

Vilka erfarenheter av hälsovård och andra tjänster har personer som skadar sig själva och som försökt begå självmord samt deras närstående?



RESULTAT

Personer som skadat sig själva och försökt begå självmord samt deras närstående beskrev sina upplevelser på följande sätt (n = 29 studier)¹:

Samarbete inom vården

Motsägelsefulla erfarenheter av relationen mellan personal och patient (n = 21)¹

- Erfarenheterna inom hälso- och sjukvården* varierade. Inom andra tjänster upplevdes samspelet med personalen i huvudsak vara starkt och det beskrevs basera sig på samförstånd, icke-dömande vård och förtroende (n = 3).
- De positiva erfarenheterna som beskrevs i studierna betonade
 - ett genuint och känslösamt möte samt ömsesidig förståelse som stöd för patientens självtillit (n = 7).
 - uppmuntrande av patienterna att gå igenom sina ångestupplevelser tillsammans med en yrkesutbildad person (n = 7).
 - möjligheten för yrkesutbildade personer att bättre erbjuda vård som motsvarar patientens individuella behov, till exempel genom att reagera på variationer i suicidalitet, ångest och instabilitet (n = 3).
 - patientens upplevelse av att bli bemött som människa, vilket skapade hopp om återhämtning (n = 2).
- Vid ytliga vårdkontakter inom hälso- och sjukvårdstjänster upplevdes yrkesutbildad personerna som avlägsna och försöken att beakta patientens individuella upplevelser var få (n = 8).
- Upplevelsen av misstro för yrkesutbildad personer och brist på stöd försvagade patienternas trygghetskänsla och vilja att engagera sig i interaktionen (n = 3) och hade samband med upprepat självskadebeteende (n = 1).
- Både unga och vuxna hade varierande erfarenheter av interaktionen med personalen och överensstämmande åsikter om hurdan en bra interaktion i vården är.

Negativa erfarenheter av relationer mellan personal och närstående (n = 4)¹

- Närståendes negativa erfarenheter gällde dålig kommunikation, särskilt på jourpolikliniker och avdelningar (n = 4).
- Närstående upplevde
 - att de uteslöts ur diskussioner om patientens vård, att de fick bristfällig information om vårdprognosen och att deras oro ignorerades (n = 3).
 - ytliga och dömande möten med personalen, särskilt i samband med känsliga diskussioner som berörde patientvård och självskadebeteende. Detta ledde till bristande förtroende och tvivel om vårdkvaliteten (n = 2).
- Närstående upplevde att de hölls utanför beslutsfattandet, men att man samtidigt var uttalat beroende av dem då det gällde patientens säkerhet (n = 2).

**I detta Evidenstips avses med hälso- och sjukvård tjänster inom primärvården och specialistsjukvården, inklusive öppenvårdsmottagningar, jourer och vårdavdelningar. Med övriga tjänster avses tjänster inom socialvården och den tredje sektorn.*

BAKGRUND

Självskadebeteende och självmord är globalt sett ett betydande hälso- och samhällsproblem^{3,4}. Över 700 000 människor dör av självmord varje år över hela världen⁴. År 2022 dog 740 människor i självmord i Finland⁵. Självmord orsakar avsevärt mänskligt lidande till exempel för närstående och utgör därutöver folkhälsomässiga och nationalekonomiska förluster. Ett tidigare självmordsförsök är den största riskfaktorn för självmord, så vården efter ett självmordsförsök är av primär betydelse ur ett förebyggande perspektiv.⁶ Hälso- och sjukvårdspersonalen spelar en avgörande roll när det gäller att ingripa i självskadebeteende och förebygga självmord. Varje människa med självdestruktivt beteende bör få fungerande vård som grundar sig på bästa möjliga kunskap.³ En finländsk studie har visat att det är svårt att få hjälp mot självdestruktivt beteende. Dessutom finns det många faktorer som förorsakar missnöje med hjälpen eller med de som hjälper.⁷ I Finland svarar hälsovårdstjänsterna i nuläget nödvändigtvis inte alltid på ett tillräckligt sätt på de individuella behoven hos människor som överlevt självmordsförsök⁸. Det är alltså viktigt att få information om vilka erfarenheter personer som skadar sig själva och personer som försökt begå självmord och deras närstående har av olika aktörers tjänster, så att man i framtiden bättre kan tillgodose deras förväntningar och behov.



Vilka erfarenheter av hälsovård och andra tjänster har personer som skadar sig själva och som försökt begå självmord samt deras närstående?



