



Euroopa Liit
Euroopa
Regionaalarengu Fond



Eesti
tuleviku heaks



SOTSIAALMINISTEERIUM

Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade

Lõpparuanne

Tartu 2018

Uuring viidi läbi Sotsiaalministeeriumi tellimusel. Uuringut rahastasid Eesti Teadusagentuur (RITA2/024) ja Sotsiaalministeerium.

Uuringu teostasid Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut ja sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE.

Uuringu autorid:

Liis Rooväli MSc	projekti koordinaator-analüütik, tervishoiukorralduse assistent, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Heti Pisarev Msc	projekti analüütik, biostatistika assistent, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Kadri Suija PhD	projekti analüütik, peremeditsiini dotsent ja vanemteadur, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Merli Aksen MA	analüütik, Sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE
Anneli Uusküla PhD	projekti ekspert-analüütik, epidemioloogia professor, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Raul-Allan Kiivet PhD	projektijuht, ekspert-analüütik, tervishoiukorralduse professor, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Viitamine: Rooväli L, Pisarev H, Suija K, Aksen M, Uusküla A, Kiivet RA. Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2018.

ISBN: 978-9985-4-1112-4 (pdf)

Autorid tänavad kõiki intervjuudes osalenud lähedasi; Gleb Denissovit surma põhjuste registrist; Ivari Õunapuud ja Andres Roostalu Sotsiaalkindlustusametist; Sirly Lätti Haigekassast; Tatjana Matjast, Hillary Viitat, Tambet Artmat ja Iren Irbet Riigi Infosüsteemide Keskusest; Mariliis Tüvi Kohtuekspertiisi Instituudist; Kristi Villsaart Töötukassast; Lauri Liiki TEHIKust; Heidi Lillemägi Maksu- ja Tolliametist; Tarmo Lõod Kaitseressursside ametist; ning Maiu Põldarit Politsei- ja Piirivalveametist andmete väljavõttude tegemise eest registritest; Maarja Kirssi ja Liisa Ojangut Andmekaitse Inspeksioonist; Mare Tekkelit ja Tatjana Veidemanni Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmete väljastamise eest); ajakirjanikke ja sotsiaalmeedia partnereid, kes aitasid meil intervjueeritavateni jõuda.

Uuringuga seotud küsimuste puhul palume pöörduda:

Liis Rooväli (e-post liis.roovali@ut.ee)

Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Ravila 19, 50411 Tartu

+372 737 4190, dph@ut.ee

www.tervis.ut.ee

Sisukord

Sisukord.....	3
Uuringu kokkuvõte	5
1. Kasutatud lühendid ja mõisted	7
2. Sissejuhatus	9
3. Uuringu eesmärk.....	12
4. Uuringu meetodika kirjeldus.....	13
4.1. Teaduskirjanduse ülevaade.....	13
4.2. Kvantitatiivne analüüs.....	13
4.2.1. Juhtkontrolluuringud.....	13
4.2.2. Enesetapu trendide hindamine.....	15
4.2.3. Enesetapu riskirühmade leidmine	16
4.2.4. Enesetapu riskitegurite muutused aastatel 2006–2013 vs. 2014–2016	16
4.3. Kvalitatiivne analüüs	17
4.4. Kvalitatiivsete andmete ühendamise kvantitatiivandmestikuga.....	18
5. Enesetappude riskitegurid teaduskirjanduse põhjal.....	20
5.1. Suitsiidiprotsess	20
5.2. Enesetappude riskitegurid.....	21
5.3. Enesetappude uuringud Eestis	23
5.4. Kokkuvõte	27
6. Enesetapid aastatel 2006–2016	29
6.1. Üldine kirjeldus	29
6.2. Enesetappude muutus ajas 2006–2016	38
6.2.1. Suitsiidisuremuse üldkordajad	38
6.2.2. Suitsiidisuremus vanuse järgi	39
6.3. Suitsiidisuremus maakondades.....	42
6.4. Kokkuvõte	46
7. Enesetappude riskirühmad	47
7.1. Enesetappude riskirühmad 2006–2016	47
7.2. Enesetappude riskirühmad 2014–2016, võrdlus Eesti Tervisekäitumise uuringuga	51
7.3. Enesetapu peamised riskirühmad 2014–2016 aastal	53

7.4. Kokkuvõte	56
8. Enesetapu sooritanute võrdlus aastatel 2006–2013 vs. 2014–2016.....	57
8.1. Kokkuvõte	60
9. Enesetapu sooritanute kirjeldus süvaintervjuude põhjal	62
9.1. Enesetapu sooritanute kirjeldus kvalitatiiv- ja kvantitatiivandmete ühendamisel	75
9.2. Kokkuvõte	78
10. Järeldused	81
11. Poliitikasoovitused	83
Kasutatud kirjandus	85
Lisa 1 Andmepäringus kasutatud andmebaasid ja tunnused	91
Lisa 2 Uuringu- ja kontrollrühma kirjeldus registriandmetel	95
Lisa 3 Haigekassa andmetest indikaatorite tegemine	106
Lisa 4 Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetest indikaatorite tegemine	109
Lisa 5 Intervjuu kava	112
Lisa 6 Suitsiidiprotsessi arengu kirjeldus [20]	115

Uuringu kokkuvõte

Käesoleva uuringu eesmärk oli analüüsida enesetappude dünaamikat Eestis aastatel 2006–2016, kirjeldada tunnuseid, mille poolest enesetapu sooritanud isikud erinesid üldrahvastikust ja analüüsida, mis ajendil inimesed enesetapu sooritasid. Enesetappude analüüsimiseks tutvuti asjakohase teaduskirjandusega, koguti ja analüüsiti andmeid enesetapu sooritanud isikute kohta erinevatest andmebaasidest ning intervjueriti enesetapu sooritanute lähedasi. Andmete hankimine ja käitlemine toimus järgides kõiki andmekaitse ja isikuandmete kaitse reegleid ning uurimistöö läbiviimiseks olid taotletud inimuuringute eetikakomitee kooskõlastused ja Andmekaitse Inspektsiooni load.

Eestis hukkus surma põhjuste registri andmetel aastatel 2006–2016 enesetapu tõttu 2543 inimest ehk keskmiselt 231 inimest aastas. Enesetapu sooritanutest 80% olid mehed, 4% olid alla 20-aastased noorukid. Enesetapu sooritamise tõenäosus suurenes vanuse kasvades nii meestel kui naistel. Meeste keskmine vanus oli 49 eluaastat ja naistel 60 aastat. Enesetapu sooritanud meestest 70% olid alla 60-aastased ja naistest 52% olid üle 60-aastased.

Ajavahemikul 2006–2016 vähenes enesetappude arv nii meeste kui naiste hulgas ning aastatel 2015 ja 2016 oli enesetappude kordaja Eestis taasiseseisvumisaja kõige madalamal tasemel (vastavalt 14,8 ja 13,9 enesetapu tõttu hukkunut 100 000 elaniku kohta). Eesti standarditud enesetappude suremuskordaja 2015. aastal oli 1,5 korda kõrgem Euroopa Liidu keskmisest. Eesti meeste enesetappude suremuskordaja on ligi 1,7 korda kõrgem Euroopa Liidu keskmisest ja naiste enesetappude osas Eestil Euroopa Liidu keskmisega erinevusi ei esinenud.

Suitsiidide arv vähenes meestel aastatel 2006–2016 oluliselt vanuserühmas 20–59, kuid noorte (10–19 eluaastat) ja vanemaealiste (60 ja enam eluaastat) meeste hulgas muutusi ei toimunud. Naiste hulgas vähenes suremus vanuserühmades 10–19 ja 40–79, kuid 20–39-aastaste hulgas toimus vaadeldud perioodi jooksul suitsiidisuremuse kasv keskmiselt 3,6% aastas. Pensioniealiste naiste ja meeste seas ei ole muutunud enesetappude sagedus ega riskitegurid.

Uuringu kvantitatiivses osas võrdlesime surma põhjuste registri andmetel enesetapu sooritanute erinevaid tunnuseid kahe kontrollrühmaga, kelleks olid ühel juhul sama vanalt haiguste tõttu surnud isikud ja teisel juhul tervisekäitumise uuringus oma tervise kohta informatsiooni andnud isikud.

Kirjeldamiseks enesetapu sooritanute sotsiaal-majanduslikku olukorda, sh töötamist ja sissetulekuid, tervislikku seisundit, kokkupuuteid seadusevastase tegevusega jm võimalikke suitsiidi sooritamisega seotud tunnuseid, sidusime isikupõhiselt andmed, mis olid pärit 14 riiklikust andmebaasist: surma põhjuste register; sotsiaalkaitse infosüsteem; sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister; ravikindlustuse andmekogu; riiklik kinnipeetavate ja vahistatute register; politsei infosüsteem; karistusregister; E-toimik; äriregister; kohtuekspertiisi infosüsteem; töötute register; töötuskindlustuse andmekogu; maksukohuslaste register ja kaitseväekohuslaste register.

Kvantitatiivsete analüüside tulemusena leiti, et enesetapu sooritanud meeste seas oli kontrollrühmaga võrreldes rohkem eestlasi, üksi elavaid ja töötuid isikuid ja neid, kes viimase eluaasta jooksul olid seotud

mõne kuriteoga või olnud vanglas¹. Enesetapu sooritanud naiste seas oli kontrollrühmaga võrreldes rohkem mitte-eestlasi, vallalisi ja töötuid isikuid. Suitsiidi sooritanud meestel ja naistel on rohkem vaimse tervise häireid (sh skisofreenia või meeleoluhäired), kuulmis- ja nägemishäired ning kroonilist valu. Võrreldes kontrollrühmaga oli suitsiidi sooritanud meeste ja naiste seas rohkem isikuid, kes käisid viimasel eluaastal arsti vastuvõtul või erakorralise meditsiini osakonnas (EMOs).

Uuringu teiseks (kvalitatiivseks) osaks olid intervjuud enesetapu sooritanute lähedastega. Kaasati 37 inimest, kes olid nõus rääkima aastatel 2012–2018 enesetapu läbi lahkunud lähedase isiku kaotusest. Intervjueeritavad ei osanud öelda ühte konkreetset põhjust, mis viis lähedase suitsiidini. Süvaintervjude alusel oli enesetapu sooritanute perekonnas suhteprobleeme, alkoholi liigtarvitamist, koduvägivalda, perekonna purunemist. Esines haridustee katkemist, töökohtade vahetust, töötust, majanduslikke raskusi. Enesetapu sooritanutel esines sageli varasemalt suitsiidimõtteid, kuid väljendatud suitsiidimõtteid ei võetud alati tõsiselt. Väga paljud olid ka varem suitsiidikatsed teinud; osadel oli mõni lähedane suitsiidi sooritanud.

Üldistades kvantitatiivse ja kvalitatiivse uuringu tulemusi on Eestis aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanud mehi ja naisi iseloomustavad tunnused kooskõlas teadusuuringutes avaldatuga ja ei ole muutunud võrreldes varasemate perioodidega. Enesetapu olulisemateks riskiteguriteks lisaks meessoole, on üksindus, raskused elus ettetulevate probleemide lahendamisel, vaimse tervise häired, suitsiidimõtted ja suitsiidikatsed.

Lähedaste toimetulek suitsiidiga on olnud keeruline ja kohanemine võtab aega. Paljudel puudub tugivõrgustik, kellele toetuda. Mõnele on pakutud professionaalset abi, kuid enamuse ei tea, kust abi saada või puudub selleks rahaline ressurss. Enim tuntakse puudust sama taustaga inimestega kohtumiste osas.

Lisaks lähedaste ja sõprade tähelepanelikkusele suitsiidimõtete esitamisel viitab tervishoiusüsteemi võimalustele aktiivsemaks sekkumiseks enesetapu sooritanud isikute sagedasem sattumine EMOsse.

Eesti andmetel teostatud analüüside ja teaduskirjanduse tulemuste toel sõnastati poliitikasoovitused suitsiidiriski vähendamiseks Eestis:

1. Märgata üksinduse ja suitsiidimõtetega lapsi ning noorukeid
2. Avardada psüühikahäire all kannatavate inimeste abi saamise võimalusi
3. Tagada alkoholi liigtarvitavatele ja narkootikumide kasutatavatele isikutele ravi võimalused
4. Krooniliste haigustega inimestele vajaliku abi (valuravi, hooldusabi) suurem kättesaadavus
5. Suitsiidi riskiteguritega isikutele suurem tähelepanu tervishoiusüsteemis
6. Elanike paremad teadmised suitsiidimõtete korral abi saamise võimalustest
7. Suitsiidiohvrite lähedastele suurem tähelepanu ja tugivõrk
8. Tõenduspõhine informatsioon otsustusprotsessis vajab eesmärgipäraselt ülesehitatud ja teostatud teadusuuringud.

¹ Isik oli kas kuriteokahtluse tõttu kriminaaluurimise all, talle mõisteti karistus kriminaalkuriteo sooritamise eest, ta viibis vanglas või oli kriminaalhooldusel

1. Kasutatud lühendid ja mõisted

Anhedoonia – huvide ja elurõõmu kadumine

APC – ingl *annual percent change*; aastane protsentuaalne muutus, näitab mitu % igal aastal tulemus eelmise aastaga võrreldes muutub

ATC kood – ingl *Anatomical Therapeutic Chemical code*; anatoomilis-terapeutilis-keemiline kood, mille alusel klassifitseeritakse ravimi toimeaineid

CI – ingl *confidence interval*; usaldusvahemik – selline arvuvahemik, mis on arvutatud andmete põhjal ja sisaldab üldkogumit iseloomustavat näitajat teatud (nt 95%-lise) tõenäosusega

DDD – ingl *defined daily doose*; defineeritud päevadoos

EMO – erakorralise meditsiini osakond

Enesetapp e suitsiid – fataalse tulemusega akt, mis on ohvri poolt tahtlikult algatatud ja teostatud niisuguse teadmise või eeldusega, et selle tulemus on fataalne, ning mille kaudu ohver lootis realiseerida tema poolt ihaldatud muutusi (WHO 1986) [1]

Enesetapakatse e suitsiidikatse – mittefataalse tulemusega tahtlik tegevus, mille puhul inimene ilma teiste sekkumiseta vigastaks või mürgitaks ennast, seejuures on tegevuse eesmärk realiseerida muutusi, mida loodeti saavutada oma tegevuse tegelike või oodatud füüsiliste tagajärgedega. Definitsioon hõlmab ka neid tegevusi, mille puhul sekkutakse enne, kui tegelik enesevigastus on aset leidnud (WHO 1986) [1]

max – maksimum ehk maksimaalne väärtus

min – miinimum ehk minimaalne väärtus

med – mediaan – valimit iseloomustava näitaja väärtus, millest pooltel valimi liikmetel on sama suur või suurem väärtus ja pooltel valimi liikmetel sama suur või väiksem väärtus (nt mediaanpalk)

p25, p75 – kvartiilid ehk 25. ja 75. protsentiil. Kvartiilide vahele jäävad pooled vaatlusalused isikud. Koos miinimumi, maksimumi ja mediaaniga jaotatakse valim väärtuste põhjal neljaks sama suures osaks – igasse väärtuste vahemikku mahub neljandik isikuid

MSM – ingl *men who have sex with men*; meestega seksivad mehed

OR – ingl *odds ratio (OR)*; šansside suhe, iseloomustab riskiteguri seost tulemiga

RHK-10 – rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. väljaanne

Riskitegur – tunnus või kokkupuude, mis suurendab teatud ebasoodsa tulemi, nt suitsiidi, tõenäosust

RR – ingl *relative risk*; suhteline risk, näitab riskiteguri esinemissageduse suhet suitsiidi sooritanud isikutel võrreldes kontrollrühma isikutega (suitsiidi mitte teinud isikutega). Tähele tuleb panna, et riskide suhe ei näita midagi riskiteguri absoluutse esinemissagedust vaid see on suhtelise erinevuse näit

RTA – Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020

SD – ingl *standard deviation*; standardhälve, iseloomustab vaatlustulemuste varieeruvust – suurema standardhälbe korral andmed hajuvad rohkem ehk vaatlustulemused on üldisest keskmisest kaugel

SKA – Sotsiaalkindlustusamet

SMR – ingl *standardised mortality ratio*; standarditud suremuskordaja – standarditud suremuskordaja näitab oodatavat surmajuhtude arvu standardrahvastikus, kui seal rakenduks huvialuse rahvastiku suremus ehk kui surnute vanus-struktuur oleks sama. Kasutatakse erinevate rahvastike (erineva vanus-struktuuriga rahvastike) suremuse võrdlemiseks

Šanss – ingl *odds*; sündmuse esinemise tõenäosuse ja sündmuse mitteesinemise tõenäosuse suhe

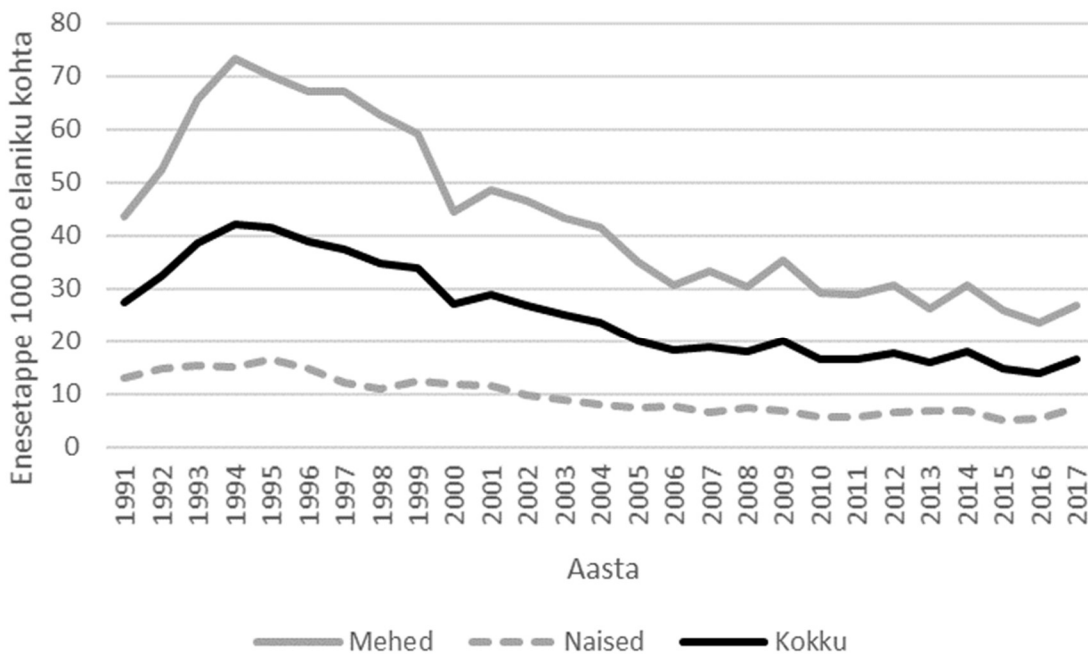
TKU – Eesti Täiskasvanud Elanikkonna Tervisekäitumise Uuring

VATEK – Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon

WHO – ingl *World Health Organisation*; Maailma Terviseorganisatsioon

2. Sissejuhatus

Eesti kuulub suure vigastussuremusega riikide hulka – 2015. aastal oli Eesti standarditud vigastussuremuse kordaja 100 000 elaniku kohta 1,4 korda kõrgem kui Euroopa Liidu keskmine näitaja (45,9 vs. 31,8) [2]. Vigastussuremus moodustas Eestis 2016. aastal 5,6% ja 2017. aastal 5,3% kogu suremusest [3]. Kuna vigastuste tõttu surevad Eestis enamasti mehed, eriti just noored mehed, siis peetakse vigastusi üheks meeste ja naiste eeldatava eluea oluliseks erinevuse põhjustajaks – 2016. aastal elasid naised ligi 8,7 eluaastat kauem kui mehed [4]. Sage vigastussurma põhjus Eestis on enesetapp, mis moodustas 2015. aastal 23% kogu vigastussuremusest ning ligi 42% 10–24-aastaste meeste kogu suremusest sel aastal. 2016. ja 2017. aastal moodustasid enesetappud vastavalt 21 ja 27% kogu vigastussuremusest, sh 15 ja 28% 10–24-aastaste meeste kogusuremusest antud aastatel. [3] Eesti standarditud enesetappude suremuskordaja 2015. aastal oli 15,9 enesetappu 100 000 elaniku kohta, mis on 1,5 korda kõrgem Euroopa Liidu keskmisest (10,9). Seejuures on Eesti meeste enesetappude suremuskordaja ligi 1,7 korda suurem Euroopa Liidu keskmisest: 29,9 vs. 17,9 enesetappu 100 000 elaniku kohta. Naiste enesetappude esinemises on samuti olulised erinevused, kuid need on väiksemad: 5,1 vs. 4,9 enesetappu 100 000 elaniku kohta. [5]



Joonis 1. Suitsiidide üldsuresmuskordajad Eestis 1991–2017, allikas Statistikaamet

Taasiseseisvumisaja alguses toimus Eestis kiire enesetappude arvu kasv, mis saavutas oma tipu 1994. aastal. Edasi kahanes enesetappude arv jõudsalt 2006. aastani, kuid peale seda on enesetappude arv pisut vähenenud vaid meestel, naistel püsib enesetappude tase samal tasemel (Joonis 1) [6]. 2016. aastal olid ligi 80% enesetappu sooritanutest mehed, 72% enesetappu sooritanutest olid tööealised (15–64-aastased) ning pea kolmandik 65-aastased või vanemad (28%) [3]. Seega enamus enesetappu sooritanutest on tööealised elanikud ehk noored inimesed, kelle varane suremus (suremus enne 65. eluaastat) seab ohtu Rahvastiku Tervise Arengukavas (edaspidi RTA) eeldatava ja tervena elatud eluea kasvu osas seatud

eesmärgid – et tervena elatud eluiga oleks Eestis aastaks 2020 pikenenud meestel keskmiselt 60. ja naistel 65. eluaastani ning keskmine eeldatav eluiga oleks pikenenud meestel 75. ja naistel 84. eluaastani. RTAs on lisaks eelnevale seatud eraldi eesmärk enesetappude vähendamiseks – et aastaks 2020 ei või suremus enesetappude tõttu olla suurem kui 10 juhtu 100 000 elaniku kohta. [7]

65-aastaste ja vanemate standarditud enesetappude kordaja on alates 1996. aastast jõudsalt vähenenud kuni 2004. aastani, seejärel langus peatus. 2015. aastal toimus Eestis 23 enesetappu 100 000 65-aastase ja vanema elaniku kohta, mis ületab Euroopa Liidu keskmist taset (16). Olukord on märksa tõsisem 65-aastaste ja vanemate meeste standarditud enesetappude kordajate osas: Eesti meestel oli 2015. aastal 53 enesetappu 100 000 üle 65-aastase elaniku kohta, kuid Euroopa Liidus keskmiselt vaid 28. 65-aastaste ja vanemate naiste osas oli Eesti 2015. aastaks jõudnud Euroopa Liidu keskmisele tasemele: 7 enesetappu 65-aastase ja vanema naise kohta. [8]

Eestis on viimasel 12 aastal (2006–2017) enesetapu tagajärjel hukkunud 2727 inimest ehk keskmiselt on enesetapu sooritanud 227 inimest aastas [3]. Tähelepanuväärne on, et majanduskriisi ajal kasvas küll aastal 2009 meeste enesetappude kordaja, kuid see taastus kiiresti (Joonis 1). 2015. ja 2016. aastatel oli enesetappude kordaja Eestis taasiseseisvumisaja kõige väiksemal tasemel nii meestel kui naistel, 2017. aastaks kasvasid enesetappude kordajad endisele tasemele. Võrreldes 2015. ja 2016. aastaga oli 2017. aastal enesetappude kordajate kasv suurem naiste hulgas, eelkõige vanuserühmades 20–24, 45–49, 60–69 ning 85-aastased ja vanemad. Meestel kasvasid 2017. aastal enesetappude kordajad peamiselt vanuses 45–49, 55–59, ja alates 75. eluaastast. [6] Enesetappude arv oli 2017. aastal varasemaga võrreldes suurem Ida-Viru, Lääne, Põlva, Rapla, Valga ja Võru maakonna ning Tallinna ja Tartu linna elanike hulgas [9].

Enesetappude arvu kahanemise seiskumisele juhtis tähelepanu Riigikantselei poolt juhitud vigastuste ja vigastussurmade ennetamise poliitika koordineerimise rakkerühm, kes oma 2014. aasta lõpparuandes konstateeris: „Hetkel ei ole võimalik välja pakkuda selgeid juhiseid olukorra parandamiseks, kuna pole täpsemalt teada enesetapja profiil“ [10]. Rakkerühma soovitusel tellis Sotsiaalministeerium antud uuringu.

Rakkerühma aruandes leiti: “2013. aastal vajab tahtliku enesekahjustuse tõttu arstiabi 1501 inimest. Ravikulu oli kokku 929 182 eurot. Keskmine raviarve suurus oli 523 eurot ja kulu ühe inimese kohta 707 eurot. Tahtliku enesekahjustamise tõttu vajab 2013. aastal kõige rohkem arstiabi 15–24-aastased naised.” [10].

2018. aastal Tervise Arengu Instituudi poolt koostatud vigastuste ülevaates kirjeldati et 2016. aastal vajati tahtliku enesekahjustuse tõttu arstiabi 1500 korral (mehed 900 ja naised 600 korral). Haiglaravi kasutati pea 20%-l enesekahjustuse tõttu pöördunutest. Ravikulu oli kokku 654 000 eurot (436 eurot juhu kohta), sh haiglaravi kulu 466 000 eurot. Sarnaselt varasemaga kasutasid arstiabi enim 15–24-aastased naised. Mehed viibisid enesekahjustuse tõttu ravil igas vanuses, vaid pensioniealised mehed pöördusid enesekahjustuse tõttu ravile harvemini kui nooremad. [11] Kolme aastaga on tahtliku enesekahjustuse tõttu ravile pöördumine vähenenud, samuti on vähenenud keskmine ravikulu enesekahjustuse kohta.

