan på denne måten forstås som et uttrykk for en interessepolitisk kamp om definisjonsmakt og forståelsesrammer, samtidig som den også åpner opp for å snakke om, analysere og beskrive et fenomen på nye måter.

Hva er de konkrete uttrykkene som faller inn under den vanlig aksepterte definisjonen av mikroagresjon? Nedenfor har vi satt opp en oversikt på norsk, basert på det som defineres innenfor studier av mikroagresjon i internasjonale studier. I den internasjonale litteraturen om dette finnes det flere oversikter med konkrete eksempler. Vår oversikt bygger videre på Keller og Galgay (2010) og Sparrow et al. (2023).

**Tabell 2.1: Kategorier av mikroagresjon**

<p><b>Fornektelse av personlighet:</b> Overdreven oppmerksomhet om funksjonsnedsettelsen, slik at andre sider ved personen ignoreres eller fornektes. (Eksempel: «Dere som er døve, dere har jo andre sanser som er desto bedre utviklet.»)</p>
<p><b>Minimering:</b> Erfaringer knyttet til å leve med en funksjonsnedsettelse blir minimalisert eller oversett. (Eksempel: «Ja, jeg bruker jo briller – vi er jo alle funksjonshemmet på en eller annen måte.»)</p>
<p><b>Fornektning av privatliv:</b> Personlige og/eller intime detaljer knyttet til funksjonsnedsettelsen blir avkrevd. (Eksempel: «Du som sitter i rullestol, kan du egentlig ha sex?»)</p>
<p><b>Hjelpeløshet:</b> Overdrevent tilbud om hjelp eller assistanse, som bygger på en antakelse om at personen ikke klarer å ivareta seg selv. (Eksempel: Hjelper personen å krysse gata, uten at vedkommende behøver hjelp eller ber om det.)</p>
<p><b>Spredningseffekter:</b> Personen snakkes til som om vedkommende er dum eller har flere funksjonsnedsettelse. En antakelse om at personen har mer enn én funksjonsnedsettelse. (Eksempel: Snakker til en voksen person v-e-l-d-i-g s-a-k-t-e, eller veldig høyt, selv om vedkommende ikke har problemer med hørsel eller å følge med.)</p>
<p><b>Infantilisering:</b> Personen blir snakket til eller behandlet som et barn. (Eksempel: «Neimen, så flink du er, som klarer å gjøre denne jobben helt selv, da!»)</p>
<p><b>Paternalisering:</b> Personen får overdreven ros for å gjøre helt vanlige ting. (Eksempel: «Dere funksjonshemmede er jo så inspirerende!»)</p>
<p><b>Annengjøring:</b> Betyr å behandle personen som utenforstående og ikke-menneskelige. (Eksempel: «Sånne som deg bør ikke få barn.»)</p>
<p><b>Avseksualisering:</b> Personen regnes ikke som et seksuelt individ, personens seksualitet er ignorert eller fornektes. (Eksempel: «Jeg ville aldri kunne ha et forhold til en som sitter i rullestol.»)</p>
<p><b>Overdreven positivitet:</b> Negative erfaringer avfeies med at det kunne vært verre. (Eksempel: «Tenk positivt! Du er i alle fall i live.»)</p>
<p><b>Overdreven medfølelse:</b> Personen får overdreven medfølelse, et uttrykk for at man skulle ønske at personen var «normal». (Eksempel: «Uff, det er så forferdelig trist at du har dårlig syn.»)</p>

**Seksualisering:** Personer med funksjonshemming blir sett på som eksotiske, eller tingliggjort i andres seksuelle fantasier.

(Eksempel: Utviklingshemmede klarer ikke å styre sine lyster!»)»

**Sosial distanse:** Ikke bli invitert eller oversett i sosiale sammenkomster på grunn av funksjonsnedsettelsen. Dette kan også handle om fravær av handling, som for eksempel å skulle dra på steder der funksjonshemmede ikke har tilgang fremfor å velge noe annet

(Eksempel: Ikke bli invitert med på kino, fordi det ikke er tilpasset personer med synshemming.)

Dette er noen spredte eksempler, men kategoriene de representerer er knyttet opp mot den internasjonale litteraturen på feltet. I arbeidet med denne studien har vi fått høre om en lang rekke av tilfeller av lignende typer som våre informanter har referert til fra sin egen hverdag. Vårt inntrykk har vært at informantene, og de gruppene av funksjonshemmede vi har presentert dette for underveis, kanskje ikke alltid har hatt så mange tanker om denne typen egne erfaringer i utgangspunktet. Men når vi har begynt å tematisere dette, kommer ofte assosiasjonene til en lang rekke erfaringer de har hatt med lignende situasjoner, og de kan fortelle om hva det har gjort med dem og hvilke virkninger denne typen erfaringer har hatt.

### 2.3 Hvordan påvirker mikroagresjon mottakeren?

I denne studien har vi undersøkt hvordan uttrykk for mikroagresjon oppfattes og oppleves av dem som utsettes for det. Siden det i mange tilfeller er snakk om små og ofte subtile tegn eller uttrykk i en samtale, tilsynelatende uskyldige kommentarer og spørsmål, kan det både være vanskelig å oppfatte og i det hele tatt ta inn over seg. En del av de utsagnene som faller inn under definisjonen av mikroagresjon kan på overflaten virke godt ment. Men for den som tar innover seg disse ytringene, og som stadig hører dem gjentatt i ulike sammenhenger, kan det bli vanskelig å forholde seg til over tid (Thorneycroft, 2021). Da Derald Wing Sue i 2010 tok til orde for å undersøke eventuelle sammenhenger mellom psykisk helse og mikroagresjon, fulgte flere studier i kjølvannet av dette. Hittil er det likevel kun et lite knippe av studier som har adressert situasjonen for funksjonshemmede, og – så vidt vi vet – ingen tidligere her til lands.

Resultatene fra de relativt få studiene som så langt finnes, tyder på at det er en viss samvariasjon mellom opplevd mikroagresjon og selvrapporterte depressive symptomer (Conover & Israel, 2019). Andreou og kolleger (2021) har gjort en studie av situasjonen blant universitetsstudenter med funksjonsnedsettelse, og har også vist til at mikroagresjon også er forbundet med lavere selvfølelse og livskvalitet. Til tross for disse bidragene er det likevel få studier som tar for seg mikroagresjon mot funksjonshemmede, og det trengs å gjøre flere studier på dette området (Conover et al., 2021). Keller og Galgay (2010) har tatt til orde for at funksjonshemmedes erfaringer på dette området kan forstås i det samme bildet som andre minoritetsgrupper opplever. Deres studie var den første som har studert funksjonshemmedes erfaringer med mikroagresjon, og har dannet grunnlaget for en av de tre internasjonale måleskalaene som har blitt utviklet på dette området.

**Ableist Microaggressions Impact Questionnaire (AMIQ)** består av en 25-punkts spørsmålsliste. Skalaen bygger på det samme utgangspunktet som de to overfor nevnte skalaene, med utgangspunkt i Sue (2010) og Keller & Galgay (2010).

**Abelist Microaggression Scale (AMS)** ble utviklet av Kristin J. Conover, Tania Israel og Karen Nylund-Gibson og ble publisert i 2017. De endte opp med en 20-punkts spørsmålsliste om ulike uttrykk for mikroaggresjon som funksjonshemmede kan bli utsatt for.

**Abelist Microaggression Scale (AMS-65)** er en utvidet versjon av den samme skalaen, med en liste på i alt 65 spørsmål. Denne skalaen er utviklet av Shanna K. Kattari (Kattari, 2017 og 2020).

De tre overnevnte skalaene fremhever erfaringer med ulike former for mikroaggressivitet. Studien fra Keller og Galgay (2010) argumenterer for at mikroaggresjon er et fenomen som bør gis økt oppmerksomhet, siden det potensielt kan være svært skadelig for dem som opplever det. Mottakere kan ha det tungt med å forholde seg til innholdet i det som formidles gjennom mikroaggresjoner; de må ofte avfinne seg med at mottaker «egentlig har ment det godt» og har sjeldent mulighet til å formulere et motsvar (Dawsey, 2022). Ifølge disse studiene, kan mikroaggresjon forstås som en integrert del av samfunnets ubevisste diskriminering, og mottakerne av mikroaggresjon internaliserer budskapet i samspillet, og gjør det til ens egen identitet.

Enkelte motmaktstrategier som nevnes i den internasjonale litteraturen, er underkommunisering av funksjonsnedsettelsen, tilbaketrekning og bruk av humor for å ta brodden av budskapet (Robb, 2015; Kaiser et al., 1987; Berger, 2013). I den internasjonale litteraturen ser det ut til at det for mange kan oppleves som et stadig problem eller byrde å bli utsatt for mikroaggresjon. Men for noen kan også resultatet, paradoksalt nok, bli at de styrkes gjennom å ta til motmæle og drive aktiv interessepolitisk kamp. Enkelte blir også talspersoner for funksjonshemmedes interessegrupper eller profilerte motstemmer. Dawsey (2023) finner også at flere etter hvert blir styrket av de opplevelsene de har med mikroaggresjon.

### **Interseksjonalitet**

Innenfor den internasjonale forskningen på dette området finner man også ulikheter i utsatthet for mikroaggresjon. Både Aydemir-Döke & Herbert (2021) og Conover et al. (2017) fant i sine studier at synlig funksjonshemming innebærer en større risiko for mikroaggresjon. Det å tilhøre flere typer minoriteter ser også ut til å gi økt sannsynligheten for å bli utsatt for mikroaggresjon (Aydemir-Döke & Herbert, 2021; Olkin et al., 2019). Flere sårbarhetsfaktorer kan på denne måten øke sannsynligheten for å oppleve mikroaggresjon. Personer med høyere utdanning rapporterer i større grad om mikroaggressionserfaringer. Det kan ses i sammenheng med at de kanskje har større selvtillit og oppfatter tidligere uttrykk for mikroaggresjon, eksempelvis i form av lave forventninger og nedlatende holdninger (Aydemir-Döke & Herbert, 2021).

### **Subjektivt, situasjonelt og kontekstavhengig**

Teoriene om mikroaggresjon har blitt kritisert for å ha utydelige grenser. For eksempel kan både ignorering og for mye oppmerksomhet rettet mot minoritetselever i klasserommet bli kalt mikroaggresjon, alt avhengig av situasjonen (Lilienfeld, 2017). Ifølge Sue (2010) er det opp til den enkelte å avgjøre om det er mikroaggresjon eller ikke, selv om man åpenbart ikke kan påstå seg fornærmet av hva som helst. Dette er også noe av grunnen til at mikroaggresjoner kan forstås som skadelige, fordi de vanligvis er

tvetydige og subtile tegn og uttrykk (Sue, 2010). Det er også en kjent kritikk at mottakerens tolkninger av mellommenneskelige persepsjon av interaksjoner spiller inn. Spørsmålet kan derfor stilles slik: Er det som måles kun et uttrykk for mottakerens overfølsomhet?

Begrepet mikroagresjon – slik det benyttes i den internasjonale litteraturen – fremstår som komplekst, mangefasettert og kontekstavhengig. Cronbach og kollegaer har pekt på at den mellommenneskelige oppfattelsen av interaksjonen er minst like betydningsfull som det som faktisk blir sagt (Cronbach, 1955; Gage & Cronbach, 1995). Nettopp denne flertydigheten gjør det interessant å se på fortolkningsrommet. Mikroagresjoner kan være velment fra avsenderens side, mens budskapet som følger med bidrar til å gjøre handlingen tvetydig. Det gjør det vanskelig å kategorisere en handling som mikroagresjon. Mikroagresjon refererer altså ikke kun til isolerte hendelser, men hendelser som veves inn i en større sosial eller institusjonell kontekst hvor det som blir sagt eller gjort blir til marginalisering og undertrykkelse av spesifikke grupper basert på fordommer, manglende bevissthet, stereotypier og innarbeidede forestillinger. Samtidig er ofte mikroagresjon indirekte og vanskelig å konkretisere. Nettopp dette at begrepet mikroagresjon fortsatt er delvis flytende, og uten en omforent eller avgrenset definisjon, gjør at begrepet er potent og kan ha stor retorisk kraft i interessepolitisk øyemed.

I forberedelsene og underveis i arbeidet med denne studien har vi gått gjennom litteraturen og lest de studiene som tidligere er gjennomført på dette området. Disse studiene varierer i noen grad i innretning og metodisk tilnærming. Overordnet bygger de likevel på den forståelsen som vi har referert til over, som er basert på Pierce (1970) og Sue (2010).

**Tabell 2.2: Oversikt over tidligere studier av funksjonshemmedes erfaringer med mikroagresjon**

Forfatter(e)	Kjennetegn ved utvalg	Metodisk tilnærming	N	Hvordan
Keller & Galgay, 2010	Voksne med funksjonsnedsettelse	Kvalitativ	12	Fokusgrupper
Conover, 2017	Voksne med fysiske funksjonsnedsettelse	Kvantitativ	833	AMS
Conover & Israel, 2019	Seksuelle minoriteter med funksjonsnedsettelse	Kvantitativ	192	AMS
Olkin et al., 2019	Kvinner, synlige og ikke-synlige funksjonsnedsettelse	Kvalitativ	30	Fokusgrupper
Kattari, 2017	Voksne med og uten funksjonsnedsettelse	Kombinert	Intervju: 13 Survey: 984	AMS-65
Kattari, 2020	Voksne med funksjonsnedsettelse	Kvantitativ	311	AMS-65 og MHI-18
Lett et al., 2020	Canadiske universitetsstudenter med funksjonsnedsettelse	Kvantitativ	108	AMIQ, academic self-concept scale, PHQ-) og GAD-7

Forfatter(e)	Kjennetegn ved utvalg	Metodisk tilnærming	N	Hvordan
Eiseman et al. 2020	Amerikanske universitetsstudenter med funksjonsnedsettelse	Kvalitativ	23	Intervjuer
Andreou et al. 2021	Greske universitetsstudenter med funksjonsnedsettelse	Kvantitativ	89	AMS, PSS, Satisfaction with Life Scale, the Rosenberg Self-Esteem Scale
Conover et al., 2021	En gruppe med funksjonsnedsettelse og en gruppe uten funksjonsnedsettelse	Kvantitativ	307	Vignetter, AMS og skala for å måle depresjon
Aydemir-Döke & Herbert, 2022	Voksne med funksjonsnedsettelse	Kvantitativ	245	AMIQ
Sparrow et al., 2023	Voksne med kognitive funksjonsnedsettelse	Kvalitativ	10	Intervjuer
Dawsey et al., 2023	College-studenter med funksjonsnedsettelse på tre amerikanske universiteter	Kombinert	Intervju: 5 Survey: 7	Intervjuer og spørreskjema/skala. AMIQ og «thriving scale».
Conner et al., 2023	Personer med funksjonsnedsettelse som har mottatt psykoterapi	Kombinert	24	Semi-strukturerte intervjuer og spørreskjema (ikke AMS)
Deroche et al., 2024	Voksne med funksjonsnedsettelse, fullført videregående. Spesiell oppmerksomhet på sosioøkonomisk og etnisk bakgrunn	Kvantitativ	201	AMS-skala

Som det fremgår av tabellen, er det betydelige forskjeller i metodisk tilnærming og omfang av respondenter/informanter. Et gjennomgående trekk i disse studiene er likevel at man finner sammenhenger mellom hvordan personene rapporterer om opplevd mikro-aggresjon, og deres selvbilde, subjektive livskvalitet og psykiske helsesituasjon. Ikke alle studiene peker på disse sammenhengene som like alvorlige, eller like tydelige, men de er alvorlige nok til at man bør undersøke dette fenomenet også i en norsk kontekst.

## 3 Metodisk tilnærming

Vår metodiske tilnærming har bestått i en kombinasjon av en digital spørreundersøkelse rettet mot et bredt utvalg av personer med nedsatt funksjonsevne, kombinert med semi-strukturerte, personlige intervjuer med et mindre antall personer som har meldt seg som frivillige til å delta. Spørreundersøkelsen er benyttet for å rapportere om personlige erfaringer, og for å se etter eventuelle sammenhenger med helsemessige forhold. De kvalitative intervjuene er brukt som et inntak til faglig nyansering og fordypning av de erfaringene som personene har. Kombinasjonen av ulike metodiske tilnærminger bidrar til å styrke både de kvalitative og kvantitative sidene ved studien, ved at empirisk data om et større utvalg kan indikere omfang av mikroagresjon i utvalget, kombinert med at beskrivelsene av personlige erfaringer kan belyse hvordan dette treffer den enkelte. Mikroagresjon er komplekst, og det har vært viktig for oss å tilstrebe en bred forståelse av hvordan individer opplever og forholder seg til fenomenet, samt hvordan disse opplevelsene eventuelt kan påvirke psykisk helse.

Datainnsamlingen har pågått i perioden fra desember 2022 til august 2023. Vi har samarbeidet med organisasjonen Unge funksjonshemmede om gjennomføringen av studien. Underveis har vi hatt et tett samarbeid med en av medarbeiderne i administrasjonen og drøftet prinsipielle og praktiske spørsmål, og vi hatt sporadiske møter med ledelsen. Etter vår mening har dette samarbeidet bidratt til bedre treffsikkerhet og relevans, og har gjort at vi har nådd relativt bredt ut i målgruppene for studien. Unge funksjonshemmede er en paraplyorganisasjon for 37 organisasjoner og grupperinger av ungdom med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom, og de har bidratt til å spre informasjon om vår studie og rekruttere sine medlemsorganisasjoner til å videreformidle spørsmål om deltakelse til sine medlemmer.

### 3.1 Målgruppe for studien

Vi ønsket primært å komme i kontakt med personer mellom 16 og 35 år med nedsatt funksjonsevne eller en kronisk sykdom. Vi har vært spesielt ute etter å belyse om unge mennesker har erfaringer med å bli utsatt for ulike former for mikroagresjon, og hvilken innvirkning det i så fall har på deres liv. Unge voksne er i en spesiell og sårbar fase i livet som er preget av overgang til voksenlivet og dets tilhørende utfordringer. Unge med funksjonsnedsettelse kan oppleve denne overgangen ekstra sterkt, og det er grunn til å tro at det å oppleve mikroagresjoner vanskeliggjør denne fasen ytterligere. Unge voksne er i en alder der identitetsutvikling er viktig, og det å møte utfordringer knyttet til aksept og forståelse fra omgivelsene kan gjøre en ekstra sårbar for påvirkning, vurdering og ekskludering fra andre. Spørreundersøkelsen ble rettet mot grupper av unge mennesker, men det var likevel ingen ting som forhindret voksne og eldre fra å delta.

### 3.2 Semi-strukturerte intervjuer

Et første steg i vår tilnærming var å opprette en «digital postboks» der unge mennesker kunne melde seg som informanter til den kvalitative studien, og – hvis de ønsket det – kunne rapportere om sine opplevelser med mikroagresjon. Postboksen ble publisert på hjemmesiden til organisasjonen Unge Funksjonshemmede i desember 2022.

Postboksen inneholdt et lite knippe spørsmål om erfaringer den enkelte respondent hadde hatt med hendelser som kunne sorteres inn under begrepet mikroagresjon. Alle svar til postboksen var i utgangspunktet anonyme, men de som ville stille opp til et intervju, kunne legge inn kontaktinformasjon. En lenke til postboksen ble også promotert i sosiale medier.<sup>1</sup>

Vi gjennomførte til sammen tolv semi-strukturerte intervjuer i perioden januar 2023 til juli 2023. Så sant informanten ga sitt samtykke til det, ble det gjort lydopptak. Intervjuene ble transkribert i etterkant. Åtte av de tolv informantene har synlig funksjonsnedsettelse, mens tre av dem har ikke-synlig funksjonsnedsettelse. En av informantene har en funksjonsnedsettelse som er synlig av og til. Informantene består av ti kvinner, en mann og en ikke-binær. Den ene halvparten av informantene er i 20-årene, og den andre halvparten er i 30-årene. En av informantene er en mor til en tenåringsgutt med en alvorlig funksjonsnedsettelse. Med bakgrunn i våre spørsmål beskrev informantene ulike erfaringer knyttet til å leve med nedvurderende kommentarer, vitsing, bagatellisering eller barnsliggjøring. Et mål ved intervjuene var å få mer utfyllende beskrivelser av opplevelsene knyttet til mikroagresjon hos unge mennesker med funksjonshemming, og eventuelt hvordan disse erfaringene kan påvirke den enkelte. Vi har vært opptatt av å forstå hvordan dette foregår, settingene det oppstår i og hva det gjør med informantens selvbylde, subjektive livskvalitet og identitet.