RESULTAT

Yrkesutbildad personernas inställning

Upplevelser av yrkesutbildad personers negativa och stigmatiserande inställning** till själv (n = 9)¹

- På psykiatriska och somatiska avdelningar samt på jourpolikliniker hade patienterna stött på dömande attityder och underskattande av skador samt att yrkesutbildad personer fungerade som portvakter till tjänsterna (n = 9).
- En erfarenhet av stigmatisering i vården
 - kunde ge upphov till känslor av skam och rädsla som förhindrade patienten att avslöja sitt självskadebeteende eller självdestruktiva beteende i samband med den psykosociala bedömningen och vid uppsökande av hjälp (n = 5).
 - försvagade den redan låga självkänslan och ökade självanklagelserna (n = 3).
- Det fanns skillnader i upplevelsen av yrkesutbildad personernas stigmatiserande attityd mellan hälso- och sjukvården och andra tjänster, och i de senare upplevdes attityden vara mer accepterande (n = 2).
- Erfarenheten av stigmatisering i samband med psykiska diagnoser (n = 2) beskrevs enligt följande:
 - yrkesutbildad personernas intresse upplevdes avta efter att personen hade fått diagnosen personlighetsstörning.
 - efter diagnosen upplevde de som deltog i undersökningarna att de blev stämplade till exempel som "tidslösare" och "uppmärksamhetssökande".
 - deltagarna upplevde att man kunde underskatta allvaret i det destruktiva beteendet eller normalisera det som en del av den psykiatriska diagnosen.
- Både ungdomar och vuxna hade liknande erfarenheter av stigmatisering i vården, särskilt på akutmottagningar (n = 2).

***Stigma avser en negativ bild eller stämpel som anknyter till en person på grund av hans bakgrund, karaktär, handling eller sjukdom. Ett stigmatiserande förhållningssätt kan till exempel ge sig uttryck i form av fördomar, beskyllningar eller orättvist och diskriminerande bemötande eller stämpling.²*

Erfarenheter av vårdpersonalens nedsättande inställning till ångest (n = 9)¹

- Personalens likgiltighet och nedvärdering avseende fysisk och psykisk ångest förekom både på jourpolikliniker, läkarmottagningar och avdelningar (n = 5).
- Upplevelsen av diskriminering förstärktes av att personalen upplevdes prioritera fall som de ansåg vara "allvarligare" samt patienter vars skador inte var självförsakade (n = 3).
- En nedsättande inställning upplevdes leda till att ingen vård gavs, till exempel genom att man berättade att smärtstillande läkemedel och medicinska behandlingar var onödiga samt genom att hänvisa till "slöseri" med sängplatser eller resurser (n = 3).
- Den nedsättande inställningen gjorde att tjänsterna kändes kalla och robotliknande, där man endast reagerade på patientens situation när en viss "allvarlighetsströskel" överskreds (n = 1).
- Den nedsättande inställningen nämndes betydligt oftare i studier riktade till unga (n = 6) än i studier riktade till vuxna (n = 2).
 - Förhållningssättet kunde vara nonchalant eller nedsättande i synnerhet när unga avslöjade tankar om att skada sig själva eller tankar om självdestruktivitet (n = 2).
 - I de nedsättande svaren kunde självskadebeteende beskrivas som ett med åldern övergående skede (n = 1).
 - Personalen förhöll sig allvarligare till en ung persons självdestruktivitet om en familjemedlem var med på mottagningen (n = 1).

ANVÄNDBARHET I FINLAND

Resultaten baserar sig i huvudsak på internationellt material, men de kan utnyttjas inom den finländska social- och hälsovården samt inom tjänster inom den tredje sektorn, där man hjälper ungdomar och vuxna med självskadebeteende eller som försökt begå självmord.

MATERIAL OCH METODER

Evidenstipset baserar sig på en systematisk översikt över kvalitativa undersökningar som publicerades 2024, vars syfte var att beskriva hurdana erfarenheter personer med självskadebeteende och suicidala personer och deras närstående har av hälso- och sjukvården¹. Materialet i översikten bestod av 29 studier från åren 2007—2022 som genomförts i följande länder med hög eller medelhög inkomst: Storbritannien (11), Sverige (4), Kanada (2), Kina (2), Norge (2), Förenta staterna (2), Australien (1), Belgien (1), Finland (1), Irland (1), Portugal (1) och Sydafrika (1). I översikten ingick undersökningar om både vuxna och ungdomar (<25 år). Undersökningarna bedömdes i huvudsak vara av hög kvalitet. Den systematiska översiktens metodologiska genomförande beskrivs närmare i den ursprungliga publikationen¹. Översiktens kvalitet bedömdes enligt JBI:s verktyg för kritisk bedömning av systematiska översikter.^{***}

Vilka erfarenheter av hälsovård och andra tjänster har personer som skadar sig själva och som försökt begå självmord samt deras närstående?