Rakkerühm [10] esitas enesetappude ennetamiseks järgnevad soovitused:

- Uuringu läbi viimine enesetapja profiili määramiseks – rekonstrueerida lähedaste abil enesetapu sooritanu elukäik. Eraldi oleks vajalik analüüsida, kui paljud enesetapu sooritanutest on saanud ravi ning on enesetapu sooritanud pärast ravi või pärast ravi katkestamist.

- Esmatasandi võimestamine, et oleks võimekus psüühilisi probleeme ära tunda, teatud seisundeid ravida (vaimse tervise õde) ning esmatasandi töötajad oleksid teadlikud inimeste edasi suunamise võimalustest. Eakate enesetappude ennetamiseks (depressiooni ära tundmiseks) perearstide, hooldajate, õdede ja sotsiaaltöötajate koolitamine.
- Õpetajate toetamine vägivalda märkamiseks ja sellega toimetulekuks.

Juba 2002. aastal valminud vaimse tervise poliitika alusdokumendis rõhutati suitsiidsust kui olulist rahvatervise probleemi. Dokumendis leiti, et muutused suitsiidide levikus on seotud majanduslike, kultuuriliste ja väärtushinnanguliste muutustega Eestis. Taasiseseisvumisaja alguses sooritasid Eestis alla 14-aastased lapsed enesetappusid sama palju kui sellele eelneval 20 aastal kokku ning siis oli enesetapp 15–29-aastaste noorte seas kõige sagedasemaks surmapõhjuseks. Suitsiidide tõttu hukkusid rohkem mehed ning maaelanikel esines suitsiide rohkem kui linnaelanikel. Eksperthinnanguil on suitsiidikatseid 10–30 korda ja suitsiidi kavatsusi kuni 200 korda rohkem kui suitsiide. Samuti on leitud, et enesetapud on seotud ravimata depressiooni, alkoholismi ning õpitud abituse sündroomiga. [12]

2016. aastal valminud vaimse tervise strateegias toodi välja, et enesetappude riskirühmas on vanemaeealised ning noored. Juhiti tähelepanu, et lõpuleviidud enesetapuni jõudmine on protsess, mida mõjutavad individuaalsed kaitse- ja riskitegurid ning millesse saab sekkuda. Seega on oluline suitsiidiprotsessi ja suitsiidikäitumise mõistmine. Ühiskonnas on vaja mõista suitsiidikäitumisega seotud tegureid, ära tunda enesetapuriskiga inimesed ja pakkuda neile kiiret asjakohast abi probleemide lahendamisel. Olulisemaks enesetapu riskiteguriks on depressioon, peamiselt just diagnoosimata ja ravimata depressioon, aga ka erinevad riskikäitumised (nt alkoholi liigtarvitamine) ja sotsiaalne tõrjutus. Samuti on suitsiidi riskitegur raskete psüühika- ja käitumishäirete olemasolu. Lisaks eelnevale on ka tahtlikel enesevigastustel tugev seos erinevate psüühika- ja käitumishäiretega ning suitsiidikäitumisega. Oluliseks suitsiidi kaitseteguriks on tööhõive, seda isegi eakate suitsiidikäitumise korral. Analoogselt rakkerühma soovitusetega leiti, et suitsiidide ennetamisel on võtmekohal perearstide kompetentsi tõstmine depressiooni ravimisel. [13]

2017. a valminud RTA 2009–2020 vahehindamisel juhiti samuti tähelepanu vaimse tervise poliitika ja enesetappude ennetuse madalale prioriteetsusele Eestis. Raportis tõsteti esile enesetappude kõrget levimust meeste ja üle 50-aastaste inimeste hulgas. “Lähtudes teiste riikide kogemustest seostatakse 50+ grupi kõrgemat suitsiidsust tööelust kõrvalejäämise ja seonduvate toimetulekuraskustega (eriti vanaduspensionieelikute seas), halvenenud füüsilise tervise mõju vaimsele tervisele, üksindust pensionäride hulgas, kelle abikaasa ja sõbrad on surnud jmt.” [14]

3. Uuringu eesmärk

Käesoleva uuringu eesmärk oli analüüsida enesetappude trende Eestis aastatel 2006–2016, leida peamised enesetapu riskirühmad ja riskitegurid, kirjeldada nende võimalikke muutusi ajas ja analüüsida, mis ajendil riskirühma kuuluvad inimesed enesetapu sooritasid.

Uurimisülesanneteks oli:

- 1) Kirjeldada enesetappude esinemist Eestis viimasel 11 aastal, sh muutusi perioodidel 2006–2013 ja 2014–2016.
- 2) Tuua välja peamised enesetapu riskirühmad aastatel 2014–2016 Eestis.
- 3) Koguda viimastel aastatel peamistesse riskirühmadesse kuuluvate enesetapu sooritanud isikute kohta täiendavat lisainfot hukkunu lähedastelt, et hinnata isikute enesetapu võimalikke põhjusi.
- 4) Tuua välja peamised suitsiidi riskitegurid ning anda poliitikasoovitusi, millistele sihtrühmadele ja riskiteguritele peab riiklikult tähelepanu pöörama, et enesetappe senisest tõhusamalt ennetada.

4. Uuringu metoodika kirjeldus

Enesetappude analüüsimiseks ja ettepanekute tegemiseks vajaliku info kogumiseks tutvuti asjakohase teaduskirjandusega, koguti ja analüüsiti andmeid enesetapu sooritanud isikute kohta erinevatest administratiivsetest andmebaasidest ning intervjueriti enesetapu sooritanute lähedasi.

Uuring viidi läbi perioodil 26.04.2017 – 30.06.2018.

Teaduskirjanduse analüüsil keskenduti enesetappude riskirühmadele ja riskiteguritele ning varasematele enesetappude ja suitsiidikäitumise analüüsidele Eestis.

4.1. Teaduskirjanduse ülevaade

Teaduskirjanduse ülevaate koostamisel keskenduti enesetappude riskirühmadele, riskiteguritele ja enesetappude ennetamise võimalustele ning varasematele enesetappude ja suitsiidikäitumise analüüsidele Eestis.

Teaduskirjanduse otsingud viidi läbi PubMedi ja Cochrane andmebaades keskendudes originaal-uuringutele, meta-analüüsidele ja ülevaadetele. Kirjanduse otsinguks kasutati järgmisi märksõnu ja nende kombinatsioone: *suicide, suicidal behaviour, suicidal ideation, suicide risk, suicide prevention, Estonia, medicines*. Publikatsioonidel vaadati läbi sisukokkuvõtted, analüüsi kaasati ingliskeelsed uuringud ja ülevaated, millel oli kättesaadav täistekst. Täiendavaid allikaid leiti sirveotsinguna publikatsioonide kirjanduse loeteludest, aga ka Eesti ning rahvusvaheliste asutuste ja organisatsioonide kodulehekülgedelt.

Teaduskirjanduse ülevaade on esitatud peatükis 5.

4.2. Kvantitatiivne analüüs

Kvantitatiivuurings kasutati järgmiste administratiivsete andmebaaside andmeid: surma põhjuste register; sotsiaalkaitse infosüsteem; ravikindlustuse andmekogu; riiklik kinnipeetavate, karistusjärgselt kinnipeetavate, arestialuste ja vahistatute register; karistusregister; E-toimik; ärireister; kohtuekspertiisi infosüsteem; töötuna ja töötajana arvel olevate isikute ning tööturuteenuste osutamise register; töötuskindlustuse andmekogu; maksukohuslaste register; sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister; kaitsevähk kohuslaste register ja infosüsteem POLIS. Lisas 1 on esitatud kõigis andmebaasides kasutatud tunnused.

Uuringu kvantitatiivse etapi läbiviimiseks saadi Tartu Ülikooli eetikakomitee kooskõlastused nr 271T-24 ja 275M-24 ning Andmekaitse Inspektsiooni otsus ja selle muudatus nr 2.2.-1/17/38.

4.2.1. Juhtkontrolluuringsud

Juhtkontrolluurings on vaatlusuurings, milles võrreldavad rühmad on moodustatud tulemi (nt haigus või surm) alusel. Tulemi (nt suitsiid) seosed võimalike (riski- või kaitse)teguritega tehakse kindlaks teguri esinemissageduse võrdlemisel juhtude (suitsiidi sooritanud) ja kontrollide (suitsiidi mitte-sooritanud) hulgas.

Seose hindamiseks kasutatakse šansside suhet (OR). Šansside suhte arvutamisel võrreldakse valitud riskitegurite esinemise šanssi² tulemtunnuse alusel uurija poolt valitud isikute rühmadel (käesolevas uuringus võrreldakse suitsiidi sooritanud isikuid enesetappu mitte sooritanutega).

Šansside suhte interpretatsioon:

OR = 1 näitab, et uuritava teguri esinemise šansid võrreldavatel rühmadel ei erine (st. uuritav tegur ei ole seotud suitsiidiga).

OR > 1 näitab, et uuritava teguri šansid on suuremad suitsiidi sooritanute hulgas võrreldes kontrollidega (suitsiidi mitte sooritanud) (st tegemist on suitsiidi riskiteguriga).

OR < 1 näitab, et uuritava teguri šansid on madalamad suitsiidi sooritanute hulgas võrreldes kontrollidega (suitsiidi mitte sooritanud) (st tegemist on suitsiidi suhtes kaitsva teguriga, suitsiidi kaitseteguriga).

Näiteks toitjakaotuspensioni OR = 10 tähendab seda, et suitsiidi sooritanute hulgas on šanss toitjakaotuspensioni saada 10 korda suurem kui kontrollrühmas. Tähele tuleb panna, et šansside suhe ei näita midagi riskiteguri absoluutse esinemissageduse kohta, tegemist on suhtelise erinevuse näiduga.

Mida erinevam on OR-i väärtus väärtusest 1, seda tugevam on seos riskiteguri ja tulemi vahel.

Enesetappude riskitegurite hindamiseks viidi läbi kaks juhtkontrolluuringut. Juhtkontrolluuringu käigus analüüsiti võimalike riskitegurite esinemist nii juhtude (enesetapu sooritanud isikud) kui kontrollide hulgas, mis võimaldab usaldusväärselt seostada riskitegureid enesetapuga võrreldes kontrollrühmaga, kel antud sündmust ei esinenud. Suitsiididega seotud riskitegurite mitmekülgseks analüüsiks otsustas uurimisrühm kasutada kaht sisuliselt erinevat kontrollide rühma: (1) muudel põhjustel surnud isikud ehk surnud kontrollid; (2) tavaelanikkond ehk elus kontrollid. Surnute kontrollrühmaga juhtkontrollanalüüsi läbiviimise eesmärk oli enesetappudega seotud (teistest surmapõhjustest erinevate) riskitegurite kirjeldamine kasutades sarnase sisu ja kvaliteediga kontrollide andmeid. Elus kontrollidega juhtkontrolluuringu eesmärgiks oli võrrelda haigustega seotud enesetapu riskitegureid, sest surnute kontrollrühmas on haigestumise risk võrdlust segav faktor kuna surnute kontrollrühm suri haiguste tagajärjel.

Esimese juhtkontrolluuringu läbiviimiseks koostati surma põhjuste registrist aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanud isikutest kõikne valim (üldvalim, 2543³ surnut) ja moodustati **samadel aastatel muudel põhjustel surnutest** (va muude välispõhjuste tagajärjel surnud, kuna alati ei ole võimalik eristada muudel välispõhjustel toimunud surma suitsiidist) **kontrollrühm (kontrollide ja uuritavate suhe oli 1:1)**. Kontrollrühm koostati järgnevate sobitustunnuste⁴ abil:

- 1) sama sugu
- 2) sama vanuserühm: 10–19, 20–29, 30–34, 35–39, ..., 85+
- 3) sama regioon: Harjumaa, muu Eesti

² Sarnaselt mängudega on näitab šanss kahe võimaliku sündmuse toimumise suhet – šanss toitjakaotuspensionile meeste suitsiidide rühmas on 10:1950 ja vastavas kontrollrühmas 1:1959. Mõlemas rühmas on 1960 meest.

³ Erinevused Eesti Statistika andmebaasis (www.stat.ee) esitatud surnute arvust tulenevad sellest, et surma põhjuste register sisaldab kõiki Eesti territooriumil ja Eesti välisesinduses registreeritud surmajuhtumeid.

⁴ Sobitustunnus – tegur (nt sugu, vanus jm), mille alusel muudetakse võrdlusalused rühmad teineteisele võimalikult sarnaseks. Näiteks valitakse juhtkontrolluuringus individuaalsel sobitamisel igale juhule temaga sobitustunnuse poolest sarnased võrdlusisikud kontrollrühma mõne (eelkõige segava) teguri jaotuse poolest.

4) surmaaeg +/- 12 kuud, 2006. ja 2016. aastate surnutel vaadati, et surmaaeg ei satuks 2005. või 2017. aastasse.

Meestel vanuses 16–29 jäi puudu 20 kontrolli, nende kontrollide leidmiseks rakendati laiendatud tingimusi: sama sugu, sama vanuserühm, surmaaeg +/- 24 kuud.

Kui sobilikus kontrolliks osutus mitu isikut, siis kindla kontrolli leidmiseks valiti 1. võimalikult lähedane surmaaeg (+/- 1 kuu, +/- 6 kuud, +/-12 kuud); 2. lähim sünniaeg.

Kokku kaasati analüüsi 5086 isikut.

Surma põhjuste register asendas päringus olevad isikukoodid umbisikuliste koodidega ja saatis umbisikuliste koodidega andmed Tartu Ülikooli. Seejärel teostas uurimismeeskond andmepäringud teistesse administratiivsetesse andmebaasidesse (Lisa 1) nii, et surma põhjuste register edastas tegelikud isikukoodid koos umbisikustatud koodide ja surma kuupäevaga teistesse andmebaasidesse. Andmebaasid teostasid päringud ja edastasid umbisikuliste koodidega andmed Tartu Ülikooli uurimismeeskonna ühele liikmele, kes ühendas andmebaaside andmed umbisikustatud koodide kaudu ja edasine kvantitatiivne andmetöötlus toimus ühendatud umbisikustatud registriandmetega. Administratiivsete andmebaaside andmed laekusid ajavahemikus 11.10–29.11.2017 ning täiendava andmepäringu andmed infosüsteemist POLIS ja E-toimikust 22.01–31.01.2018.

Uuringu- ja kontrollrühma kirjeldus registriandmetel on esitatud Lisas 2. Kõikidest registriandmetest tehti indikaatoritunnused (jah/ei-tüüpi tunnused, kus „jah“ näitab, kas viimse 12 kuu jooksul enne surma on andmebaasides kajastatud mingi sündmuse toimumine – nt töötus, toetuse saamine, arstivisiit jne). Haigekassa andmetest indikaatorite tegemise kirjeldused on esitatud Lisas 3.

Teise juhtkontrolluuringu läbiviimiseks kasutati Eesti Täiskasvanud Elanikkonna Tervisekäitumise Uuringu (edaspidi TKU) 2014 ja 2016 andmeid. Juhtudeks võeti viimasel kolmel aastal (2014–2016) 16–64-aastaste (sama vanus, mis TKU uuringus) enesetapu sooritanute andmed. Isikud rühmitati 5-aastaste vanuserühmade kaupa: 16–19, 20–24, 25–29, ..., 60–64. TKU uuringust leiti vastavalt soo- ja 5-aastastele vanuserühmadele (mitte individuaalsed) kontrollid vahekorras 1 juht: 4 kontrolli. Lisas 4 on esitatud juhtkontrolluuringus kasutatud TKU küsimused, mida oli võimalik registriandmetega võrrelda. TKU andmed laekusid 21.12.2017.

4.2.2. Enesetapu trendide hindamine

Enesetapu trende aastatel 2006–2016 hinnati maakondade ja sugude lõikes kasutades standarditud suremuskordajaid (et eemaldada rahvastiku vanus-struktuuri muutusest tingitud suremuskordajate erinevused) ning vanuserühmade kasutades standardimata vanuskordajaid. Maakondade ja vanuserühmade suremuskordajad arvutati libisevalt üle kolme aasta, et siluda aegreag ettetulevad juhuslikud kõikumised ja esitada trendi paremini. Suremuskordajate arvutamisel kasutati rahvastiku koosseisu 1. jaanuari seisuga. Standardimise aluseks võeti Euroopa uus, 2013. aastal avaldatud standardrahvastik. Trendide hindamiseks kasutati muutuspunkti regressiooni, mis lubab hinnata ajapunkte, kus trend muutub ja kirjeldada trendi ajas. Tulemused on esitatud keskmise aastase protsentuaalse muutusena (APC – *annual percent change*) koos 95% usaldusvahemikuga. Enesetapu trendide kirjeldus on esitatud peatükis 6.

4.2.3. Enesetapu riskirühmade leidmine

Enesetapu riskirühmade leidmiseks võrreldi registriandmetest moodustatud näitajaid (näitajate moodustamist on kirjeldatud Lisades 2–4) juhtude ja kontrollide vahel. Esitatud on sagedused, suhtelised sagedused ning kohandamata ja kohandatud šansside suhted koos 95% usaldusvahemikuga. Šansside suhted on leitud tingimusliku logistilise regressiooni abil, mis võtab arvesse, et juhud ja kontrollid on omavahel sobitatud. Šansside suhe >1 näitab, et juhtude hulgas on tõenäosus antud riskiteguri esinemisele suurem kui kontrollrühmas. Šansside suhe <1 näitab, et tegur on nõ kaitsetegur ehk juhtude hulgas on teguri esinemise tõenäosus väiksem kui kontrollrühma hulgas. Kui tegemist on pideva tunnusega (visiitide arv, haiglapäevade arv jne), siis näitab esitatud šanss tulemust ühe ühiku kirjeldava tunnuse muutuse kohta (1 visiidi, 1 haiglapäeva kohta). Kohandatud šansside suhted võtavad arvesse mitme teguri samaaegse mõju⁵.

Enesetapu riskitegurid võrreldes surnud kontrollidega aastatel 2006–2016 on leitud eraldi kolmes rühmas: mehed (vanuses 20 ja rohkem), naised (vanuses 20 ja rohkem) ja lapsed ja noorukid (vanuses kuni 19 eluaastat, kaasa arvatud). Enesetapu riskitegurite kirjeldus võrreldes surnud kontrollidega on esitatud peatükis 7.1.

Enesetapu riskitegurid võrreldes elus isikutega (TKU andmed) aastatel 2014–2016 on leitud eraldi kahes rühmas: mehed (vanuses 16–64) ja naised (vanuses 16–64 eluaastat). Enesetapu riskitegurite kirjeldus võrreldes elusate kontrollidega on esitatud peatükis 7.2.

4.2.4. Enesetapu riskitegurite muutused aastatel 2006–2013 vs. 2014–2016

Enesetapu riskitegurite muutuse hindamiseks ajas on võrreldud viimasel kolmel aastal (2014–2016) enesetapu sooritanute registriandmeid (vt andmete kirjeldust Lisas 2) varasemal perioodil (2006–2013) enesetapu sooritanute omadega. Esitatud on sagedused, suhtelised sagedused ning kohandamata ja kohandatud šansside suhted koos 95% usaldusvahemikuga. Šansside suhete leidmiseks on kasutatud logistilist regressiooni.

Kuna ajas toimuvad muutused ka rahvastiku tasemel (näiteks tulevad turule uued ravimid, vanade kasutuskord ja sagedus muutub; muutub töötuse määr, haiguste levimus jne), siis suitsiidi teinud inimeste ravimite kasutamise muutuste kirjeldamisel on arvesse võetud Ravimiameti poolt esitatud vastava ravimirühma kasutamisintensiivsust igal uuringu aastal Eesti rahvastikus (defineeritud päevadoos – $DDD^6/1000$ isiku kohta ööpäevas) [15], [16], [17] ja tööhõive ning töötusega seotud näitajate muutuste arvutamisel on arvestatud Statistikaameti poolt esitatud aastaseid töötuse määrasid [18]. Analüüsid on tehtud eraldi kolmes rühmas: mehed (vanuses 20 ja rohkem), naised (vanuses 20 ja rohkem) ja lapsed ja noorukid (vanuses kuni 19 eluaastat, kaasa arvatud). Enesetapu riskitegurite muutused ajas on esitatud peatükis 8.

⁵ Kohandatud näitajate abil võetakse arvesse mitme riskiteguri mõju korraga. Kohandamata analüüsi abil võrreldakse riskitegureid eraldi – näiteks saame kohandamata analüüsist teada, et suitsiidi sooritanute hulgas on rohkem maapiirkondade elanikke ja suitsiidi sooritanute hulgas on tohkem töötuid. Kui aga analüüsis võtame arvesse nii elukoha kui ka töötuse korraga (kohandame), võib näiteks selguda, et maapiirkonnas elamine iseenesest ei ole suitsiidi riskiteguriks – lihtsalt maapiirkondade elanike hulgas on rohkem töötuid, seega kohandamata analüüsis kajastub töötuse seos suitsiidiga varjatult läbi elukoha.

⁶ $DDD/1000$ /ööpäevas – kokkuleppeline suurus, mis näitab ravimi kasutamise intensiivsust rahvastikus, st seda, mitu inimest tuhandest võis iga päev kasutada seda ravimit peamise kasutusnäidustuse alusel. See näitaja võimaldab võrrelda ravimite kasutamist läbi aja.

Statistilised analüüsid on tehtud statistikapaketiga Stata/IC 14.2 *for Windows* ja muutuspunkti regressiooni jaoks kasutati *Joinpoint Regression Program 4.4.0.0*.

4.3. Kvalitatiivne analüüs

Uuringu sihtrühmaks olid aastatel 2014–2016 enesetapu sooritanute lähedased ning soovitud valimimahuks vähemalt 35 intervjuud. Uuringusse kaasamine toimus uuringu tundliku teema ja sihtrühma keerukuse tõttu nn mugavusvalimi alusel, pöördudes potentsiaalsete respondentide poole avalike kanalite (meedia, veeb), seotud teenuste pakkujate ja kohalike omavalitsuste kaudu.

Uuritavate leidmiseks kasutati järgnevat võimalusi:

- Uuringut tutvustavad intervjuud koos kutsega ilmusid: Päevalehes, Novaatoris, Raadio 2s, Raadio 4s (venekeelne, 2 intervjuud), Elmaris, Tallinna TVs, Õhtulehes.
- Uuringukutse ilmus ajalehtedes: Tartu Postimees, Lõunaleht (levib Võru-, Põlva-, Valga-, ja Tartumaal), Postimees, 60+ (Postimehe väljaanne Tartu Postimehe, Pärnu Postimehe, Sakala, Virumaa Teataja, Järva Teataja ja Lõuna-Eesti Postimehe vahel), Tervis (Postimehe venekeelne väljaanne otsepostitusega Lasnamäel, Ida-Virumaal, tasuta jagamine Tallinna haiglates), Põhjarannik (nii eesti kui vene keeles)
- Infot jagati veebilehtedel: Peaasi, Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon (edaspidi VATEK), ajaleht Pealinn, Tartu Ülikool, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, SA Väärtustades elu (www.save.ee, www.prep.ee), terviseinfo.ee
- Sotsiaalmeedia osas kasutati Facebooki: Tervise Arengu Instituut (pani kuulutuse üles mitmeid kordi), Sotsiaalministeerium, Peaasi (pani kuulutuse üles mitmeid kordi), Novaator, Katriito, lisaks jagas kutset nii uuringumeeskond kui nende pereliikmed korduvalt oma isiklikul FB kontol; Twitterit: Novaator
- Uuringukutset jagati meililistides: perearstide ja peremeditsiini residentide list, traditsioonilise meditsiini kogukonna list, VATEK liikmete list, seksuaalvähemuste ja soovähemuste (LGBT) siselistid, Psühholoogide Liidu list, Eesti Koolipsühholoogide Ühingu list, Eesti Evangeelse Luterliku Kiriku vaimulike list
- Palve uuringukutse jagamiseks saadeti e-kirjaga kõigile suurematele linnadele ja KOVidele, palve venekeelse uuringukutse jagamiseks saadeti venekeelsele ajalehele ja veebiportaalile Stolitsa (Tallinn), Kohtla-Järve linnavalitsusele, Facebooki Ищү совета administraatorile. Tagasisidet neist kohtadest ei tulnud ja uuringukutset avalikel lehtedel ei jagatud.

Sihtrühma kuuluvate uuritavateni jõudmine oli vaatamata laiale teavitusele keeruline ja seetõttu laiendati uuringu algset sihtrühma aastateni 2012–2018. Kokku pöördus uuringumeeskonna poole 72 inimest. Uuringusse kaasamise kriteeriumitele ei vastanud 35 inimest. Pöördunutest osad soovisid lihtsalt juttu ajada, mõned kurtsid oma rasket elu ning selgitasid, mis nende meelest kõik Eesti inimest kurvaks teeb ja mis neid häirib. Konkreetsematest teemadest mainisid mitmed kontakti võtnutest vajadust eutanaasia seadustamiseks, elutestamendi tegemiseks ja abi vajavate eakate eest hoolitsemiseks. Paljud pöördunud tahtsid rääkida vanadest suitsiididest (10–30 a tagasi toimunud), kirjeldada kas enda või oma lähedase

suitsiidikatsed või palusid konkreetset nõu kuhu enda või oma lähedase enesetapumõtete abi saamiseks pöörduda. Pöördunuga ei peetud intervjuud ka juhul, kui ta ei tundnud lahkunut piisavalt hästi (nt lahkunu oli sõbranna vend, vanaema elukaaslane, onupoeg, tuttav jne), sel juhul paluti pöördunul võimalusel rääkida lahkunule lähedase isikuga ja valmisoleku korral uuringumeeskonna poole pöörduda.