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide vi utviklet med bakgrunn i allerede eksisterende litteratur på feltet, kombinert med informasjon fra postboksen. Intervjuguiden ble også drøftet med referansegruppen, og spørsmålene ble revidert på bakgrunn av deres kommentarer. I intervjuene ble det stilt spørsmål av typen «Kan du huske erfaringer med nedverdiggende kommentarer?» og «Kan du fortelle hvordan du reagerte på dette der og da?». Intervjutidspunkt ble avtalt med den enkelte informant og gjennomført på telefon eller Teams, avhengig av hva den enkelte foretrakk. Intervjuene varte om lag 45–60 minutter.

Analysen av det kvalitative datamaterialet ble gjort ved gjennomlesning og kodinger av de transkriberte intervjuene i programvaren Nvivo. Vi gjorde en tematisk analyse, basert på en typologi inspirert av Keller og Galgay (2010), som viser ulike former for mikroagresjon, og vi supplerte dette med nyere forskning (Sparrow et al., 2023). Etter at vi hadde identifisert temaer, kunne vi danne oss et overblikk over de sentrale områdene som kommer frem i denne delen av studien.

### **3.3 Utviklingen av spørreskjemaet**

Arbeidet med å utvikle et spørreskjema har vært en gradvis og møysommelig prosess. Vårt første steg i dette arbeidet var å orientere oss i tidligere forskning og litteratur på området. Det ble tidlig klart at den foreliggende engelskspråklige litteraturen på dette feltet er relativt begrenset. Det forelå enkelte versjoner av engelske spørreundersøkelser som kunne anvendes for å undersøke fenomenet. Disse hadde noe varierende omfang og innretning, og antallet spørsmål i enkelte av dem var såpass høyt at vi vurderte

---

<sup>1</sup> Lenken til postboksen ble fjernet fra Unge Funksjonshemmedes hjemmeside i forbindelse med utsendelsen av spørreundersøkelsen.



dem som lite realistisk å benytte til vårt formål. Det ble derfor viktig å finne frem til en variant som hadde et hensiktsmessig antall spørsmål, og spørsmål som fortrinnsvis traff mest mulig presist på temaet vi ville belyse. Vi fant frem til tre ulike spørreskjemaer: Abelism microaggression inventory (Kattari, 2017, 2020) (AM-inventory), Abelism microaggression scale (Conover et al., 2017) (AMS) og Ableist microaggression impact questionnaire (Aydemir-Döke et al., 2022) (AMIQ).

Kattari (2017, 2020) utviklet spørreskjemaet Abelism microaggression inventory (AM-inventory) der målgruppen er personer både med og uten funksjonshemming. Hensikten er å måle frekvensen av mikroaggresjon på et 65-punkts spørreskjema. Til tross for at AM-inventory regnes for å ha høy validitet, så er antallet spørsmål såpass omfattende at vi vurderte at det sannsynligvis ville føre til lavere svarprosent (jf. Aydemir-Döke & Herbert, 2021). I disse studiene benyttet Kattari også et 18-punkts spørreskjema med noen mål på psykisk helse (Kattari, 2020).

Et annet spørreskjema, Ableist microaggression impact questionnaire (AMIQ), ble utviklet av Aydemir-Döke & Herbert (2021) og inneholder 25 spørsmål. Dette skjemaet var utviklet for å måle hvilken innvirkning mikroaggresjon har for personer med psykisk, fysisk, utviklingsmessig og kognitiv funksjonsnedsettelse. Spørreskjemaet er testet på et relativt lite utvalg (N = 254).

Det tredje spørreskjemaet vi fant frem til, Abelism microaggression scale (AMS), ble opprinnelig utviklet av Keller og Galgay (2010). Skjemaet ble i sin tur revidert og videreutviklet av Conover et al. (2017). AMS består av et 20-punkts spørreskjema som måler frekvensen av mikroaggresjon rettet mot personer med fysiske funksjonsnedsettelser. Skjemaet har vært revidert i flere runder. Ved hjelp av faktoranalyse har spørsmålene blitt gruppert etter kategorier: hjelpeløshet, nedvurdering, dehumanisering og annengjøring. Vi har utarbeidet en norsk versjon av Abelism microaggression scale (AMS) (Conover et al., 2017). Spørreskjemaet ble oversatt til norsk av forfatterne etter retningslinjene i litteraturen (Streiner et al., 2015; Tsang et al., 2017; Ware, 1996). Oversettelsene ble kvalitetssikret av to forskerkolleger, som hver for seg ga oss kommentarer og tilbakemeldinger på de språklige nyansene i spørsmålene. Spørsmålene ble også diskutert med prosjektets referansegruppe.

### 3.4 Sammensetningen av spørreskjemaet

**Ableist Microaggressions Scale (AMS)** er en skala på 20 spørsmål som måler selvrapporterte opplevelser med mikroaggresjoner gjennom livet. AMS inkluderer fire subskalaer: hjelpeløshet, fornektelse av personlighet, annengjøring og minimering. Eksempler på påstander, er «Folk sier at det å leve med en funksjonsnedsettelse ikke er et verdig liv» og «Folk forteller at de synes synd på meg fordi jeg har en funksjonsnedsettelse». Svaralternativene er rangert på en 6-punkts Likert-skala fra 0 (aldri) til 5 (veldig ofte). Desto høyere skår respondentene har, jo større trykk av mikroaggresjon har respondentene opplevd gjennom livet.

**Skala for å måle psykiske helseplager:** Vi har valgt en kortversjon av Hopkins Symptom Checklist (HSCL) med syv påstander for å måle psykiske helseplager med parameterne depresjon og angst. Deltakerne ble bedt om å angi hvor plaget de har vært i hverdagen

av for eksempel «nervøsitet eller indre uro» og «plutselig frykt uten grunn» de siste to ukene. Frekvensen ble vurdert på en 4-punkts Likert-skala fra 0 (ikke plaget) til 3 (vel-dig plaget), der høy skår reflekterer større psykiske helseplager. Hopkins Symptom Checklist har vist god reliabilitet og konstruksjonsvaliditet (Sandanger et al., 1998; Dero-gatis et al., 1974). Dette er målinger som er oversatt til norsk og har vist gode psyko-metriske egenskaper på norsk (de Vibe & Moum, 2006).

**Mini International Personalitet Item Pool, nevrotisme skala (Mini-IPIP):** Skalaen in-kluderer fire påstander som måler individuelle forskjeller i negative emosjoner. Et ek-sempel på en påstand er «Jeg har ofte humørsvingninger», som måles på en 5-punkts Likert-skala der 1 er helt uenig til 5 som er helt enig. Mini-IPIP fantes i en allerede over-satt versjon (Streiner et al., 2015; Tsang et al., 2017; Ware, 1996).

**Ytterligere spørsmål som er inkludert:** For å kunne dekke en størst mulig bredde av er-faringer og uttrykk for subtile ulike typer funksjonshemminger, ble det etter dialog med referansegruppen utarbeidet noen flere spørsmål om erfaringer med mikroagresjon. Inspirasjonen til disse spørsmålene ble hentet fra konkrete innspill som referansegrup-pen ga oss, og fra spørreskjemaet AM-impact. I spørreskjemaet ble respondentene bedt om å vurdere hvor ofte de har hatt disse opplevelsene, skalert på en 5-punkts Li-kert-skala som strekker seg fra «aldri» til «veldig ofte», på samme måte som spørsmå-lene i AMS. (I analysene fant vi små systematiske utslag på disse spørsmålene, og i denne rapporten har vi derfor ikke gått videre på dette.)

**Demografi:** Spørreskjemaet inkluderer spørsmål om kjønn, alder, hvor i landet informan-ten bor, trekk ved bostedet, høyest fullført utdanning på informanten og en forelders høyeste fullførte utdanning (til sammen seks spørsmål).

**Status på funksjonshemming.** Spørreskjemaet inkluderer tre spørsmål om funksjons-hemming, typer funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, om daglige aktiviteter er begrenset på grunn av funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom og om funksjonsned-settelsen er synlig eller tydelig for andre.

**Studiens mikroagresjonsskala:** Som nevnt over, består vår mikroagresjonsskala av demografi, status på funksjonshemming, Ableist microaggression scale (Conover et al., 2017) som har blitt oversatt til norsk, tilleggsspørsmål hentet fra Ableist microaggression impact questionnaire (Aydemir-Döke al., 2022) og fra inspirasjon i referansegruppen, spørsmål knyttet til helsekonsekvenser og mål for nevrotisme. Til sammen utgjør den utarbeidede mikroagresjonsskalaen 52 spørsmål.

**Tabell 3.1: Oversikt over spørsmålene i denne studien**

Bakgrunn: alder, kjønn, utdanning m.m.	6 spørsmål
Status, funksjonsnedsettelse	3 spørsmål
Ableist microaggression scale (Conover, 2017)	20 spørsmål
Tilleggsspørsmål	12 spørsmål
Depresjon, angst, nevrotisme	11 spørsmål
Til sammen	52 spørsmål

### 3.5 Pilotering og utsendelse av surveyen

Før utsendelse ble spørreundersøkelsen pilotert av tre personer fra Unge funksjonshemmede, som testet undersøkelsen og ga nyttige tilbakemeldinger. Utvalget i studiens kvantitative del ble rekruttert gjennom interesseorganisasjoner for funksjonshemmede og personer med kronisk sykdom. Interesseorganisasjonene<sup>2</sup> rekrutterte ved å sende e-post med web-lenke direkte til sine medlemmer, i nyhetsbrev, på nettsider og i sosiale medier. Vi kontaktet ulike medlemsorganisasjoner i mars 2023, med forespørsel om å sende ut til sine medlemsregister og dele på sosiale medier. Ti organisasjoner distribuerte spørreundersøkelsen videre til sine medlemmer. Dette ga oss svært få respondenter (N = 109). Det lave antallet svar i den første runden vurderte vi at hadde sammenheng med at invitasjon var skrevet litt for komplisert. Vi reviderte invitasjonsteksten, før det så ble gjennomført en ny runde med distribusjon. En ny e-post med invitasjon og lenke til spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle medlemsorganisasjonene hos Unge Funksjonshemmede, med forespørsel om å sende ut til sine medlemsregister og dele på sosiale medier. Samtidig tok vi enda en gang kontakt med ulike organisasjoner for funksjonshemmede. Dette førte til at 15 organisasjoner videresendte spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble lukket 21. juli 2023, og det endelige antallet svar endte på 1033. Etter en runde med utsiling av useriøse og ufullstendige svar, endte antallet på 1017 respondenter.

Det elektroniske spørreskjemaet ble distribuert via programmet QuenchTec. All deltakelse har vært basert på frivillighet. For å svar på spørsmålene, har alle respondenter måttet krysse av på at de ønsker å delta etter å ha lest den første informasjonssiden om studien. Data fra spørreundersøkelsen ble analysert ved deskriptive studier og korrelasjonsanalyser for å få bedre forståelse av respondentenes erfaringer med mikroaggressjon og deres selvrapporterte helsesituasjon. For å forberede for analyser, ble dataen

---

<sup>2</sup> Unge Funksjonshemmede, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Norges Handikapforbund Ungdom (NHF), Samarbeidsforumet av Funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO), ULOBA, Blindeforebundets Ungdomsorganisasjon, Mental Helse Ungdom (MHU), Døveforbundet, Norsk Tourette Forening, CP-foreningen Ungdom, Hørselshemmedes landsforbund og ADHD Norge.

overført fra QuenchTec og analysert i SPSS. Spørreundersøkelsen har også åpne spørsmål som ble analysert i Nvivo etter samme kategorier som de transkriberte intervjuene.

Siden spørreskjemaet ble distribuert på den måten som er beskrevet over, er det et selvrekruttert utvalg. Det innebærer at vi ikke kan vite i hvilken grad respondentene er representative for den målgruppen. Det er ikke nødvendigvis slik at alle som har fått henvendelsen har sett eller lest den, og blant dem som har sett forespørselen, er det kanskje mange som har tenkt at dette ikke angår dem. Det kan også være at en del ikke har ønsket å delta fordi det opplevdes som tungt eller vanskelig. Det er derfor ikke mulig å vurdere svarprosent i noen egentlig forstand, men bakgrunnsvariablene om demografi og funksjonsnedsettelse gir en indikasjon på hvordan respondentene er fordelt.

At undersøkelsen er delt via sosiale medier og nettsider som Facebook og Instagram, betyr at personer som ikke har funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom også har hatt tilgang til å kunne svare. I et selvrekruttert utvalg er det vanlig med skjevheter i utvalget. På bakgrunn av måten respondenter og informanter har blitt rekruttert, i et ikke-sannsynlighetsutvalg, kan vi ikke generalisere funnene.

### **3.6 Forskningsetiske hensyn**

Målgruppen for studien kan i noen grad sies å utgjøre en sårbar gruppe. Det omfatter mennesker med en funksjonsnedsettelse, og deler av respondentgruppene består av unge mennesker i alderen fra 16 år og oppover. Det å snakke om erfaringer med opplevd mikroagresjon kan i noen tilfeller tenkes å være sårt og vanskelig. Siden dette er en anonym spørreundersøkelse, har vi ikke hatt noen mulighet for å vurdere hvordan den enkelte har reagert på å besvare spørsmålene.

Melding om prosjektet ble sendt på ordinær måte til Sikt, som er Fafos personvernombud for forskning. Prosjektet ble tilrådet gjennomført. Etter å ha diskutert dette med Unge funksjonshemmede, bestemte vi at den siste, avsluttende siden i spørreundersøkelsen takket for deltakelse og oppgav kontaktnummer til tre støttetjenester, i tilfelle respondentene opplevde at noen av spørsmålene våre triggert vanskelig følelser eller tunge tanker. De tre tjenestene som ble nevnt, var Mental helses hjelpetelefon, Chat-tjenesten [www.sidetmedord.no](http://www.sidetmedord.no) og Mental Helse Ungdoms Hjelpechat.

Allt av datamateriale er anonymisert og håndtert etter gjeldende forskningsetiske regler, og det er kun forskerne som har hatt tilgang til selve datamaterialet. Undersøkelsen er gjennomført i tråd med de forskningsetiske retningslinjene for samfunnsvitenskapelige studier.

## 4 Erfaringer med mikroagresjon

I den innledende fasen av prosjektet gjennomførte vi en serie med åpne, semi-strukturerte intervjuer med tolv unge voksne fra ulike deler av landet. Alle har en funksjonsnedsettelse som er synlig eller ikke-synlig for andre. Noen av dem har en kombinasjon av flere funksjonsnedsettelser. Informantene er i aldergruppen fra 23 til 37 år, og de fleste er slutten av 20-årene eller begynnelsen av 30-årene. De ble rekruttert gjennom en kort elektronisk survey som ble gjort tilgjengelig fra Unge funksjonshemmedes nettside. Et sentralt mål med disse intervjuene var å forstå hvordan disse personene opplever ulike former for mikroagresjon i sin hverdag, hva det gjør med dem og hvordan de håndterer det. Vi har gjort en tematisk analyse av datamaterialet fra disse intervjuene.<sup>3</sup> En første observasjon av materialet er at det er en glidende overgang mellom en rekke ulike former for mikroagresjon, slik vi også allerede har pekt på tidligere. Informantene beskriver både opplevelser som har skjedd tidlig i livet og for noen få dager siden. Dette er erfaringer som noen ganger skjer nesten uoppmerksomt, mens andre ting kan oppleves svært sårende eller nedverdiggende. Episoder fra langt tilbake kan ha brent seg fast i minnet, og som de i noen grad forstår senere erfaringer med mikroagresjon i lys av.

I denne kapitlet går vi nærmere inn på de fire hovedformene av mikroagresjon som vi beskrev i forrige kapittel, og som er sentrale i spørreundersøkelsen vi har gjennomført. De fire hovedformene er: a) hjelpeløshet, b) minimering, c) fornektelse av personlighet og d) annengjøring. Vi har valgt ut fire av informantene for å beskrive hver av disse. I teksten nedenfor vil du møte Ingvild, Elin, Maria og Trude. Hver informants historie representerer vel å merke en langt større bredde i ulike typer av erfaringer med mikroagresjon enn hva vi beskriver her. Hensikten er å kunne beskrive konkrete erfaringer med mikroagresjon, og hva det gjør med mottakerne. Erfaringer med mikroagresjon fletter seg innimellom alt mulig annet som foregår i hverdagen. Noen ganger tenker de ikke over det, mens andre ganger er det slitsomt eller provoserende. I enkelte tilfeller kan det være svært sårende eller nedverdiggende. Igjen er det summen av disse erfaringene vi er opptatt av, og hvordan informantene opplever at det påvirker selvbildet og helsen deres.

### 4.1 Annengjøring: Er det greit å ta abort på sånne som meg?

Ingvild er en kvinne på 36 år med en sjelden, fysisk funksjonsnedsettelse. Funksjonsnedsettelsen er i de fleste sammenhenger synlig for andre, men Ingvild forklarer at hun i noen tilfeller klarer å skjule den for andre. Hun bor i en norsk by med samboer og barn, og har en lang utdanning og en høyt ansett stilling.

Jeg synes det var interessant å få et begrep for det! Mikroagresjon var et begrep jeg ikke har hørt før, og de spørsmålene som ble stilt i undersøkelsen var min første tanke «Å ja, er dette noe man ikke skal akseptere?» Fordi dette er en naturlig del av det å se annerledes ut i dagens samfunn. Man tror man er veldig inkluderende, åpne og reiser

---

<sup>3</sup> Mer utdypende analyser vil bli publisert på dette materialet i andre sammenhenger.

med hverandre. Men når det kommer til det å ha synlig funksjonshemming, så oppleves det som at mikroagresjon er akseptert, og man tenker nok ikke over mye av det som blir sagt og gjort. Noe er sagt i beste mening, men det kan oppleves som nedverdiggende og stigmatiserende.

[...]

Det er synlig fra du går ut døren til du kommer hjem, og det er alle de små blikkene. Folk reagerer med «Oi, hva var det jeg så nå?» Noen må se en ekstra gang, stirre ekstra lenge eller smiler til deg som «Stakkars deg».

Ingvild har en vanlig jobb og familieliv, men andre menneskers forestillinger om funksjonsnedsettelsen er et stadig tilbakevendende tema i hverdagen hennes, og dette er plagsomt å bli minnet på. I seg selv utgjør ikke funksjonsnedsettelsen et problem for henne i hverdagen, men den måten den omtales på, opplever hun som degraderende og svært sårende.

Det at jeg er funksjonshemmet, overskygger alt annet. Det gjør det i prinsippet fra du ligger i magen så er det et tema. Jeg er født med en diagnose som anses som alvorlig avvik og derfor er det greit å ta abort på sånne som meg. Samfunnet aksepterer at mitt liv ikke er verdt å leve. Hver gang den debatten kommer opp er jeg et helvete å bo med, fordi jeg tar det personlig, rett og slett. Og den meningen du har, kan du ikke si – fordi den bølgen av de som ønsker den bestemmelsen er så sterk og tøff, de har lov til å si hva de vil. «Selvsagt» vil ingen ha et funksjonshemmet barn, «selvsagt» er det ingen som vil at barn som meg skal bli født! Det er veldig tøft, også skal jeg gå på jobbdagen etter og late som ingenting. Jeg har til og med hatt venninner som har sagt de hadde aldri taklet å få et barn som meg. Dette stikker dypt, i hvert fall når de kjenner meg.

Annengjøring viser til erfaringer med å bli degradert og vurdert som ikke verdsatt som fullt ut menneske. Uttrykk for dette er for eksempel utsagn om at man er en byrde og at man ikke burde skaffe barn. Informanten i dette eksemplet viser til at også vennene hennes uttaler at de ville tatt abort hvis det ble oppdaget at fosteret deres hadde den diagnosen hun har.