RESULTAT

Vårdarrangemang

Erfarenheter av psykosociala bedömningar (n = 11)¹

- Användningen av det allmänna frågeformuläret ansågs förhindra en bedömning av individuella erfarenheter och psykosociala svårigheter (n = 4).
- Man ansåg att personalen på jourpolikliniker och psykiatriska avdelningar hade goda kunskaper om praxis för psykosocial bedömning, men att kunskaperna om psykisk hälsa var bristfälliga (n = 2). Patienterna rekommenderade ökad utbildning för att stödja personalens förmåga att bedöma sammanhanget och svårighetsgraden av patientens självdestruktion.
- Både patienter och närstående beskrev bristande delaktighet i vårdplaneringen inom hälso- och sjukvården samt onödigt upprepning av frågor som gav intrycket av att personalen inte hörde eller förstod deras individuella upplevelser (n = 2).
- Behandlingen upplevdes som positiv när personalen i samband med bedömningen beaktade patientens emotionella ångest, tillsammans med patienten gick igenom faktorer som hade lett till självskadebeteende och stöttade patientens agerande i beslutsfattandet (n = 4).

Varierande attityder till restriktioner och tvångsåtgärder (n = 11)¹

- Ibland ansågs restriktionerna och avlägsnandet av potentiellt farliga föremål som något positivt eftersom det kunde förhindra patienten från att fortsätta skada sig själv (n = 5).
- Jourpolikliniker och avdelningar beskrevs som "säkerhetshamnar" till vilka patienterna kan flyttas bort från en miljö som orsakar ångest (t.ex. svåra hemförhållanden). På så sätt kunde de fokusera på återhämtningen (n = 2).
- På jourpolikliniker och traditionella psykiatriska avdelningar upplevdes restriktionerna ofta som negativa och som något som försvagade patientens självtillit (n = 2).
- När restriktioner användes betonade både patienter och närstående vikten av kommunikationsbaserade rutiner (n = 1).
- Då personalen på jourpolikliniken motiverade användningen av restriktioner och bedömde situationen tillsammans med patienten upplevde patienterna mindre ångest och maktlöshet (n = 1).
- Både ungdomar och vuxna hade liknande motstridiga förhållningssätt till restriktioner och tvångsåtgärder.

Negativa erfarenheter av utskrivning och eftervård (n = 12)¹

- Negativa upplevelser av utskrivning (n = 5) gällde
 - oförberedd utskrivning eller för tidigt avslutande av vården, särskilt bland unga.
 - känslan av otrygghet.
 - känslan av att bli övergiven, vilket kunde försämra förtroendet för hälso- och sjukvårdstjänsterna och utlösa upprepat självskadebeteende.
- En del patienter fick ingen kontakt alls i samband med uppföljningen eller fick vänta länge på kontakt (n = 2).
- De som fick eftervård var ofta besvikna på att den var så kort, även på att antalet möten var så få och på att diskussionerna fokuserade på läkemedelsbehandling i stället för psykologiska frågor (n = 4).

Erfarenheter av psykiatriska läkemedel (n = 7)

- Läkemedelsbehandlingen ansågs i huvudsak vara till nytta, men personalen ansågs fokusera mera på att beskriva nyttan av den än på att informera om biverkningar och risker (n = 2).
- Förändringar i läkemedelsbehandlingen utan uppföljning upplevde patienterna som likgiltighet (n = 2).
- Läkemedelsbehandlingen inleddes ofta utan samtidig psykologisk intervention, vilket upplevdes som ett sätt att undvika problem istället för en effektiv lösning (n = 3).
- Både unga och vuxna hade likartade upplevelser. Dessutom behövde båda grupperna mer information om läkemedelsbehandlingens biverkningar (n = 2).

Goda erfarenheter av enheter för korttidsvård**** (n = 2)

- Behandlingen på dessa enheter kunde stötta patienternas självtillit då de till följd av gemensamt beslutsfattande upplevde ha bättre kontroll över vården.
- De positiva erfarenheterna av en trygg utskrivning på dessa enheter främjades av en detaljerad utskrivningsplan och skyddsplan. Bättre kontroll över den egna vården gjorde det lättare att anpassa sig till vardagen igen.

*****Enheter för korttidsvård = definierades i översikten som specialiserade enheter där patienterna på eget initiativ hade möjlighet att söka sig till en kort behandlingsperiod (t.ex. 3 dagar) för att hantera en akut risk.*

YMER INFORMATION

Skyddsplanen är ett personligt tillvägagångssätt för situationer där risken för självmord är stor. Du kan läsa mer om skyddsplanen mot självdestruktivitet till exempel i Psykporten:

www.mielenterveystalo.fi/sv/sjaldvestruktivitet

Wilka erfarenheter av hälsovård och andra tjänster har personer som skadar sig själva och som försökt begå självmord samt deras närstående?