Uuringusse kaasati 37 inimest, kes olid nõus rääkima aastatel 2012–2018 enesetapu läbi lahkunud lähedaste kaotusest. Poolstruktureeritud süvaintervjuud toimusid ajavahemikul 28.03.2018–20.06.2018. Intervjuusid viis läbi kolm intervjuueerijat. Iga uuritava jaoks lepiti kokku individuaalne intervjuu aeg ja koht. Intervjuud toimusid kas Tartu Ülikooli ruumides, intervjuueeritava kodus, töö juures või mõnes avalikus kohas (kohvik, raamatukogu). Enamik intervjuudest toimus silmast-silma, kaks intervjuud peeti telefoni teel ja üks Skype vahendusel. Intervjuud viidi läbi eesti keeles, vaid üks intervjuu toimus eesti-vene segakeeles.

Intervjuud viidi läbi psühholoogilise autopsia meetodil [19]. Selle käigus uuriti lähedaselt enesetapu sooritanu elukäiku, psühholoogilist olukorda, suitsiidikäitumise kujunemist ja enesetapule viinud olusid. Süvaintervjuud viidi läbi poolstruktureeritult, kasutades uuringu kava (Lisa 5), mis sisaldas avatud küsimusi käsitletavatest teemavaldkondadest. Uuringu kava koostamisel lähtuti uuringu eesmärkidest ja teaduskirjandusest. Intervjuueeritav võis loobuda osadele küsimustele vastamisest. Vajadusel esitati intervjuu käigus täiendavaid abi- ja lisaküsimusi. Intervjuude kestus varieerus 46 minutist 158 minutini, intervjuu keskmine pikkus oli 90 minutit.

Intervjuud salvestati ja transkribeeriti. Intervjuude analüüsimisel kasutati sisuanalüüsi meetodit (juhtumilene analüüs), mille käigus analüüsiti intervjuude sisu teemade ja tähenduse kontekstis. Erinevatest intervjuudest koguti kokku kõik konkreetse teema kohta käivad tekstiosad ja võrreldi selle teema käsitlemist (sarnasusi, erisusi) kõigi intervjuude kaupa. Teksti sisu jaotati lähtuvalt alateemadest kategooriatesse, mida täpsustati analüüsi käigus. Kategooriate moodustamisel läheneti deduktiivselt, st kategooriad moodustati uurimisküsimustest lähtuvalt, kuid kasutati ka induktiivset lähenemist, kus analüüsi lisati tekstist tulenevaid kategooriaid. Näitlikustamiseks toodi konkreetseid tsitaate intervjuueeritavate poolt. Anonüümsuse tagamiseks ei ole aruandes toodud isikuandmeid, kohanimed, õppe- ja töökohti jms, mis võimaldaks uuritavaid identifitseerida. Intervjuude analüüsi tulemused on esitatud peatükis 9.

Uuringu kvalitatiivse osa läbiviimiseks on saadud Tartu Ülikooli eetikakomitee kooskõlastused nr 278T-23 ja 283M-18. Andmekaitse Inspeksiooniga täpsustati loa osas, luba ei olnud vajalik kuna isikuandmeid töödeldakse isiku enda nõusolekul.

4.4. Kvalitatiivsete andmete ühendamine kvantitatiivandmestikuga

Intervjuueeritavad olid nõus 24 enesetapu sooritanud lähedase intervjuuandmete ühendamiseks registriandmetega. Selleks küsiti intervjuueeritavalt võimalusel lahkunu isikukood, selle mitte teadmisel isiku nimi, sünniaeg ja surmaaeg, mis edastati krüpteeritult surma põhjuste registrile. Surma põhjuste register leidis uuringu kvantitatiivses etapis moodustatud koodivõtme abil antud lahkunute umbisikustatud koodid ja saatis need krüpteeritult Tartu Ülikooli. Umbisikustatud koodide abil seoti intervjuude kodeeritud andmed uuringu kvantitatiivses etapis moodustatud koondatud registriandmetega (vt andmete kirjeldust Lisas 2)

ning andmete analüüs toimus umbisikustatud andmetega. Umbisikustatud koodid saadi surma põhjuste registrist 26.06.2018. Umbisikustatud koodid saadi 16 enesetapu sooritanu kohta, ülejäänud lahkunutest üks oli surnud välismaal ja seitsme kohta oli surma põhjuste registris märgitud surma põhjuseks mõni muu põhjus (sagedamini muu surmapõhjus (RHK-10 kood R99) või mõni muu surma välispõhjus, ühel juhul haigus) ning seetõttu neid analüüsi ei kaasatud. Analüüsis kasutatavad registriandmed olid: surma põhjuste registrist perekonnaseis, ja haridus; Töötukassa andmetest töötuse näitajad; Kaitseväekohuslaste registrist aja- või tegevteenistuses viibimise andmed; Ravikindlustuse andmekogust alkoholi kuritarvitamise, narkootikumide kasutamise, krooniliste haiguste ja vaimse tervise häirete diagnooside, suitsiidikatsete, tervishoiuteenuste (sh psühhiaatrilise abi) ja ravimite kasutamise andmeid; Kohtuekspertiisi andmekogust alkoholi või narkojoobe olemasolu surmahetkel; Politsei infosüsteemist POLIS kiusamise ja vägivalda andmed; Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrist toimetulekutoetuse andmed; E-toimikust sissenõutavate võlgade ja kuriteo kahtluse andmed; Riikliku kinnipeetavate, karistusjärgselt kinnipeetavate, arestialuste ja vahistatute registrist kriminaalhoolduse all oleku andmeid. Enesetapu sooritanute kirjeldus kvalitatiivandmete ühendamisel kvantitatiivandmetega on esitatud peatükis 9.1.

5. Enesetappude riskitegurid teaduskirjanduse põhjal

5.1. Suitsiidiprotsess

„Mõiste “suitsidaalne käitumine” mahutab enda alla lisaks suitsiididele ja suitsiidikatsetele ka suitsidaalse mõtlemise. Suitsiidiprotsess areneb aja jooksul järk-järgult, see algab elutüdimusest, jõuab välja surmasoovini ning sealt edasi suitsiidimõtete, suitsiidikatsete ja suitsiidini. Suitsiidiprotsessi arengu kirjeldamisel on täheldatud kultuurilisi erinevusi, näiteks Hiinast pärinevad uuringud näitasid, et suitsiidikatsele või suitsiidile tavapäraselt eelnev suitsiidiplaan seelses kultuurikontekstis puudus.“ [1]

Suitsiidiprotsessi arengu kirjeldus on esitatud Lisas 6. Suitsiidiprotsess algab esimeste suitsiidimõtetega, mis aja jooksul arenevad ja muutuvad. Suitsiidimõtted võivad aja jooksul vaibuda, lõppeda suitsiidikatse või suitsiidiga. Suitsiidiprotsessi arengut mõjutavad mitmed pärilikud ja sotsiaalmajanduslikud tegurid, samuti stress, elusündmused, riskikäitumine ja kommunikatsioon. Suitsiidiprotsessi arengu mudelis on piir suitsiidimõtete ja suitsiidikatsete vahel tinglik. Suitsiidiprotsessi lõpp sõltub riski- ja kaitsetegurite koostõust. Suitsiidide ennetamine seisneb riskitegurite ja nende kahjuliku mõju vähendamisel ning kaitsetegurite ja nende kasuliku mõju suurendamisel. Suitsiidiprotsess vaibub ise sageli ka välise sekkumiseta. Harvemal juhul areneb protsess aga suitsiidikatseni või suitsiidini. [20]

Suitsiidi riski- ja kaitsetegurite leidmiseks on tehtud palju uuringuid, kuid täielikku selgust nende osas pole. Kõige tugevamaks suitsiidi riskiteguriks peetakse viimase aasta jooksul toime pandud suitsiidikatset ning on leitud, et umbes kolmandik suitsiidimõtetega isikutest jõuab plaanini. [21]

Otseseks suitsiidi riskiteguriks peetakse psüühikahäire diagnoosi, kroonilise kehalise haiguse olemasolu, psühhosotsiaalse stressi kogemist ja suitsiidiks vajalike vahendite kättesaadavust. Kaudsed suitsiidi riskitegurid on negatiivsed lapsepõlvkogemused ja elusündmused, pereanamneesis või tutvusringkonnas toimunud suitsiid või psüühikahäire, isiku enda meeleoluhäire, ärevushäire või psühhootilise haiguse anamnees, varasemad suitsiidimõtted- ja suitsiidikatsed, sotsiaalne isolatsioon. [21], [22]

Osad riskitegurid ennustavad lähiajalisemalt suitsiidi (12 kuu jooksul toimuv), nendeks on ärevushäire, unehäire, anhedoonia ja osad pikemaajalisemalt (2–10 aastat) nagu abituse probleemide lahendamisel ja suitsiidimõtted. Siiani on ebaselge, kuidas ja kui kiiresti suitsiidimõttega isik jõuab suitsiidikatseni. Noorukitel peetakse kõige olulisemaks enesetapu vallandajaks aga halbu suhteid teiste inimestega (reeglina viimase nädala jooksul juhtunud). [21], [22]

Suitsiidi kaitseteguriteks peetakse [21], [22]:

- perekonna ja kogukonna toetust (sotsiaalsed suhted)
- kultuurilist ja religioosset tausta, mis ei soosi suitsiidi
- probleemilahenduse oskusi ja oskust tülisid lahendada mittevägivaldselt
- professionaalse toetuse ja abivõimaluste kättesaadavust
- psüühikahäiretega ja kehaliste haigustega ning sõltuvushäiretega isikute efektiivset ravi
- toetavat suhtumist ravi läbiviivate tervishoiutöötajate poolt

Uuringud näitavad, et minimaalselt kuus inimest on tugevalt mõjutatud ühest suitsiidi juhust [23], [24], [25]. Suitsiid suurendab leinareaktsiooni pikenemise ja tuisistumise riski, mis omakorda võib mõjutada ellujäänute tervist ja toimetulekut. Seega on suitsiidide ennetamisel oluline pöörata tähelepanu nii suitsiidi läbi hukkunutele kui ka nende lähedastele. [26]

5.2. Enesetappude riskitegurid

Teaduskirjandusest on laialt teada suitsiidikäitumist mõjutavad tegurid nagu sugu, vanus, abielulisus, vanemlus, haridus, amet, sissetulek, tööhõive, usk, migrandistaatus, kuulumine vähemusrühmadesse ja seksuaalne orientatsioon (homo- ja biseksuaalsus, transsoolus) [27]. Samuti on elukaaslasest lahkumine ja halvad peresuhted olulised suitsiidikatse vallandajad [28]. Suitsiidiriski kasvatab sotsiaalne isolatsioon nagu üksi elamine, väikesed või puuduvad toetusvõrgustikud perekonna või sõprade näol, ning vallalisus [29]. Lootusetus ja üksi elamine on olulised vanemaealiste suitsiidi riskitegurid [30]. Ohvriks olek (füüsiline, verbaalne, suhtevägivald) soodustab suitsiidimõtete kujunemist ja suitsiidikatseid: noormeestel on olulisem füüsiline ja verbaalne vägivald, neidudel suhtevägivald. Vanemate toetuse puudumine võib samuti soodustada suitsiidimõtete kujunemist [31] ning tööalane vägivald aitab kaasa suitsiidimõtete tekkele [32]. Suitsiidiriski suurendavad füüsiline, emotsionaalne või seksuaalne kuritarvitamine lapsepõlves, samuti tugev füüsiline või vaimne sõltuvus kellestki/millestki; tõsise vaimse häire esinemine perekonnas, suitsiid perekonnaliikmete hulgas; hiljutine eluohtlik sündmus [33]. Kiiret reageerimist nõudvatel ametikohtadel töötavatel isikutel nagu politseinikel, tuletõrjutatel, kiirabitöötajatel ja parameedikutel on samuti täheldatud suuremat suitsiidiriski [34]. Lisaks eelpool nimetatule on töökaotus, majandusolukorra halvenemine ja võlad olulised suitsiidi riskitegurid [35]. Varasemates uuringutes on leitud, et võlgade olemasolu kasvatab omakorda vaimsete häirete, depressiooni, alkoholismi, ravimisõltuvuse, neurootiliste häirete, psühhootiliste häirete, suitsiidikatsete ja lõpuleviidud suitsiidide riski mitmekordselt [36], seda ka juhul kui võtta arvesse erinevaid demograafilisi, majanduslikke, sotsiaalseid ja elustiili tegureid [37].

Palju on uuritud haiguste esinemise ja tervisekäitumise seoseid enesetapu riskiga:

- 1) Vaimse tervise häired on tugevalt seotud suitsiidikäitumisega [29], [30], [33], [38], [39], [40].
- 2) Väga tugevad seosed on leitud varasemate enesekahjustuste [30], suitsiidikavatsuse ja suitsiidide vahel. Seos on tugevam meestel, samuti halva terviseseisundiga ja kroonilisi haigusi põdevatel isikutel, aga ka psühhiaatrilist abi kasutanud või alkoholi kuritarvitavate isikute hulgas. [38]
- 3) Suitsiidide esinemissagedus on lisaks eelnevale seotud ka ravimi- ja alkoholisõltuvusega [33], [36]. Samas on seoseid leitud ka rasvumisega. [36]
- 4) Dementsete hulgas ei ole üldine suitsiidirisk suurem [41], [42], kuid on leitud, et Alzheimeri tõbi suurendab mõõdukalt suitsiidiriski [43].
- 5) Kõikvõimalik krooniline valu on tugev suitsiidimõtete ja -käitumise riskitegur [42], [44].
- 6) Suitsiidikäitumine on sage HIV-postitiivsete hulgas [45], [46].
- 7) Suitsiidikäitumist soodustab järgmiste krooniliste haiguste ja seisundite esinemine: pahaloomulised kasvaja, neuroloogilised haigused, krampidega seotud haigused, astma, krooniline kopsuhaigus, maksahaigused, meeste suguelundite haigused, liigshaigused, vanemaealiste nägemishäired, hallkae, kuulmise kaotus, raske südamehaigus, peptiline haavand, terminaalne neeru-

haigus, aju vereringe haigused (sh insult), hemipleegia, osteoporoos, lülisamba murrud [42] ja seljaaju vigastused [47], diabeet [48].

- 8) Perinataalperioodis on suitsiid suhteliselt harv, kuid siiski suitsiidimõtete, -katsete ja suitsiidide risk on suurem sünnitusjärgse depressiooni, bipolaarsete häirete, sünnitusjärgse psühhoosi jne korral [49].
- 9) Püsivad aknearmid on seotud depressiooni ja suitsiidimõtetega [50].
- 10) Seoseid ei ole leitud psoriaasi ja suitsiidimõtete ning -käitumise vahel [51].

Suitsiidimõtete ja -käitumise riski kasvu on kirjeldatud enam kui 125 retseptiravimi potentsiaalsete kõrvaltoimete hulgas [52]:

- 1) Paljudes uuringutes on leitud enesetappude, enesetapumõtete, ja -katsete suuremat riski antidepressantide, eriti just selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSRI) ning serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorite (SNRI) kasutajatel [53], [54], [55], [56]. Risk on suurem esimesel kolmel-neljal ravikuul [53], [55], ja noortel [54].
- 2) Samuti on paljudes uuringutes leitud bensodiasepiinide seoseid suurema suitsiidiriskiga [57].
- 3) Laialt on tõendatud, et kõik epilepsiavastased ravimid suurendavad suitsiidikäitumise riski [52], [58], [59], [60], [61].
- 4) Tähelepanuhäire ravim atomoksetiin suurendas suitsiidimõtete riski [62].
- 5) Huntingtoni tõve raviks kasutataval tetrabensiinil on suitsiidiriski kasvav toime [63].
- 6) Suitsiidsust ja depressiooni kõrvalmõjusid leiti rasvumisvastasel ravimil rimonabant [64], mistõttu ravim kõrvaldati 2008. a turult. Suitsiidi on raporteeritud rasvumise ravimi orlistaat sekkumiserühmas [65].
- 7) Suitsiidimõtetega seoseid on leitud prukalopriidi kasutamisel (kroonilise kõhukinnistuse ravim) [66]. Lisaks on raporteeritud suitsiidimõtete teket metoklopramiidi kasutamise tagajärjel [67].
- 8) Vähiravis, C-hepatiidi ravis ja scleriosis multiplexi korral kasutatavatel interferoon-alfa ja interleukiin-2 on leitud suitsiidimõtteid tekitavaid kõrvaltoimeid [68]. Kroonilise C hepatiidi raviks kasutatavad pegüleeritud interferoonid ja ribavariin omavad sageli kõrvalmõjuna suitsiidimõtteid [69]. Seoseid on leitud ka suitsiidi ja beeta-interferooni kasutamise vahel [70].
- 9) Noorukitel on leitud seoseid akneravis kasutatava isotretinoiini ja suitsiidimõtete vahel [71], [72].
- 10) On kirjeldatud juhtu, kus inhaleeritud formoterool koos budesoniidiga põhjustas lapsel suitsiidimõtteid [73].
- 11) Vastuolulisi tulemusi suitsiidimõtete tekkes on leitud seoses suitsetamisvastase aine varenikliiniga [74, 75].
- 12) USAs ja Jaapanis kasutataval unetuse ravimil suvoreksant on täheldatud suitsiidimõtete kasvu tekitavat toimet [76].

5.3. Enesetappude uuringud Eestis

Täiskasvanute suitsiidide uuringud

Eestis on läbi viidud mitmeid enesetappude uuringuid, kuid need on üldjuhul läbi viidud 10–20 aastat tagasi.

1982. aastal arstide suitsetamisuuringus osalenud kohordi 1983.–1998. aastatel toimunud surmade analüüsil selgus et arstide suitsiidikordaja ja üldsureskordaja olid üldrahvastikust suuremad [77] ning 1986–1991 aastal Tšernobõli tuumajaama avariijärgsetel puhastustöödel osalenud mehed sooritasid aastatel 1986–2014 üldrahvastikuga võrreldes oluliselt sagedamini enesetapu [78].

Pärast Nõukogude Liidu lagunemist kasvasid suitsiidide sureskordajad (1991–1998) nii Eestis kui Venemaal, kuid võrreldes Eestis elava eestikeelse elanikkonnaga ja Venemaa elanikega, olid Eesti vene keelt kõneleva elanikkonna suitsiidide sureskordajad suurimad. Lisaks, 80% sellel ajal enesetapu sooritanutest olid mehed. [79]

1983.–1998. aastal vähidiagnoosi saanud inimesi jälgiti 2000. aastani. Üldrahvastikuga võrreldes oli vähihaigetel meestel suurem risk enesetapu sooritamiseks, kuid vähihaigetel naistel oli risk väiksem. Meestel oli suitsiidirisk suurim 90–179 päeva pärast diagnoosi saamist ja vanuses 15–49. Meeste risk suitsiidi teostamiseks oli suurim söögitoru ja pankrease vähi diagnoosi saamise järgselt. Naiste suitsiidirisk oli üldrahvastikust suurem aga kopsuvähi diagnoosi saamise järgselt ja oluliselt väiksem rinnavähi ning suguelundite vähkide diagnoosi saamise järgselt. [80]

Samuti on leitud, et aastatel 1997–2007 seljaaju vigastuse saanud patsientidel oli alates teisest vigastusjärgsest aastast suitsiid surma põhjusena teisel kohal. Suitsiidi sooritanute vigastusjärgne keskmine elulemus oli 1951 ± 1342 päeva (vahemik 0–4282). [81]

Ainus poolstruktureeritud süvaintervjuudega uuring enesetapu sooritanute lähedastega on Eestis läbi viidud 1999. aastal (psühholoogilise autopsia meetodil), mille käigus koguti infot 427 enesetapujuhu kohta (91% vastaval aastal enesetapu sooritanutest). Täiendavat infot koguti isikute varasematest meditsiinidokumentidest. Enesetapu sooritanutele moodustati 2002.–2003. aastal sama soo, vanuse ja rahvuse koostisega sobitatud kontrollrühm perearsti nimistutest, keda intervjueriti samade küsimustike abil. 43% enesetapu sooritanutest olid mitte-eestlased, valdavalt vene keelt kõnelevad isikud. Mitte-eestlastest enesetapu sooritanute hulgas oli rohkem sõltlasi (nii alkoholi- kui narkootikumide) kui eestlaste hulgas, rahvuste vahelisi sotsiaaldemograafilisi erinevusi ega erinevusi äsjastes elusündmustes ei leitud. Enesetappude riskiteguriteks oli mõlemal rahvusel sõltuvuse (alkoholi või narkootikumide) olemasolu, majanduslik mitteaktiivsus ja äsjane perekondlik lahkeli. Eestlastel oli suitsiidi riskiteguriks partneri puudumine ja töötuna olek, mitte-eestlastel somaatiline haigus ja lahusus. [82] 1999. aastal suitsiidi sooritanutest 80% olid mehed, kaks kolmandikku olid alla 60-aastased, veidi üle poole ei olnud abielus ega kooselus, ligi 40% töötas ametlikult või mitteametlikult, viiendik olid töötud. Suitsiidi sooritanutest oli alkoholisõltuvus pooltel ja alkoholi kuritarvitajaid oli kümnendik, samuti leiti, et alkoholi kuritarvitamine ja alkoholisõltuvus olid enesetapu riskiteguriks. Suitsiidi teostanutest, kellel lähedaste intervjuude alusel diagnoositi alkoholihaire, oli meditsiinidokumentide alusel elu jooksul vastava diagnoosi saanud vaid 29%. [83] Alkoholi-

häirega meestel oli suitsiidirisk suurim vanuses 35–59 [84]. Partnerid, kelle enesetapu sooritanud lähedasel oli alkoholihäire, tundsid enam viha lahkunu vastu kui partnerid, kelle enesetapu sooritanud lähedasel ei olnud alkoholihäiret. Lapsed, kelle enesetapu sooritanud vanemal oli alkoholihäire, tundsid harvemini süü- ja hüljatustunnet kui lapsed, kelle enesetapu sooritanud vanemal ei olnud alkoholihäiret. [85] Tallinna-Frankfurdi võrdlusuuringus olid Tallinna suitsiidi teostanud enesetapu riskiteguriteks perekondlik laakheli, töö kaotus ja majandusliku olukorra halvenemine, samas kui Frankfurdi suitsiidi teostanud oli selleks somaatiline haigus. [35]

Kõige sagedasemaks enesetapu meetodiks (2000–2005) nii meestel kui naistel oli poomine. Meestel oli enesetapu meetodite osas teisel kohal tulirelva kasutamine ning naistel mürgitamine ravimitega ja kolmandal hüppamine kõrgustest. [86] Eestlaste hulgas oli aastatel 2000–2005 suitsiidi meetodite hulgas ravimite abil enesetapu sooritamine harvem kui Euroopas keskmiselt. Eestis sooritati suitsiide võrdselt nii psühhotroopsete ainetega kui muude ravimitega. [87]

Ameerika Ühendriikide ja 25 Lääne-Euroopa riigi retrospektiivse analüüsi kohaselt vähenes aastatel 1990–2010 suitsiidide standarditud suremuskordaja keskmiselt 23%, kusjuures Eestis oli vähenemine kõige suurem – 46%. Samuti täheldati riikide suitsiidide suremuskordajate konvergeerumise tendentsi ning leiti, et suitsiidide suremuskordajad vähenesid rohkem just meestel. Üldkogumis oli suitsiidide vähenemine suurim vanuses 25–34 aastat ja väiksem 35–54-aastastel. Eesti andmetel seevastu oli suurim vähenemine vanuses 35–54, järgnes vanuserühm 25–34 aastat ja kõige väiksem oli vähenemine vanuses 75+. [88]

26 Euroopa riigi suitsiidide andmeid (1980–2008) võrreldi sama perioodi riigi tööhõive näitajatega ja elanike arvamustega tööhõivest (2008–2009). Tööhõive ja suitsiiditrendid korreleerusid negatiivselt enamikus maades, kusjuures Eesti kuulus keskmise tugevusega negatiivse korrelatsiooniga riikide hulka. Suitsiidisuremus oli positiivses seoses töötuse riskiga ja hirmuga ebapiisavate rahaliste vahendite olemasolust töötuse perioodil. Lääne-eurooplased hindasid töötute elukvaliteeti 19% võrra kõrgemalt kui ida-eurooplased. Ida-Euroopas peeti töötuks jäämise riski ja ebapiisavate rahaliste vahendite olemasolu riski töötuse perioodil suuremaks kui Lääne-Euroopas, samuti loodavad ida-eurooplased rohkem valitsusele. Meestel oli suitsiidikäitumine töötusega tugevamini seotud kui naistel. Autorite sõnul on Ida-Euroopas vaja elustandardi madalama baastaseme ja suurema tunnetatud töötuse riski tõttu kasutada põhjalikumaid suitsiidi ennetusmeetmeid. [89]

22 Euroopa riigi vanemaealiste suitsiidide suremuskordajaid (2008–2010) võrreldi riikide subjektiivsete ja objektiivsete heaolu andmetega. Antud uuringus leiti, et üle 65-aastaste suitsiidikordajad olid suurimad Balti riikides, kuid nii subjektiivsed kui objektiivsed heaolu näitajad olid Balti riikides väikseimad. Subjektiivsed heaolunäitajad korreleerusid negatiivselt vanemaealiste suitsiidikordajatega, tugevaim oli negatiivne korrelatsioon tervise enesehinnangu ja suitsiidikordaja vahel. Healuriigid loovad eeldusi ja kujundavad inimeste subjektiivset heaolu, mis mõjutab suitsiidiriski indiviidi tasemel. Suurem sotsiaalne toetus võib parandada sotsiaalset kaasatust ja võimaldada vanemaealistel säilitada kasulikke rolle nende hilisemas elus ja vähendada suitsiidiriski. [90]

Euroopa vananemisuuringu SHARE (2010–2012) andmetel esines suitsiidimõtteid 7%-l Eesti üle 50-aastastel meestel ja 9%-l naistel. Suitsiidimõtete levimus oli suurim üle 75-aastaste hulgas. Samuti leiti, et suitsiidimõtete esinemissagedus ei korreleerunud riikide suitsiidide suremuskordajatega. Seega ei pruugi

suure vanemaaliste suitsiidimõtete levimusega riikides olla enesetappude sooritamise sagedus alati suur. [91]

Täiskasvanute suitsiidikäitumise uuringud

WHO poolt aastatel 1989–2003 läbi viidud suitsiidikäitumise uuringus (20 riiki, 25 keskust) leiti, et erinevalt teistest riikidest olid enamuse Eesti suitsiidikatse teostajatest nii põlisrahvastiku kui vene keelt kõneleva välispäritoluga rahvastiku hulgas mehed [92].