## **4.2 Minimering: Jeg må stadig bevise funksjonsnedsettelsen**

Elin er 26 år og har en sjelden diagnose som blant annet innebærer kraftig hodepine. Hun ble ikke diagnostisert før hun var voksen, og mye av årsaken var at legene ikke trodde på henne og symptomene hun hadde. Etter mange år med uforklarlige symptomer og frustrasjon, fikk hun henvisning til en nevrolog som kunne stille diagnosen sjelden hodepine. Som følge av trykk i hodet, strever Elin med nakkeplager, synshemming og kognitive vansker, som å prosessere informasjon og konsentrasjon. Diagnosen er ikke synlig eller tydelig for andre.

Diagnosen min er ikke synlig eller tydelig for andre, jeg fremstår som normal. Dette er en større byrde enn hvis den hadde vært synlig. Mens personer med synlige

funksjonshemminger ofte blir undervurdert, stilles det urimelig høye forventninger til de med usynlige funksjonshemminger. Det er forventet at jeg skal fungere som alle andre. Selv om jeg er åpen og ærlig om min tilstand, må jeg prestere likt og til lik tid som alle andre. Det er en nedvurdering av diagnosen min og dette tvinger meg til å bruke ekstra mye tid og energi på å klare å leve opp til de forventningene.

Elin forteller hvordan minimering påvirker henne i det daglige, spesielt i studiene. Elin søkte også om utsettelse på innleveringen av masteroppgaven på grunn av sykdommen. Dette førte til at hun mistet kravet på veiledning. Samtidig har hun måttet vise legeattest på tilretteleggingsavdelingen på universitetet hvert semester, til tross for at tilstanden hennes er kommet for å bli. Elin opplever livet på universitetet som mer strevsomt enn det hun mener det burde være.

Jeg må ha legeerklæring hvert semester fordi det er ikke godt nok at det står at tilstanden min er kronisk. Dette blir en ekstra byrde i eksamensperioder, en tid hvor jeg allerede opplever smerter. Prosessen føles som en kamp hvor jeg må bevise min sykdom: «Jo, jeg er faktisk syk, du må tro meg.» En gang fikk jeg en generell legeattest som beskrev min kroniske hodepine og nedsatt syn. På tilretteleggingskontoret ble det imidlertid møtt med skepsis, med spørsmål om hvorfor jeg trengte tilrettelegging basert på disse forholdene. I kontrast fikk en medstudent med en epilepsidiagnose omfattende støtte og et tilrettelagt opplegg straks diagnosen ble kjent. Sånn var det ikke for meg. Jeg ble misunnelig. Jeg føler meg «defeated», det er et nederlag, åh «here we go again...» Jeg blir frustrert og lei meg for at de ikke stoler på meg, de ser på meg som en løgner, en som finner på ting og en som utnytter systemet. Tror de hvem som helst gidder å gå igjennom dette, hvis de ikke er friske.

Elin reflekterer over hvordan samfunnets forventninger til hva det vil si å være syk kolliderer med realiteten til personer med ikke-synlige funksjonsnedsettelse. Det Elin egentlig beskriver er hvordan mikroagresjon fører til en identitetskonflikt: på den ene siden ønsker hun å bli anerkjent og trodd på at hun har en funksjonsnedsettelse, mens på den andre siden har hun et ønske om å leve et så normalt liv som mulig. Dersom hun ikke viser sykdommen, kan dette resultere i at folk tviler på henne og at hun går glipp av nødvendig støtte og tilrettelegging, noe som kan påvirke henne negativt og gjøre livet enda vanskeligere.

«If you have to prove that you are ill, you can't get well». Dette oppsummerer opplevelsene mine veldig fint, jeg må bevise meg. Jeg må vise at jeg er syk og har vondt for å bli trodd. Alle har en oppfatning om hva som er et sykt menneske. Fokuset skiftes fra alt jeg klarer til tross for funksjonshemmingen, til alt jeg ikke klarer på grunn av funksjonshemmingen. Jeg må vise at jeg er syk, fordi de tror ikke på det, men sykdommen min er ikke synlig, og dermed kan jeg ikke vise det heller. Jeg føler at ingen tror at jeg sitter og har vondt hele tiden. Jeg må ha slappere øyne, ned med øyenbrynene og snakke litt saktere. sånn som folk som ikke er kronisk syke er når de blir syke, - de

gjenkjenner det mer. Det er så motsigende, fordi forventningene er at man skal se at noen er syke, men fra mitt perspektiv så føler jeg ikke meg noe bedre om jeg går rundt og viser hvor vondt det er, jeg vil late som om dette går greit å prøve å ha det gøy, late som det ikke ødelegger.

Minimering refererer til atferd, holdninger eller handlinger som bagatelliserer, overser eller undervurderer erfaringene, evnene og behovene til personer med funksjonshemming. Dette kan for eksempel være å ikke anerkjenne tilretteleggingsbehov, tenke at funksjonshemmede ikke er i stand til å utføre visse oppgaver, bidra i diskusjoner eller ha en karriere, minimere deres potensial og overse deres faktiske evner og prestasjoner, og invalidere deres opplevelser. Andre eksempler er å snakke til personen som barn, eller ta avgjørelser på personen vegne uten samtykke.

### 4.3 Hjelpeløshet: Er ho venninna di blind, eller?

Maria, som er 25 år gammel, har nylig flyttet tilbake til foreldrenes hjem og er på jobb-jakt. Hun er svaksynt, med et synsradial på kun 3–5 prosent, og er helt blind på det høyre øyet. Synshemmingen stammer fra en barndomsdiagnose av netthinnekreft. Behandlingen hun gjennomgikk førte til grå stær, som igjen førte til alvorlig synshemming. Maria beskriver flere eksempler på opplevelser der hun har blitt sett på som hjelpeløs eller mindre kompetent. Tidligere var hun paralympisk svømmer, før hun så ønsket å starte på studier. Da hun presenterte planene for veilederen sin hos Nav, ble hun møtt med råd om at det kunne være mer fordelaktig for henne å søke uføretrygd istedenfor å ta utdanning.

Jeg prøvde å få sommerjobb det året jeg sluttet med paralympisk svømming. Jeg var på landslaget. Men da jeg sa til Nav at jeg ønsket å studere, men veilederen min foreslo uføring istedenfor.. Jeg ville ikke være ufør, men det var nedslående å få den beskjeden. Om jeg ikke skulle fortsette å være parautøver, så skulle jeg bli ufør.

Maria beskriver at hun opplever situasjoner der hun får uønsket hjelp. Dette kan for eksempel være på gaten eller på skolen. Denne uønskede hjelpen føles både ubehagelig og overraskende. Til tross for at dette kanskje er godt ment, sender dette et signal til Maria om at hun ikke kan håndtere situasjonen selv og nedvurderer hennes evne til å navigere i hverdagen. Et eksempel på dette er da en person ga henne hjelp over en lysovergang uten å spørre henne.

Jeg får ofte hjelp uten at jeg har bedt om det, og det er veldig ubehagelig. Jeg skulle over veien, jeg synes det er stress om ikke det er lyd på lysovergangen, også kommer det en mann og sier «hallo, trenger du hjelp?» da blir jeg forvirra og lurer på om jeg kjenner han. Men idet han spør så tar han meg i armen og drar meg over lyskrysset.

Maria forteller at hun har fått komplimenter for å gå ned en trapp, opp gangfelt eller fortauskant og handle på butikken. Hun har opplevd at andre har snakket babyspråk til henne. Hun har erfart at personer snakker om henne fremfor å henvende seg direkte til henne. Dette fratir Maria muligheten til å være likeverdig i interaksjonen og gir uttrykk for at Maria er i mindre stand til å delta i samtalen, selv etter hun har korrigert dem og



sagt ifra om at hun kan snakke. En spesielt stikkende beskjed var da Maria på vei hjem fra byen opplevde at selv etter å si ifra, snakket de andre passasjerene over hodet på henne.

Jeg var på en venninnekveld, og så hadde venninnen min fikset skyss til oss, og i det vi setter oss i bilen er det to personer som sitter i setene foran oss som spør venninnen min «er venninna di blind eller?». Da sier jeg ifra at de kan prate til meg, jeg er bare svaksynt. Men de fortsatte å prate til venninnen min, det var veldig ubehagelig. Venninnen min ble lei seg og visste ikke hva hun skulle gjøre

Hjelpeløshet handler om å behandle personer med funksjonshemming som inkompetente på grunn av funksjonshemmingen. Dette kan for eksempel dreie seg om at personer uten funksjonshemming henvender seg til ledsager fremfor direkte til personen med funksjonsnedsettelse, tilby uoppfordret hjelp uten å spørre først, bruk av barnslig språk eller gi overdreven ros eller å ikke involvere personer med funksjonshemming i beslutninger som påvirker deres liv.

#### **4.4 Fornektelse av personlighet: Du har allerede nok å stri med**

Trude er 32 år og lever med en muskelsykdom. Hun bruker respirator og rullestol. For tiden tar Trude høyere utdanning og har flere verv i organisasjoner som arbeider for bedre rettigheter for funksjonshemmede. Trude forklarer at da hun jobbet fulltid i en organisasjon med flere ansatte som også hadde funksjonsnedsettelse, opplevde hun færre mikroagresjoner. Situasjonen endret seg imidlertid da hun begynte på høyere utdanning. Trude forteller at hun daglig mottar både overdrevent skryt og uønsket oppmerksomhet som hovedsakelig skyldes at andre ser henne som funksjonshemmet, og ikke først og fremst som student.

Jeg har jobbet fulltid i mange år og var med på å stifte et firma hvor mange av oss ansatte var funksjonshemmede. Som gründer og leder ble jeg møtt med respekt og anerkjennelse i dette miljøet. Situasjonen forandret seg imidlertid da jeg begynte i akademia. Her ble jeg mottatt på en helt annen måte, ettersom folk tydeligvis ikke var vant til å se personer med funksjonsnedsettelser i akademiske kretser. Jeg opplever ofte å få ufortjent skryt, og mange uttrykker overraskelse over at jeg er der. Jeg får også mange spørsmål om min diagnose og om medisinske forhold, samt kommentarer som "Hæ, er du på rett sted – skal du ta høyere utdanning?"

Trude opplever ofte at folk snakker til henne med en babystemme, stryker henne på kinnet, eller retter henvendelser til de hun er sammen med istedenfor til henne direkte. Disse handlingene underkjenner hennes evne til å kommunisere og ta egne beslutninger, noe som hun mener er direkte knyttet til hennes funksjonsnedsettelse.

Hun er åpen om at hun er skeiv, og viser til at dette bidrar til økt omfang av mikroagresjoner knyttet både til hennes funksjonsnedsettelse og seksuelle identitet. Hun har flere eksempler på slike erfaringer, inkludert hendelser hvor hun har mottatt uønskede kommentarer på utesteder for skeive, der noen har sagt at hun har «kommet feil». Under

Pride fikk hun kommentarer fra en sykepleier om at det var imponerende at hun var på Pride. Trude sier selv at hun oppfatter dette som en antydning om at hun ikke forventes å delta i samfunnet som alle andre. Hun forklarer:

Jeg er ofte i kontakt med helsevesenet – sykepleiere, leger og portører. Forrige uke hadde jeg en operasjon, og personen jeg dater var med meg. Da vi kysset, kom portøren inn og sa etterpå: Er det virkelig nødvendig? Du har allerede nok å stri med. Skal du i tillegg være skeiv? Ville det ikke vært enklere om du var kjæreste med en mann?

I intervjuet viser Trude til portørens utsagn som et uttrykk for at hun ikke forventes å ha samme rett, eller kapasitet, til å forvalte sin egen identitet og seksualitet på samme måte som andre. Hun oppfatter at hun kategoriserer først og fremst som funksjonshemmet, og deretter som et selvstendig, autonomt individ.

I kategorien fornektelse av personlighet finner man typen av holdninger og utsagn som innebærer at man ikke tar personen på alvor, ikke tror vedkommende kan bidra med noe eller anser personen for mindre intelligent. Måter dette kommer til uttrykk på, er for eksempel ved at personen blir snakket til som et barn, at det kun er funksjonsnedsettelse som blir tematisert i samhandling med andre, eller at personen blir ekskludert fra samtaler eller aktiviteter som antas å være for utfordrende, basert på deres funksjonsnedsettelse. Dette kan også inkludere å overse personens kommentarer eller meninger i diskusjoner, eller å undervurdere deres evne til å forstå komplekse temaer. Kort oppsummert dreier fornektelse av personlighet seg om å kun se på personen som funksjonshemmet, og ikke som noe annet.

#### **4.5 Oppsummert**

Over har vi vist fire hovedformer av mikroagresjon som informantene refererer til i intervjuene. Som det kommer frem av disse historiene, ser vi at det til dels er glidende overganger mellom de ulike variantene, og det underliggende budskapet kan ta mange ulike former. Noe av det som kommer frem kan virke ganske hardt, i den forstand at ordene er brutale og åpenbart sårende. Andre ting kan fortone seg relativt smått, og nærmest bagatellmessig, når det gjenfortelles i et intervju eller skrives. For den som lever med en funksjonsnedsettelse eller en langvarig kronisk sykdom, inngår imidlertid dette samlet som uttrykk for stereotypier og etablerte maktstrukturer som plasserer dem i en rolle som nedvurdert, annerledes eller «utenfor».

## 5 Resultater fra spørreundersøkelsen

I dette kapitlet ser vi nærmere på resultatene fra spørreundersøkelsen. Hensikten med studien er å kartlegge forekomsten av mikroagresjoner, med særlig oppmerksomhet rettet mot hvilke typer mikroagresjoner det rapporteres mest om og variasjoner i rapporteringer med utgangspunkt i ulike karakteristika og funksjonsnedsettelse. Videre ser vi på mulige sammenhenger mellom opplevde mikroagresjoner og selvrapportert psykisk helse.

Som beskrevet i metodekapitlet, har vi utformet et måleverktøy – «Skala for hverdagsdiskriminering og psykiske helseplager» – inspirert av to internasjonale måleskalaer (Ableist Microaggression Scale av Conover et al., 2017 og Ableist Microaggressions Impact Questionnaire av Ademir-Döke & Herbert, 2022). Måleverktøyet er også supplert med spørsmål for å måle negative emosjoner (Mini IPIP) og spørsmål for å måle psykiske helseplager, herunder depresjon og angst. Hver enkelt del av måleskalaen beskrives nedenfor.

Spørreundersøkelsen har til sammen 1017 respondenter. Målgruppen for studien var personer mellom 16 og 35 år, men enkelte som er eldre enn denne målgruppen har også svart. Vi har valgt å inkludere respondenter i alle aldersgruppene. Som tidligere omtalt, er spørreundersøkelsen distribuert via e-post til medlemmer i 15 av funksjonshemmedes interesseorganisasjoner, samt via sosiale medier der organisasjonene har postet om undersøkelsen. Undersøkelsen kunne besvares i perioden april–juli 2023.

Som med alle selvrekrutterende utvalg, er det gode grunner til å anta at det er skjevheter i rekrutteringen av utvalget. Av alle som lever med en funksjonsnedsettelse i Norge, er det bare en viss andel som er organisert i en interesseorganisasjon, og det er først og fremst dem vi treffer med måten vi har rekruttert på. Det er god grunn til å forvente at disse personene har et større engasjement og interesse rundt de spørsmålene som løftes i undersøkelsen, og derfor svarer på en annen måte enn om vi hadde hatt muligheten til å gjennomføre en undersøkelse som henvender seg til hele bredden i denne befolkningsgruppen. Fra andre studier ser vi at tallene endres, avhengig av hvilket utvalg vi treffer (Bjørnshagen et al., 2024). Undersøkelsen har kun blitt distribuert via digitale plattformer. Denne tilnærmingen har også hatt betydning for hvem som har hatt mulighet til å delta i studien, og dermed også påvirket sammensetningen av respondentene.

Som vi skal se, har undersøkelsen en betydelig majoritet er kvinner, primært i alderen 27–35 år, med bosted hovedsakelig på Østlandet eller Vestlandet. Når det gjelder utdanningsbakgrunn, viser resultatene at flertallet av respondentene har fullført videregående skole og en del har høyere utdanning. Videre indikerer dataene at mange av respondentene kommer fra familier der mor har høyskole- eller universitetsutdanning, noe som tyder på at utvalget har en viss overvekt av respondenter med høyere sosioøkonomisk bakgrunn.

Tabell 5.1: Oversikt over respondentene

		Antall (N = 1017)	Prosent
<b>Kjønn</b>			
	Mann	158	16
	Kvinne	815	80
	Annet	44	4
<b>Alder</b>			
	16–19 år	103	10
	20–26 år	225	22
	27–35 år	505	50
	36–50 år	142	14
	51 år eller eldre <sup>4</sup>	41	4
<b>Landsdel/-område</b>			
	Nord-Norge	93	9
	Vestlandet	249	24
	Innlandet	67	7
	Trøndelag	109	11
	Sørlandet	70	7
	Østlandet	428	42
<b>Type boområde</b>			
	By	519	51
	Tettbygd strøk	305	30
	Landlig	193	19
<b>Høyest fullførte utdanning</b>			
	Grunnskole	171	17
	Videregående skole	409	40
	Universitet/høyskole	417	41
	Ikke fullført	18	2

<sup>4</sup> Spørreundersøkelsen ble primært rettet mot unge mennesker, men vi hadde ikke noen øvre aldersgrense.

		Antall (N = 1017)	Prosent
<b>Mors høyest fullførte utdanning</b>			
	Grunnskole	108	11
	Videregående skole	344	34
	Universitet/høyskole	504	50
	Ikke fullført	7	0,7
	Vet ikke	54	5

Som det fremgår av tabellen over, er det langt flere kvinner enn menn som har besvart undersøkelsen (80 prosent kvinner, 16 prosent menn). Det er ikke uvanlig i studier av nedsatt funksjonsevne, men skaper en viss skjevhet. Til sammenligning var fordelingen 59 prosent kvinner mot 40 prosent menn i studien av hatefulle ytringer, som ble gjennomført i 2016 (Olsen et al., 2016). Det er verdt å merke seg at 44 personer oppgir annen kjønnsidentitet, noe som utgjør 4 prosent. Dette ser ut til å være på nivå med hva Statistisk sentralbyrå finner i sine befolkningsundersøkelser (Dalen et al., 2021).<sup>5</sup>

Aldersfordelingen viser at deltakelsen er høyest blant de yngre respondentene. 87 prosent er 35 år eller yngre, og de øvrige 18 prosent er eldre. Dette var også ønsket og forventet, ettersom undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med Unge funksjonshemmede, og det er spesielt unge mennesker i aldersgruppen opp til 35 år vi primært har henvendt oss til.

Geografisk fordeling viser at det største antallet deltakere kommer fra Østlandet, med 42 prosent, etterfulgt av Vestlandet med 24 prosent. Trøndelag og Nord-Norge representerer henholdsvis 11 prosent og 9 prosent av respondentene. Innlandet og Sørlandet har den laveste representasjonen med 7 prosent av svarene. I grove trekk svarer dette godt til de nasjonale bosettingstallene.<sup>6</sup>

Når det gjelder type boområde, bor 51 prosent i byer, 30 prosent i tettbygde strøk og 19 prosent i landlige områder. Sett opp mot SSBs befolkningstall, er dette en fordeling som tilnærmet speiler de nasjonale tallene i befolkningen.

En relativt høy andel av respondentene (41 prosent) oppgir universitet og høyskole som høyeste utdanning. Det er kanskje overraskende, gitt en aldersfordeling med hovedvekt av respondenter fra de yngre aldersgruppene. 40 prosent har fullført videregående skole, og 17 prosent har grunnskole som høyeste utdanningsnivå. To prosent oppgir å ikke ha fullført noen form for utdanning. Gitt svarandelen, indikerer dette at det er først og fremst den delen av populasjonen som har utdanning vi når ut til med denne

<sup>5</sup> <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/LHBT/hvor-mange#section-167>

<sup>6</sup> <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/tettsteders-befolkning-og-areal>

undersøkelsen, og at det er de som forholder seg aktivt til en invitasjon på e-post eller sosiale medier på dette temaet.