RESULTAT

Organisatoriska hinder

Varierande erfarenheter av väntetider (n = 9)¹

- På akutmottagningar, avdelningar och krisenheter ökade den långa väntetiden för psykosocial bedömning ångesten, särskilt om miljön var hektisk och högljudd (n = 5).
- Patienterna och närstående fick knapp information om orsaken till väntan, till förseningarna och om hur situationen framskred (n = 2).
- Man var ibland tvungen att vänta länge på fortsatt behandling efter den första bedömningen (n = 2).
- Inom samhällstjänsterna beskrevs korta väntetider som en faktor som ökar tillfredsställelsen (n = 1) och inom socialvården ökade långa väntetider ångesten (n = 1).

Erfarenheter av svårigheter att få vård (n = 9) och ovisshet om tillgängliga tjänster (n = 5)¹

- Oavsett ålder upplevde både patienter och närstående att systemet misslyckades med att ge vård till personer med självskadebeteende.
 - Stödet var ofta begränsat till krisstöd, eftersom patienterna inte fick tillgång till andra tjänster eller väntetiderna var långa. Detta ledde till upprepade akutbesök (n = 3).
 - På jourpolikliniker, avdelningar och enheter för korttidsvård beskrevs det förekomma brist på både vårdplatser och personal. Detta förlängde väntetiderna, ökade antalet onödiga förflyttningar och för tidiga utskrivningar (n = 4).
- Många patienter kände inte till vilka tjänster utanför hälso- och sjukvården som fanns tillgängliga för dem. De upplevde att hälso- och sjukvården och andra tjänster borde vara bättre sammankopplade för att förbättra tillgängligheten till vård efter utskrivningen (n = 2).
- Patienterna önskade längre tjänstetider för tjänster utanför hälso- och sjukvården, telefontider och digitala mottagningar samt mer personal för att förbättra tillgängligheten (n = 3).

SAMMANFATTNING

Resultaten som presenteras i Evidenstipset bekräftar uppgiften om att hälso- och sjukvårdstjänsterna för närvarande inte alltid svarar på de individuella behoven hos personer med självskadebeteende och personer benägna att begå självmord eller deras närstående, både nationellt och internationellt sett. Resultaten bidrar till att identifiera de delområden inom tjänsterna som utvecklingen i första hand bör riktas mot. Ett jämlikt, respektfullt och öppet bemötande samt samverkan med personer med självskadebeteende eller som försökt begå självmord samt deras närstående är något som det är möjligt att påverka både på individ-, arbetsgemenskaps- och organisationsnivå. Dessutom är det viktigt att utveckla servicesystemen så att hjälp erbjuds förebyggande och med låg tröskel, så att situationerna inte blir kritiska och belastar social- och hälsovårdens jourtjänster. Det är också viktigt att öka medvetenheten om de hälso- och sjukvårdstjänster och andra tjänster som redan finns tillgängliga samt att förbättra tjänsternas tillgänglighet.

DEN URSPRUNGLIGA PUBLIKATIONEN

1. **Uddin T, Pitman A, Benson G, Kamal Z, Hawton K & Rowe S.** Attitudes toward and experiences of clinical and non-clinical services among individuals who self-harm or attempt suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2024; 54(1): 13–31.

***Översiktens kvalitet: 8/10, JBI: Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.

ANDRA ANVÄNDA KÄLLOR

2. **THL.** Stigma ja syrjäntä. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/stigma-ja-syrjainta>. (viitattu 5/2024)
3. **Knipe D, Padmanathan P, Newton-Howes G, Chan LF & Kapur N.** Suicide and self-harm. *Lancet* 2022;399:1903–1916.
4. **WHO.** Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>, 2021.
5. **Tilastokeskus.** Kuolemansyyt. Helsinki: Tilastokeskus. <https://stat.fi/julkaisu/cl8mlqiehn8z0cvzmez6j7sr>, 2022. (Viitattu 4/2024)
6. **Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito.** Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (Viitattu 4/2024). Saatavilla www.kaypahoito.fi.
7. **Miettinen TM.** Nuorten itsetuhoisuus ja siihen liittyvä apu. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2493-3>, 2022.
8. **Gaily-Luoma S, Valkonen J, Holma J & Laitila A.** How do health care services help and hinder recovery after a suicide attempt? A qualitative analysis of Finnish service user perspectives. *Int J of Ment Health Syst* 2022; 16: 52.

FÖRFATTARE

1 Miettinen, Tiina Maria¹, sjuksköterska, HvD, utbildningsdirektör
2 Sihvola, Harri², utbildare
3 Partonen, Timo³, forskningsprofessor

Redigering: Silja-Elisa Eskolin⁴, yngre forskare och Mira Palonen⁴, äldre forskare

¹Barn- och ungdomshemmet Noisniemi, ²Krisverksamheten, Mieli r:f:s Centret för suicidprevention, ³Institutet för hälsa och välfärd (THL), ⁴Stiftelsen för vårdforskning sr