2002.–2004. aastani 8 riigis läbi viidud WHO küsitlusuuringus SUPRE-MISS oli Eesti (Tallinn) vastanutest 12%-l esinenud suitsiidimõtteid, 5% oli teinud suitsiidiplaan ja 4% oli teinud suitsiidikatse, kusjuures 39% suitsiidikatse sooritanutest said pärast selle sooritamist arstiabi. Samuti leiti, et 28%-l suitsiidikatse teostanutest ei olnud varasemaid suitsiidimõtteid ega suitsiidiplaan. [93]

SUPRE-MISS uuringu raames (2002–2004) Tallinna kahes erakorralise meditsiini osakonnas intervjueritud suitsiidikatse teinud patsientidest olid 66% naised. Suitsiidikatse teostanud meeste keskmine vanus oli 29 ja naistel 30 eluaastat. Eestis kasutati suitsiidikatseks peamiselt mürgitamis ravimitega (sagedaim oli mürgistus epilepsiaavastaste ainete ja rahustitega), millele järgnes enese lõikumine. 11% Eesti suitsiidikatse teostanutest kasutas suitsiidikatse tegemisel lisaks põhimeetodile samaaegselt ka mürgitamis alkoholiga, teistes riikides kasutati aga enamasti üht suitsiidikatse meetodit korraga. Veerandil suitsiidikatse teinud meestest ja 12% suitsiidikatse teinud naistest oli tegu eluohtliku mürgituse või vigastusega. Pooled Eesti patsientidest suunati edasisele psühhiaatrilisele ambulatoorsele ravile. [94]

Aastatel 2003–2004 moodustati kuue riigi perearstikeskusi (Eestist 23 keskust) külastanud 18–75-aastasest patsientidest prospektiivne kohort, kellel uuriti depressiooni ja suitsiidikäitumise esinemist. Uuringu alguses raske depressiooni tunnusteta patsientidel oli anamneesis varasemate suitsiidiplaanide ja suitsiidikatsete esinemine oluliseks uue depressiooni vallandumise ennustajaks (6 ja 12 kuu jooksul) võrreldes isikutega, kel varasem suitsiidikäitumine puudus. Uuringu alguses raske depressiooni tunnustega patsientidel, kel olid anamneesis suitsiidimõtted või -plaanid või kes olid teostanud suitsiidikatseid, oli tõenäosus depressiooni püsimiseks 6 ja 12 kuu jooksul kõrgem võrreldes patsientidega, kel varasem suitsiidikäitumine puudus. Antud uuringus leiti, et olulisimaks tulemust mõjutavaks tunnuseks oli patsiendi elukvaliteet (SF-12 vaimse tervise skaalal) – kõrgem vaimse tervise skoor vähendas nii uuringu alguses depressioonita patsientidel depressiooni tekke võimalust kui ka uuringu alguses raske depressiooniga patsientidel depressiooni püsimist. Autorid soovitasid esmatasandil kurbuse ja/või huvide ja elurõõmu kadumisega patsiente uurida suitsiidimõtete, -plaanide ja -katsete osas, et alustada õigeaegselt sekkumisi depressiooni ennetamiseks. [95]

2013. aastal teostati kolmes Eesti HIV-positiivsetele isikutele ambulatoorseid raviteenuseid pakkuvas tervishoiuasutuses risti-läbilõikeuuring, kus küsitleti 18-aastaseid ja vanemaid HIV-positiivseid inimesi. Vastanutest 59% olid mehed, 68% oli narkootikume süstinud ja 53%-l esines probleeme alkoholi kasutamisega. Uuringus leiti, et 39% vastanutest olid suitsiidised: suitsiidimõtteid oli esinenud 36%-l ja suitsiidikatseid oli teinud 20%. Suitsiidiriski suurendas depressioon, vanus 20–24 eluaastat, narkootikumide süstimine, alkoholi kuritarvitamine, vangis olek ning HIV staaž üle 10 aasta. Samuti leiti, et 10% vastanutest kasutas antidepressante, 34% rahusteid, 20% said psühholoogilist ravi ja 41% tunnetas psühholoogilise ravi vajadust. Suitsiidikäitumist esines viimase 12 kuu jooksul 20%-l vastanutest. [45]

2013. aastal Eesti MSM-ide hulgas läbi viidud internetipõhises uuringus oli 44%-l vastanutest elu jooksul esinenud suitsiidimõtteid ja 11% oli teinud vähemalt ühe suitsiidikatse. [96], [97]

2016. aastal teostatud prostitutsiooni kaasatute mugavusvalimil põhinevas uuringus oli elu jooksul enesetapule mõelnud 40% naistest, sh 57% viimase 12 kuu jooksul. Suitsiidikatseid oli teinud 20% vastanutest, sh pooled viimase aasta jooksul [98].

Laste ja noorukite uuringud

2001.–2005. aastatel Statistikaameti surmade andmebaasi alusel välispõhjustesse surnud kuni 14-aastaste laste surmade andmeid võrreldi kohtumeditiiniliste lahangute andmetega. Leiti, et välispõhjustest tingitud surmad on riiklikus ametlikus statistikas alahinnatud: Statistikaameti välispõhjustest tingitud surmade kaetus võrreldes kohtumeditiini andmetega oli 92%, surmapõhjuste registreerimise korrektsus oli 95%. [99]

Uuringu EAAD (*European Alliance Against Depression*) raames uuriti 15 riigis 15–24-aastaste noorte suitsiide aastatel 2000–2005. Keskmine aastane suitsiidide suremuskordaja Eesti noortel meestel oli 30,2 ja naistel 5,5 suitsiidi 100 000 elaniku kohta (15 riigi keskmised näitajad olid vastavalt 11,0 ja 3,0). Eesti noormeeste suitsiidisuremuskordajad olid võrreldud riikidest kõige suuremad. Kui kõikide riikide meeste keskmine aastane suitsiidide suremuskordaja vähenes oluliselt uuritava perioodi jooksul, siis Eesti noormeestel seda ei täheldatud. Samuti leiti uuringus, et poomine oli kõige sagedasem enesetapu meetod nii noortel meestel kui naistel nii Eestis kui ka Euroopas keskmiselt. Eesti noormeestel olid sageduselt järgmised meetodid tulirelva kasutamine ja hüppamine kõrgustest (Euroopa keskmised olid vastupidises järjekorras). Eesti ja Euroopa noortel naistel olid sageduselt teisel ja kolmandal kohal mürgitamine ravimitega ja hüppamine kõrgustest. Lisaks eenevale leiti, et Eesti noormeestel oli naistest suurem risk poomiseks, kuid väiksem risk ravimimürgistuseks. Euroopa keskmisena oli noormeestel naistega võrreldes suurem risk tulirelvade kasutamiseks ja poomiseks ning väiksem risk ravimmürgistusteks ja hüppamiseks kõrgustest. [100]

2005/2006. õppeaastal läbi viidud Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringus oli 26% 13- ja 15-aastastest õpilastest tundnud viimase 12 kuu jooksul depressiivseid tundeid ning 13%-l oli olnud enesetapumõtteid. Depressiivsed tunded ja suitsiidimõtted olid sagedasemad tüdrukutel vanuses 15 eluaastat. 15-aastastel esines enam suitsiidimõtteid nii suguelu elanud poiste kui tüdrukute hulgas (5% 13- ja 25% 15-aastastest vastanutest olid olnud sugulises vahekorras). Suitsiidimõtete esinemissagedus oli seda kõrgem mida varem esimene suguline vahekord toimus. [101] Samuti leiti, et depressiivsete tunnete esinemissagedus kasvas koos vanusega nii poistel kui tüdrukutel. Suitsiidimõtteid esines enam 11-aastastel (24%). 11-, 13- ja 15-aastastel lastel vähendas rahulolu peresuhetega depressiivsete tunnete ja enesetapumõtete esinemist. Parim kasvukeskkond oli mõlema bioloogilise vanemaga pere (66% vastanutest elas mõlema bioloogilise vanemaga, 19% üksikvanemaga ning 16% elas ühe bioloogilise ja ühe kasuvanemaga peres). Kasuvanemaga peres elavatel lastel esines suitsiidimõtteid 1,6–3,4 korda sagedamini kui bioloogiliste vanematega peres elavatel lastel. Mõlema vanemaga ja üksikvanemaga peres kasvavatel lastel suitsiidimõtete esinemise sageduses erinevusi ei leitud. Peresuhete mõju jäi oluliseks ka peale andmete kohandamist pere majandusliku olukorraga. [102], [103]

2009.–2010. aastal 11 riigi 15-aastaste õpilaste hulgas läbi viidud küsitlusuuringus SEYLE vastas 38% Eesti tüdrukutest ja 27% poistest, et nad on end elu jooksul tahtlikult vigastanud, kusjuures 12% tüdrukutest ja 6% poistest oli end vigastanud korduvalt. Eesti oli end vigastanud tüdrukute osakaalu poolest Saksamaa ja Prantsusmaa järel kolmandal kohal, kuid end vigastanud poiste poolest Iisraeli järel teisel kohal. 2% end vigastanud tüdrukutest ja 1% end vigastanud poistest said peale vigastamist arstiabi. [40]

5.4. Kokkuvõte

Teaduskirjanduse põhjal suurendab suitsiidiriski elukaaslasest lahkumine, vallaligus, halvad peresuhted, sotsiaalne isolatsioon, üksi elamine, väikesed või puuduvad toetusvõrgustikud perekonna või sõprade näol, ohvriks olek (füüsiline, verbaalne, suhte- või töövägivald; füüsiline, emotsionaalne või seksuaalne kuritarvitamine lapsepõlves), tugev füüsiline või vaimne sõltuvus (sh sõltuvusained, ravimsõltuvus), tõsise vaimse häire esinemine endal või perekonnas, suitsiid perekonnaliikmete hulgas, varasem suitsiidikatse, krooniliste ja raskete haiguste põdemine⁷, hiljutine eluohtlik sündmus, töötamine kiiret reageerimist nõudvatel ametikohtadel, töökaotus, majandusliku olukorra halvenemine, võlgade olemasolu, migrantistaatus ja kuulumine vähemusrühmadesse, sh seksuaalvähemustesse.

Vanemaealistel suurendab suitsiidi riski lootusetus ja üksi elamine, nägemishäirete, hallkae, kuulmise kaotuse, raske südamehaiguse, astma, peptilise haavandi, terminaalne neeruhaiguse esinemine, lastel aga vanemate toetuse puudumine.

Suitsiidimõtete ja -käitumise riski suurenemist on kirjeldatud enam kui 125 retseptiravimi potentsiaalsete kõrvaltoimetega hulgas. Suitsiidiriski kasvu on leitud järgmiste ravimite osas: antidepressandid (eriti SSRI⁸ ja SNRI⁹); bensodiasepiinid; epilepsiavastased ravimid; tähelepanuhäire ravim atomoksetiin; Huntingtoni tõve ravim tetrabensiin; unetuse ravim suvoreksant; rasvumisvastased ravimid rimonabant (ravim on kõrvaldatud turult kogu maailmas) ja orlistaat; kõhukinnisuse ravim prukalopriid; vähiravis, C-hepatiidi ravis ja sclerosis multiplexi korral kasutatavad interferoon-alfa, interleukiin-2, pegüleeritud interferoonid, ribavariin, beeta-interferoon; akneravim isotretinoiin; bronhilõõgasti formoterool koos budesoniidiga; iiveldusvastane ravim metoklopramiid.

Varasemate Eestis läbi viidud teadusuuringute põhjal on leitud, et enesetapuriski suurendasid osalemine Tšernobõli tuumajaama avariijärgsetel puhastustöödel, vähidiagnoosi saamine meestel, seljaaju vigastus, nii alkoholi kui narkootikumide sõltuvuse olemasolu, madalam tervise enesehinnang, depressiooni esinemine, pikaajaline HIV-viiruse kandlus, majanduslik mitteaktiivsus, töötuks jäämine, majandusliku olukorra halvenemine, äsjane perekondlik lahkumine, kuulumine vene keelt emakeelena kõnelevasse kogukonda. Eestlastel on leitud, et oluliseks riskiteguriks on partneri puudumine ja töötuna olek, mitte-eestlastel somaatiline haigus ja lahusus.

⁷ HIV, pahaloomulised kasvaja, neuroloogilised häired, krooniline valu, krooniline kopsuhaigus, maksahaigused, meeste suguelundite haigused, liigshaigused, krampidega seotud haigused, aju vereringe haigused, insult, hemipleegia, migreen, osteoporoos, lülisamba murrud, diabeet, sünnitusjärgne depressioon

⁸ serotoniini tagasihaarde inhibiitorid

⁹ serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid

Eestis läbiviidud uuringute alusel kasvatab õpilastel suitsiidimõtete riski varane suguelu algus ning rahulolu peresuhetega vähendab depressiivsete tunnete ja enesetapumõtete esinemist.

Sagedasemaks enesetapu meetodiks Eestis nii meestel kui naistel on poimine. Meestel on teisel kohal tulirelva kasutamine ja kolmandal muud meetodid, noortel meestel on kolmandal kohal hüppamine kõrgustest. Naistel on teisel kohal aga mürgitamine ravimitega ja kolmandal hüppamine kõrgustest.

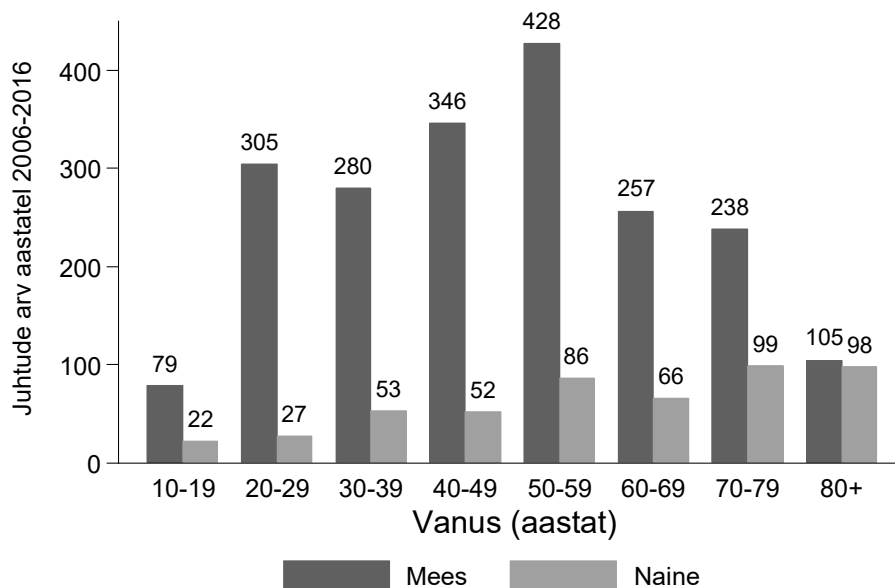
Varasemad uuringud näitavad, et Eestis kasutatakse suitsiidikatseks peamiselt mürgitamist ravimitega, järgneb enese löikumine. Kümnendik suitsiidikatse teostanutest kasutab suitsiidikatse tegemisel lisaks põhimeetodile samaaegselt ka mürgitamist alkoholiga. Vaid 39% suitsiidikatse sooritanutest said pärast selle sooritamist arstiabi. Pooled patsientidest suunati edasisele psühhiaatriliselt ambulatoorsele ravile.

6. Enesetapud aastatel 2006–2016

Siin peatükis kirjeldatakse käesoleva uuringu käigus kogutud registriandmete alusel aastatel 2006–2016 teostatud enesetappe ja nende muutusi ajas. Enesetappude taustatunnuste esinemine kõigist andmekogudest kogutud andmete lõikes on esitatud Lisas 2. Põhjalikumad tabelid surma põhjuste registri ja kohtuekspertiisi infosüsteemi alusel asuvad aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „*Juhtude kirjeldus*“. Taustatunnuste kirjeldused sugude (mehed ja naised, vanuses 20 aastat ja rohkem) ja laste (kuni 19 aastat) lõikes on samuti nimetatud aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „*Juhud vs Kontrollid*“.

6.1. Üldine kirjeldus

Aastatel 2006–2016 registreeriti Surma põhjuste registris 2543 enesetappu, mis toimusid Eestis ja Eesti välisesindustes, neli viiendikku enesetappudest sooritasid mehed. Kaks meessoost isikut jäi tundmatuks (üks 2007. ja üks 2010. aastal). 32% suitsiididest sooritasid Harjumaa elanikud, täpsem maakondade suremuskordajate kirjeldus on esitatud peatükis 6.3. Suitsiidi sooritanud meestest 63% ja naistest 73% oli pärit linnalistest asulatest¹⁰.



Joonis 2. Suitsiidijuhtude arvud meestel ja naistel aastatel 2006–2016 kümneaastaste vanusrühmade kaupa

Suitsiidi sooritanud meeste keskmine vanus oli 49 aastat, mis on oluliselt väiksem naiste keskmisest vanusest 59,6 aastat ($p < 0,001$). Kõige noorem suitsiidi sooritanu oli 11- ja kõige vanem 100-aastane. 101 (4%) suitsiidi sooritanud isikutest olid nooremad kui 20-aastased. Suitsiidi sooritanud meestest 74% ja naistest 50% olid tööealised (20–64-aastased), 23% meestest ja 46% naistest pensioniealised (65-aastased ja vanemad). Joonis 2 kujutab aastatel 2006–2016 toimunud suitsiidide arve meestel ja naistel 10-aastaste

¹⁰ Linnaline asula on linn, vallasisene linn, alev ja alev-vald vastavalt Eesti haldus- ja asustusjaotuse klassifikaatorile (http://metaweb.stat.ee/classificator_version_list.htm?id=419098&siteLanguage=ee)

vanuserühmade kaupa. Naistel suureneb suitsiidijuhtude arv vanuse kasvades. Meestel on kõige enam suitsiide (38%) vanuses 40–59.

Teave lahkunute hariduse kohta saadi lahkunu lähedaste ütluste põhjal, üldhariduse kohta oli esitatud info enamuse lahkunute kohta (täidetud 92% juhtudest), kuid eriharidus oli märgitud vaid 31% juhtudest, mistõttu ei ole erihariduse näitaja analüüsis kasutatav. Kirjeldavas analüüsis kasutasime hariduse tunnusena vaid omaste ütluste põhjal märgitud üldharidust (jaotusega ei oma põhiharidust, põhiharidus, üldkeskharidus), kuid puuduvate väärtuste suure arvu tõttu ei ole hariduse tunnust lisatud statistilistesse mudelitesse.

Naised (täiskasvanud – 20 aastat ja vanemad, kokku 481 naist, sh 65 aastat ja vanemad 231)

Enesetapu sooritanud naistest pooled (52%) olid tööealised (20–64-aastased), pooled vähemalt keskharidusega, 57% eestlased, 73% pärit linnalistest asulatest, kolmandik oli kooselus, kolmandik lesed ja 40% lahutatud või vallalised.

Tööealistest naistest viiendik (22%) sai Maksu- ja Tolliameti andmetel sissetulekut¹¹ kõigil 12 surmaeelsel kuul ja 41% ei saanud töist tulu mitte ühelgi kuul. Kogutud andmed ei võimalda täpsemalt hinnata enesetapu sooritanute tööalast staatust. Viiendik (22%) tööealistest naistest olid töötuna registreeritud, 36%-l oli kas püsiv töövõimetus ja/või puue.

50% naistest sai mõnda riiklikku toetust või hüvitist (va töötuskindlustushüvitis, regulaarne perehüvitis, riiklik pension; enamasti saadi puudega inimese toetust) ja 72% said riiklikku pensioni (47% tööealistest ja 99% pensioniealistest). Sotsiaalkindlustusameti (SKA) või kohaliku omavalitsuse poolt pakutavaid sotsiaalteenuseid oli saanud 9% suitsiidi sooritanud naistest (11 isikut said SKA rehabilitatsiooniteenust, kolm erihooletust, 11 kohaliku omavalitsuse poolt pakutud täisealise isiku hooldusteenust, kaks olid täisealise isiku hooldajad, 12 isikut said abivajaduse hindamisega seotud teenust).

Viimasel surmaeelsel aastal puutus kuriteo tõttu kriminaalsüsteemiga kokku¹² 4% suitsiidi sooritanud naistest, võlgade tõttu oli kohtusüsteemiga kokkupuude samuti 4%-l naistest. 1,7% naistest oli enesetapueelsel aastal olnud vägivalda ohvrid.

43%-l suitsiidi sooritanud naistest esines surmaeelsel aastal vähemalt üks raske krooniline haigus¹³ (v.a krooniline valu või psüühika- ja käitumishäire – täieliku loetelu leiab Lisast 1, punkt 3 lõik 3), sh 14%-l naistest olid tõsised nägemis- või kuulmishäired¹⁴. Krooniline valu¹⁵ oli diagnoositud 27%-l, psüühika- ja käitumishäireid¹⁶ esines 44%-l naistest. Kõige sagedasemad psüühika- ja käitumishäired olid meeleolu-

¹¹ Siia hulka loeti palk; töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu; juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu; ja ajutise töövõimetus hüvitis

¹² Isik oli kas kuriteokahtluse tõttu kriminaaluurimise all, talle mõisteti karistus kriminaalkuriteo sooritamise eest, ta viibis vanglas või oli kriminaalhooldusel

¹³ Uuringus kasutatud andmed ei võimalda kindlaks teha diagnoosi saamise aega (st kas see oli viimasel eluaastal või varem), küll on teada, et isik antud diagnoosidega viimasel eluaastal tervishoiusüsteemi poole pöördus

¹⁴ RHK-10 diagnoosikoodid H53–H54 (nägemishäired ja pimedus), H25 (kae), H90–H91 (kuulmisnõrkus)

¹⁵ vähemalt 2 sama diagnoosikoodi järgnevat loetelust: M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (pöiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (kõhu- ja vaagnapiirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd)

¹⁶ RHK-10 diagnoosikoodid F00–F99

häired¹⁷ (20%), neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired¹⁸ (13%) ning skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired¹⁹ (10%-l suitsiidi sooritanud naistest).

Viimasel eluaastal kasutas arstiabi 93% suitsiidi sooritanud naistest, kontakt psühhiaatriga oli 38%-l, statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibis 22% ja töövõimetuslehel 18% naistest. Perearstiabi kasutas 85% enesetapu sooritanud naistest, neist pooltel oli perearstiga vähemalt seitse kontakti aasta jooksul.

Ravimeid, mille potentsiaalsete kõrvaltoimete hulka kuulub suitsiidimõtete riski kasv, ostsid viimase aasta jooksul välja pooled suitsiidi sooritanud naistest. Kõige enam osteti antidepressante²⁰ (39%) ja benso-diasepini²¹ (27% enesetapu sooritanud naistest).

Täpsemad tabelid on esitatud aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „*Juhud vs Kontrollid*“.

Pensioniealiste naiste (65 aastat ja vanemad, kokku 231) hulgas oli, sarnaselt kõigile suitsiidi sooritanud naistele, 59% eestlasi ja 73% elas linnades. Pensioniealiste naiste hulgas oli rohkem üksikuid kui suitsiidi sooritanud täiskasvanud naiste üldkogumis – abielus oli viiendik (20%), vallalisi oli 7%, lahutatuid 14% ja üle poole olid lesed (55%). Peaaegu kõik (99%) olid pensionisaajad ja vaid mõni käis tööl – Maksu ja Tolli-ametis registreeritud tulu sai viimasel eluaastal 4% pensioniealistest naistest. Kehtiv puue oli määratud ja puuetega inimese toetust sai 51% pensioniealistest naistest, mida on rohkem kui suitsiidi sooritanud täis-kasvanud naiste üldkogumis. SKA või kohaliku omavalitsuse poolt pakutavaid sotsiaalteenuseid oli saanud 7% suitsiidi sooritanud pensioniealistest naistest (täisealise isiku hooldusteenust sai 4%, abivajaduse hindamisega seotud teenust 1,7%, rehabilitatsiooniteenust 1,3%, erihoolekandeteenust sai üks isik, toime-tulekutoetust üks isik ja täisealise isiku hooldajaks oli kaks isikut), mis on sarnane suitsiidi sooritanud täis-kasvanud naiste üldkogumile. Viimasel eluaastal suitsiidi sooritanud pensioniealistest naistest vanglas keegi ei viibinud, üks isik oli kriminaalkuriteo kahtlusega uurimise all ja üks oli võlgnik maksekäsu kiir-menetluses. Vägivalla ohvriks oli üks suitsiidi sooritanud pensioniealine naine.