For å få en viss indikasjon på spørsmål om sosial bakgrunn, stilte vi ett spørsmål om en av foreldrenes utdanningsbakgrunn. Som vi ser av tabellen, svarer 50 prosent av de spurte at mor har høyere utdanning fra universitet eller høyskole. Dette er noe høyere enn for landsgjennomsnittet, der tilsvarende tall er 37 prosent.<sup>7</sup> 34 prosent oppgir at mor har videregående skole som høyest fullført utdanning og 11 prosent oppgir grunnskole. En liten andel på 0,7 prosent oppgir at de ikke har fullført utdanning, og 5 prosent av respondentene er ikke sikker på mors utdanningsnivå.

Vi stilte tre spørsmål om respondentene har en funksjonsnedsettelse og/eller kronisk sykdom. Spørsmålene gjelder type funksjonsnedsettelse, om funksjonsnedsettelsen er synlig/tydelig for andre, og om funksjonsnedsettelsen er begrensende i hverdagen.

**Tabell 5.2: Spørsmål om respondentenes funksjonsnedsettelser**

	Antall (N = 1017)	Prosent
<b>Er dine daglige aktiviteter begrenset på grunn av en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom?</b>		
Ja, noe begrenset	545	54
Ja, svært begrenset	338	33
Nei	129	13
Ønsker ikke å svare	5	0,5
<b>Type funksjonsnedsettelse eller diagnose/kronisk sykdom. (Flere svar mulig)</b>		
Syn (svaksynt eller blind)	64	6
Hørsel (døv eller hørselshemmet)	50	5
Mobilitet (vansker med å gå korte distanser, gå i trapper)	185	18
Lærevansker (dysleksi, dyskalkuli, språkvansker)	148	14
Kognitiv funksjonsnedsettelse	122	12
Psykiske helseproblemer / psykisk lidelse	304	29
Kronisk sykdom	574	56
Autismediagnose, Asperger, Tourettes	132	13
ADHD	398	39
Andre funksjonsnedsettelser	177	17

<sup>7</sup> <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>

	Antall (N = 1017)	Prosent
Ønsker ikke å svare	6	0,6
<b>Har du en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom som er synlig/tydelig for andre?</b>		
Ja	96	9
Nei	545	54
Synlig/tydelig av og til	375	37
Ønsker ikke å svare	1	0,1

En betydelig del av respondentene opplever begrensninger i daglige aktiviteter på grunn av funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer. Av de 1017 deltakerne rapporterte 54 prosent at de er noe begrenset, mens 33 prosent angir at de er svært begrenset. Kun 13 prosent opplever ingen begrensninger, og en marginal andel på 0,5 prosent (5 personer) ønsker ikke å svare på spørsmålet.

Når det gjelder typer av funksjonsnedsettelse, viser resultatene en bred variasjon. Kronisk sykdom er mest rapportert, med 56 prosent av de spurte, etterfulgt av ADHD med 39 prosent og psykiske helseproblemer/lidelser med 29 prosent. Det er verdt å minne om at dette er selvrapporterte tilstander, og respondentene kan svare på flere alternativer. Det kan for eksempel bety at kronisk sykdom og psykiske helseproblemer kan være tilstander som i noen grad rapporteres sekundært til andre funksjonsnedsettelser. (Kronisk sykdom utgjør her en bred kategori av tilstander, og vi har ikke bedt respondentene spesifisere dette nærmere.)

Av respondentene oppgir 9 prosent at deres funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdom er synlig eller tydelig for andre, og 37 prosent oppgir at deres tilstand er synlig eller tydelig av og til. En større andel respondenter, 54 prosent, svarer at de ikke har en funksjonshemming som synlig eller tydelig for andre.

Resultatene understreker mangfoldet av funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer blant respondentene, samt den varierende graden av begrensninger som funksjonsnedsettelsen kan medføre i dagliglivet for respondentene. Men er det sammenheng mellom typer av funksjonshemming og mikroagresjon? Dette skal vi diskutere videre i kapitlet.

## 5.1 Hva rapportere respondentene om av opplevd mikroagresjon?

I spørreundersøkelsen har respondentene blitt stilt spørsmål om deres erfaringer og opplevelser med ulike former for mikroagresjon i et spørreskjema med 32 spørsmål knyttet til ulike sosiale erfaringer i hverdagen. Av disse spørsmålene er 20 av dem basert på Ableist Microaggression Scale (AMS20) utviklet i 2017 (Conover et al., 2017; Conover et al., 2019; Conover et al., 2021). De resterende tolv spørsmålene er inspirert av Ableist Microaggression Questionnaire Impact (Aydemir-Döke & Herbert, 2022), samt tilbakemeldinger fra prosjektets referansegruppe. Videre i dette kapitlet drøfter vi resultatene fra de 20 spørsmålene, referert til i denne rapporten som AMS20.

I spørreskjemaet er hvert spørsmål formulert som en påstand, for eksempel «Folk bagatelliserer funksjonsnedsettelsen min, eller sier det kunne vært verre». Respondenten har angitt hyppighet på slike opplevelser på en skala fra 0 til 5, der 0 tilsvarer «aldri», og 5 tilsvarer «veldig ofte». Den enkelte respondent vil nødvendigvis ikke kjenne seg igjen i alle påstandene som fremsettes, og kan velge mellom ulike grader av hvor ofte de ulike erfaringene oppfattes. For to av spørsmålene har respondenten hatt mulighet til å velge «ikke aktuelt».

Vi har analysert svarfordelingen i AMS20-spørsmålene innenfor fire hovedkategorier: hjelpeløshet, minimering, fornektelse av personlighet og annengjøring. Dette er i tråd med den internasjonale forskningen på dette feltet (Conover et al., 2017; Conover et al., 2019). Disse kategoriene grupperer spørsmålene basert på typer av mikroagresjon vi ønsker å måle. Vi skal komme nærmere tilbake til hvilke typer av erfaringer hver av disse representerer og innholdet i dem. For å illustrere respondentenes erfaringer, viser vi fordelingen av svar innenfor kategoriene i form av figurer. Svarene er delt inn i tre graderinger: «aldri/lite», «noe/moderat» og «mye». Disse dataene er presentert på en prosentvis skala som strekker seg fra 0 til 100, og som gir en visuell fremstilling av hvordan respondentene har opplevd ulike former for mikroagresjon, både innenfor hver påstand, men også innenfor de angitte kategoriene.

Vi skal gå over til å se nærmere på hvordan svarene fordeler seg innenfor de fire hovedformene av mikroagresjon som vi har omtalt tidligere, henholdsvis hjelpeløshet, minimering, fornektelse av personlighet og annengjøring. Disse overskriftene er «merkelapper» for å samle opp bestemte typer av erfaringer som personene har, men overskriftene innebærer også at erfaringene kan bli litt stiliserte og fortegnet.

## Hjelpeløshet

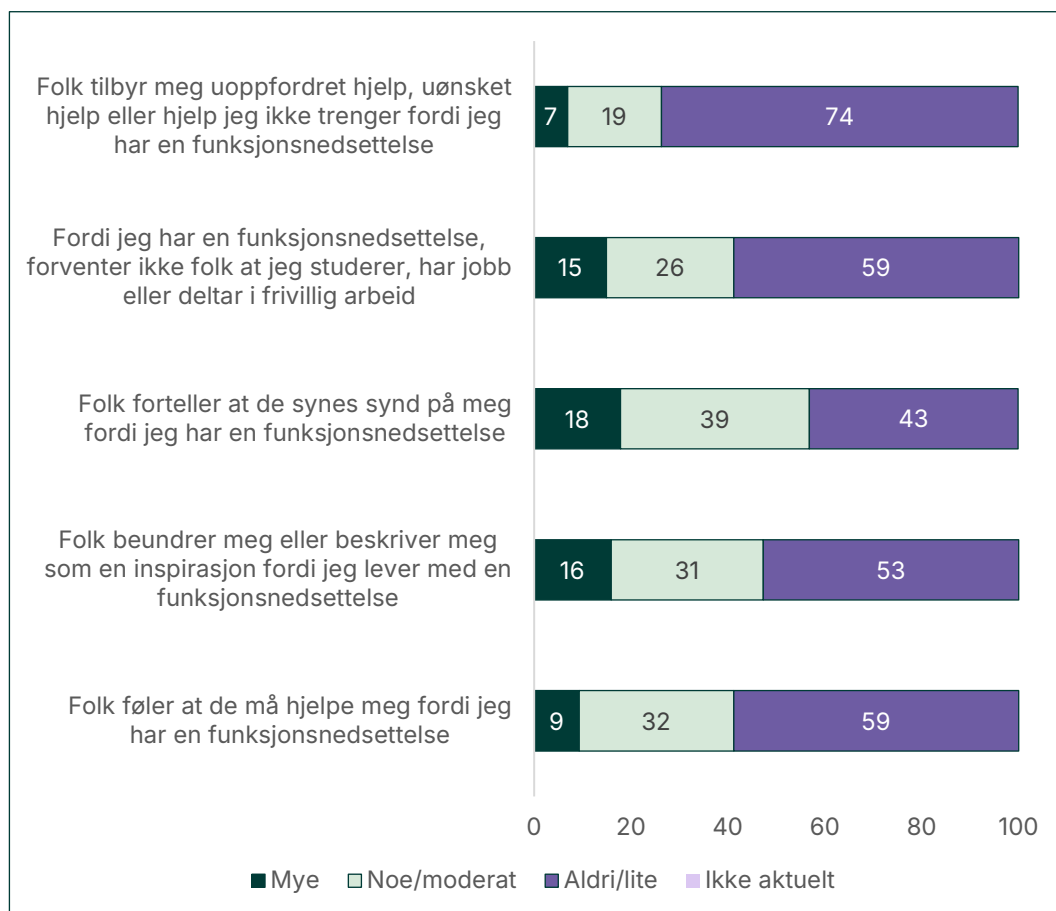
«Etter jeg flyttet for meg selv: Farmoren min synes det er vanskelig at jeg ikke ser. Hun sier stadig vekk hvor flink jeg er som bor alene.»

(Kvinnelig informant, 25 år, synshemmet.)

Innenfor kategorien av mikroagresjon som dreier seg om «hjelpeløshet», identifiseres fem påstander som på ulike måter tar opp hvordan personer med funksjonshemming erfarer å bli behandlet av andre. Hjelpeløshet er knyttet til opplevelsen av å bli sett på som uskikket til å utføre hverdagslige aktiviteter på grunn av funksjonsnedsettelsen, kombinert med antakelser om at personer med funksjonshemming konsekvent trenger assistanse og ikke kan ta vare på seg selv (Keller & Galgay, 2010; Conover et al., 2017; Sparrow et al., 2023). Ofte innebærer dette at personer uten funksjonsnedsettelse i overdreven grad prøver å hjelpe den som har funksjonshemming.



Figur 5.1: Hjelpeløshet (N = 1017)



Fra dataene fremkommer det at 57 prosent av respondentene føler at andre syns synd på dem på grunn av funksjonsnedsettelsen. Av disse svarer 39 prosent at de opplever dette til en viss grad eller i moderat grad, mens omtrent 18 prosent opplever dette mye. Disse rapporteringene antyder at funksjonshemmede ofte opplever å møte overdreven medlidenhet.

Når det gjelder oppfatningen av om folk beundrer eller beskriver dem som en inspirasjon fordi de lever med en funksjonsnedsettelse, rapporterer 48 prosent av respondentene at de opplever dette som en del av dagliglivet. Av disse angir 32 prosent at de opplever dette i noen grad eller i moderat grad, og 16 prosent svarer at de opplever dette ofte. Det viser en tendens til å romantisere eller heroisere hverdagslig mestring som noe ekstraordinært.

En relativt stor andel av respondentene oppgir at de har opplevd at andre ikke forventer at de er i arbeid, studerer eller deltar i frivillig arbeid. 41 prosent svarer de har opplevd dette mye eller i moderat grad. Til påstanden om at «folk føler at de må hjelpe meg fordi jeg har en funksjonsnedsettelse» svarer 41 prosent at de opplever dette, hvorav 32 prosent svarer at de opplever dette i noe/moderat grad og 9 prosent svarer at de opplever dette mye. Førstnevnte påstand handler om forventningene om at personer med funksjonsnedsettelse er mindre aktive i utdanning og arbeidsliv, mens sistnevnte handler om oppfatningen av at personer med funksjonshemming er avhengig av hjelp.

Interessant nok svarer 26 prosent av de spurte at de opplever å motta uønsket og unødvendig hjelp på grunn av deres funksjonsnedsettelse. Selv om dette kan være velment, om enn misforstått fra avsenders side, blir utfallet feil. For de det gjelder, oppleves dette som påtrengende og inngripende, og er et uttrykk for en manglende anerkjennelse av personens egen vurdering av behov for å be om hjelp. Samlet sett indikerer resultatene fra hjelpeløshet i hverdagen at det er en andel på rundt 40 prosent som opplever at de blir sett på som ikke kapable og vurdert som om de trenger hjelp til hverdagslige gjøremål.

Samtidig skal vi også understreke at 60 prosent av de spurte oppgir at de *ikke* opplever dette. Påstandene i kategorien «hjelpeløshet» illustrerer ganske tydelig den dobbeltheten som er innbakt i mikroagresjonen som fenomen – eller som en påstand om undertrykkelse: På den ene siden er det vanlig høflighet og omsorg i å vise forståelse og tilby hjelp i tilfeller der en oppfatter at noen trenger eller ønsker assistanse eller hjelp. På den andre siden kan det oppleves påtrengende eller nedvurderende for den som til stadighet opplever påminnelsen om å bli sett som annerledes.

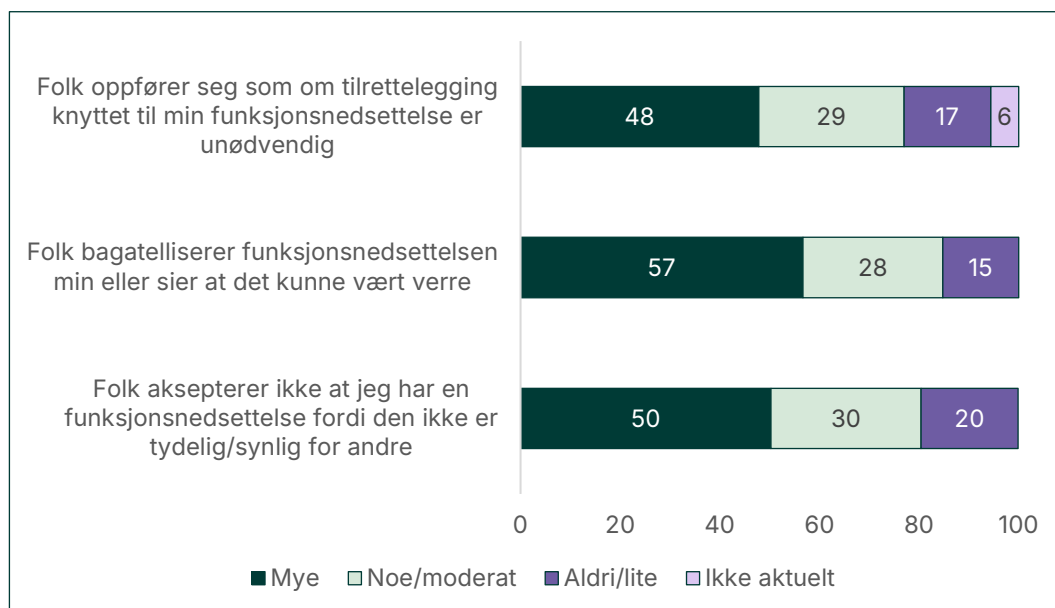
### **Minimering**

Når jeg ikke fikk til ting, heiet pappa aldri på meg, han sa aldri at han forstod det var vanskelig fordi jeg så dårlig. Han hadde vansker for å anerkjenne at jeg ikke så, han trodde jeg gjorde meg til, og at jeg latet som jeg så dårlig.

(Kvinnelig informant, 34 år, synshemmet.)

Den menneskelige romsligheten for synlig annerledeshet kan noen ganger oppleves som trang eller avgrenset, slik det blant annet beskrives av Jan Grue (2022, 2023). Spørreskjemaet inneholdt tre påstander som måler opplevelser knyttet til noen bestemte typer hendelser og utsagn som vi kaller «minimering». Minimering refererer til en underliggende forståelse om at funksjonshemmede overdriver omfanget av funksjonsnedsettelsen, og en antakelse om at personen kunne vært uten funksjonshemming hvis hun eller han hadde ønsket det eller hatt vilje til det (Keller & Galgay, 2010; Conover et al., 2017; Sparrow et al., 2023). For den enkelte oppleves det som å ikke bli trodd eller tatt på alvor.

Figur 5.2: Minimering (N = 1017)



Av de fire hovedkategoriene er minimering den kategorien hvor respondenter rapporterer flest opplevelser. Dette er imidlertid kanskje ikke så overraskende. En betydelig andel av respondentene har en kronisk sykdom eller en funksjonsnedsettelse som ikke er synlig eller tydelig for andre. Slik det kommer frem av påstandene, handler dette for eksempel om å ikke ta hensyn til funksjonsnedsettelsen eller ha overdrevent høye forventninger til personene det angår. På spørsmål om respondenten opplever at tilrettelegging for funksjonsnedsettelse oppfattes som unødvendig av omverdenen, rapporterer 77 prosent av de spurte å ha opplevd dette mye eller i moderat grad.

Det neste spørsmålet om hvorvidt andre bagatelliserer funksjonsnedsettelsen eller gir uttrykk for at det kunne ha vært verre, svarer 57 prosent å ha opplevd dette i stor grad. 28 prosent av respondentene svarer at de har opplevd dette til en viss eller moderat grad. Til sammen utgjør dette 85 prosent av de som har opplevd bagatellisering.

Når det gjelder opplevelsen av at funksjonshemmingen ikke blir akseptert fordi den ikke er synlig eller tydelig for andre, rapporterer 50 prosent å ha opplevd dette i stor grad, og 30 prosent at de har opplevd dette til en viss eller moderat grad. Totalt svarer 80 prosent av respondentene at de opplever denne typen holdninger.

Samlet sett viser svarene at en stor del av respondentene opplever å bli undervurdert eller misforstått i sine utfordringer knyttet til det å ha funksjonsnedsettelse. Rundt 80 prosent av de spurte oppgir at de opplever dette mye eller i moderat grad. De opplever manglende anerkjennelse og forståelse for egen situasjon. Det peker på et relativt begrenset rom for å vise synlig annerledeshet, og kanskje kompliseres dette også av norske likhetsnormer. Charmaz & Rosenfield (2016) har pekt på at det er vanlig at personer med ikke-synlige funksjonsnedsettelser ikke uten videre blir trodd når de forteller andre om sin funksjonsnedsettelse.

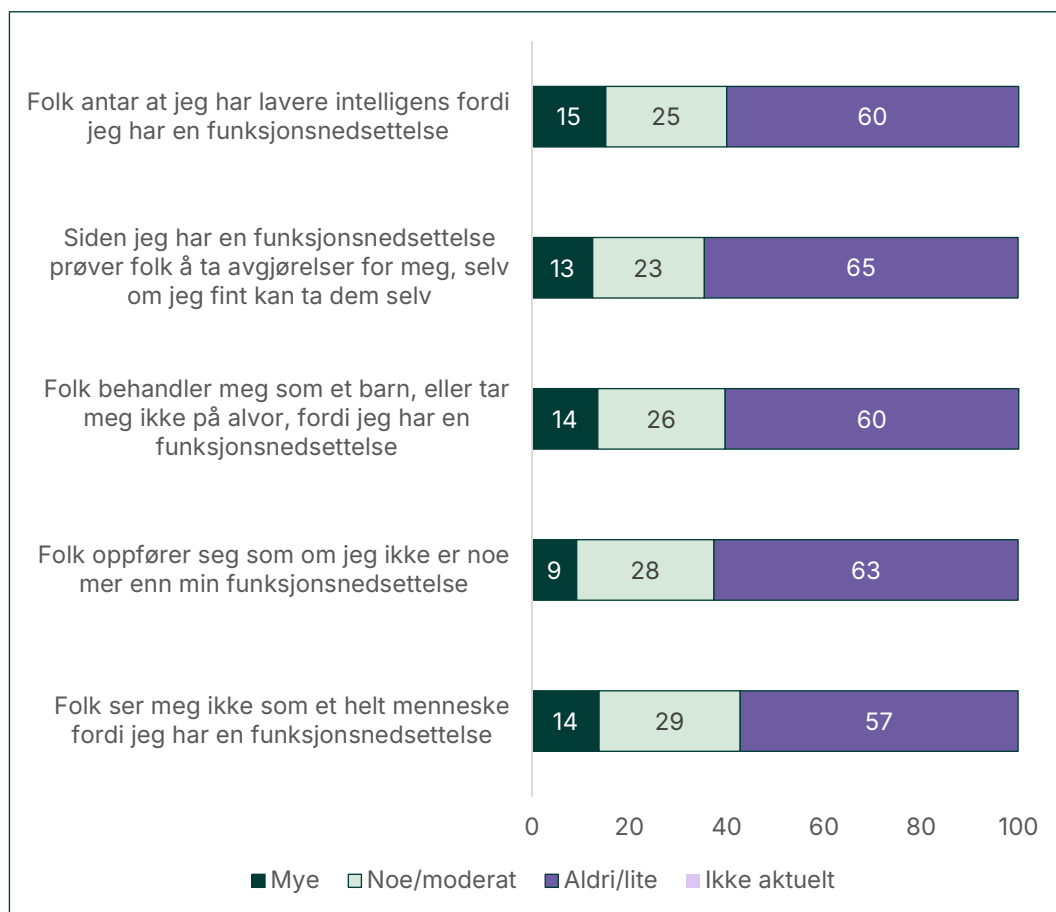
## Fornektelse av personlighet

Leger er ikke bedre enn andre. Det var en lege da vi [kollegaer fra jobben] var på en konferanse på et hotell. Legeforeningen hadde kurs i hvordan de snakker til pasienten. Da satt jeg der med mine kolleger og min sjef på et annet bord, og det satt en gjeng med leger på bordet ved siden av, og plutselig henvender hun ene seg til meg: 'Jeg synes du er så flink til å spise med kniv og gaffel.' Dette var foran min sjef og mine kollegaer. Det var komisk at de var på kurs for å snakke med pasienter!

(Kvinne, 36 år, sjelden diagnose)

Kategorien «Fornektelse av personlighet» består av fem påstander som uttrykker ulike former for at personen blir oversett, ikke tatt på alvor eller ikke vurdert som et selvstendig individ. Fornektelse av personlighet viser til handlinger eller utsagn som implisitt eller eksplisitt reduserer en person til funksjonsnedsettelsen, uten å anerkjenne eller respektere de menneskelige og individuelle egenskapene som vedkommende har. Dette innebærer ofte å overse eller neglisjere personens kapasiteter, følelser, meninger og kognitive evner (Keller & Galgay, 2010; Conover et al., 2017; Sparrow et al., 2023).

Figur 5.3: Fornektelse av personlighet (N = 1017)



Som det fremgår av figuren, ligger svarene ganske samlet rundt 40 prosent på mye eller noe/moderat i erfaringer med de påstandene som er fremsatt. 40 prosent av de spurte har opplevd eksempler på at andre antar lavere intelligens fordi de har en funksjons-

nedsettelse, fordi motparten mer eller mindre automatisk gjør den feilslutningen at funksjonshemmingen påvirker personens kognitive evner. Når det gjelder påstanden om at andre prøver å ta avgjørelser som personen med funksjonshemming fint kan ta selv, svarer nærmere 36 prosent at de har opplevd dette, hvorav 23 prosent svarer noe/moderat og 13 prosent svarer mye. Dette kan forklares delvis med den samme feilslutningen og en manglende anerkjennelse av personens evner til å ta egne valg og være selvstendig.

Videre svarer nærmere 40 prosent at de har opplevd å bli behandlet som barn og ikke blitt tatt på alvor. 26 prosent oppgir at de har opplevd dette noe/moderat og 14 prosent sier mye. Omtrentlig det samme gjelder påstanden om å oppleve at andre kun ser på en som funksjonshemmet. Her er det nærmere 37 prosent som oppgir dette, hvorpå 28 prosent oppgir noe/moderat og 9 prosent oppgir mye. Den femte og siste påstanden på dette området dreier seg om hvorvidt den enkelte opplever å ikke bli sett som et helt menneske. 43 prosent svarer at de har opplevd dette, hvorav 29 prosent oppgir at de har opplevd dette noe/moderat og 14 prosent sier mye.

Disse påstandene, som samlet dreier seg om fornektelse av personlighet, er uttrykk for paternalistiske og nedvurderende holdninger til funksjonshemmede. Som det vises av svarfordelingene, ligger nivået av de som svarer mye eller noe/moderat noe lavere på disse spørsmålene enn i spørsmålene om minimering (omtrent 40 prosent, mot omtrent 80 prosent på minimering). Svarfordelingen viser likevel at det er en del av respondentene som opplever å ikke bli sett på som noe mer enn sin funksjonsnedsettelse. Samtidig oppgir over halvparten å ikke ha opplevd dette.

## 5.2 Annengjøring

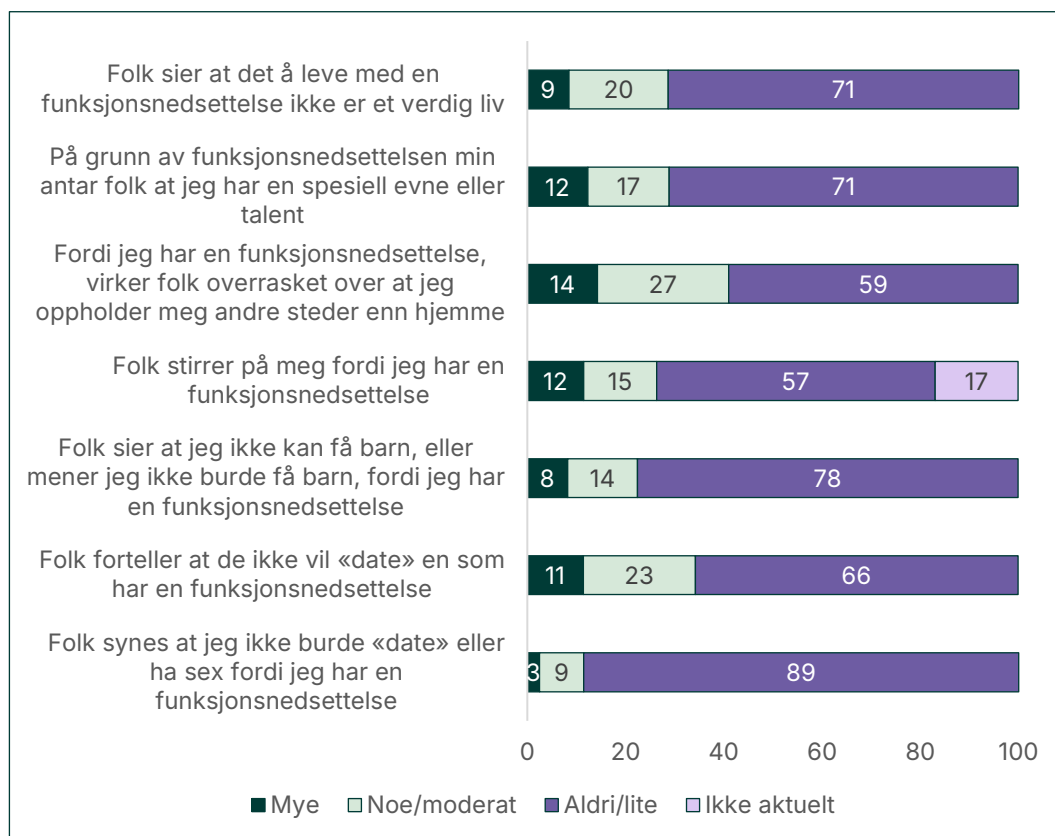
Jeg hadde en kjæreste fra jeg var 14 til 20 år, [og] som kommunen tilbød omsorgslønn, så det skulle bli mindre BPA-timer. Han fikk ikke lov til å bare være kjæresten min!

Alle som er i forhold er omsorgspersoner for hverandre, men han skal ikke legge meg eller følge meg på do. Ingen ville spurt din kjæreste om de ville ha omsorgslønn.

(Kvinnelig informant, 23 år, rullestolbruker)

Annengjøring refererer til en prosess der en person blir behandlet som annenrangsborger eller annerledes på en nedsettende måte på grunn av funksjonsnedsettelsen. Annengjøring handler om å bli behandlet som om man er en belastning for samfunnet, som unormal, en utenforstående eller som et «ikke-menneske». Et underliggende budskap i denne kommunikasjonen er at man blir forstått som å være en byrde, ikke passe inn, er plagsom for andre eller for samfunnet (Keller & Galgay, 2010; Conover et al., 2017; Sparrow et al., 2023).

Figur 5.4: Annengjøring (N = 1017)



29 prosent av de spurte svarer at de har opplevd at andre sier at det å leve med en funksjonsnedsettelse ikke er et verdig liv. Av disse oppgir 20 prosent noe/moderat, og 9 prosent oppgir mye. Nesten samme prosentandel oppgir å ha opplevd at andre antar at respondentene har en spesiell evne eller talent på grunn av funksjonshemmingen. Her svarer 17 prosent noe/moderat og 12 prosent mye, som til sammen kommer på 29 prosent. Videre oppgir 41 prosent av de spurte at folk er overrasket over at de oppholder seg andre steder enn hjemme. 27 prosent av de spurte svarer at de opplever at folk stirrer.

Tre av påstandene dreier seg om hvordan respondentene opplever at omverdenen tenker når det gjelder spørsmål om familieliv, seksualitet, samliv og reproduksjon. Dette er åpenbart følsomme spørsmål for den enkelte, og tett knyttet til selvbilde og forståelse av hvem man er i verden. 22 prosent av respondentene opplever at andre sier de ikke kan eller ikke bør få barn. 34 prosent har opplevd å høre at de ikke ville date en som hadde funksjonsnedsettelse. 12 prosent av de spurte har opplevd å få beskjed om at de ikke burde date eller ha sex, fordi de har en funksjonshemming.

Annengjøring er en av de kategoriene der respondentene i liten grad svarer at de har opplevd påstanden som fremsettes. Det er kanskje ikke så overraskende, ettersom flest respondenter rapporterer å ha kronisk sykdom eller en funksjonsnedsettelse som ikke er synlig eller tydelig for andre, og dermed vil de formene for mikroagresjon som er rettet mot utseende og hjelpemidler ikke være aktuelle. Selv om tallene her er lavere enn i de andre kategoriene, berører dette svært personlige og ømtålige forhold. Det er likevel en viss andel av de spurte som oppgir at de opplever dette noe/moderat og mye,

og deres erfaringer og konsekvensene av å oppleve annengjøring skal ikke undervurderes. Annengjøring er relatert til en moralsk forståelse av funksjonsnedsettelse der personer med funksjonsnedsettelse blir nedvurdert, og noen ganger klassifisert som «mindreverdige», og at det ikke er nødvendig å ta hensyn til og tilrettelegge for personer med funksjonshemming (Olkin et al., 2019). De holdningene som kommer til uttrykk i påstandene over, representerer den reduksjonistiske forståelsen av funksjonsnedsettelse der individet ikke på alvor anerkjennes som fullverdig menneske med de samme rettighetene og verdiene som andre.

### 5.3 Hvilke erfaringer rapporteres?

Nå har vi sett på respondentenes svarfordeling innenfor kategoriene hjelpeløshet, minimering, fornektelse av personlighet og annengjøring. Det er også relevant å se på hver påstand enkeltvis. For å sammenligne svarene på de 20 påstandene, har vi beregnet gjennomsnittet av respondentenes svar på hver enkelt av påstandene og samlet dette i en oversikt. I spørreskjemaet ble respondentene bedt om å vurdere hvor ofte de har opplevd de ulike påstandene som ble beskrevet, rangert på en 5-punkts Likert-skala som strekker seg fra «aldri» (0) til «veldig ofte» (5). I tabellen under har vi beregnet gjennomsnittene av svarene for hver påstand (fra 0 til 5), og resultatene er sortert etter gjennomsnittsverdiene, fra høyest til lavest. Det samlede gjennomsnittet for de 20 påstandene er 1,86. Dette gjennomsnittet gir en indikasjon på at respondentene totalt sett ikke opplever mikroagresjon veldig ofte, selv om det er store variasjoner blant de som har svart.

**Tabell 5.3: Snittskår av respondentenes rapporterte erfaringer med mikroagresjon (AMS20)**

		Gjennomsnitt *	N
1	Folk oppfører seg som om tilrettelegging knyttet til min funksjonsnedsettelse er unødvendig	4,21	1015
2	Folk bagatelliserer funksjonsnedsettelsen min eller sier at det kunne vært verre	3,43	1016
3	Folk aksepterer ikke at jeg har en funksjonsnedsettelse fordi den ikke er tydelig/synlig for andre	3,17	1013
4	Folk forteller at de synes synd på meg fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	1,93	1015
5	Folk beundrer meg eller beskriver meg som en inspirasjon fordi jeg lever med en funksjonsnedsettelse	1,68	1014
6	Folk ser meg ikke som et helt menneske fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	1,54	1012
7	Fordi jeg har en funksjonsnedsettelse forventer ikke folk at jeg studerer, har jobb eller deltar i frivillig arbeid	1,5	1014
8	Fordi jeg har en funksjonsnedsettelse virker folk overrasket over at jeg oppholder meg andre steder enn hjemme	1,46	1011
9	Folk sier at det å leve med en funksjonsnedsettelse ikke er et verdig liv	1,46	1011

		Gjennomsnitt *	N
10	Folk føler at de må hjelpe meg fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	1,44	1016
11	Folk behandler meg som et barn, eller tar meg ikke på alvor, fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	1,44	1012
12	Folk antar at jeg har lavere intelligens fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	1,44	1013
13	Siden jeg har en funksjonsnedsettelse, prøver folk å ta avgjørelser for meg, selv om jeg fint kan ta dem selv	1,34	1013
14	Folk oppfører seg som om jeg ikke er noe mer enn min funksjonsnedsettelse	1,32	1013
15	Folk stirrer på meg fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	1,23	1015
16	Folk forteller at de ikke vil «date» en som har en funksjonsnedsettelse	1,22	1011
17	På grunn av funksjonsnedsettelsen min antar folk at jeg har en spesiell evne eller talent	1,1	1009
18	Folk tilbyr meg uoppfordret hjelp, uønsket hjelp eller hjelp jeg ikke trenger fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	1,02	1015
19	Folk sier at jeg ikke kan få barn, eller mener jeg ikke burde få barn, fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	0,85	1012
20	Folk synes at jeg ikke burde «date» eller ha sex fordi jeg har en funksjonsnedsettelse	0,41	1014

\*: Skala fra 0 til 5.

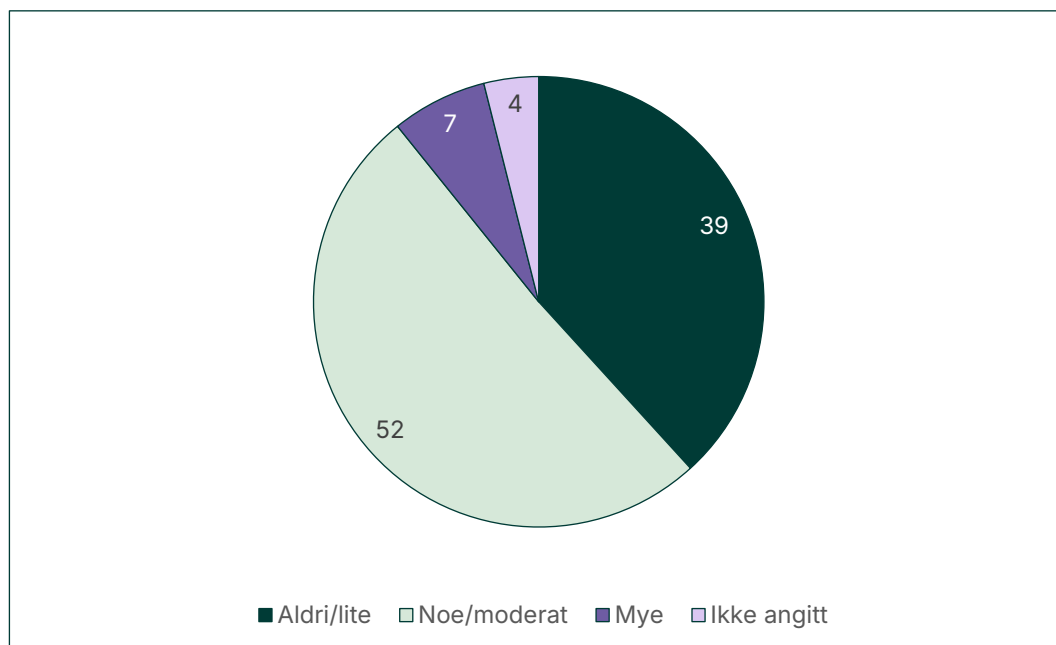
Når vi ser på gjennomsnittet for hver enkelt påstand, ser vi at hovedvekten av respondentene oppgir at de opplever disse situasjonene i liten grad eller sjelden til noe/moderat grad. Likevel er det tre påstander hvor svarene avviker fra dette mønsteret. Påstanden «Folk aksepterer ikke at jeg har en funksjonsnedsettelse fordi den ikke er tydelig/synlig for andre» har en snittskår på 3,17 av 5. Påstanden «Folk bagatelliserer funksjonsnedsettelsen min, eller sier at det kunne vært verre» har snittskår på 3,43. Den tredje påstanden som har høy snittskår, er denne: «Folk oppfører seg som om tilretteleggingen knyttet til min funksjonshemming er uøndvendig». Her er snittskåren på 4,21. Som vi ser av figuren/tabellen er det spesielt disse som gir høyt utslag. Alle de tre påstandene tilhører hovedkategorien vi har kalt «minimering». Av de øvrige påstandene er det mindre forskjeller, og gjennomsnittet fordeler seg i sjiktet mellom 2 og 0,41. Svarene fordeler seg som vist i tabellen over. Det betyr ikke at de som rapporterer om disse opplevelse ikke kan være hardt rammet av de opplevelsene de har hatt, men at utbredelsen er lav blant de som har svart.



### Hvor mange har rapportert at de har erfart mikroagresjon?

Et mål med denne studien har vært å undersøke hvor mange i utvalget som rapporterer å ha opplevd ett eller flere tilfeller av mikroagresjon. Av de 1017 respondentene er det 7 prosent (67 personer) som gjennomgående rapporterer «mye». Andelen som gjennomgående ligger i mellomsjiktet «noe/moderat» utgjør 52 prosent. Andelen av respondenter som rapporterer «aldri/ lite» på mikroagresjon er 39 prosent. I figuren nedenfor viser fordelingen i prosent.

Figur 5.5: Andelen som rapporterer erfaringer med mikroagresjon



Totalt sett viser resultatene at mikroagresjon er form for erfaringer som mange respondenter deler, men de opplever erfaringene med ulik grad av intensitet. Når 39 prosent av respondentene rapporterer at de aldri eller sjeldent opplever mikroagresjon, må dette trolig kunne ses som en relativt høy andel. Når drøyt halvparten av respondentene, 52 prosent, oppgir at de opplever mikroagresjon i noen eller moderat grad, indikerer det samtidig at mikroagresjon er en utbredt erfaring blant respondentene. Kun 7 prosent av respondentene rapporterer at de ofte opplever mikroagresjon. Selv om denne andelen er relativt liten, representerer det fortsatt en gruppe som kan oppleve at det er tungt å måtte forholde seg til denne type erfaringer ofte.

Når vi sammenligner med internasjonale studier, ser vi at det er store forskjeller i nivåene av erfaringer med mikroagresjon. Det kan trolig ses i sammenheng med de ulike utvalgene som har besvart undersøkelsene – og kanskje også den sosiale konteksten. Når vi viser dette opp mot resultatene fra Conover og kollegaer (2017), er det kun 1 prosent av de 833 deltakerne i deres studie som rapporterer å ikke ha opplevd mikroagresjoner. Respondentene i deres studie var imidlertid rekruttert blant personer med fysiske funksjonsnedsettelse, og som tidligere påpekt, innebærer det å ha en synlig funksjonsnedsettelse en økt utsatthet for mikroagresjon (Aydemir-Döke & Herbert, 2022).