Pensioniealistel naistel oli viimase eluaasta jooksul diagnoositud suitsiidi sooritanud naiste üldkogumist rohkem kroonilist valu²² (36%), tõsiseid nägmis-kuulmishäireid²³ (26%), närvisüsteemi haigusi²⁴ (21%), peaju veresoonte haigusi²⁵ (12%), diabeeti²⁶ (13%), kuid ülejäänud kroonilisi haigusi esines neil sarnaselt suitsiidi sooritanud naiste üldkogumiga: kasvaja²⁷ 6%, kopsuhaigusi²⁸ 4%, liigesehaigusi²⁹ 4%, maksahai-

¹⁷ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

¹⁸ RHK-10 diagnoosikoodid F40–F49

¹⁹ RHK-10 diagnoosikoodid F20–F29

²⁰ ATC rühm N06A

²¹ ATC rühm N05BA

²² vähemalt 2 sama diagnoosikoodi järgnevast loetelust: M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (põiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (köhu- ja vaagnapiirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd)

²³ RHK-10 diagnoosikoodid H53–H54 (nägemishäired ja pimedus), H25 (kae), H90–H91 (kuulmisnõrkus)

²⁴ RHK-10 diagnoosikoodid G00–G99

²⁵ RHK-10 diagnoosikoodid I60–69

²⁶ RHK-10 diagnoosikoodid E10–E14

²⁷ RHK-10 diagnoosikoodid C00–C99

²⁸ RHK-10 diagnoosikoodid J44–J46

²⁹ RHK-10 diagnoosikoodid M05–M14

gusi³⁰ 3%, peptilisi haavandeid³¹ 2% ja neeruhaigusi³² 1%. Seevastu psüühika- ja käitumishäireid³³ oli viimasel eluaastal pensioniealistel suitsiidi sooritanud naistel diagnoositud harvemini (39%) kui suitsiidi sooritanud naiste üldkogumis; üldkogumist vähem esines neil meeleoluhäireid³⁴ (16%) ning skisofreeniat, skisotüüpseid ja luululisi häired³⁵ (5%), kuid orgaanilisi psüühikahäireid³⁶ (18%) diagnoositi naiste üldkogumist rohkem.

Viimasel eluaastal oli arstikontakte 94%-l pensioniealistest suitsiidi sooritanud naistest (sarnane suitsiidi sooritanud naiste üldkogumiga). Suitsiidi sooritanud naiste üldkogumiga võrreldes külastasid pensioniealistes sagedamini pereõde või -arsti (91%), eriarsti (70%) ja viibisid haiglaravil või päevaravis (42%), kuid külastasid harvemini EMO (12%) ja psühhiaatrit (29%) ning viibisid harvemini statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil (13%).

Ravimeid, mille potentsiaalsete kõrvaltoimete hulka kuulub enesetapumõtete riski kasv, ostsid sarnaselt suitsiidi sooritanud naiste üldkogumile viimasel eluaastal välja ligi pooled suitsiidi sooritanud pensioniealistest naistest – enim osteti antidepressante³⁷ (34%) ja bensodiasepiine³⁸ (28%).

Mehed (täiskasvanud – 20 aastat ja vanemad, kokku 1961 meest, sh 65 aastat ja vanemad 461)

Suitsiidi sooritanud meestest 74% olid tööelised (20–64-aastased), 41% vähemalt keskharidusega, 72% eestlased, 58% pärit linnalistest asulatest, 37% oli kooselus, pooled lahutatud või vallalised. 0,8% (17 meest) olid viimase eluaasta jooksul viibinud tegev- või ajateenistuses.

Tööelistest meestest 18% said Maksu- ja Tolliameti andmetel sissetulekut³⁹ kõigil 12 surmaeelsel kuul ja 44% ei saanud töist tulu mitte ühelgi kuul. 19% tööelistest enesetapu sooritanud meestest olid ametlikult töötud, 16% oli kas püsiva töövõimetuse ja/või puudega.

25% meestest sai surmaeelsel aastal mõnda riiklikku toetust või hüvitist (v.a töötuskindlustushüvitis, regulaarne perehüvitis, riiklik pension) ja 45% riiklikku pensioni (28% tööelistest ja 98% pensioniealistest). SKA või kohaliku omavalitsuse poolt pakutavaid sotsiaalteenuseid kasutas 5% suitsiidi sooritanud meestest (12 isikut said SKA rehabilitatsiooniteenust, 10 erihoolekandeteenust, 18 kohaliku omavalitsuse poolt pakutud täisealise isiku hooldusteenust, 17 olid täisealise isiku hooldajad, 46 isikut said abivajaduse hindamisega seotud teenust, kaks sotsiaaltranspordi tagamise teenust, üks isikliku abistaja teenust, üks koduteenust ja üks eluruumi tagamise teenust).

³⁰ RHK-10 diagnoosikoodid K70–K77

³¹ RHK-10 diagnoosikoodid K25–K27

³² RHK-10 diagnoosikoodid N17–N19

³³ RHK-10 diagnoosikoodid F00–F99

³⁴ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

³⁵ RHK-10 diagnoosikoodid F20–F29

³⁶ RHK-10 diagnoosikoodid F00–F09

³⁷ ATC rühm N06A

³⁸ ATC rühm N05BA

³⁹ Sii hulka loeti palk; töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu; juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu; ja ajutise töövõimetuse hüvitis

Kriminaalsüsteemiga oli viimasel eluaastal kuriteo sooritamise või selle kahtluse tõttu⁴⁰ kokku puutunud 21% ja võlgade tõttu oli kohtusüsteemiga seotud 7% suitsiidi sooritanud meestest.

Ligi kolmandikul (29%) suitsiidi sooritanud meestest oli surmaeelsel aastal vähemalt üks raske krooniline haigus (v.a krooniline valu või psüühika- ja käitumishäire, täielik loetelu on leitav Lisas 1, punkt 3 lõik 3), 12%-l esines krooniline valu⁴¹, 18%-l psüühika- või käitumishäire⁴². Viimastest esines kõige enam meeleoluhäired⁴³ (7%). Viimase eluaasta jooksul kasutas arstiabi 77% suitsiidi sooritanud meestest, kontakt psühhiaatriga oli 16%-l, statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibis 10% ja töövõimetuslehel 19% meestest. Perearstiabi kasutas 64% enesetapu sooritanud meestest, neist pooltel oli perearstiga vähemalt viis kontakti aasta jooksul. Ravikindlustuseta arveid oli 7%-l meestest.

Ravimeid, mille potentsiaalsete kõrvaltoimete hulka kuulub enesetapumõtete riski kasv, ostis viimase surmaeelse aasta jooksul veerand (26%) täisealistest enesetapu sooritanud meestest. Kõige enam osteti antidepressante⁴⁴ (16%) ja bensodiasepiine⁴⁵ (11% meestest).

Täpsemad andmed on aruande lisaks olevas Exceli tablis lehel „Juhud vs Kontrollid“.

Pensioniealiste suitsiidi sooritanud meeste (65 aastat ja vanemad, kokku 461) hulgas oli sarnaselt suitsiidi sooritanud meeste üldkogumiga 73% eestlasi ja 57% elas linnades. Pensioniealiste meeste hulgas oli rohkem kooselus (50%) ja leskesid (24%), vähem vallalisi (8%) ja lahutatuid (15%) kui suitsiidi sooritanud meeste üldkogumis. Peaaegu kõik (98%) olid pensionisaajad ja 9% käis tööl (said Maksu- ja Tolliameti andmetel tulu). Kehtiv puue oli määratud ja puuetega inimese toetust sai 38% pensioniealistest meestest, mida on rohkem kui suitsiidi sooritanud meeste üldkogumis. SKA või kohaliku omavalitsuse poolt pakutavaid sotsiaalteenuseid oli saanud sarnaselt suitsiidi sooritanud meeste üldkogumiga 6% suitsiidi sooritanud pensioniealistest meestest (täisealise isiku hooldusteenust sai 3%, sotsiaaltransporditeenust 0,4%, isikliku abistaja teenust 0,2%, abivajaduse hindamisega seotud teenust 2%, rehabilitatsiooniteenust 1%, erihoolekandeteenust sai üks, toimetulekutoetust kolm isikut ja täisealise isiku hooldajaks oli 1,5%). Viimasel eluaastal viibis vanglas 0,7% pensioniealistest suitsiidi sooritanud meestest, kriminaalkuriteo kahtlusega uurimise all ja kriminaalhooldusel oli 1%, ühel isikul oli välja kuulutatud pankrot, ühel oli kohtus maksekäsu kiirmenetlus ja võlamenetlus, mida kõike on vähem kui suitsiidi sooritanud meeste üldkogumis. Vägivalla ohvriks oli sarnaselt meeste üldkogumile 0,7%-l pensioniealistest meestest. Suitsiidi sooritanud pensioniealistel meestel oli viimasel eluaastal suitsiidi sooritanud meeste üldkogumist enam diagnoositud

⁴⁰ Isik oli kas kuriteokahtluse tõttu kriminaaluurimise all, talle mõisteti karistus kriminaalkuriteo sooritamise eest, ta viibis vanglas või oli kriminaalhooldusel

⁴¹ vähemalt 2 sama diagnoosikoodi järgnevat loetelust: M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (pöiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (kõhu- ja vaagnapiirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd)

⁴² RHK-10 diagnoosikoodid F00–F99

⁴³ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

⁴⁴ ATC rühm N06A

⁴⁵ ATC rühm N05BA

kroonilist valu⁴⁶ (21%), tõsiseid nägemis-kuulmishäireid⁴⁷ (19%), kasvajak⁴⁸ (17%), närvisüsteemi haigusi⁴⁹ (17%), meessuguelundite haigusi⁵⁰ (16%), peaju veresoonte haigusi⁵¹ (8%), diabeeti⁵² (7%) ja kopsu-
haigusi⁵³ (7%). Üldkogumiga sarnaselt esines neil peptilist haavandit⁵⁴ (3%), liigesehaigusi⁵⁵ (2%), neeru-
haigusi⁵⁶ (1%) ja psoriaasi (1%). Üldkogumist rohkem oli neil diagnoositud psüühika- ja käitumishäireid⁵⁷
(20%), sh orgaanilisi psüühikahäireid⁵⁸ (8%), kuid meeste üldkogumist vähem esines neil meeleoluhäireid⁵⁹
(9%) ning skisofreeniat, skisotüüpseid ja luululisi häired⁶⁰ (5%).

Viimasel eluaastal oli kontakte arstiabiga 89%-l suitsiidi sooritanud penisioniealistest meestest, mida on
rohkem kui suitsiidi sooritanud meeste üldkogumis. Pensioniealistes mehed külastasid üldkogumist
rohkem pereõde või -arsti (85%) ja eriarsti (64%) ning viibisid haigla- või päevaravis (45%) ja EMOs (14%),
kuid üldkogumist vähem pöördusid psühhiaatri poole (12%) ja viibisid statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil.

Ravimeid, mille potentsiaalsete kõrvaltoimete hulka kuulub enesetapumõtete riski kasv, ostis 39% pen-
sioniealistest suitsiidi sooritanud meestest, mida on rohkem kui suitsiidi sooritanud meeste üldkogumis.
Enam osteti antidepressante⁶¹ (21%), bensodiasepiine⁶² (18%) ja epilepsiavastaseid aineid⁶³ (11%).

Lapsed ja noorukid (kuni 19-aastased, kokku 101 last)

Suitsiidi sooritanud lastest ja noorukitest 78% olid poisid ja 22% tüdrukud, 83% olid eestlased ja 57% oli
pärit linnalistest asulatest.

Suitsiidi sooritanud lastest ja noorukitest 24% said viimasel eluaastal Maksu- ja Tolliameti andmetel tulu-
maksuga maksustatavat sissetulekut⁶⁴ vähemalt ühel kuul (tulu sai üks 14-aastane ja noorukid vanuses 16–
19; kolm 18–19-aastast noorukit said sissetulekut kõigil 12 kuul), 8% oli registreeritud töötuna, 8%-l oli
püsiv töövõimetus ja/või puue. 24% lastest ja noorukitest sai mõnda riiklikku toetust või hüvitist (v.a
töötuskindlustushüvitis, regulaarne perehüvitis, riiklik pension), 17% sai toitjakaotus- ja 7% riiklikku
pensioni. SKA või kohaliku omavalitsuse poolt pakutavaid teenuseid on saanud 5% suitsiidi sooritanud

⁴⁶ vähemalt 2 sama diagnoosikoodi järgnevast loetelust: M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (pöiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (köhu- ja vaagnapiirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd)

⁴⁷ RHK-10 diagnoosikoodid H53–H54 (nägemishäired ja pimedus), H25 (kae), H90–H91 (kuulmisnõrkus)

⁴⁸ RHK-10 diagnoosikoodid C00–C99

⁴⁹ RHK-10 diagnoosikoodid G00–G99

⁵⁰ RHK-10 diagnoosikoodid N40–N51

⁵¹ RHK-10 diagnoosikoodid I60–69

⁵² RHK-10 diagnoosikoodid E10–E14

⁵³ RHK-10 diagnoosikoodid J44–J46

⁵⁴ RHK-10 diagnoosikoodid K25–K27

⁵⁵ RHK-10 diagnoosikoodid M05–M14

⁵⁶ RHK-10 diagnoosikoodid N17–N19

⁵⁷ RHK-10 diagnoosikoodid F00–F99

⁵⁸ RHK-10 diagnoosikoodid F00–F09

⁵⁹ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

⁶⁰ RHK-10 diagnoosikoodid F20–F29

⁶¹ ATC rühm N06A

⁶² ATC rühm N05BA

⁶³ ATC rühm N03

⁶⁴ Siia hulka loeti palk; töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu; juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu; ja ajutise töövõimetus hüvitis

lastest ja noorukitest (kõik viis last ja noorukit on saanud abivajaduse hindamise teenust, üks on olnud abivajav või hädaohus laps ja kasutanud asenduskodu teenust). Viimasel surmaeelisel aastal puutus kuriteo tõttu kriminaalsüsteemiga kokku⁶⁵ 20% enesetapu sooritanud lastest ja noorukitest.

13%-l suitsiidi sooritanud lastest ja noorukitest oli surmaeelisel aastal vähemalt üks raske krooniline haigus (v.a krooniline valu või psüühika- ja käitumishäire, täielik loetelu on esitatud Lisas 1, lõik 3), 15%-l esines psüühika- või käitumishäire (6%-l olid meeleoluhäired⁶⁶).

Viimase eluaasta jooksul kasutas arstiabi 84% lastest ja noorukitest, perearstiabi kasutas 69%, eriarsti juures (v.a psühhiaater) käis 51%, kontakt psühhiaatriga oli 18%-l ja psühhiaatrilisel haiglaravil viibis 8% enesetapu sooritanud lastest ja noorukitest.

Ravimeid, mille potentsiaalsete kõrvaltoimete hulka kuulub enesetapumõtete riski kasv, osteti viimase eluaasta jooksul välja 13% lastele ja noorukitele. Kõige sagedamini – 8%-le lastest ja noorukitest – osteti antidepressante⁶⁷.

Täpsemad tabelid on esitatud aruandele lisaks olevas Exceli failis lehel „Juhud vs Kontrollid“.)

Enesetapumeetodid ja surmakohad

Kõige sagedasemaks enesetapu meetodiks oli poomine – meestest 81%-l ja naistest 73%-l. Naiste surmapõhjustest teisel kohal oli mürgistus ravimitega (12% surmadest) ja kolmandal kohal hüppamine kõrgustest või hüppamine liikuva objekti ette (5%). Meestel oli teisel kohal surm tulirelva läbi (10%) ja kolmandal kohal terava või tõmbi eseme läbi (2,5%). Täpsemat jaotust vaata Tabel 1.

Tabel 1. Enesetapu meetod aastatel 2006–2016 toimunud suitsiididel, sulgudes toodud surma põhjus RHK-10 jaotuse alusel. Allikas: Surma põhjuste register

	MEHED		NAISED	
	n	%	N	%
Poomine (X70)	1646	80,7	365	72,6
Tulirelvad (X72–X74)	200	9,8	5	1
Terav või tõmp ese (X78–X79)	50	2,5	14	2,8
Hüppamine kõrgustest või liikuva objekti ette (X80–X81)	31	1,5	25	5
Kemikaalid (X66–X69)	30	1,5	14	2,8
Ravimid (X60, X61, X63, X64)	30	1,5	60	11,9
Sõiduki purustamine, muu (X82–X88)	17	0,8	3	0,6
Uppumine (X71)	16	0,8	8	1,6
Narkootikumid (X62)	8	0,4	3	0,6
Tuli (X76)	7	0,3	2	0,4
Alkohol (X65)	5	0,2	4	0,8
KOKKU	2040	100	503	100

⁶⁵ Isik oli kas kuriteokahtluse tõttu kriminaaluurimise all, talle mõisteti karistus kriminaalkuriteo sooritamise eest, ta viibis vanglas või oli kriminaalhooldusel

⁶⁶ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

⁶⁷ ATC rühm N06A

Pensioniealiste naiste enesetapu meetodite jaotus on üsna sarnane enesetapu teinud naiste üldkogumile, veidi rohkem on poomist (79%) ja vähem surma ravimite läbi (6%). 10–19-aastaste tüdrukute surmapõhjusteks on poomine (64%), mürgistus ravimitega (27%) ja hüppamine kõrgelt või liikuva objekti ette (9%).

Ka pensioniealiste meeste enesetapumeetodite jaotus on sarnane enesetapu teinud meeste üldkogumile, veidi rohkem esines surma tulirelvade läbi (11%) ja puuduvad suitsiidid narkootikumidega. 10–19-aastaste poiste hulgas on veidi rohkem poomise läbi surnud isikuid (84%), vähem tulirelvadega esesetappe (6%) ja rohkem hüppamisi kõrgelt või liikuva objekti ette (5%). Suitsiidi sooritanud poistel puudusid suitsiidid uppumise, tule, narkootikumide ja alkoholi läbi.

Enesetapu meetodid ei ole muutunud võrreldes varasemates teadusuuringutes kirjeldatutega täiskasvanutel [86] ega lastel ja noorukitel [100].

Kohtuekspertiisi infosüsteemist saadi infot isikute alkoholi- ja narkojoobe kohta ning ravimimürgistuse toimeainete kohta. Perioodil 2006–2016 testiti 2313 suitsiidi sooritanud isikut (91% kõigist suitsiidi sooritanutest), nendest 2224-l testiti alkoholi, 443-l narkootikumide ja 63-l ravimite sisaldust veres. Kontrollitud meestest 48,2% oli alkoholi tarvitanud ja 14,9%-l leiti verest narkootikume, naiste kohta olid vastavad protsendid 22,5% ja 9,3%. Alkoholihoobes sooritatud enesetappe oli rohkem tööealiste meeste (56%) ja nooremate naiste hulgas (46% 20–39-aastaste hulgas). Narkojoobes olid sagedamini meeste hulgas lapsed, noorukid ja tööealised ning 18% 20–39-aastastest naistest. Testitud pensioniealistest oli surmahetkel alkoholihoobes 28% meestest ja 10% naistest.

Ravimeid leiti organismist 63 suitsiidi teinud isikul. Kokku leiti 66 erinevat toimeainet 166 erineval korral. Surma põhjuste järgi suri neist 57 isikut ravimite, 3 narkootikumide mürgistuse tõttu, ühel juhul oli surma põhjuseks alkoholi, ühel juhul kemikaalide ja ühel juhul muu mürgistus. Kõige enam leiti ühel isikul korraga 17 erineva ravimi toimeaine jälgi, järgmisel kohal olid isikud kaheksa ja üheksa toimeaine jälgedega. Kõige levinumad verest leitud ravimid olid psühholeptilised ained⁶⁸ (64 korda, kokku 37 isikul, neist 13-l olid bensodiasepiinid⁶⁹ retseptiravimina välja ostetud) ja psühhoanaleptilised ained⁷⁰ (35 korda, 23 isikul, antidepressante⁷¹ oli neist välja ostnud 18 isikut). Seega kasutas suur osa ravimeid manustanud enesetapu sooritanutest kas varem või kellelegi teisele välja kirjutatud ravimeid.

Täpsem jaotus on toodud aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „*Juhtude kirjeldus*“.

76% meestest ja 86% naistest sooritas suitsiidi kodus. Teisel kohal surmapaigana on meeste hulgas vee-koju ja loodus (9%), naistel tänav ja maantee (4,6%), täpsemat jaotust vaata Tabel 2.

3% suitsiididest sooritatakse elamisasutuses, koolis või mõnes muus avalikku teenust osutavas asutuses. Siia hulka kuuluvad nii vanglad, arestimajad, haiglad, hoolekandeesutused kui ka muud avalikku teenust osutavad institutsioonid, kus enesetapud peaksid olema ennetatavad. Paraku ei võimalda kogutud andmed teostada detailsemat analüüsi.

⁶⁸ ATC rühm N05

⁶⁹ ATC rühm N05BA

⁷⁰ ATC rühm N06

⁷¹ ATC rühm N06A

Tabel 2. Surmakohtade jaotus aastatel 2006–2016 toimunud suitsiididel

	MEHED		NAISED		KOKKU	
	n	%	n	%	n	%
Kodu	1549	75,9	427	84,9	1976	77,7
Veekogu ja loodus	185	9,1	20	4,0	205	8,1
Tänav ja maantee	119	5,8	23	4,6	142	5,6
Talumajapidamine	48	2,4	4	0,8	52	2,0
Kool või muu ühiskondlik ala	34	1,7	11	2,2	45	1,8
Elamisasutus	32	1,6	9	1,8	41	1,6
Tööstus- ja ehituspiirkond	34	1,7	1	0,2	35	1,4
Täpsustamata paik	18	0,9	7	1,4	25	1,0
Kaubandus- ja teenindusala	18	0,9	1	0,2	19	0,7
Spordirajatise ala	3	0,1	0	0,0	3	0,1
KOKKU	2040		503		2543	

Suitsiidi sooritanud naiste üldkogumiga võrreldes sooritasid pensioniealised naised suitsiidi rohkem kodus (90%), vähem tänaval ja maanteel (3%) ning looduses (3%). Tüdrukud (vanuses 10–19 aastat) sooritasid suitsiidi naiste üldkogumist rohkem elamisasutuses (5%).

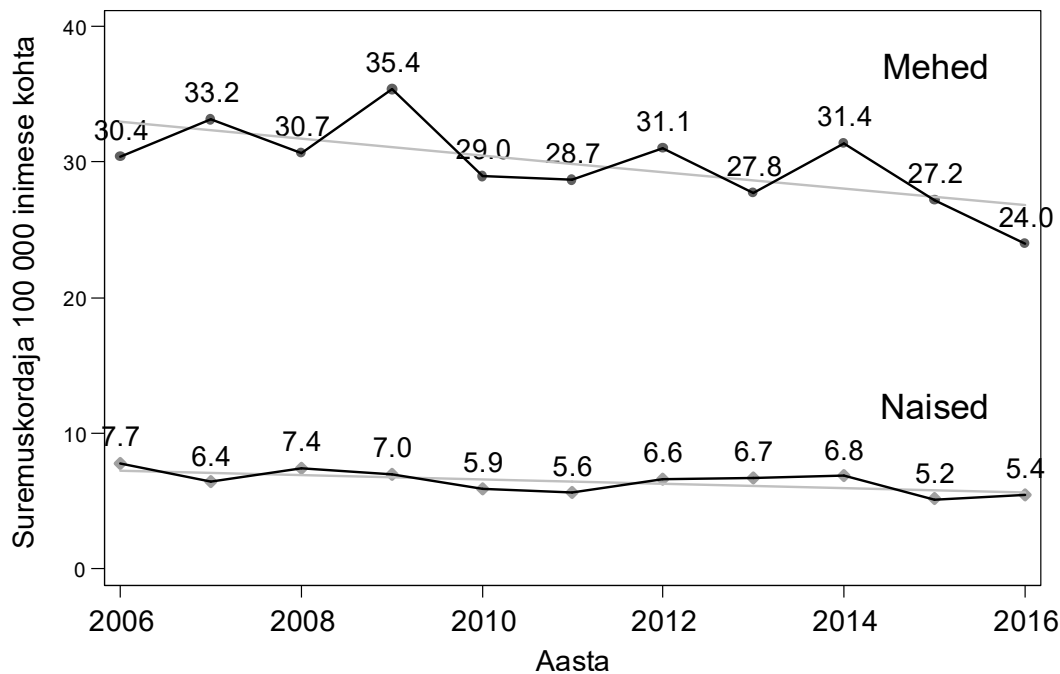
Pensioniealised mehed sooritasid suitsiidi meeste üldkogumist rohkem (kuid sarnaselt pensioniealiste naistega) kodus (85%), kuid vähem looduses (4%) ning tänaval ja maanteel (3%). Poisid (vanuses 10–19 aastat) sooritasid suitsiidi vähem kodus (59%), kuid rohkem looduses (22%) ning tänaval ja maanteel (11%) võrreldes suitsiidi sooritanud meeste üldkogumiga.

6.2. Enesetappude muutus ajas 2006–2016

Enesetapu trendid on esitatud standardimata, standarditud ja vanuskordajatena 100 000 inimese kohta, suitsiidide muutused ajas on esitatud keskmise aastase protsentuaalse muutusena (APC, *annual percent change*) koos 95% usaldusvahemikuga. Kõik arvutused (MR, SMR, APC) on esitatud aruande lisaks olevas Exceli failis.