Bortsett fra studien fra Conover og kollegaer, er det så langt ikke gjort andre studier som rapporterer om omfanget av mikroagresjon mot funksjonshemmede. Gitt de

resultatene som foreligger av Conover et al. (2017), er det interessant å se at våre resultater viser et ganske annet og mer nyansert bilde. Forskjellene mellom landene har ikke nødvendigvis enkle eller entydige forklaringer. Kanskje kan forskjellene i noen grad skyldes kulturelle trekk, eksempelvis at tilbudet om hjelp faktisk blir forstått som hjelp og ikke som en form for nedvurdering. Det kan kanskje også ses i sammenheng med en generell velferdspolitik som personer med funksjonsnedsettelse i Norge i stor grad lever selvstendige liv og opplever autonomi og verdighet i hverdagen.

### Er det forskjeller når det gjelder hvem som opplever mikroagresjoner?

Vi har utforsket mulige forskjeller i erfaringer med mikroagresjon basert på respondentenes karakteristika og status på funksjonshemming. For å foreta denne sammenligningen, har vi summert erfaringene med mikroagresjon som er rapportert av hver respondent, som igjen har resultert i en rangering av opplevde mikroagresjoner på en skala fra 0 til 100. Gjennomsnittet for opplevde mikroagresjoner i hele utvalget er beregnet til å være 32,6. Videre har vi analysert og sammenlignet opplevelser med mikroagresjon i lys av ulike karakteristikk ved utvalget.

### Er det kjønns- og aldersforskjeller?

I vårt utvalg er det små forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til opplevd mikroagresjon. Kvinner i utvalget rapporterer i gjennomsnitt 31,9 prosent, og tilsvarende tall for menn er 32,9 prosent. Forskjellene er så små at det ikke er signifikante forskjeller. Det er også en skjev kjønnsbalanse i utvalget, som innebærer at snittverdiene kan være noe usikre (kvinner: 795, menn: 153).

Tabell 5.4: Gjennomsnittsverdier, kjønn

Kjønn	Gjennomsnitt, rapportert erfaring med mikroagresjon	N
Mann	32,9	153
Kvinne	31,9	795
Annet	44,8*	43
Ikke angitt		26
Total		1017

\*Kategorien annet er signifikant forskjellig fra mann og kvinne på 0.05 prosent nivå

I vårt materiale finner vi likevel et annet mønster enn det som rapporteres i den internasjonale litteraturen på området. Mens internasjonale studier tegner et bilde der det å være kvinne med en funksjonsnedsettelse øker sannsynligheten for å bli utsatt for mikroagresjon, er det nærmest ingen forskjeller mellom kvinner og menn i vår studie (Aydemir-Döke & Herbert, 2021; Olkin et al., 2019). Noe av forklaringen kan kanskje ligge i at det norske samfunnet i noen grad er mer likestilt enn de landene der de nevnte studiene er gjort. Det kan også være at kjønnsforskjellene er mindre i de yngre aldersgruppene, og at kjønnsforskjeller blir tydeligere i høyere alderskategorier.

Det er spesielt interessant å merke seg at det er flere personer i kategorien «annet» som oppgir erfaringer med mikroagresjon. De utgjør uansett ikke mange personer i det totale utvalget, (N = 43), og resultatet her er derfor også noe usikkert. Svarfordelingen kan tyde på at personer i denne gruppen opplever et høyere trykk av mikroagresjoner (45 prosent mot henholdsvis 32 og 33 prosent blant de øvrige). En mulig tolkning kan være at flere former for synlig og uttrykt annerledeshet bidrar til å gjøre disse personene mer utsatt for mikroagresjon enn andre.

Mulighetene til å sammenligne våre observasjoner med de internasjonale studiene er begrenset, men i en studie fra USA noterer vi imidlertid at Conover et al. (2021) finner at det ikke er en tydelig sammenheng mellom personer med funksjonshemming tilhørende LHBT+ og opplevde mikroagresjoner. Vi har ellers ikke noen andre studier å trekke paralleller til på dette området. Det er interessant å merke seg at det er de yngre aldersgruppene som i størst grad svarer at de har opplevd mikroagresjoner. Dette samsvarer i stor grad med funn fra internasjonal forskning (Conover et al, 2017; Lett et al., 2020; Dawsey et al., 2023). To norske studier av funksjonshemmedes erfaringer med hatytringer, hets og trakassering peker ellers også i samme regning: Det er de yngre aldersgruppene som i større grad enn voksne og eldre rapporterer erfaringer med ulike former for hets, trakassering og hatefulle ytringer (Bjørnshagen et al., 2024; Olsen et al., 2016).

**Tabell 5.5: Gjennomsnittsverdier, aldersgrupper**

Alder	Gjennomsnitt, rapportert erfaring med mikroagresjon	N
16-19 år	33,6	101
20-26 år	33,5	221
27-35 år	32,5	493
36-50 år	31,5	137
51 år eller eldre	30,4	38
Ikke angitt		27
Total		1017

Som tabellen over viser, er snittet høyest blant de to yngste aldersgruppene, fra 16 år og opp til og med 26 år. Deretter faller nivået gradvis. Det kan være flere grunner til at svarfordeling er som den er, og flere mulige hypoteser er mulig å knytte til funnene. En forklaring kan være at unge mennesker har vokst opp i en tid med klare forventninger om å være inkludert, og at de tar det for gitt at de behandles på samme måte som alle andre. Voksne og eldre mennesker med funksjonsnedsettelse kan tenkes å i større grad være sosialisert inn i en forståelse der de har blitt vant med talemåter, forståelsesformer og handlemåter som i praksis er synonyme med det som her refereres til som mikroagresjoner. Derfor reflekterer de i mindre grad over det de opplever og derfor rapporterer de lavere.

Hovedfunnet er altså at det er små forskjeller mellom aldergruppene. Men tegn i tiden peker i retning av at yngre aldersgrupper rammes på andre måter enn de eldre. Resultatene fra Ungdata viser at omfanget av unge som rapporterer mobbing og trakassering ligger jevnt, til tross for at arbeidet med å forebygge og motvirke mobbing har stått høyt på den politiske dagorden og i hverdagen i skolene. Ifølge den siste nasjonale rapporteringen svarer syv prosent av de spurte at de minst hver 14. dag blir utsatt for plaging, trusler og utfrysing fra jevnaldrende på skolen og på fritiden. Tre prosent opplever at de blir utsatt for mobbing på nett omtrent hver 14. dag eller oftere (Bakken, 2022). Utdanningsdirektoratets elevundersøkelser har også vist en økning i andelen av elever som opplever mobbing blant elever, også i de høyere aldergruppene i videregående skole (Udir, 2024).

### Hvilken betydning har utdanning?

Når ser vi på utdanningsbakgrunn, har vi delt denne variabelen inn i to hovedkategorier: med og uten høyere utdanning. Lavere utdanning innebærer videregående utdanning som høyeste fullførte utdanning eller lavere. 408 personer i utvalget har høyere utdanning, som vil si eksamen fra høyskole eller universitet. De øvrige 581 personene har ikke høyere utdanning (grunnskole, videregående eller ikke fullført).

**Tabell 5.6: Rapportert erfaring med mikroagresjon fordelt etter utdanningsbakgrunn**

Utdanningsnivå	Gjennomsnitt, rapportert erfaring med mikroagresjon	N
Lavere utdanning	34,5	581
Høyere utdanning	30,1	408
Ikke angitt		28
Total		1017

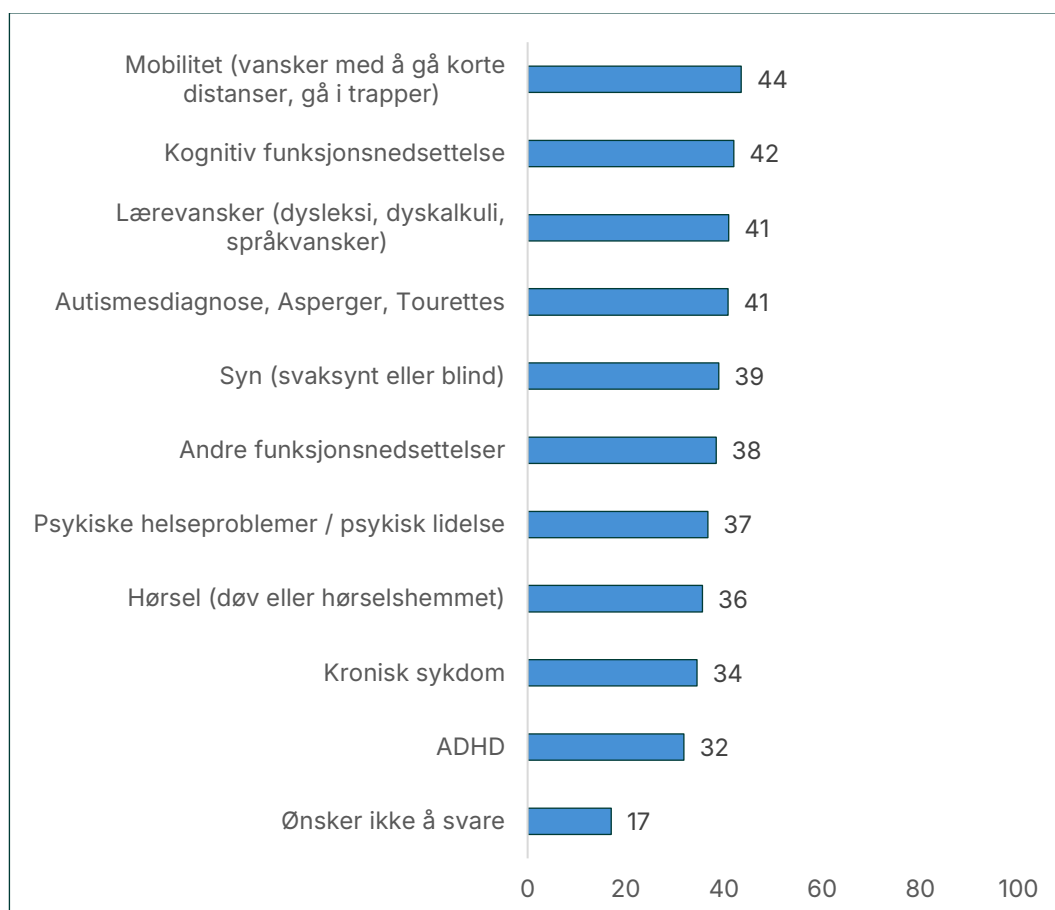
\*\*Signifikant forskjell på 0,01-prosent nivå ( $p < 0,01$ ).

Det er interessant å merke seg at gruppen uten høyere utdanning rapporterer et høyere gjennomsnitt av opplevd mikroagresjon enn gruppen med høyere utdanning. Dette funnet er signifikant. Det er verdt å påpeke at andre studier har funnet at det ofte er personer med høyere utdanningsnivå som rapporterer om flest tilfeller av mikroagresjoner. Aydemir-Döke og Herbert (2021) foreslår at dette kan forstås i lys av at individer med høyere utdanning potensielt har større selvtillit, og at de dermed også er mer oppmerksomme på mikroagresjoner. Dette kan inkludere opplevelser som å bli patronisert og bli stilt lave forventninger til (minimering). Dermed tegner våre funn også her et noe annet bilde enn det vi finner i den internasjonale forskningslitteraturen. Kanskje kan det bero på at forskjellene mellom utdanningsgrupper er mindre i Norge enn i USA, og kanskje kan det henge sammen med at alderssammensetningen i vårt utvalg i all hovedsak er yngre mennesker som i snitt rapporterer i høyere grad enn eldre generasjoner.

## 5.4 Er det forskjeller mellom typer av funksjonsnedsettelse?

Ved å analysere typer av funksjonshemming og deres erfaringer med mikroagresjon, observerer vi at personer med funksjonsnedsettelse knyttet til redusert mobilitet oftest rapporterer om erfaringer med mikroagresjon (jf. figur nedenfor). Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at det er mulighet for å angi flere typer funksjonshemminger samtidig. Personer med ADHD rapporterer om litt færre opplevelser med mikroagresjon enn gjennomsnittet og forskjellen er ikke signifikant.

Figur 5.6: Rapportert erfaring med mikroagresjon, etter typer funksjonsnedsettelse



Som det fremgår av figuren over, rapporteres det til dels høye tall på erfaringer med mikroagresjon for flere av de nevnte funksjonsnedsettelsene. Det kan være et uttrykk for at det er sammenhenger mellom noen typer funksjonsnedsettelse og utsatthet for mikroagresjon. Sammenligner vi dette med gjennomsnittet på 32,6, finner vi at det kun er hørselshemming, ADHD og de som ikke ønsker å svare som ikke viser signifikante forskjeller. Selv om noen av verdiene er relativt høye holdt opp mot snittverdien på 32,6, bør tallene likevel leses med en viss forsiktighet, siden antallet respondenter innenfor hver kategori ikke er spesielt høyt. Sammenligner vi med resultater fra internasjonale studier ser vi også at det er vanskelig å påvise helt klare sammenhenger.

Conover et al. (2021) har sammenlignet en rekke funksjonsnedsettelse (blant annet bevegelseshemming, multifunksjonshemming, hørselshemming, kronisk sykdom, synshemming, ervervet hjerneskade, og andre kategorier), men fant at bare ervervet hjerneskade og kronisk sykdom hadde en signifikant sammenheng med mikroagresjon. I en

studie utført av Deroche et al. (2024) kunne de ikke påvise noen signifikante forskjeller i mikroaggresjonsopplevelser blant personer med fysiske, sensoriske, psykiske eller nevroutviklingsforstyrrelser. Disse funnene står i kontrast til funnene til Andreou et al. (2021), som finner at individer med kronisk sykdom opplevde færre mikroagresjoner sammenlignet med andre grupper. Dette stemmer overens fra funn i vår studie. Det er vanskelig å si hvorfor det er slike forskjeller i internasjonale studier. Dette er et relativt nytt felt, så målemetodene er fortsatt under utprøving. Vi ser også at inndeling av typer funksjonshemming i de internasjonale studiene varierer, slik at tallgrunnlaget ikke alltid er helt sammenlignbart.

### Er det sammenheng mellom synlig funksjonsnedsettelse og mikroagresjon?

I undersøkelsen har vi stilt spørsmål om i hvilken grad funksjonsnedsettelsen var synlig eller tydelig for andre. Svaralternativene var «ja», «synlig av og til» og «nei». Av svarfordelingen ser vi at de som svarer at de har en synlig funksjonsnedsettelse, rapporterer over gjennomsnittet (43,8 mot snittet på 32,6). Det peker på at det er en forbindelse mellom det å ha en åpenbart synlig funksjonshemming og det å oppleve mikroagresjoner.

Videre er det en merkbar forskjell mellom de som opplever at deres funksjonshemming er synlig/tydelig av og til, og de som ikke har synlig funksjonshemming hele tiden. Det er signifikant forskjell mellom gruppen som angir at deres funksjonshemming er synlig/tydelig av og til, og gruppen som svarer nei på at de har synlig funksjonshemming. Dette betyr at både de som har en synlig funksjonshemming hele tiden og de som har den av og til, opplever mer mikroagresjon enn de som ikke har en synlig funksjonshemming. Dette stemmer overens med internasjonal forskning av hvem som opplever mikroagresjoner. Aydemir-Döke & Herbert (2021), Conover et al. (2017) og Conover et al. (2021) fant i sine studier at synlig funksjonshemming gir større risiko for mikroagresjon.

**Tabell 5.7: Har du en funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom som er synlig/tydelig for andre?**

	Gjennomsnittskår for erfaring med mikroagresjon	N
Ja	43,8	92
Synlig/tydelig av og til	33,6	367
Nei	30,1	532
Ikke angitt		26
Total		1017

\*\*Gruppen som har en synlig/tydelig funksjonshemming hele tiden og gruppen som har en funksjonsnedsettelse som er synlig/tydelig av og til, viser en signifikant forskjell sammenlignet med den øvrige gruppen ( $p < 0,01$ ).

## Er det sammenheng mellom begrensninger i daglige aktiviteter og opplevd mikroagresjon?

For å ha et mål på funksjonsnivået i den enkeltes hverdag, stilte vi spørsmål om hvordan respondentene vurderer om funksjonsnedsettelsen legger begrensning på deres daglige aktiviteter. Svaralternativene var «Ja, svært begrenset», «Ja, noe begrenset» og «Nei». Respondentene som svarer at funksjonsnedsettelsen begrenser deres daglige aktiviteter i svært stor grad, ligger over gjennomsnittet på rapporterte erfaringer med mikroagresjon (38,5 i snitt mot 32,6). De som svarer «Ja, noe begrenset» ligger litt under snittet for hele utvalget. De som svarer «Nei», altså at deres daglige aktiviteter ikke begrenses av funksjonsnedsettelsen, ligger betydelig under snittet på 32,6.

Vi finner at det er en signifikant forskjell i forekomsten av mikroagresjoner mellom de som svarer at deres funksjonsnedsettelse ikke påvirker deres daglige aktiviteter negativt, og de som oppgir at de er «noe begrenset» eller «svært begrenset» av deres funksjonsnedsettelse.

Videre finner vi at det er en signifikant forskjell i opplevelser av mikroagresjon mellom de som oppgir «noe begrenset» sammenlignet med de som føler seg «svært begrenset». Dette antyder at jo mer en person føler at deres funksjonsnedsettelse begrenser deres daglige aktiviteter, desto større er sannsynligheten for å oppleve mikroagresjoner. Disse funnene stemmer overens med resultater fra internasjonale studier. For eksempel finner også Conover og kollegaer (2021) at det er en sammenheng mellom alvorlighetsgraden av funksjonshemming og sjansen for å oppleve mikroagresjoner.

**Tabell 5.8: Gjennomsnitt av opplevd mikroagresjon som begrenser personens daglige aktiviteter**

	Gjennomsnitt	N
Ja, svært begrenset	38,5*	330
Ja, noe begrenset	31,8	531
Nei	21,0	127
Ikke angitt		29
Totalt		1017

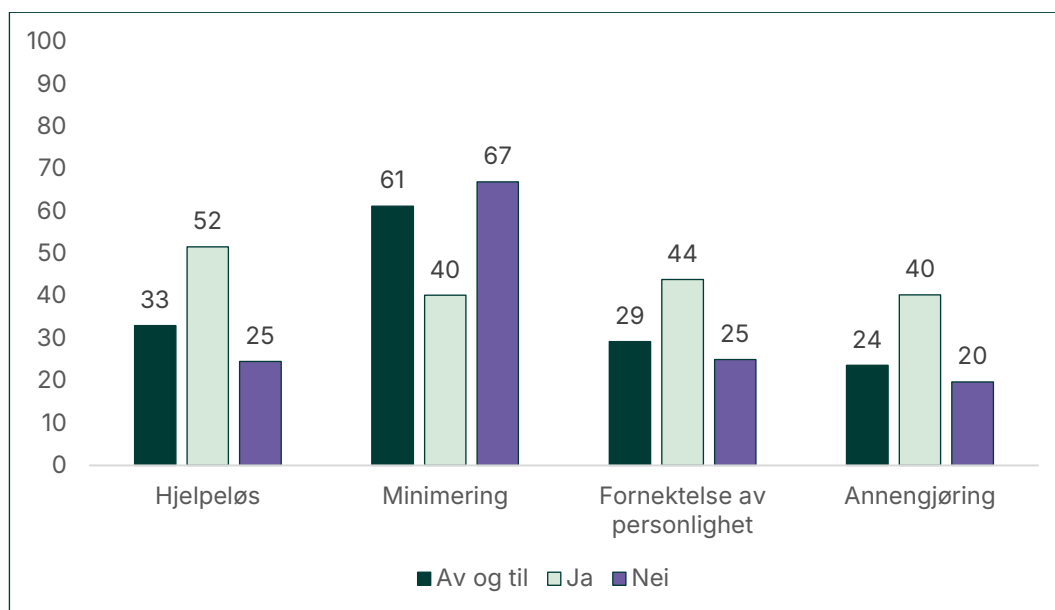
\*\*Ja, svært begrenset" er signifikant forskjellig fra de to andre gruppene ("Ja, noe begrenset" og "Nei") på et 0,01-nivå

## Synlige eller ikke-synlige funksjonsnedsettelser – er det forskjeller?

Når vi ser på gjennomsnitt blant deltakerne som rapporterer om hvorvidt funksjonsnedsettelsen er synlig eller tydelig for andre, og sammenligner dette med de ulike kategoriene av mikroagresjon – hjelpeløshet, minimering, fornektelse av personlighet og anengjøring – finner vi et interessant mønster. Blant de som rapporterer at funksjonshemmingen er synlig eller tydelig for andre hele tiden, er det en signifikant høyere forekomst av rapportert hjelpeløshet, fornektelse av personlighet og anengjøring sammenlignet med de som angir at funksjonshemmingen er synlig av og til, eller ikke synlig. Minimering fremstår som den mest fremtredende kategorien av mikroagresjoner blant de som

enten sjelden eller ikke har en synlig funksjonshemming. Personer som har synlig funksjonshemming rapporterer om høyere forekomst av hjelpeløshet, fornektelse av personlighet og annengjøring. De som har synlige funksjonsnedsettelse skårer nesten dobbelt så høyt på hjelpeløshet sammenlignet med de uten synlig funksjonshemming. Vi finner også det samme bildet i internasjonal forskning. Andreou et al. (2021) peker på at studenter med synlig funksjonshemming opplever et høyere trykk av annengjøring og hjelpeløshet, mens studenter med skjulte funksjonshemninger opplever mer minimerings-spesifikke mikroagresjoner. Det bør likevel nevnes at funnene må tolkes med forsiktighet, siden det ikke gjennomgående er signifikante forskjeller.