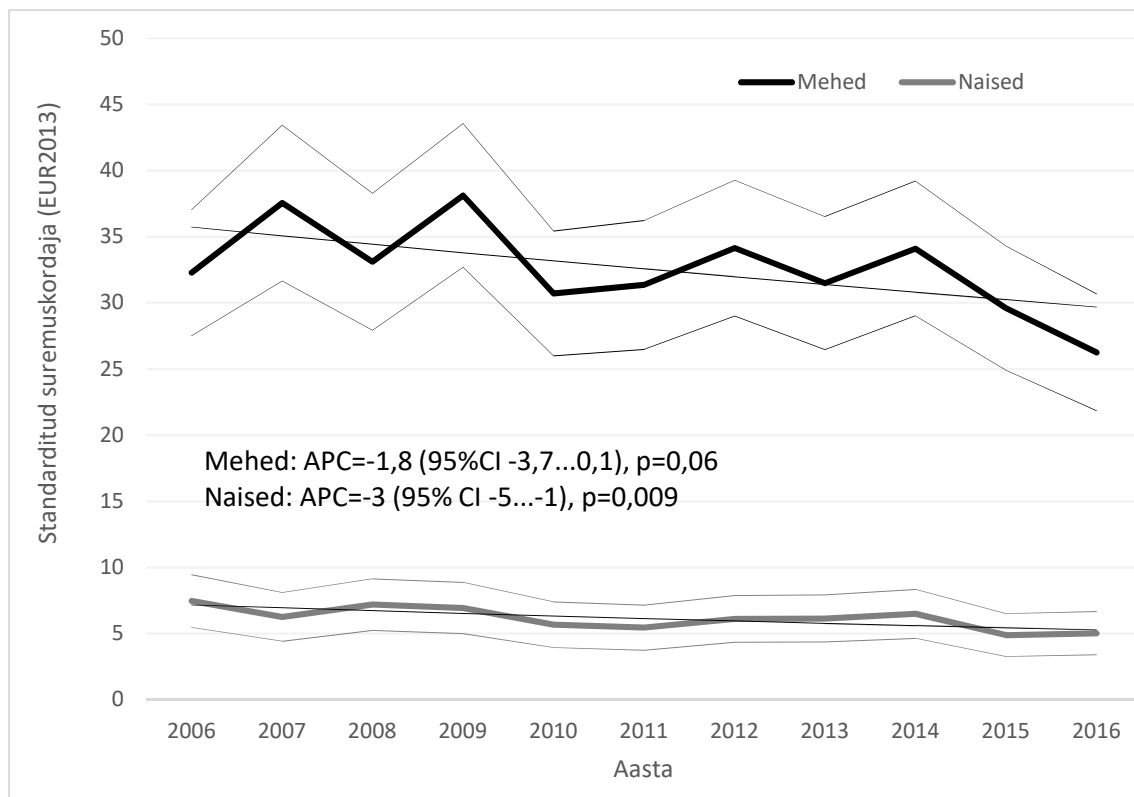
6.2.1. Suitsiidisuremuse üldkordajad

Suitsiidisurmad on kahanemistrendis mõlema soo puhul (Joonis 3.).



Joonis 3. Suremuse üldkordajad meeste ja naiste hulgas aastatel 2006–2016. *Algandmed aruande lisaks olevas Excel failis lehel „MR, SMR by sugu“*

Meeste suitsiidide suremus oli kõige suurem aastal 2009 – 35,4 juhtu 100 000 inimese kohta (absoluutarvudes 220 juhtu), aastaks 2016 on see vähenenud 24 juhuni 100 000 kohta (absoluutarvudes 148 juhtu). Naistel oli 2006. aastal 7,75 juhtu 100 000 inimese kohta (kokku 56 juhtu), mis aastaks 2016 on kahanenud 5,4 juhuni 100 000 kohta (kokku 38 juhtu). (Joonis 3.)

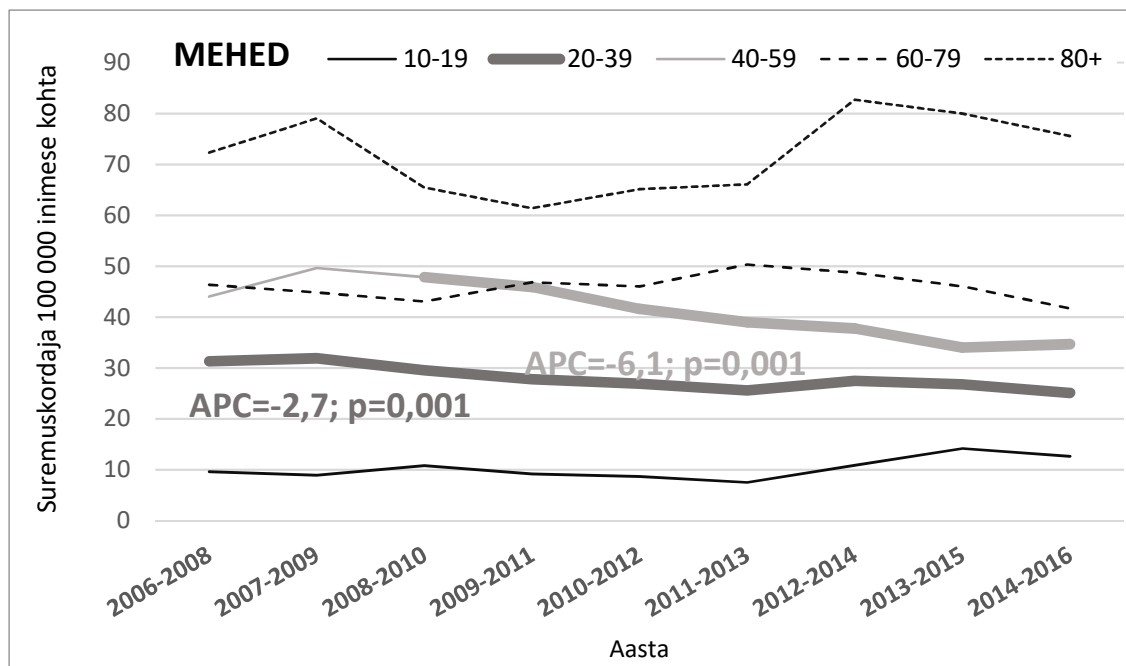


Joonis 4. Euroopa standarddrahvastikule standarditud suitsiidi suremuskordajad 100 000 mehe/naise kohta ja trendid aastatel 2006–2016 koos aastase protsentuaalse muutusega (APC). Joonise algandmed aruande lisaks olevas Excel failis lehel „MR, SMR by sugu“

Joonis 4 on esitatud Euroopa standarddrahvastikule standarditud suitsiidisurmade hulk 100 000 inimese kohta aastate lõikes koos aastase protsentuaalse muutusega (APC) ja selle 95% usaldusvahemikuga. Meestel on aastane vähenemine 1,8%, mis ei ole statistiliselt oluline ($p=0,06$), kuid naiste puhul on tegu statistiliselt olulise aastase enesetappude vähenemisega 3% (95%CI 1–5; $p=0,009$).

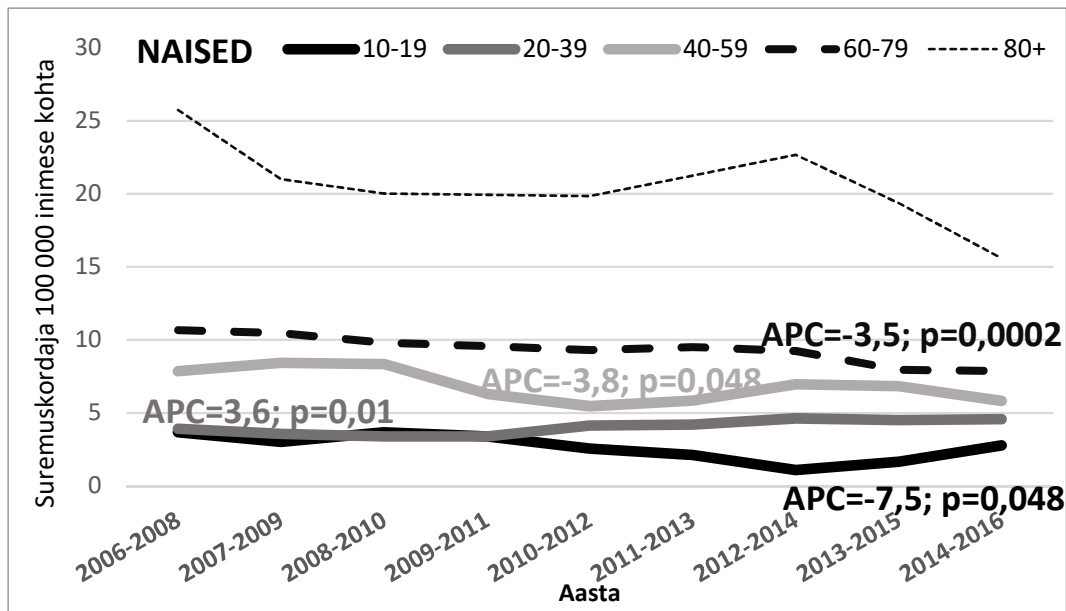
6.2.2. Suitsiidisuremus vanuse järgi

Suremuskordajate trendianalüüsi jaoks vanuserühmades on suremuskordajad esitatud libisevate keskmistena üle kolme aasta 100 000 inimese kohta. Libisev keskmine silub aegreas ette tulevad juhuslikud kõikumised ja lubab trendi selgemalt esitada. Isikud on jagatud järgmistesse vanuserühmadesse: 10–19, 20–39, 40–59, 60–79 ja 80+ (**Error! Reference source not found.**Joonis 5, Joonis 6). Nendes ajaperioodides, millal on tegemist olulise trendiga, on joon tehtud paksuks ja olulistes ajalõikudes on joone kõrval esitatud ka suremuskordaja aastane protsentuaalne muutus (APC). Joonise algandmed ja täpsed väärtused on aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „MR, APC by vanusgr, libisev“.



Joonis 5. Meeste suitsiidi suremuskordajad vanuserühmades kolme aasta libisevate keskmistena 100 000 inimese kohta aastatel 2006–2016. Statistiliselt oluline kahanemine paksendatud joonega perioodis. APC – suremuskordaja aastane protsentuaalne muutus. Joonise algandmed ja täpsed väärtused aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „MR, APC by vanusgr, libisev“

Meeste vanuserühmas 20–39 eluaastat oli suremuskordaja üle kogu vaatlusperioodi kahanev (Joonis 5 **Error! Reference source not found.**) – keskmine vähenemine 2,7% aastas (95%CI 1,5–3,9), suremuskordaja muutus 31,3-lt 25,1-ni 100 000 inimese kohta. Vanuserühmas 40–59 eluaastat oli oluline suitsiidide kahanemistrend perioodis 2009–2016 – keskmiselt 6,1% aastas (95%CI 4,1–8,1), mil suremuskordaja kahanes 47,9-lt 34,7-ni 100 000 inimese kohta. Noorte (10–19-aastat) ja vanade (60 ja rohkem aastat) meeste hulgas statistiliselt olulisi muutusi ei toimunud.



Joonis 6. Naiste suitsiidi suremuskordajad vanuserühmades kolme aasta libisevate keskmistena 100 000 inimese kohta aastatel 2006–2016. Statistiliselt oluline langus paksendatud joonega perioodis. APC – suremuskordaja aastane protsentuaalne muutus. Joonise algandmed ja täpsed väärtused aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „MR, APC by vanusgr, libisev“

Naiste hulgas (Joonis 6) vanuserühmades 10–19, 40–59 ja 60–79 üle kogu vaatlusperioodi suitsiidide suremuskordaja vähenes. Vanuserühmas 10–19 eluaastat oli suremuskordaja üle kogu vaatlusperioodi kahanev – keskmine kahanemine 7,5% aastas (95%CI 0,1–14,4), suremuskordaja muutus 3,7-lt 1,7-ni 100 000 inimese kohta. Vanuserühmas 40–59 eluaastat oli oluline kahanemistrend keskmiselt 3,8% aastas (95%CI 0–7,5), mil suremuskordaja vähenes 7,9-lt 5,8-ni 100 000 inimese kohta. 60–79-aastaste suitsiidi-suremuskordaja kahanes üle kogu vaatlusperioodi keskmiselt 3,5% aastas (95%CI 2,3–4,6), mil suremuskordaja vähenes 10,7-lt 7,9-ni 100 000 inimese kohta. Vanuses 20–39 eluaastat on tegemist üle kogu ajaperioodi kasvava trendiga, kus suremuskordaja suurenes aastas 3,6%.

Suitsiidi sooritanud naised vanuses 20–39 elasid suitsiidi sooritanud naiste üldkogumiga võrreldes mõnevõrra sagedamini linnalistes asulates (78%), olid rohkem kokku puutunud kriminaalsüsteemiga⁷² (18%) ja võlamenetlusega kohtus (15%), pöördusid sagedamini EMOsse (21%) ja harvemini perearsti vastuvõtule (72%). Võrreldes 2014–2016 aastat varasema perioodiga (2006–2013) on suitsiidi sooritanud 20–39-aastaste naiste hulgas oluliselt kasvanud kriminaalsüsteemiga kokkupuutunute osakaal (11% vs 33%, p=0,02) ja kasvanud on ka EMOsse pöördunute osakaal (13% vs 42%, p=0,006).

⁷² Isik oli kas kuriteokahtluse tõttu kriminaaluurimise all, talle mõisteti karistus kriminaalkuriteo sooritamise eest, ta viibis vanglas või oli kriminaalhooldusel

6.3. Suitsiidisuremus maakondades

Järgnevatel joonistel (**Error! Reference source not found., Error! Reference source not found.**) on esitatud suitsiidi standarditud suremuskordajad kolme aasta libisevate keskmistena 100 000 inimese kohta maakondades, eraldi meestele ja naistele. Joonistel on kujutatud suremuskordajate muutus ajas pideva joonena, statistiliselt olulise trendi osas on joon tehtud paksuks. Aastad, kus maakonna ja Eesti keskmised suremuskordajad omavahel statistiliselt erinevad, on tähistatud kolmnurgaga. Iga paneelile, kus on leitud statistiliselt oluline trend, on paneeli päisesse lisatud ka olulise muutusega löikudes hinnatud aastane protsentuaalne muutus (APC). Joonistele on lisatud võrdluseks kogu Eesti vastava aasta näitaja. Jooniste algandmed ja täpsed väärtused on aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „*AdjMR, APC by sugu, maakond*“.

Mehed

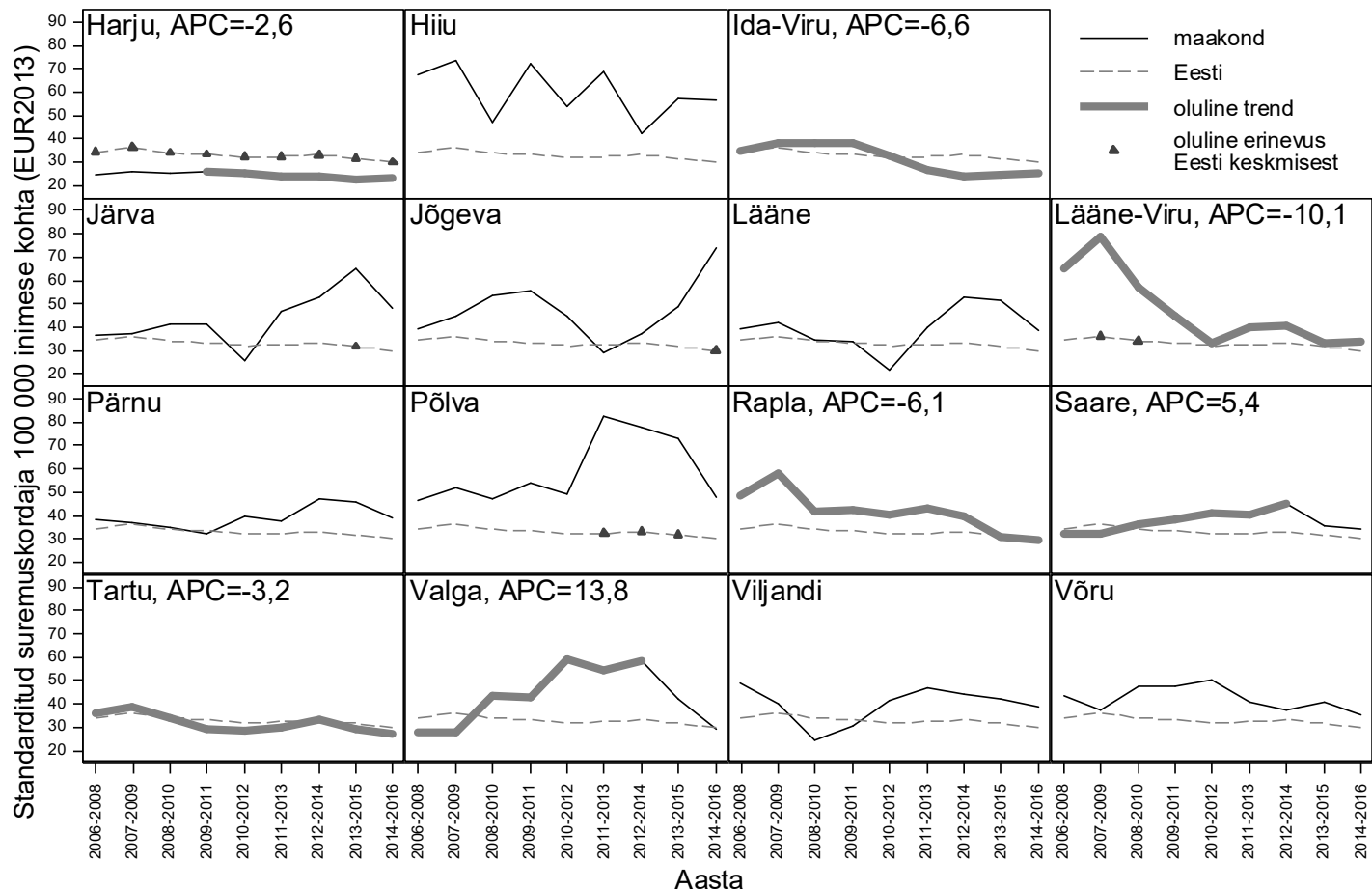
Läbi aastate (Joonis 7) oli Eesti keskmisest oluliselt väiksem suitsiidide suremuskordaja Harju maakonnas ($p < 0,05$), näiteks aastate 2014–2016 keskmine oli 23 juhtu 100 000 inimese kohta vs. Eesti keskmine 30. Eesti keskmisest statistiliselt oluliselt suurem ($p < 0,05$) suitsiidisuremus oli Järva maakonnas perioodi 2013–2015 keskmisena 65 juhtu 100 000 inimese kohta (Eestis 31,6) ja Jõgeva maakonnas aastatel 2014–2016 keskmisena 74 juhtu 100 000 kohta (vs. Eesti 30). Suitsiidisuremuskordaja oli Lääne-Viru maakonnas perioodis 2006–2010 ligi kaks ja Põlva maakonnas perioodis 2011–2015 üle kahe korra suurem Eesti keskmisest. Eesti keskmisest suurem enesetappude suremuskordaja oli läbi aastate veel Hiiu, Pärnu, Viljandi ja Võru maakonnas, juhtude väikese absoluutarvu tõttu ei ole need erinevused statistiliselt olulised, kuid väärivad siiski tähelepanu. Ülejäänud maakondades ei ole nii selgeid erinevusi. Kõikide maakondade ja aastate täpsed suremuskordajad asuvad aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „*AdjMR, APC by sugu, maakond*“.

Statistiliselt oluline suitsiidide kahanemistrend (Joonis 7**Error! Reference source not found.**) üle kogu ajaperioodi oli Lääne-Viru – 10,1% (95%CI 5,1–14,9), Ida-Viru – 6,6% (95%CI 3,2–9,9) ja Tartu maakonnas – 3,2% (95%CI 0,7–5,7) aastas. Harju maakonnas vähenes viimasel viiel aastal (2010–2015) suitsiidide suremuskordaja keskmiselt 2,6% (95%CI 0,6–4,5) aastas. Valga ja Saare maakonnas oli oluline enesetappude suremuskordaja kasv aastatel 2007–2013, vastavalt 13,8% (95%CI 3,5–25,2) ja 5,4% (95%CI 2,6–8,3) aastas. Viimasel kolmel aastal oli mõlemas maakonnas kiire, kuid statistiliselt mitteoluline suitsiidide kahanemistrend, vastavalt 13% ja 33% aastas.

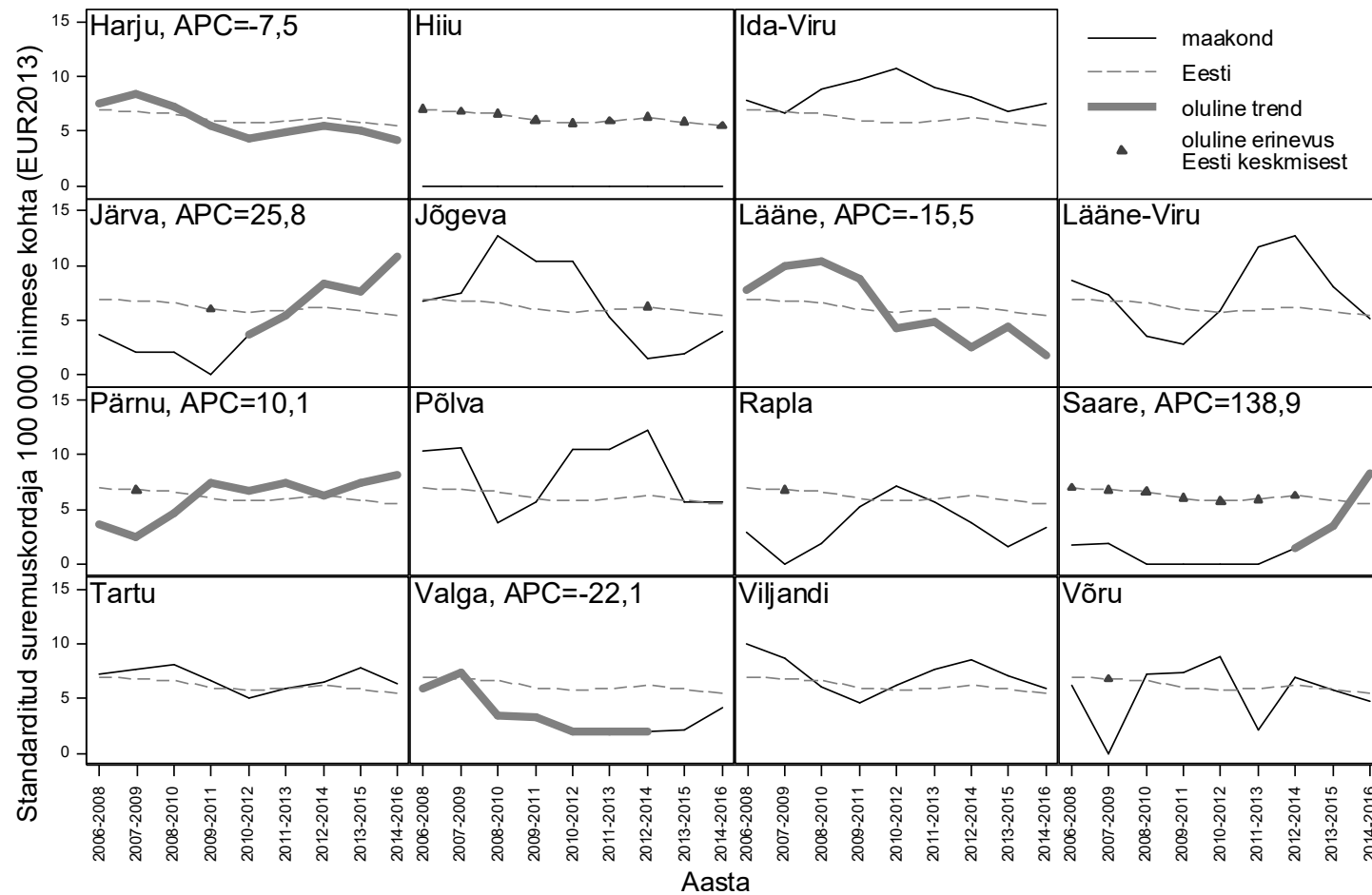
Naised

Läbi aastate (Joonis 8**Error! Reference source not found.**) registreeriti naiste hulgas Eesti keskmisest suurem suitsiide suremuskordaja Ida-Viru (aastate 2014–2016 keskmisena 7,6 juhtu), Viljandi (5,9 juhtu) ja Põlva (5,8 juhtu 100 000 inimese kohta) maakonnas. Eesti keskmine aastatel 2014–2016 oli 5,5 enesetappu 100 000 naise kohta. Ühtegi enesetappu ei registreeritud Hiiumaa naistel üle kogu vaatlusperioodi (2006–2016) ja Saaremaa naistel aastatel 2009–2013. Enesetappude absoluutarvude väiksuse tõttu on vaid üksikutel aastel erinevused maakondade ja Eesti keskmise vahel statistiliselt olulised (vt **Error! Reference source not found.**, kolmnurkadega tähistatud).

Naiste seas (Joonis 8 **Error! Reference source not found.**) on statistiliselt oluline suitsiidide kahanemistrend üle kogu ajaperioodi Lääne – 15,5% (95%CI 6–24) ja Harju – 7,5% (95%CI 3,6–11,3) maakonnas. Aastatel 2007–2013 oli oluline enesetappude kahanemistrend Valga maakonnas – 22,1% (95%CI 5,2–23) aastas, sellele järgnes aastatel 2013–2016 kiire kasv (57,4% aastas, statistiliselt mitteoluline). Oluline suitsiidide suremuskordaja kasv on toimunud üle kogu vaatlusperioodi 2006–2016 Pärnu – 10,1% (95%CI 2,5–18,3), perioodis 2010–2016 Järva – 25,8% (95%CI 6,3–48,9) ning aastatel 2012–2016 Saare – 138,9% (95%CI 136,2–141,5) maakonnas. Kuna naiste suitsiidijuhtude absoluutarv on väike ja suremuskordajad varieeruvad maakondades läbi aastate küllaltki palju, siis selgeid erinevusi maakondades rohkem esile tuua ei saa.



Joonis 7. Meeste standarditud suitsiidisuremuskordajad kolme aasta libisevate keskmistena 100 000 inimese kohta maakondades aastatel 2006–2016. Katkendliku joonega esitatud võrdluseks Eesti meeste keskmine suremuskordaja. Maakonna suremuskordaja erinevus Eesti keskmisest tähistatud kolmnurkadega. Oluline trend märgitud paksu joonega. APC – suremuskordaja aastane protsentuaalne muutus. *Joonise alandmed ja täpsed väärtused aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „MR, APC by sugu, maakond“*



Joonis 8. Naiste standarditud suitsiidi suremuskordajad kolme aasta libisevate keskmistena 100 000 inimese kohta maakondades aastatel 2006–2016. Katkendliku joonega esitatud võrdluseks Eesti meeste keskmine suremuskordaja. Maakonna suremuskordaja erinevus Eesti keskmisest tähistatud kolmnurkadega. Oluline trend märgitud paksu joonega. APC – suremuskordaja aastane protsentuaalne muutus. *Joonise algandmed ja täpsed väärtused aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „MR, APC by sugu, maakond“*

6.4. Kokkuvõte

Aastatel 2006–2016 registreeriti 2543 enesetappu. Neli viiendikku enesetappudest sooritasid mehed. Kõige noorem suitsiidi teinu oli 11- ja kõige vanem 100-aastane. 4% suitsiidi sooritanud isikutest olid nooremad kui 20-aastased.

Meeste suitsiide üldsureskordaja oli kõige suurem aastal 2009 – 35,4 juhtu 100 000 inimese kohta, aastaks 2016 on see vähenenud 24 juhuni 100 000 kohta. Naistel oli 2006. aastal 7,75 juhtu 100 000 inimese kohta, mis aastaks 2016 on kahanenud 5,4 juhuni 100 000 kohta. Meestel on suitsiidide standarditud suureskordaja vähenenud 1,8% aastas, naistel 3% aastas.

Meestel on vanuserühmades 20–59 suureskordajad kahanenud, noorte (10–19-aastat) ja vanade (60 ja rohkem aastat) meeste hulgas statistiliselt olulisi muutusi ei toimunud.

Naiste hulgas vanuserühmades 10–19 ja 40–79 suitsiidide suureskordaja vähenes, kuid vanuses 20–39 eluaastat on tegemist üle kogu ajaperioodi kasvava trendiga. 80 aastaste ja vanemate hulgas olulisi muutusi ei toimunud.

Meestel on läbi aastate oli Eesti keskmisest oluliselt väiksem suitsiidide suureskordaja Harju maakonnas, oluliselt suurem aga Järva, Jõgeva, Lääne-Viru ja Põlva maakonnas. Statistiliselt oluline suitsiidide kahanemistrend oli Lääne-Viru, Ida-Viru, Tartu ja Harju maakonnas, kasv aga Valga ja Saare maakonnas.

Naistel on Eesti keskmisest suurem suitsiide suureskordaja Ida-Viru, Viljandi ja Põlva maakonnas. Ühtegi enesetappu ei registreeritud Hiiumaa naistel üle kogu vaatlusperioodi ja Saaremaa naistel aastatel 2009–2013. Statistiliselt oluline suitsiidide kahanemistrend oli Lääne, Harju ja Valga maakonnas, kasv aga Pärnu, Järva ning Saare maakonnas.

7. Enesetappude riskirühmad

7.1. Enesetappude riskirühmad 2006–2016

Antud alapeatükis võrreldakse suitsiidi tõttu hukkunud isikute registripõhiseid taustaandmeid haiguste tõttu surnud isikute andmetega ja selgitatakse enesetapu võimalikke riskitegureid.

Sobitustunnuste⁷³ mõju tulemile ei ole võimalik hinnata, seega analüüsis puudub võimalus kirjeldada soo, vanuse, regiooni või surma aasta riski enesetapu teostamisele võrreldes haiguste tõttu surnud isikutega. Samas Eesti enesetappude kirjeldamisel (peatükk 6) selgus, et esinevad olulised soolis-vanuselised erinevused enesetappude teostamises. Enam suitsiide sooritavad tööealised mehed, kuid suremuse vanuskordajad on suurimad 65-aastastel ja vanematel.

Detailsed tulemused – võimalike riskitegurite jaotused mõlemal rühmal ning logistilise regressiooni abil tehtud võrdluste tulemused asuvad aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „*Juhud vs Kontrollid*“. Tulemused on esitatud sageduste, protsentide ning šansside suhete ja 95% usaldusvahemike abil.

Analüüsid on tehtud eraldi kolmes rühmas: mehed (vanuses 20 ja rohkem), naised (vanuses 20 ja rohkem) ning lapsed ja noorukid (vanuses kuni 19 eluaastat, kaasa arvatud).

Surma põhjuste register – Tervise Arengu Instituut

Suitsiidi sooritanud meeste (vanuses ≥ 20) hulgas oli rohkem eestlasi (OR = 1,76; 95%CI 1,53–2,00), maa-asulate elanikke (OR = 1,67; 95%CI 1,45–1,91) ja rohkem kooselus (OR = 1,39; 95%CI 1,15–1,67), lahutatuid (OR = 1,37; 95%CI 1,12–1,69) või leskesid (OR = 1,62; 95%CI 1,19–2,20) kui vallalisi isikuid võrreldes kontrollrühmaga. Suitsiidi sooritanud naiste (vanuses ≥ 20) hulgas oli rohkem muust rahvusest isikuid (OR = 1,29; 95%CI 1,00–1,66) kui eestlasi ning rohkem leskesid (OR = 1,75; 95%CI 1,06–2,90) kui vallalisi isikuid võrreldes kontrollrühmaga.

Kuna hariduse tunnused olid kirja pandud omaste ütluste põhjal ja suhteliselt halvasti⁷⁴ täidetud, siis need ei ole siin analüüsis kasutamiseks sobilikud.

Laste ja noorukite seas (kuni 19-aastased) olulisi erinevusi juhtude ja kontrollide vahel surma põhjuste registris registreeritud näitajatega ei olnud.

Ravikindlustuse andmekogu – Eesti Haigekassa

Surnud kontrollidega võrreldes oli enamuse⁷⁵ krooniliste haiguste olemasolu viimasel eluaastal nõ „kaitseteguriks“ suitsiidi osas, mis on ootuspärane, sest kontrollrühma isikud suridki erinevate haiguste tõttu. Erisuseks on rasked kuulmis- ja nägemishäired⁷⁶ – nii suitsiidi sooritanud meestel kui naistel esines nägemis- ja/või kuulmisnõrkust aasta jooksul enne surma rohkem (OR vastavalt 1,30 (95%CI

⁷³ Sobitustunnused on tunnused, mille alusel uuringurühmale on leitud võrdlusrühm. Tavaliselt valitakse selleks näitajad, mis on juba eelteadmiste põhjal seotud uuritava tulemiga. Antud juhul on igale suitsiidi sooritanud isikule leitud samast soost, ligilähedase vanuse, surmaaja ja elupiirkonnaga haiguspõhjusel surnud isik.

⁷⁴ Üldharidus oli täidetud 92%-l ja eriharidus oli täidetud vaid 30%-l isikutest, esines vastuolusid üldharidusega (näiteks üldhariduseks oli märgitud põhiharidus, erihariduseks kõrgem haridus jne)

⁷⁵ Välja arvatud tõsised kuulmis-nägemishäired, kroonilised valud ja psüühika- ja käitumishäired

⁷⁶ RHK-10 diagnoosikoodid H53–H54 (nägemishäired ja pimedus), H25 (kae), H90–H91 (kuulmisnõrkus)

0,98–1,71) ja 2,0 (95%CI 1,3–3,08)) võrreldes kontrollrühmaga. Suitsiidi sooritanud naiste hulgas leiti rohkem kroonilist valu⁷⁷ (OR = 1,73; 95%CI 1,26–2,38) kui haiguse tõttu surnud naistel.

Suitsiidi sooritanud isikute seas (nii meestel kui naistel) esines kontrollrühmaga võrreldes viimasel eluaastal rohkem psüühika- ja käitumishäireid⁷⁸. Seejuures meestel oli rohkem meeleoluhäireid⁷⁹ (OR = 3,69; 95%CI 2,56–5,34), skisofreeniat⁸⁰ (OR = 2,96; 95%CI 1,84–4,74) ja ärevushäireid⁸¹ (OR = 2,59; 95%CI 1,66–4,04), naistel isiksusehäireid⁸² (OR = 8,0; 95%CI 1,0–63,93), ärevushäireid⁸³ (OR = 7,25; 95%CI 3,46–15,18), skisofreeniat⁸⁴ (OR = 7,14; 95%CI 3,24–15,75) ja meeleoluhäireid⁸⁵ (OR = 5,65; 95%CI 3,37–9,46) võrreldes samast soost kontrollrühmaga. Samuti oli suitsiidi sooritanud laste ja noorukite hulgas rohkem meeleoluhäireid⁸⁶, kuid väikese laste ja noorukite hulga tõttu ei ole tegemist statistiliselt olulise seosega (OR = 6,00; 95%CI 0,72–49,84). Samuti oli suitsiidi sooritanud meestel ja naistel viimasel eluaastal oluliselt rohkem erinevaid psühhiaatrikontakte (visiidid, haiglaravi, jne) võrreldes kontrollrühmaga. Ka suitsiidi sooritanud lastel ja noorukitel olid viimasel eluaastal rohkem (väikese rühma tõttu statistiliselt mitteoluline) kontakte psühhiaatriga kui kontrollrühma lastel ja noorukitel.

Suitsiidi sooritanud mehed ja naised tarvitasid viimasel eluaastal rohkem depressiooni ja ärevuse vastaseid ravimeid kui muude haiguste tagajärjel surnud isikud. Olulised erinevused olid just bensodiasepiinide⁸⁷, antidepressantide⁸⁸ ja tsentraalse toimega sümpatikomimeetikumide⁸⁹ suuremas tarvitamises nii suitsiidi sooritanud meeste kui ka naiste hulgas võrreldes kontrollrühmaga (OR meestel ja naistel vastavalt: 1,29 (95%CI 1,04–1,6) ja 3,06 (95%CI 2,04–4,6) bensodiasepiinidel ning 2,45 (95%CI 1,98–3,03) ja 6,12 (95%CI 4,04–9,29) antidepressantidel. Tulemus on kooskõlas nähtud suurema arvu psüühika- ja käitumishäirete diagnooside ja psühhiaatri visiitidega.

Eraldi tähelepanu väärib EMOsse pöördumine. Viimasel eluaastal (v.a surmapäeval) on EMOsse pöördunud 331 isikut (74 naist ja 257 meest) kokku 570 korral (mida on küll oluliselt vähem kui haiguspõhjustel surnud kontrollrühmal). Suitsiidi sooritanute EMO arvetel oli kokku 1043 diagnoosi–kontrollrühmaga võrreldes oli neil oluliselt rohkem vigastuste ja mürgistuste diagnoose (28% vs. 11%), psüühika- ja käitumishäireid (7% vs. 5%), lihasluukonna ja sidekoe haigusi (6% vs. 3%) ning silma- ja kõrvaprobleeme (2% vs. 0,5%).

Vigastuste ja mürgistuste diagnoose oli pooltel EMOsse pöördunudatel – 170 isikul 241 erineva EMOsse pöördumise korral (kontrollgrupis 97 isikul), neist 127 isikul on üks vigastuste ja mürgistuste diagnoosiga arve ning 48 isikul kaks või enam arvet. Vigastuste ja mürgistuste diagnoosidest tõusevad esile rohkem põlve- ja säärevigastused ning kann- ja jalavigastused, mürgistused narkootiliste aine-

⁷⁷ vähemalt 2 sama diagnoosikoodi järgnevat loetelust: M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (pöiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (kõhu- ja vaagnapiirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd)

⁷⁸ RHK-10 diagnoosikoodid F00–F99

⁷⁹ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

⁸⁰ RHK-10 diagnoosikoodid F20–F29

⁸¹ RHK-10 diagnoosikoodid F40–F49

⁸² RHK-10 diagnoosikoodid F60–F69

⁸³ RHK-10 diagnoosikoodid F40–F49

⁸⁴ RHK-10 diagnoosikoodid F20–F29

⁸⁵ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

⁸⁶ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

⁸⁷ ATC kood N05BA

⁸⁸ ATC kood N06A

⁸⁹ ATC kood N06BA

tega ning lämbumine. 28 isikul on olnud aasta jooksul nii vigastuse ja mürgistustega kui ka psüühika- ja käitumishäiretega EMOSse pöördumisi. Ühelgi vigastuse või mürgistusega EMO arvetest ei ole kaasavana tahtliku enesekahjustustamise diagnoosikoodi. Selle põhjal võib järeldada, et suitsiidi sooritanute varasemad suitsiidikatsed on alaregistreeritud.

Psüühika- ja käitumishäiretega on viimasel eluaasta EMOSse pöördunud 54 suitsiidi sooritanud isikut, esile tõusevad meeleoluhäired⁹⁰ ja neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired⁹¹.

Riiklik kinnipeetavate, karistusjärgselt kinnipeetavate, arestialuste ja vahistatute register; Karistusregister; E-toimik; Äriregister – Justiitsministeeriumi andmekogud

Justiitsministeeriumi andmekogud võimaldasid saada lisainfot, kas isik oli viimase aasta jooksul kriminaalhooldusalune, sooritanud kriminaalkuriteo, viibinud eeluurimise all või vanglas. Vähemalt ühe episoodi olemasolu loetelust esines oluliselt rohkem suitsiidi sooritanud meestel (OR = 1,21; 95%CI 1,02–1,43) ning lastel ja noorukitel (OR = 3,80; 95%CI 1,42–10,18) võrreldes vastava kontrollrühmaga. Eraldi vaadatuna oli suitsiidiga oluliselt seotud kuriteo kahtlusega uurimise all viibimine nii meestel (OR = 2,17; 95%CI 1,68–2,81), naistel (OR = 4,33; 95%CI 1,23–15,21) kui ka lastel ja noorukitel (OR = 6,0; 95%CI 1,77–20,37). Suitsiidi sooritanud meeste hulgas oli oluliselt rohkem kriminaalkuriteo sooritanuid (OR = 1,98; 95%CI 1,40–2,79) kui muudel haiguspõhjustel surnute seas.

Pankrotiga ja võlgadega seotud tunnused ei olnud juhtudel ja kontrollidel oluliselt erinevad.

Maksukohuslaste register – Maksu- ja Tolliamet

Vähemalt ühel kuul Maksu- ja Tolliametis registreeritud tulu olid viimasel eluaastal sagedamini saanud suitsiidi sooritanud isikud kui haiguspõhjustel surnud, sarnane seos leidis nii meestel (OR = 2,18; 95%CI 1,88–2,53), naistel (OR = 1,72; 95%CI 1,23–2,41) kui ka lastel ja noorukitel (OR = 2,0; 95%CI 0,97–4,12). Sarnased seosed leiti ka suurema ja püsivama tulu saamisega. Selliste tulemuse põhjuseks võib olla, et haigustesse surnud isikute hulgas oli ligi 50% rohkem pensionitulu saajaid kui suitsiidi sooritanute hulgas. Suitsiidi sooritanud laste ja noorukite hulgas Maksu- ja Tolliametis registreeritud tulu saamine võib viidata sellele, et suitsiidi sooritanud lapsed ja noorukid pidid varem iseseisvuma (tööle asuma).

Sotsiaalkaitse infosüsteem – Sotsiaalkindlustusamet; Töötuna ja tööotsijana arvel olevate isikute ning tööturuteenuste osutamise register ja Töötuskindlustuse andmekogu – Töötukassa; Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR) – Sotsiaalministeerium

Suitsiidi sooritanute hulgas oli viimasel eluaastal sagedamini registreeritud vähemalt üks töötuse näitajatest (töötus, töötuskindlustushüvitis, töötukassa psühholoogiline nõustamine) võrreldes haigustesse surnutega nii meeste (OR = 1,35; 95%CI 1,11–1,65), naiste (OR = 1,65; 95%CI 1,02–2,69) kui ka laste ja noorukite (OR = 4,0; 95%CI 0,85–18,84, statistiliselt mitteoluline) seas.

Suitsiidi sooritanud laste ja noorukite ning meeste hulgas oli viimasel eluaastal rohkem toitjakaotuspensionit saajad (OR vastavalt 2,67 (95%CI 1,04–6,81) ja 10 (95%CI 1,28–78,12)) kui vastavas kontrollrühmas.

Erinevad ametlikult määratud kehtiva puude raskusastmega ja püsiva töövõimetusega seotud toetused ja teenused (puudega kaasnevad toetused, rehabilitatsiooniteenus, abivajaduse hindamine jne)

⁹⁰ RHK-10 diagnoosikoodid F30–F39

⁹¹ RHK-10 diagnoosikoodid F40–F49

olid seotud oluliselt väiksema suitsiidivõimalusega, mis on kooskõlas ka võrdlusrühma valikuga (haiguste tõttu surnud isikud).

Kehvale majanduslikule hakkamasaamisele viitavad näitajad (toimetulekutoetus, ühekordne ja vajaduspõhine peretoetus, matusetoetus, hooldajaks olemine) esinesid viimasel eluaastal rohkem suitsiidi rühmas, seosed on statistiliselt mitteolulised.

Kaitseväekohuslaste register – Kaitseministeerium

Viimase eluaasta jooksul tegevteenistuses viibinuid on suitsiidi sooritanud meeste hulgas 10 korda rohkem kui kontrollrühmas, tegemist on statistiliselt olulise seosega (OR = 10; 95%CI 1,28– 78,12), kuid kuna absoluutarvuliselt oli tegevteenistuses olnud vähe (10 vs. 1), siis tulemuse täpsus jätab soovida. Arvatavasti on tulemus selgitatav nõ „terve töölise“ efektiga – tegevteenistuses on terved mehed ehk haigete hulgas ei ole tegevteenistujaid. Ajateenistuse ja asendusteenistusega seoseid ei leitud.

Infosüsteem POLIS – Politsei- ja Piirivalveamet

Uuritavate hulgas ei ole viimasel eluaastal registreeritud ühtegi vägistamise ohvriks olemise juhtumit. Politsei- ja Piirivalveameti poolt registreeritud vägivalda juhtumite ohvriks olemiste arv ei ole oluliselt erinev suitsiidi- ja kontrollrühmas ei meestel, naistel ega lastel ja noorukitel.

Kohandatud mudelid

Kõiki siin alapeatükis eelnevalt kirjeldatud oluliseks osutunud riskitegureid kasutati suitsiidi riskitegurite kohandatud hinnangute leidmiseks.

Suitsiidi sooritanud **meeste** hulgas oli rohkem eestlasi (OR = 1,4; 95%CI 1,2–1,8) ja maapiirkonna elanikke (OR = 1,4; 95%CI 1,1–1,7) kui haigustesse surnud isikute kontrollrühmas. Võrreldes kontrollrühmaga oli suitsiidi sooritanute hulgas rohkem töövõimelisi isikuid (mis on kooskõlas kontrollrühma valikuga, kus on omakorda rohkem puudega ja püsiva töövõimetusega isikuid) – nimelt saadi viimasel eluaastal sagedamini maksustatavat tulu (OR = 1,7; 95%CI 1,4–2,1). Samas said suitsiidi sooritanud oluliselt sagedamini ka töötutoetust (OR = 1,93; 95%CI 1,1–3,3), mis näitab et enesetapu sooritanute seas oli viimasel eluaastal rohkem töötuid võrreldes muudel põhjustel surnutega. Suitsiidi sooritanud meeste hulgas oli rohkem seotust kriminaalkuriteo või -kahtlusega (OR = 1,3; 95%CI 1,0–1,7; vangla, kriminaalhoolduse või -uurimise näol) võrreldes muudel põhjustel surnud isikutega. Suitsiidi sooritanud meeste hulgas oli rohkem kuulmis-nägemishäiretega (OR = 1,8; 95%CI 1,2–2,5) ja krooniliste valudega (OR = 1,6; 95%CI 1,2–2,1) isikuid kui kontrollrühmas. Suitsiidi sooritanud meeste hulgas oli oluliselt rohkem vaimse tervise probleemidega seotud näitajaid – enam esines skisofreeniat või meeleoluhäireid (OR = 3,4; 95%CI 2,2–5,3), suurem tõenäosus oli tarvitada bensodiasepiine (OR = 1,4; 95%CI 1,0–1,9) ja antidepressante (OR = 2,6; 95%CI 1,8–3,5), käia psühhiaatri vastuvõtul (OR = 1,7; 95%CI 1,2–2,4)..

Suitsiidi sooritanud **naiste** hulgas esines surmaeelse 12 kuu jooksul rohkem taju ja vaimse tervise probleemidega seotud näitajaid – rohkem oli kuulmis-nägemishäireid (OR = 2,1; 95%CI 1,1–3,9), skisofreeniat, meeleoluhäireid või depressiooni (OR = 2,7; 95%CI 1,4–5,3). Rohkem oli ka eriarsti (v.a psühhiaatria; OR = 2,1; 95%CI 1,3–3,4) ja psühhiaatri vastuvõtul käinuid (OR = 2,8; 95%CI 1,4–5,8), stat-

sionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibinuid (OR = 6,1; 95%CI 2,2–16,9) ning antidepressante tarvitanuid (OR = 2,8; 95%CI 1,5–5,1) võrreldes muudel põhjustel surnud naistega.

Laste ja noorukite (kuni 19-aastased) puhul ei õnnestunud kohandatud mudeleid leida rühma väiksuse tõttu. Nende puhul teeme järelused kohandamata tulemuste põhjal: kõrgem suitsiidirisk seostub viimasel eluaastal maksustatava tulu (OR = 2,0; 95%CI 0,97–4,12) ja toitjakaotuspensioni saamisega (OR = 2,67; 95%CI 1,04–6,81), kriminaalkuriteo kahtlusega (OR = 6,0; 95%CI 1,77–20,37) ning meeleoluhäirete diagnooside esinemisega (OR = 6,00; 95%CI 0,72–49,84).

Täpsemad tulemused on aruande lisaks olevas Exceli failis lehtedel „Kohandatud, mehed“ ja „Kohandatud, naised“.

7.2. Enesetappude riskirühmad 2014–2016, võrdlus Eesti Tervisekäitumise uuringuga

Kuna haigustesse surnud kontrollidel on omad kitsendused (nende hulgas on rohkem puudega isikuid, töövõimetuspensionäre, krooniliste haigustega isikuid) võrreldes suitsiidi sooritanutega, siis siin alapeatükis on suitsiidi sooritanud isikutele võrdlusrühmaks valitud elus isikud Eesti Tervisekäitumise uuringust (TKU). Kuna TKU hõlmab 16–64-aastaseid isikuid ja on kättesaadav piiratud aastatel, siis käesolevasse analüüsisiosasse on kaasatud ainult 16–64-aastased suitsiidi sooritanud isikud aastatest 2014–2016. Kontrollid on valitud TKU 2014 ja 2016 andmest vastavalt juhtudele sagedus-sobitamise teel soo ja vanuse põhjal. TKUst oli võimalik saada registriandmetega osaliselt⁹² või täielikult võrreldavaid andmeid vastajate elukoha, rahvuse, perekonnaseisu, töövõimetus, töötuse, pere- ja eriarsti (sisaldab psühhiaatrit) kontaktide arvu, statsionaarse- ja päevaravi päevade arvu (sisaldavad ka psühhiaatrit), varasema enesekahjustuse, ravikindlustuse olemasolu, teatavate krooniliste haiguste ja valu esinemise ning antidepressantide ja rahustite kasutamise kohta (vt Lisa 4).

Detailsed tulemused – võimalike riskitegurite jaotused mõlemal rühmal ning logistilise regressiooni abil tehtud võrdluste tulemused asuvad aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „Suitsiid vs TKU“. Tulemused on esitatud sageduste, protsentide ning šansside suhete ja 95% usaldusvahemike abil.

Analüüsid on tehtud eraldi meestele ja naistele.

Suitsiidi sooritanud meeste ja naiste hulgas on rohkem vallalisi (M: OR = 6,4; 95%CI 4,7–8,7 ja N: OR = 4,9; 95%CI 2,4–10,4) ja lahutatud (M: OR = 6,3; 95%CI 4,3–9,2 ja N: OR = 3,2; 95%CI 1,5–6,5), meeste hulgas ka leskesid (OR = 9,9; 95%CI 4,7–21,1) kui kooselus (nii abielus kui ka vabaabielus) võrreldes TKUs osalejatega. Siin on erinev tulemus võrreldes surnud kontrollidega, kus vallalised olid meestel pigem kaitsetegur, naistel olid erinevused ebaolulised. Põhjuseks on ilmselt surma põhjuste registris märgitud ütluspõhine pereseis, mis ei pruugi kajastada isiku tegelikku kooselu. Suitsiidi sooritanud naiste hulgas on rohkem muust rahvusest isikuid kui eestlasi (OR = 1,72; 95%CI 1,00–2,97).

Enesetapu sooritanud naiste hulgas on rohkem töövõimetuid võrreldes TKU kontrollidega (OR = 2,1; 95%CI 1,1–4,2). Tulemus on erinev võrreldes haiguspõhjustel surnud kontrollidega (kus tulemus oli ootuspärane seoses kontrollrühma kehvema terviseseisundiga) ja samas viitab antud tulemus siiski

⁹² TKUs on küsitud valu esinemist viimase 30 päeva jooksul ja ravimite kasutamist viimase 7 päeva jooksul, registriandmed olid viimase 12 elukuu kohta

töövõimetusle (ja halvemale tervises seisundile) kui enesetapu riskitegurile, see ühtib ka teaduskirjaduse andmetega.

Nii enesetapu sooritanud meeste kui naiste hulgas on töötute osakaal suurem (M: OR = 2,5; 95%CI 1,8–3,4 ja N: OR = 4,7; 95%CI 2,7–13,0) võrreldes kontrollrühmaga. Tulemused ühtivad surnud kontrollidega tehtud analüüsi tulemustega.