**Figur 5.7: Betydningen av synlig/tydelig funksjonsnedsettelse for rapportert mikroagresjon**



## 5.5 Hva rapporterer respondentene av psykiske helseplager?

Studier som er gjennomført av det norske Folkehelseinstituttet viser at psykiske plager er relativt vanlig i befolkningen, og det er særlig utbredt blant unge voksne (FHI, 2023). I befolkningen vil mellom en av seks og en av fire oppfylle kriteriene for psykisk lidelse i løpet av et år. Folkehelseinstituttet definerer psykiske plager på denne måten:

Psykiske plager beskriver plager som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro. Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv, ofte knyttet til hendelser og erfaringer. Plagene kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse.<sup>8</sup>

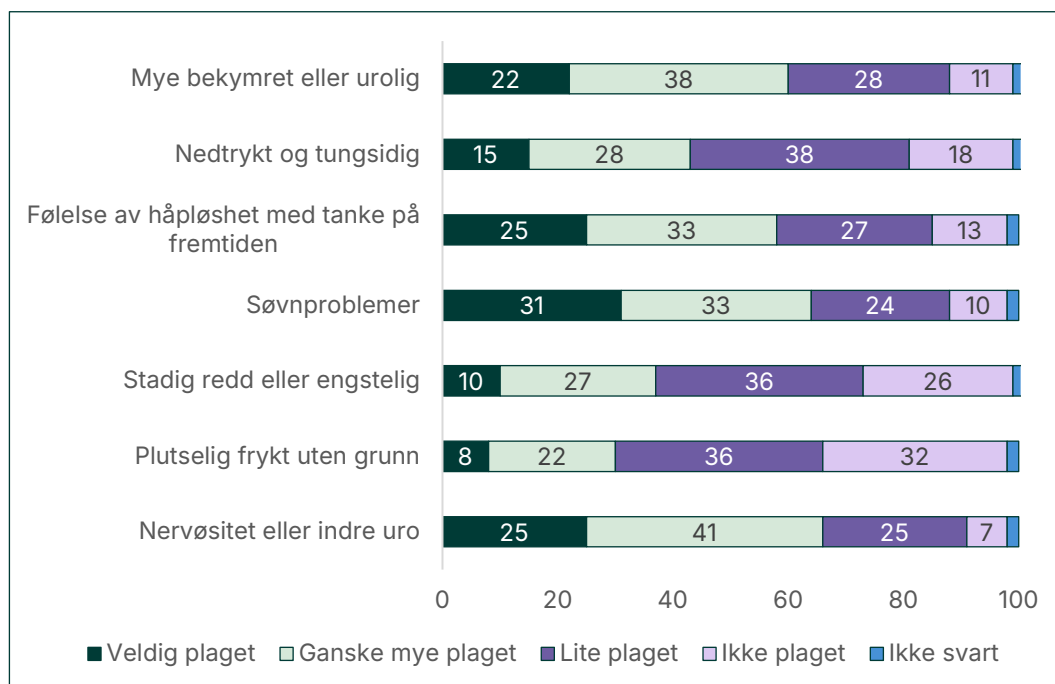
Definisjonen innebærer at dette er ganske vanlig og utbredte plager, og ikke nødvendigvis noe som er farlig. Det er en type plage som en del mennesker opplever å ha i kortere eller lengre perioder av livet (Folkehelse rapporten, 2023). Et mål i vår studie har vært å undersøke eventuelle sammenhenger mellom psykiske helse og erfaringer med mikroagresjon. Vi har stilt syv spørsmål knyttet til selvopplevde psykiske helseplager. I

<sup>8</sup> <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=#om-psykiske-plager-og-lidelser>



analysen har vi fordelt hva respondentene rapporterer om psykiske helseplager prosentvis på en skala fra 0 til 100. Som vi ser av figuren, er det særlig fire av påstandene som får høy skår i betydningen «veldig plaget» eller «ganske mye plaget». De fire påstandene som respondentene rapporterer hyppigst om, er «mye bekymret eller urolig» (50 %), «følelse av håpløshet med tanke på fremtiden» (48 %), «søvnproblemer» (54 %) og «nervøsitet og indre uro» (66 %).

Figur 5.8: Fordelingen, rapporterte psykiske helseplager i utvalget



Folkehelseinstituttet oppsummerer at flere undersøkelser har vist en jevn stigning i selvrapporterte psykiske helseplager blant unge over tid. Nivået varierer noe, alt etter hvilke måleinstrumenter som benyttes. Nivået er også noe høyere blant jenter enn blant gutter, og nivået ser ut til å ha gått litt ned det aller siste måleåret.<sup>9</sup> Den norske studien som treffer best på den målgruppen som gjelder for vår studie, er Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) som er rettet mot studenter i alderen 18–35 år. Majoriteten av respondenter i SHoT er mellom 18 og 25 år, men det er ingen tydelige aldersforskjeller i rapporterte plager. Studien viser en økning i selvrapportert høyt nivå av psykiske plager tilbake fra 2010 og frem til 2022, både blant gutter og jenter (Sivertsen & Johansen, 2022).

I vår undersøkelse finner vi at det er litt høyere nivå av selvrapporterte psykiske helseplager blant kvinner enn menn, men forskjellen er likevel ganske beskjeden. Disse funnene skiller seg fra UngData, som viser tydelige kjønnsforskjeller i psykiske helseplager blant skoleungdom, og spesielt blant de eldre ungdommene. Her oppgir tenåringsjenter høyere grad av psykiske helseplager enn gutter.

<sup>9</sup> I de refererte studiene er 2022 siste tilgjengelige målepunkt.

## Er det sammenheng mellom rapportert opplevd mikroagresjon og selvrappo- tert psykisk helse?

Vi har målt psykiske helseplager på to parametere: depresjon og angst. Dette gjorde vi ved å legge inn en kortversjon av et allerede utviklet kartleggings skjema, HSCL (Hopkins Symptom Checklist). De tre første spørsmålene er knyttet til angst, og de fire siste spørsmålene er knyttet til depresjon. Vi har gjort både en analyse av depresjon og angst hver for seg, og som en samlet skår som vi kaller «psykiske helseplager». Inndelingene er som vist nedenfor.

Tabell 5.9: Syv spørsmål om angst og depresjon i vår studie

Nervøsitet eller indre uro	Angst
Plutselig frykt uten grunn	Angst
Stadig redd eller engstelig	Angst
Søvnproblemer	Depresjon
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	Depresjon
Nedtrykt og tungsindig	Depresjon
Mye bekymret og urolig	Depresjon

For å se om mikroagresjoner har en sammenheng med depresjon og angst, både hver for seg og sammenlagt, har vi anvendt korrelasjonsanalyser.<sup>10</sup> Det innebærer å måle sammenhengene mellom to variable størrelser. Det er likevel viktig å understreke at vi ikke har målt hvor alvorlig de ulike formene for psykiske helseplager er for den enkelte.

Analysen viser statistisk signifikante korrelasjoner mellom opplevelsen av mikroagresjon og helseplager, i form av angst og depresjon. For angst er det en svak, men statistisk signifikant positiv korrelasjon mellom rapporterte opplevelser av mikroagresjon og rapportert nivå av angst ( $r = 0,175$ ). Når det gjelder depresjon, er det en moderat og statistisk signifikant positiv korrelasjon ( $r = 0,257$ ) mellom rapporterte opplevelser av mikroagresjon og rapportert nivå av depresjon.

Dette indikerer at hyppigere opplevelser av mikroagresjon er assosiert med høyere nivåer av depresjon, og denne sammenhengen er sterkere enn den som er observert for angst. Når vi slår både depresjon og angst sammen til en samlet skår (psykiske helseplager), ser vi at det er en svak til moderat og statistisk signifikant positiv ( $r = 0,240$ ) sammenheng mellom å bli utsatt for mikroagresjon og psykiske helseplager. Dette tyder på at personer som rapporterer at de har flest erfaringer med mikroagresjon også er de som har høyest nivå av selvrappo-  
terte helseplager, i form av angst og depresjon.

Kort oppsummert viser resultatene i vår studie at det er en sammenheng mellom rapporterte erfaringer med mikroagresjon og selvrappo-  
terte psykisk helseplager. Korrelasjonen er likevel ikke veldig sterk.

<sup>10</sup> Korrelasjon er en statistisk metode som brukes for å beskrive og måle sammenhengen mellom to variabler.

**Tabell 5.10: Korrelasjon helseplager og opplevd mikroagresjon<sup>11</sup>**

		Angst	Depresjon	Psykiske helseplager
Mikroagresjon	Pearsons korrelasjoner	,175**	,258**	,240**
	N	990	987	986

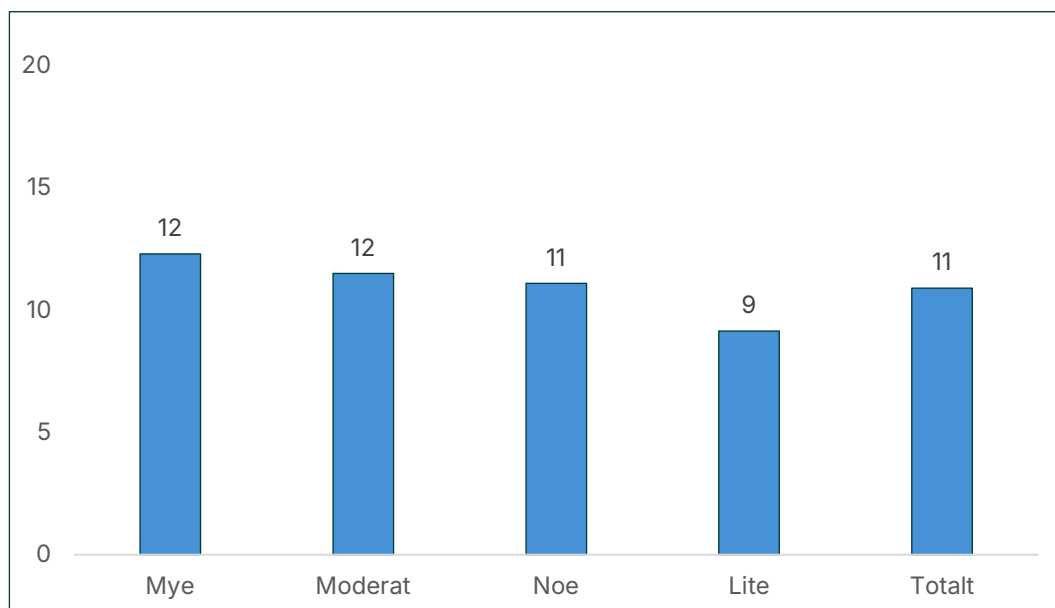
\*\*Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivå

Vi har forsøkt å analysere sammenhengen mellom helseplager og mikroagresjon på en annen måte (jf. figur nedenfor). Når vi legger sammen hver respondents rapporterte verdier på de syv parameterne for angst og depresjon, fordeler dette seg på en skala med verdier fra 0 til 21. Gjennomsnittet for alle respondenter ligger på 10,9. Deretter har vi delt inn rapporterte mikroagresjoner inn i fire hovedgrupper: De som har rapportert henholdsvis lite (0-21), noe (22-34), moderat (35-47) og mye opplevd mikroagresjon (48-99). Dette var for å få omtrent like mange respondenter i hver kategori. Hvordan ser disse resultatene ut, når vi sammenligner dem med resultater fra internasjonale studier? I en studie av voksne funksjonshemmede, fant Kattari (2020) at nivået av selvrapportert angst og depresjon er jevnt høyere blant respondentene som hadde erfaringer med mikroagresjon.<sup>12</sup> Tilsvarende fant også Lett et al. (2020) i en studie av universitetsstudenter med funksjonsnedsettelse at de i utvalget som rapporterte om erfaringer med mikroagresjon også rapporterte om negative helseforhold. Andreou et al. (2021) fant en sammenheng mellom flere erfaringer med mikroagresjon og høyere rapporterte trykk av depresjon, stress og lav selvtillit. Resultatene fra vår studie peker i samme retning som resultater fra eksisterende internasjonal litteratur på feltet, altså at det er en samvariasjon mellom selvrapporterte erfaringer med mikroagresjon og selvrapporterte psykiske helseplager (Kattari, 2020; Lett et al., 2020; Andreou et al., 2021).

<sup>11</sup> Her er N = 986-990 fordi korrelasjonen bygger på svar fra respondentene som har svart både på helseplager og opplevde erfaringer med mikroagresjon.

<sup>12</sup> De negative korrelasjonene er -0.19 for generelle helseplager, -0.15 for depresjon, og -0.19 for angst, alle signifikante på de angitte nivåene (Kattari, 2020).

Figur 5.9: Gjennomsnittlig skår på psykiske helseplager, på en skala fra 0 til 21 (N = 981) <sup>13</sup>



Som det fremgår av figuren, er det samvariasjon mellom det rapporterte nivået mikroagresjon og nivået av rapporterte psykiske helseplager. Figuren viser at de som opplever mikroagresjon også i høyere grad rapporterer om psykiske helseplager. Det er signifikante forskjeller mellom de ulike nivåene (se tabell i vedlegg).

De nevnte studiene har mindre utvalgsstørrelse (Lett N = 108, Kattari N = 311, Andreou N = 89), enn vår studie (N = 1017). Dette må tas i betraktning når vi gjør sammenligninger, siden resultater fra små studier lettere kan være utsatt for tilfeldige variasjoner og er mindre generaliserbare. Utvalget i Kattari (2020) sin studie er voksne funksjonshemmede generelt, mens utvalget i Lett et al. (2020) er avgrenset til universitetsstudenter. Til tross for forskjellene, tegner det seg likevel et bilde av at det er en viss sammenheng mellom erfaringer med mikroagresjon og selvrapporterte psykiske helseplager. Det varierer likevel hvor tydelig sammenhengen er. I vår studie er depresjon en større faktor, mens Lett et al. (2020) peker på angst som mest fremtredende i sitt materiale. I studien fra Lett (2018) er både represjon og angst signifikante. Dette indikerer sterkere positive sammenhenger enn hva vi finner i vårt materiale. Kattari (2020) fant en korrelasjon mellom depresjon og angst, selv om sammenhengen er å betegne som svak. Til tross for at tendensen peker i samme retning, er likevel målnivåene mellom studiene ulike og ikke direkte sammenlignbare.

<sup>13</sup> N = 991 fordi fordelingen kun omfatter de som har svart på spørsmålene om psykiske helseplager.

## 6 Oppsummering

Bakgrunnen for å gjennomføre forskningsprosjektet var en erkjennelse av at det internasjonalt vokser frem en bruk av begrepet «microaggressions» – eller «mikroaggresjon» på norsk – om de formene for hverdagslige og små, men relativt hyppig forekommende uttrykk for fordommer, stereotyper og fornærmelser som personer tilhørende minoritetsgrupper opplever i hverdagen, nettopp i kraft av å tilhøre en minoritet. Etableringen av begrepet vokste frem som følge av et ønske om å beskrive noen bestemte typer og situasjoner av nedvurdering og undertrykkelse som borgere med afro-amerikansk bakgrunn i USA jevnlig erfarte. Senere har begrepsbruken blitt utvidet og benyttet for å beskrive andre, men tilsvarende, situasjoner for andre minoritetsgrupper.

I den internasjonale litteraturen så vi at dette begrepet begynte å dukke opp i sammenheng med diskusjoner om funksjonshemmedes utsatthet for hatefulle ytringer, og at begrepet mikroaggresjon ble benyttet for å fange opp et større spekter av diskriminerende opplevelser. Da vi begynte å interessere oss for begrepet, var det uklart for oss hvilken relevans begrepet hadde og hvilke implikasjoner som var knyttet til bruken av det. Nysgjerrigheten på hvilke muligheter og forklaringspotensial som lå i begrepet i en norsk kontekst dannet utgangspunktet for at vi etablerte et samarbeid med organisasjonen Unge funksjonshemmede om dette temaet. En bevilgning fra Stiftelsen Dam i desember 2021 ga oss mulighet til å sammen utvikle et forskningsprosjekt der vi tok utgangspunkt i målemetodene som var utviklet og prøvd ut internasjonalt.

### 6.1 Problemstillinger og resultater

Med inspirasjon fra den internasjonale forskningslitteraturen ville vi prøve denne tilnærmingen og begrepsbruken på situasjonen for personer med funksjonshemming i Norge, og vi formulerte tre problemstillinger for studien: 1: Hvilke former for mikroaggresjon rapporteres det om? Er det for eksempel noen særlige grupper av funksjonshemmede som er spesielt utsatt? 2: Er det forskjeller mellom erfaringene hos personer med ulike typer av funksjonsnedsettelse? 3: Er det systematiske sammenhenger mellom opplevelser med mikroaggresjon og selvrapportert psykisk helse?

Problemstillingene var spesielt inspirert av Conover et al. (2017), samt av Kattari (2020) og Lett et al. (2020). Underveis i arbeidet ble også studien fra Conover et al. (2021) en viktig inspirasjon for oss, siden denne studien nettopp var opptatt av mulige sammenhenger mellom helseplager (depresjon og angst) og mikroaggresjon. I den internasjonale faglitteraturen kan spørsmålene klassifiseres i fire hovedtyper av erfaringer: a) hjelpeløshet, b) minimering, c) fornektelse av personlighet og d) annengjøring. Et hovedfunn i denne rapporten er at det er særlig de to hovedtypene minimering og hjelpeløshet som respondenter rapporterer at de har opplevd. Rundt 80 prosent av de spurte oppgir mye eller noe erfaring med ulike former for minimering. (F.eks.: «Folk bagatelliserer funksjonsnedsettelsen min, eller sier det kunne vært verre»). Dernest følger kategorien hjelpeløshet. (F.eks.: «Folk forteller at de synes synd på meg fordi jeg har en funksjonsnedsettelse».) Innenfor denne kategorien varierer det mellom 26 og 55 prosent på andelen som rapporterte å ha mye eller noe erfaring med dette.

Videre er det et funn at en relativt lav andel av de spurte rapporterer om de to andre hovedformene. Rundt 35–40 prosent av de spurte rapporterer om mye eller noe erfaring som er kategorisert som fornektelse av personlighet. (F.eks.: «Folk antar at jeg har lavere intelligens fordi jeg har en funksjonsnedsettelse.») Og sist: Mellom 10 og 30 prosent av de spurte oppgir at de har erfaringer med former for annengjøring. (F.eks.: «Folk sier at å leve med en funksjonsnedsettelse ikke er et verdig liv.») Selv om det kan være vanskelig å sammenligne de ulike kategoriene, er det likevel mulig å si at de sistnevnte kategoriene inneholder et budskap som er hardere og mer utdefinerende enn de to førstnevnte.

Studier av funksjonshemmedes erfaringer med mikroagresjon er foreløpig et lite studert felt, og resultatene må tolkes med forsiktighet. Resultatene kan samlet leses som et uttrykk for at det er en relativt moderat mengde erfaringer med mikroagresjon på de to hovedformene minimering og hjelpeløshet, og et relativt lavt nivå av slike erfaringer innen kategoriene fornektelse av personlighet og annengjøring. Når vi sammenligner typer av funksjonsnedsettelse, ser vi at det særlig er de av respondentene som har funksjonsnedsettelse som er synlig eller tydelig for andre i alle situasjoner som gjennomsnittlig rapporterer høyere om egne erfaringer med mikroagresjon. Vi finner også at personer med bevegelseshemming, kognitive funksjonsnedsettelse og lærevansker rapporterer om høyere forekomst av mikroagresjoner. Personer med ADHD rapporterer om lavere forekomst av slike erfaringer, sammenlignet med de andre som har svart.

Vi stilte syv spørsmål knyttet til selvopplevde psykiske helseplager, formulert som påstander, og vi ba respondentene ta stilling til om de hadde opplevd noe av dette i løpet av de siste to ukene. De påstandene respondentene hyppigst rapporterer, er nervøsitet og indre uro (66 prosent), søvnproblemer (54 prosent), mye bekymret eller urolig (50 prosent), og følelse av håpløshet med tanke på fremtiden (48 prosent). Ved å undersøke sammenhengen mellom mikroagresjon og psykiske helseplager, fant vi at det i vårt materiale er en moderat sammenheng mellom selvrapportert depresjon og angst, og erfaringer med mikroagresjon.

Det skal imidlertid understrekes at dette er egenrapporterte psykiske helseplager. Det betyr ikke at det ikke kan være alvorlig, men spesielt siden dataene baserer seg på personlige opplevelser og tolkninger, må resultatene også her tolkes med forsiktighet.

## 6.2 Refleksjoner om begrepsbruken

Begrepet mikroagresjon er fortsatt nytt i norsk sammenheng, og det er fortsatt flere uklarheter knyttet til avgrensninger og operasjonalisering av begrepet. Et første steg i vårt arbeid innebar derfor å forsøke å rydde i det begrepsmessige apparatet og konkretisere hva vi snakker om når vi bruker begrepet på norsk. Det må imidlertid påpekes at siden begrepet viser til uklare og tvetydige sosiale praksiser, vil det uunngåelig være et rom for tolkning av hvordan utsagn og handlinger blir forstått og opplevd.

I den internasjonale faglitteraturen brukes begrepet «ableism» parallelt til hvordan begrepet rasisme brukes når det gjelder diskriminering på grunn av etnisk tilhørighet. Begrepet viser til strukturell diskriminering og manglende tilgjengelighet som erfares av mennesker med funksjonsnedsettelse i et samfunn skapt av og for mennesker uten

funksjonsnedsettelse. «Funksjonsnormativitet», «funkofobi» og «funksjonssjåvinisme» er betegnelser som benyttes på norsk, i tillegg til «abilisme» (Østern et al., 2023; Lid, 2022; Ravneberg, 2021). En viktig side ved begrepet er at det også knytter an til en interessepolitisk forståelse, fordi det gir en anledning til å sette ord på – og opponere mot – en rekke av de mer subtile formene for «hverdagsdiskriminering» som personer med funksjonsnedsettelse erfarer. Det viser til holdninger og fordommer som ligger «mellom linjene» og som ofte er implisitt i sosial samhandling mellom mennesker. Poenget er at begrepet mikroagresjon også kan benyttes interessepolitisk for å fremme rettigheter og få øye på diskriminerende, nedvurderende eller undertrykkende sosiale praksiser som rammer den enkelte, hele eller deler av gruppen.

I de internasjonale fagmiljøene er det en diskusjon der det argumenteres for å beskrive mikroagresjon som en form for diskriminering (Kattari, 2020; Conover, 2017, 2021; Aydemir-Döke & Herbert, 2022), mens andre mener begrepet trenger en klarere definisjon eller en helt annen betegnelse (Lilienfeld, 2017, 2020; Freeman & Stewart, 2021; Jana & Baran, 2023; Calder-Dawe, 2019). Kritikken går på at det mangler enighet om definisjonen av mikroagresjoner, hvordan de kan måles, og hvilke effekter de har.

Selve terminologien er også under diskusjon. «Mikroagresjon» kan, ifølge kritikerne, forstås som å stå i motsetning til «makroagresjon», som her vil vise til direkte og åpenbart diskriminerende handlinger, mens mikroagresjon peker mot mer subtile og ofte ubevisste former for diskriminering. Å referere til en erfaring som «mikro» kan bidra til å bagatellisere handlingene og deres konsekvenser, og potensielt undergrave opplevelsen av å konstante eller jevnlig bli minnet om å være annerledes og ikke passe inn. Sue (2010) påpekte at «Folk sier mikroagresjon er små hendelser, men våre studier indikerer at mikroagresjon har makroeffekter ettersom de påvirker levestandarden til marginaliserte grupper». Samtidig kan bruken av ordet «mikro» føre til at de som rammes nøler med å dele sine opplevelser og blir redde for at deres følelser blir bagatellisert, eller at de ikke blir tatt seriøst. «Aggresjon» antyder dessuten at det er en intensjon om å skade, noe som kan gi et feilaktig inntrykk av at handlingen er bevisst nedverdiggende eller at avsenderen er ondsinnet. Dette er ikke forenlig med definisjonen av mikroagresjon som vi har lagt til grunn. Mikroagresjon skal heller forstås som ubevisst og uintendert subtil diskriminering (Sue, 2010).

Kritikerne har blant annet foreslått å erstatte «mikroagresjon» med «utilsiktet diskriminering» for å reflektere at handlingene ikke nødvendigvis er ment å skade (Lilienfeld, 2017). Det kan være et begrep som kanskje er bedre på den måten at det er mer verdimelessig nøytralt for forskere. Forstått som verktøy for interessepolitiske aktører, er det likevel interessant å merke seg at det er lett å redusere den retoriske kraften begrepet har, nettopp fordi det antyder en intensjon og fiendtlighet hos avsender.

Det har også blitt argumentert for å flytte oppmerksomhet fra avsenderens intensjon over til skaden som mottakeren påføres, og dermed introdusere en «skadebasert forståelse» av mikroagresjoner (Freeman, 2021). En slik tilnærming vil rette oppmerksomheten mot mottakerens opplevelser og konsekvensene av mikroagresjoner. Et annet begrep som er introdusert som et mulig alternativ, er «subtile ekskluderingshandling» (Jana & Baran, 2020). Her er hensikten å rette oppmerksomheten mot de sosiale sidene

ved fenomenet, og ikke hva som er intensjonen fra avsenders side. Calder-Dawe (2019) har tatt til orde for at oppmerksomheten bør rettes mot kulturelt gitte fordommer og forventninger, og at «hverdags-abelisme» er en mer presis beskrivelse. Begrepet reflekterer at mikroagresjoner ikke kun er individuelle handlinger, men at utsagn eller handlinger også er uttrykk for utbredte holdninger og normer, innvevd i samfunnsmessige strukturer. En slik tilnærming understreker behovet for å adressere de underliggende sosiale og kulturelle sidene ved forestillinger som bidrar til å opprettholde og videreføre stigmatisering og diskriminerende sosiale praksiser.

Poenget i denne sammenhengen er ikke å finne en løsning på disse dilemmaene, men heller å vise at det er en pågående begrepsdiskusjon – og en offentlig meningsbrytning – om hva som er fungerende terminologi som kan bidra til å fange opp flertydigheten i hverdagslige språklige praksiser der erfaringer med mikroagresjon kommer til uttrykk. Et mål for vårt arbeid har vært å åpne opp og skape en begynnende forståelse for inventaret og mulige anvendelser av begrepet i norsk sammenheng. Vårt bidrag kan forhåpentligvis være med på å løfte dette spørsmålet. På dette området vil det være nyttig å både ha en åpning for etnografiske nærstudier av sosiale situasjoner eller arenaer der mikroagresjon kan forekomme, så vel som større breddestudier av aktørers erfaringer med mikroagresjon og deres reaksjoner på dette. Trolig vil det være av interesse å undersøke hvordan interseksjonalitet mellom flere diskrimineringsgrunnlag kan spille sammen og påvirker hverandre. Begrepet kan være en nyttig analytisk inngang for å undersøke hvordan det sosiale klimaet i samfunnet påvirker situasjonen for personer tilhørende ulike minoritetsgrupper. Samtidig må forskersamfunnet ta høyde for at begrepet brukes interessepolitisk, slik også en rekke andre samfunnsvitenskapelige begreper gjør det.



# Referanser

- Andreou, E., Psyllou, A., Vlachou, A., Fyssa, A. & Saridaki, M. (2021). Microaggressions and psychosocial adjustment among Greek university students with disabilities. *Education Sciences*, 11(12), 781.
- Auguste, E. E., Cruise, K. R. & Jimenez, M. C. (2021). The effects of microaggressions on depression in young adults of color: Investigating the impact of traumatic event exposures and trauma reactions. *Journal of traumatic stress*, 34(5), 985-994.
- Aydemir-Döke, D. & Herbert, J. T. (2022). Development and validation of the ableist microaggression impact questionnaire. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 66(1), 36-45.
- Bakken, A. (2022). Ungdata 2022. *Nasjonale resultater*. (NOVA-rapport 5/22.) NOVA, OsloMet.
- Berger, R. J. (2013). *Introducing disability studies*. Lynne Rienner Publishers.
- Bjørnshagen, V., Olsen, T., Vedeler, J. S. & Eriksen, J. (2024, under utgivelse). *Hatytringer, hatkriminalitet og diskriminering – funksjonshemmedes erfaringer*. Fafo-rapport. Fafo.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge Studies of Social Anthropology.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Polity Press.
- Calder-Dawe, O., Witten, K. & Carroll, P. (2020). Being the body in question: Young people's accounts of everyday ableism, visibility and disability. *Disability & Society*, 35(1), 132-155.
- Charmaz, K. & Rosenfeld, D. (2016). Reflections of the body, images of self: Visibility and invisibility in chronic illness and disability. I P. Vannini (red.) *Body/Embodiment. Symbolic Interaction and the Sociology of the Body* (s. 35-49). Routledge.
- Conover, K. J., Israel, T. & Nylund-Gibson, K. (2017). Development and validation of the Ableist Microaggressions Scale. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 570-599.
- Conover, K. J. & Israel, T. (2019). Microaggressions and social support among sexual minorities with physical disabilities. *Rehabilitation psychology*, 64(2), 167.
- Conover, K. J., Acosta, V. M. & Bokoch, R. (2021). Perceptions of ableist microaggressions among target and nontarget groups. *Rehabilitation Psychology*, 66(4), 565.
- Cronbach, L. J. (1955). Processes affecting scores on "understanding of others" and "assumed similarity". *Psychological bulletin*, 52(3), 177.
- Conover, K. J., Israel, T. & Nylund-Gibson, K. (2017). Development and validation of the Ableist Microaggressions Scale. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 570-599.
- Dalen, H.B., Berglund, F. & Lillegård, M. (2021). *Kjønn, identitet og seksualitet i kvantitative spørreundersøkelser*. (Notat 2021/28.) Statistisk sentralbyrå.
- David, E. J. R. & Derthick, A. O. (2017). *The psychology of oppression*. Springer Publishing Company.
- David, E. J. R. (red.) (2013). *Internalized oppression: The psychology of marginalized groups*. Springer Publishing Company.
- Dawsey, T. B. (2022). *Ableism, Ableist Microaggressions, and Psychological Thriving: A Mixed-Methods Study of College Students with Physical Disabilities*. PhD-avhandling, Coastal Carolina University.
- Deroche, M. D., Ong, L. Z. & Cook, J. M. (2024). Ableist Microaggressions, Disability Characteristics, and Nondominant Identities. <https://tpcjournal.nbcc.org/ableist-microaggressions-disability-characteristics-and-nondominant-identities/>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15.
- de Vibe, M. & Moum, T. (2006). Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1898,-1902.
- Fladmoe, A., Nadim, M. & Birkvad, S.R. (2019). *Erfaringer med hatytringer og hets blant LHBT-personer, andre minoritetsgrupper og den øvrige befolkningen*. Rapport 2019:4. Institutt for samfunnsforskning.

- FHI (2023). *Folkehelse rapporten. Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Foral, G. C. (2023). Do Neuroticism and Agreeableness Predict Sensitivity to Microaggressions? A Correlational Study. (Working paper.)
- Freeman, L. & Stewart, H. (2021). Toward a harm-based account of microaggressions. *Perspectives on Psychological Science*, 16(5), 1008–1023.
- Gage, N. L. & Cronbach, L. J. (1955). Conceptual and methodological problems in interpersonal perception. *Psychological review*, 62(6), 411.
- Jana, T. & Baran, M. (2023). *Subtle acts of exclusion: How to understand, identify, and stop microaggressions*. Berrett-Koehler Publishers.
- Kaiser, S. B., Wingate, S. B., Freeman, C. M. & Chandler, J. L. (1987). Acceptance of physical disability and attitudes toward personal appearance. *Rehabilitation Psychology*, 32(1), 51–58. doi:10.1037/h0091558
- Kattari, S. K. (2017). Development of the ableist microaggression scale and assessing the relationship of ableist microaggressions with the mental health of disabled adults.
- Kattari, S. K. (2020). Ableist microaggressions and the mental health of disabled adults. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1170–1179.
- Keller, R. M. & Galgay, C. E. (2010). Microaggressive experiences of people with disabilities. I D.W. Sue (red.), *Microaggressions and Marginality Manifestation, Dynamics, and Impact* (s. 241–267). John Wiley & Sons, Inc.
- Lett, K., Tamaian, A., & Klest, B. (2020). Impact of ableist microaggressions on university students with self-identified disabilities. *Disability & Society*, 35(9), 1441–1456.
- Lick, D. J., Durso, L. E. & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8(5), 521–548.
- Lid, I.M. (2022). Ableisme på norsk– om diskriminering på grunnlag av funksjonsnedsettelse. *Nytt norsk tidsskrift*, 3(39), 231–241.
- Lilienfeld, S. O. (2017). Microaggressions: Strong claims, inadequate evidence. *Perspectives on psychological science*, 12(1), 138–169.
- Lilienfeld, S. O. (2020). Microaggression research and application: Clarifications, corrections, and common ground. *Perspectives on Psychological Science*, 15(1), 27–37.
- Lui, P. P. (2020). Racial microaggression, overt discrimination, and distress:(In) direct associations with psychological adjustment. *The Counseling Psychologist*, 48(4), 551–582.
- Lui, P. P., Vidales, C. A. & Rollock, D. (2018). Personality and the social environment: Contributions to psychological adjustment among Asian and Euro American students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37(9), 659–696.
- Mallete, M.H, Mason, J. & McConn, M. (2023). Are we there yet? Onto-epistemological qualitative language and literacy research. I R.J. Tierney, F. Rizvi & K. Ercikan (red.), *International Encyclopedia of Education* (4. utgave) (s. 895–901). Elsevier.
- McTernan, E. (2018). Microaggressions, equality, and social practices. *Journal of Political Philosophy*, 26(3), 261–281.
- Nadal, K. L., King, R., Sissoko, D. G., Floyd, N. & Hines, D. (2021). The legacies of systemic and internalized oppression: Experiences of microaggressions, imposter phenomenon, and stereotype threat on historically marginalized groups. *New Ideas in Psychology*, 63, 100895.
- Olkin, R., Hayward, H. S., Abbene, M. S. & VanHeel, G. (2019). The experiences of microaggressions against women with visible and invisible disabilities. *Journal of Social Issues*, 75(3), 757–785.
- Olsen, T., Vedeler, J.S., Eriksen, J. & Elvegård, K. (2016) *Hatytringer – resultater fra en studie av funksjonshemmedes erfaringer*. Rapport. Nordlandsforskning.
- Ong, A. D., & Burrow, A. L. (2017). Microaggressions and daily experience: Depicting life as it is lived. *Perspectives on Psychological Science*, 12(1), 173–175.

- Pierce C. (1970). Offensive mechanisms. I C. Pierce & F.B. Barbour (red.), *The Black seventies: An extending horizon book* (s. 265–282). Porter Sargent Publisher.
- Pierce, C., Carew, J., Pierce-Gonzalez, D. & Willis, D. (1978). An experiment in racism: TV commercials. I C. Pierce (red.), *Television and education* (s. 62–88). Sage.
- Ravneberg, B. (2021). Funkisbevegelsens identitetspolitikk. I Faye, R., Lindhardt, E.M., Ravneberg, B. & Solbue, V. (red.), *Hvordan forstå fordommer? Om kontekstens betydning – i barnehage, skole og samfunn* (s. 131–147). Universitetsforlaget.
- Robb, J. L. (2015). *Attitudinal ableism: A three-study exploration into attitudinal barriers encountered by people with mental illness, substance use, and physical disabilities*. The University of Arizona.
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T. & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33, 345–354.
- Sherry, M., Olsen, T., Vedeler, J. S. & Eriksen, J. (red.) (2020). *Disability Hate Speech. Social, Cultural and Political Contexts*. Routledge.
- Sivertsen, B. & Johansen, M.S. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022*. Student-samskipnaden SiO.
- Solórzano, D.G. & Yosso, T.J. (2002). Critical race methodology: Counter-storytelling as an analytical framework for education research. *Qualitative inquiry*, 8(1), 23–44.
- Sparrow, D., Parcell, E. S., Gerlikovski, E. R. & Simpson, D. N. (2023). Microaggressions Toward People with Disabilities. I Jeffress, M. S., Cypher, J. M., Ferris, J. & Scott-Pollock, J. A. (red.) (2023). *The Palgrave Handbook of Disability and Communication* (s. 67–80). Palgrave Macmillan.
- Streiner, D. L., Norman, G. R. & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. Oxford University Press.
- Sue, D. W. (2010). Microaggressions, marginality, and oppression: An introduction. I D. W. Sue (red.), *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (s. 3–22). John Wiley & Sons, Inc.
- Thornycroft, R. & Asquith, N. L. (2021). Crippling criminology. *Theoretical Criminology*, 25(2), 187–208.
- Tsang, S., Royse, C. F. & Terkawi, A. S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi journal of anaesthesia*, 11(Suppl 1), S80.
- Udir (2024). Flere elever opplever mobbing. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/analyser/2024/flere-elever-opplever-mobbing/mobbing-og-trivsel/>
- Ware, J. (1996). Evaluating instruments used cross-nationally: methods from the IQOLA project. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. New York–Philadelphia, itd: Lippincott.
- Williams, M. T. (2020). Microaggressions: Clarification, evidence, and impact. *Perspectives on Psychological Science*, 15(1), 3–26.
- Wolbring, G. (2008). The politics of ableism. *Development*, 51(2), 252–258.
- Østern, T.P., Olsen, T., Øyen, E., Lien, L & Holum L.C. (2023). *Tilgjengelige kunstnerskap? Et kunnskapssprosjekt om kunstnere med funksjonsnedsettelse i Norge*. Fagbokforlaget.

# Vedlegg

Tabell X1: Gjennomsnittskår psykiske helseplager og opplevd mikroagresjon

Opplevd mikroagresjon	Gjennomsnitt	N
Mye	12,3*	188
Moderat	11,5*	218
Noe	11,1*	301
Lite	9,1	284
Totalt	10,9	991

\*\*Forskjellen i gjennomsnittsskåre på psykiske helseplager og opplevde mikroagresjoner mellom de som rapporterer "Lite" plager og de som rapporterer "Noe", "Moderat", eller "Mye" plager er signifikant på et 0,01-nivå.

**Fafo**

Institutt for arbeidslivs- og velferdsforskning

Borggata 2B, Oslo

Postboks 2947 Tøyen, 0608 Oslo

Sentralbord: 22 08 85 00

E-post: [fafo@fafo.no](mailto:fafo@fafo.no)

[fafo.no](http://fafo.no)