Suitsiidi sooritanud meeste ja naiste hulgas on vähem diabeediga (M: OR = 0,3; 95%CI 0,2–0,6; N: OR = 0,3; 95%CI 0,03–1,9), rasvunud (M: OR = 0,02; 95%CI 0–0,2; N: OR = 0,1; 95%CI 0,0–0,9) ja valudega (M: OR = 0,05; 95%CI 0,03–0,06; N: OR = 0,04; 95%CI 0,02–0,08) inimesi kui kontrollrühmas. Valude esinemise osas on tulemused erinevad võrdluses surnud ja elus kontrollidega – samas ka uuringu metoodika on erinev – esimesel juhul on meil valu definitsiooni aluseks diagnooside loetelu viimasel eluaastal, teisel juhul on uuritav vastanud subjektiivsele küsimusele valu olemasolu kohta viimase 30 päeva jooksul.

Suitsiidi sooritanud naiste hulgas on oluliselt sagedamini depressiooni (OR = 4,2; 95%CI 2,1–8,4) ning nii meeste kui ka naiste hulgas on rohkem bensodiaspiinide⁹³ tarvitajaid (OR vastavalt 3,3; 95%CI 2,4–4,6 ja 6,5; 95%CI 3,5–11,9). See tulemus on kooskõlas surnud kontrollidega võrdlusega.

Suitsiidi sooritanud meeste hulgas on perearstil käinud isikuid vähem (OR = 0,5; 95%CI 0,4–0,7), kuid samas perearsti ja eriarsti (sisaldab ka psühhiaatrit) visiitide arv on suurem (OR vastavalt 1,05; 95%CI 1,02–1,07 ja 1,08; 95%CI 1,05–1,11) kui kontrollrühma meestel. Ka suitsiidi sooritanud naiste hulgas on pere- ja eriarsti visiitide arv suurem (OR vastavalt 1,09; 95%CI 1,04–1,15 ja 1,13; 95%CI 1,07–1,18) kui kontrollrühma naiste hulgas, samas eriarsti juures käinute osakaalus ei ole erinevust kahe rühma vahel. Haiglaravil viibinuid (sisaldab psühhiaatriat) ja EMOs käinuid on rohkem nii suitsiidiga meeste (OR vastavalt 3,56; 95%CI 2,72–4,67 ja 2,6; 95%CI 2,0–3,3) kui naiste hulgas (OR vastavalt 3,8; 95%CI 2,1–6,6 ja 8,67; 95%CI 4,81–15,64) võrreldes elus kontrollidega. Tulemused viitavad sellele, et suitsiidi sooritanud mehed pöörduvad arsti poole harvemini, kuid need kes arsti poole pöörduvad, teevad oluliselt rohkem visiite kui tavainimesed. Pere- ja eriarsti kontakti olemasolu osas naistel olid sarnased tulemused surnud kontrollidega – suitsiidi sooritanutel on harvem kontakt eri- või perearstiga.

Kohandatud mudelid

Tulemused on sarnased kohandamata mudelitele.

Suitsiidi sooritanud meeste hulgas on rohkem vallalisi (OR=4,12; 95%CI 2,42–7,02), lahutatuid (OR=6,15; 95%CI 3,06–12,4), leskesid (OR=27,69; 95%CI 4,28–178), töötuid (OR=1,58; 95%CI 0,82–3,07). Suitsiidi sooritanute seas oli oluliselt vähem töövõimetusid, liigesehaigustega, diabeediga, rasvunud ja krooniliste valudega mehi. Võrreldes TKU vastajatega on rohkem neid, kes käisid EMOs (OR=4,09; 95%CI 2,36–7,08), viibisid haiglaravil (sisaldab ka päevaravi ning psühhiaatriat, OR=3,15; 95%CI 1,75–5,65) ja kasutasid bensodiasepiini (OR=3,03; 95%CI 1,39–6,61).

Suitsiidi sooritanud naiste hulgas oli rohkem vallalisi (OR=4,29; 95%CI 1,26–14,56) kui kooselus, töötuid (OR=10,64; 95%CI 2,75–41,2), EMOs (OR=2,81; 95%CI 0,89–8,86) ja haiglaravil (statsionaar või päevaravi, sisaldab ka psühhiaatriat, OR=8,07; 95%CI 2,52–25,83) viibinuid ning bensodiasepiini kasutajaid

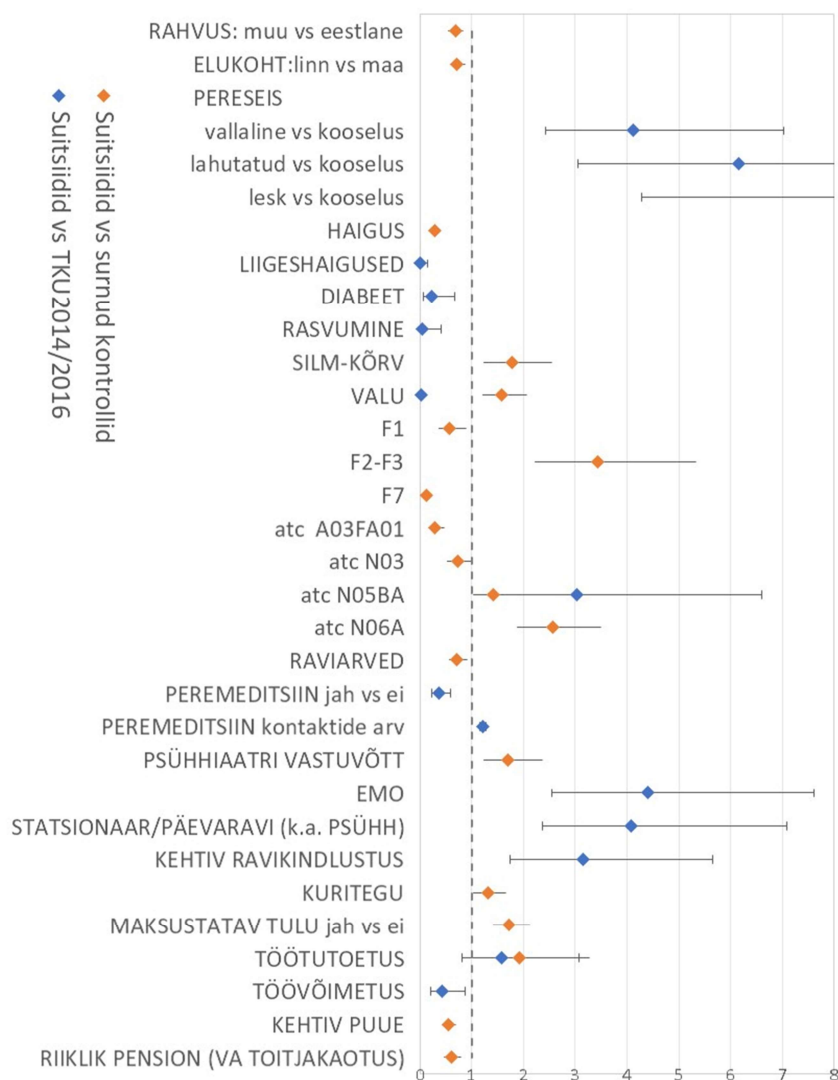
⁹³ ATC rühm N05BA

(OR=7,56; 95%CI 2,59–22,05) võrreldes TKU vastajatega. Suitsiidi sooritanute seas oli oluliselt vähem rasvunud ja krooniliste valudega naisi.

Täpsed jaotused, šansside suhted ja 95% usaldusvahemikud asuvad aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „Kohandatud, mehed“ ja „Kohandatud, naised“.

7.3. Enesetapu peamised riskirühmad 2014–2016 aastal

Enesetapu peamised riskirühmad nii meestel kui naistel 2014–2016 aastal on esitatud järgnevatel joonistel (Joonis 9, Joonis 10).



Joonis 9. Meeste esesetappude šansside suhted 2014–2016 aastal võrdluses muudel põhjustel surnutega ja TKU 2014/2016 andmetega

Oranži punktiga on tähistatud suitsiidi sooritanute võrdlused haiguste tõttu surnud kontrollidega, sinise punktiga on tähistatud võrdlused TKU-st saadud elus kontrollidega. Punkti kõrval olevad

„vurrud“ tähistavad 95% usaldusvahemikku – mida laiem on vahemik, seda ebatäpsema hinnanguga on tegemist. Väga täpse hinnangu puhul pole „vurrusid“ punkti kõrval peaaegu näha. Kui punkt ja „vurrud“ jäävad väärtusest 1 (tähistatud katkendliku joonega) paremale, siis on antud näitaja suitsiidi riskiteguriks – ehk suitsiidi sooritanud patsientidel esineb näitajat oluliselt rohkem kui võrdlusrühmas. Kui punkt ja „vurrud“ jäävad väärtusest 1 vasakule, siis esineb vastavat näitajat rohkem võrdlusrühmas ja antud tegur on suitsiidile nõ „kaitseteguriks“.

Suitsiidi sooritanud 16–64-aastaste **meeste** (Joonis 9) hulgas on rohkem eestlasi; maapiirkonna elanikke (võrdluses surnud kontrollidega) ja töötuid (sama seos nii võrdluses elus kui surnud kontrollidega) ning neid, kes on viimase aasta jooksul olnud vanglas või seotud mõne kriminaalkuriteoga. Võrreldes elus kontrollidega on suitsiidi sooritanud mehed rohkem üksikud (vallalised, lahutatud või lesed).

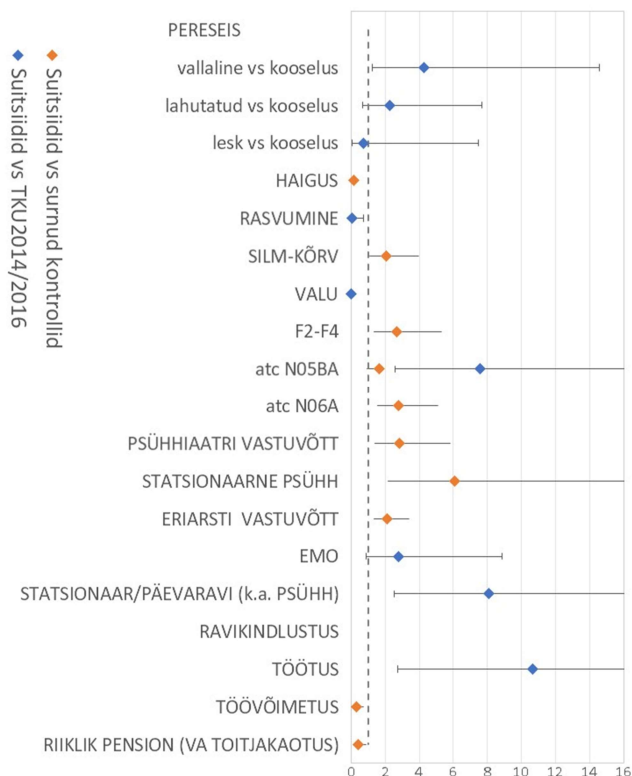
Suitsiidi sooritanud meestel oli vähem raskeid haigusi – ühest küljest on see kooskõlas uuringumetoodikaga (haiguste tõttu surnud kontrollid), teisalt tuli sarnane tulemus välja ka võrdluses elus kontrollidega, kus elus kontrollidel oli rohkem kergemaid liigesehaigusi, diabeeti, rasvumist.

Tulemused kroonilise valu esinemise osas suitsiidi teinutel erinevad võrdluses erinevate kontrollrühmadega – suitsiidi sooritanute hulgas oli viimasel eluaastal rohkem valuga seotud diagnoose võrreldes surnud kontrollidega, kuid võrdluses elus kontrollidega selgub, et elus kontrollrühm raporteeris valu olemasolu rohkem. Erinevused tulevad erinevustest valu hindamise metoodikas – arsti poolt vähemalt kahel korral valuga seotud diagnoosi panemine viimasel eluaastal vs. küsitlusuuringus vastanu enesehinnang valu esinemise kohta viimase 30 päeva jooksul. Arvatavasti raporteeriti TKUs ka kergemaid ja lühiajalisemaid valusid, mille tõttu tavaliselt arsti poole ei pöördata. Seetõttu võib haigekassa andmetele tuginedes tugeva kroonilise valu olemasolu siiski suitsiidiriskiks lugeda.

Samuti esineb suitsiidi sooritanud meestel rohkem kuulmis-nägemishäired⁹⁴ kui muudel põhjustel surnud isikutel.

Suitsiidi sooritanud meeste hulgas on rohkem arsti juures mitte käinuid võrreldes elus kontrollidega (küsi perearsti juures käimist) ja ka muudel põhjustel surnud kontrollidega (kontakt meditsiinisüsteemiga). Samas on EMOs käijaid ja statsionaarsel ravil (sisaldab ka psühhiaatriat) viibinuid rohkem suitsiidi sooritanute seas kui elus kontrollide võrdlusrühmas. Suitsiidiriski kasv on meestel seotud ka vaimse tervise häirete esinemisega, mida kajastab rohkem skisofreenia või meeleoluhäirete diagnoose viimasel eluaastal ja rohkem bensodiasepiinide või antidepressantide tarvitamist; samuti pöördusid nad rohkem psühhiaatri vastuvõtule võrreldes surnud kontrollidega. Tulemus on kooskõlas elus TKU kontrollidega tehtud võrdlusega, kus samuti suitsiidi sooritanud tarvitasid rohkem bensodiasepiine.

⁹⁴ RHK-10 diagnoosikoodid H53–H54 (nägemishäired ja pimedus), H25 (kae), H90–H91 (kuulmisõrkus)



Joonis 10. Naiste esesetappude šansside suhted 2014–2016 aastal võrdluses muudel põhjustel surnutega ja TKU 2014/2016 andmetega

Suitsiidi sooritanud 16–64-aastaste **naiste** (Joonis 10) hulgas on rohkem vallalisi, töövõimetuid ja töötuid ning muust rahvusest isikuid võrreldes elus kontrollidega.

Suitsiidi sooritanutel esines viimasel eluaastal rohkem kuulmis-nägemishäireid. Tulemused kroonilise valu osas on sarnased meeste tulemustele – võrdluses surnud kontrollidega on suitsiidi sooritanute hulgas viimasel eluaastal rohkem valuga seotud diagnoose, samas elus kontrollid on valu olemasolu raporteerinud suitsiidi teinutest rohkem. Suitsiidi sooritanud naiste hulgas oli oluliselt vähem rasvunud võrdluses TKU kontrollidega.

Suitsiidi sooritanud naiste hulgas on rohkem neid, kes käivad eriarsti vastuvõtul (võrreldes haigustesse surnud kontrollrühmaga), EMOs või viibivad statsionaarsel⁹⁵ või päevaravil (võrreldes TKUst saadud elus kontrollrühmaga).

Suurem suitsiidirisk on seotud vaimse tervise häirete (nagu skisofreenia, meeleoluhäired või depressioon) esinemisega viimasel eluaastal. Seda seost toetab ka suitsiidi sooritanute hulgas suurem antidepressantide tarvitamine, psühhiaatri vastuvõtul käimine, psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil viibimine võrreldes surnud kontrollidega ja suurem bensodiasepiinide kasutamine võrreldes elus kontrollrühmaga.

⁹⁵ Sisaldab ka psühhiaatriat

7.4. Kokkuvõte

Meessoost enesetapu sooritanute⁹⁶ hulgas on rohkem eestlasi; maal elavaid; vallalisi, lahutatuid või leski; töötuid, töötutoetuse või maksutatava tulu saajaid; kuriteo või -kahtlusega seotud; kuulmis-nägemishäire, valude, skisofreenia või meeleoluhäire diagnoosiga; psühhiaatri vastuvõtul käijad, EMOs või statsionaarsel haiglaravil viibijaid, ja bensodiasepiinide või antidepressantide kasutajaid võrreldes kontrollrühmaga.

Naissoost enesetapu sooritanute hulgas on rohkem vallalisi; töötuid; kuulmis-nägemishäire, skisofreenia, meeleoluhäire või depressiooni diagnoosiga; eriarsti või psühhiaatri vastuvõtul käijaid, EMOs, statsionaarsel või päevaravil, ja statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibijaid, ning bensodiasepiinide või antidepressantide kasutajaid võrreldes kontrollrühmaga.

Suitsiidi sooritanud laste ja noorukite hulgas on rohkem tööl käivaid (said maksustatavat tulu mõnel kuul, sh kolm noorukit vanuses 18–19 aastat said sissetulekut kõigil 12 kuul), toitjakaotuspensionini saavaid või kuriteokahtlusega seotud isikuid võrreldes muudel põhjustel surnud lastega. Selline tulemus võib olla seotud asjaolust, et suitsiidi teinud laste ja noorukite hulgas on rohkem neid, kes on pidanud varem iseseisvuma. Suitsiidi sooritanud laste ja noorukite hulgas oli diagnoositud rohkem meeleoluhäireid kui kontrollrühmas.

⁹⁶ Tunnused ei ole järjestatud tähtsuse vaid tunnuserühmade kaupa – esmalt demograafia, seejärel muud tunnused, siis haigused, ravi ja ravimid

8. Enesetapu sooritanute võrdlus aastatel 2006–2013 vs. 2014–2016

Antud peatükis analüüsitakse suitsiidi läbi surnud isikute registripõhiseid andmeid kahe ajaperioodi võrdluses.

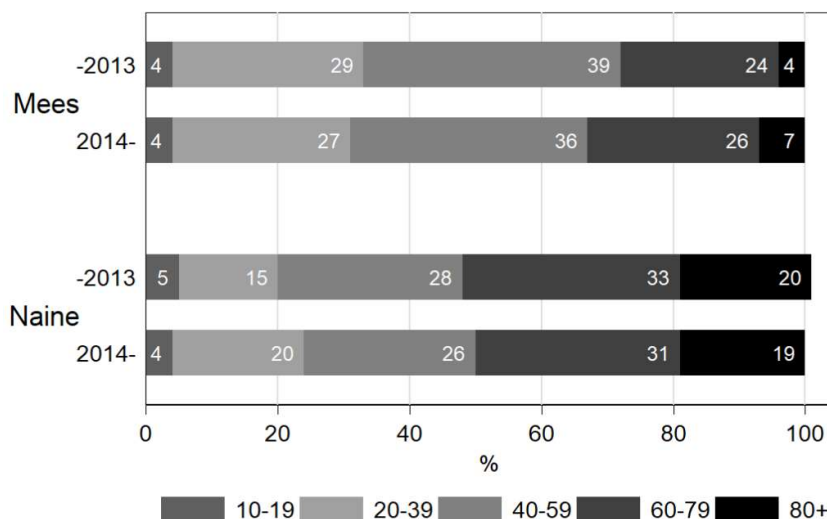
Eeldades, et enesetapu riskirühmad ja riskitegurid võivad ajas muutuda, siis ajalise muutuse täpsemaks kirjeldamiseks on uuritav periood jagatud kaheks. Kokku on võetud varasemad aastad 2006–2013 ja hilisemad aastad 2014–2016. Tunnuste jaotused on esitatud absoluutarvudena ja suhteliste sagedusena. Hilisema perioodi võrdlused varasema perioodiga on tehtud logistilise regressiooni abil, tulemused on esitatud šansside suhte ja 95% usaldusintervallide abil. Arvesse on võetud ka antud ajaperioodil oluliselt muutunud statistilisi taustaandmeid (ravimikasutus, töötuse määr). Nii jaotused, kui ka võrdlused asuvad aruande lisaks olevas Exceli failis lehel „2014- vs -2013“.

Analüüsid on tehtud eraldi kolmes rühmas: mehed (vanuses 20 ja rohkem), naised (vanuses 20 ja rohkem) ning lapsed ja noorukid (vanuses kuni 19 eluaastat, kaasa arvatud).

Siin peatükis esitatud tulemused ei muuda peatükkides 6 ja 7 kirjeldatud suitsiidi riskitegureid, küll aga aitavad selgitada, millised riskitegurid on muutunud ajas rohkem või vähem tähtsaks.

Surma põhjuste register – Tervise Arengu Instituut

Enesetapu sooritanud meeste ja naiste vanuserühmade jaotused aastatel 2006–2013 vs. 2014–2016 on esitatud järgnevatel joonistel (Joonis 11). Naiste hulgas on täheldatav kerge 20–39-aastaste ja meeste hulgas 60-aastaste ja vanemate osakaalu tõus, kuid need muutused ei ole statistiliselt olulised.



Joonis 11. Aastatel 2006–2013 ja 2014–2016 suitsiidi sooritanud meeste ja naiste vanuserühmade jaotus

Olulisi muutusi ajaperioodide vahel ei leitud vanuse, rahvuse, perekonnaseisu ega elukoha osas ei meestel, naistel ega lastel ja noorukitel.

Ravikindlustuse andmekogu – Eesti Haigekassa

Viimasel kolmel aastal (2014–2016) suitsiidi sooritanud meeste seas on raske haigusega (vt loetelu Lisas 3) isikute osakaal kasvanud 21%lt 31%-ni, tegemist on olulise muutusega (OR = 1,64; 95% CI 1,30–2,06). Eraldi haigusi vaadates oli oluline kasv sõltuvushäirete⁹⁷ (OR = 3,53; 95% CI 1,27–9,78), HIV/AIDS- i⁹⁸ (OR = 3,44; 95%CI 1,39–8,51), maksahaiguste⁹⁹ (OR = 2,2; 95% CI 1,1–4,3), kasvajate¹⁰⁰ (OR = 2,17; 95%CI 1,5–3,2), diabeedi¹⁰¹ (OR = 2,09; 95% CI 1,23–3,54), närvisüsteemihaiguste¹⁰² (OR = 1,5; 95% CI 1,1–2,0) ja valu¹⁰³ (OR = 1,5; 95% CI 1,1–1,9) diagnooside osas võrreldes varasematel aastatel enesetapu sooritanutega. Eestis avaldatakse statistikat esmahaigestumise ja surmapõhjuste kohta, kuid mitte haiguste levimuse kohta. Seega suitsiidi sooritanute haiguste esinemise muutuste hindamise juures ei saanud rahvastikus toimunud muutusi arvestada. Küll võib eeldada, et seoses meditsiini arenguga, teatud haigustesse (HIV, kasvajakad, meeleoluhäired, diabeet) haigestumise tõusuga ja rahvastiku vananemisega on haiguste levimus ajas suurenenud ning sellega seoses võib haiguste kui enesetappude riskitegurite roll ajas olla veidi väiksem kui siin leitud seosed. Enesetapu sooritanud naiste hulgas vähenes aastatel 2014–2016 raske nägemis- ja kuulmishäirega¹⁰⁴ isikute osakaal (OR = 0,39; 95%CI 0,18–0,84).

Ravimiameti statistika [15], [16], [17] põhjal on epilepsiaavastaste ainete (N03) ja antidepressantide (N06A) kasutamist intensiivsus Eesti rahvastikus perioodis 2006–2016 statistiliselt oluliselt kasvanud. Arvestades ravimite tarvitamise ajalise muutusega (tulemus on kohandatud iga-aastasele ravimikasutamise muutusele¹⁰⁵) on viimasel kolmel aastal suitsiidi sooritanud meeste ja naiste seas rohkem bensodiasepiinide¹⁰⁶ (M: OR = 3,28; 95% CI 2,36–4,57; N: OR = 4,84; 95% CI 2,91–8,0), metoklopramiidi¹⁰⁷ (M: OR = 2,21; 95% CI 1,09–4,43; N: OR = 2,88; 95% CI 1,13–7,35) tarvitajaid võrreldes varasematel aastatel (2006–2013) enesetapu sooritanutega. Naiste hulgas oli hilisemal perioodil suhteliselt vähem antidepressantide¹⁰⁸ tarvitajaid (OR = 0,44; 95% CI 0,21–0,92) kui esimesel perioodil ehk enesetapu sooritanud naiste hulgas ei ole kasvanud antidepressantide kasutamine sarnaselt rahvastikus toimunud muutusele.

Viimasel kolmel aastal suitsiidi sooritanud meestel oli rohkem arstikontakte (OR = 1,4; 95% CI 1,1–1,8) kui varasematel aastatel suitsiidi sooritanutel – eraldi toimus nii perearsti kontaktide, eriarsti visiitide, haiglaravijuhtude kui ka päevaravi päevade arvu kasv, mis on ilmselt seotud haiguste esinemise kasvuga ja suurenenud ravile pöördumisega. Võrdluseks: ametliku meditsiinistatistika¹⁰⁹ põhjal on üldiselt haiglapäevade keskmine arv jäänud üle aastate samaks, haiglaravil olnute arv on kahanenud, päevaravil olnute arv on kasvanud ja kasvanud on veidi ka päevaravi kestus. Keskmine perearsti kontaktide arv rahvastikus on hilisemas perioodis samaks jäänud või veidi vähenenud. Seega võib

⁹⁷ RHK-10 diagnoosikoodid F11–F19

⁹⁸ RHK-10 diagnoosikoodid B20–B24, Z21

⁹⁹ RHK-10 diagnoosikoodid K70–K77

¹⁰⁰ RHK-10 diagnoosikoodid C00–C99

¹⁰¹ RHK-10 diagnoosikoodid E10–E14

¹⁰² RHK-10 diagnoosikoodid G00–G99

¹⁰³ vähemalt 2 sama diagnoosikoodi järgnevat loetelust: M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (põiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (kõhu- ja vaagnapiirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd)

¹⁰⁴ RHK-10 diagnoosikoodid H25, H53, H54, H90, H91

¹⁰⁵ DDD arv 1000 elaniku kohta päevas

¹⁰⁶ ATC rühm N05BA

¹⁰⁷ ATC rühm A03FA01

¹⁰⁸ ATC rühm N06A

¹⁰⁹ Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>

arvata, et viimasel kolmel aastal on suitsiidi sooritanud meeste hulgas tõesti terviseprobleemide hulk kasvanud ja nad otsisid sagedamini arstiabi.

Naiste hulgas on hilisemal perioodil vähenenud nende naiste osakaal, kes on olnud kontaktis psühhiaatriga (OR = 0,66; 95% CI 0,42–1,02) ja eriarstiga (OR = 0,66; 95% CI 0,43–1,03). Tegemist ei ole statistiliselt oluliste erinevustega (p = 0,06), kuid on kooskõlas vähenenud antidepressantide tarvitajate hulgaga.

Viimasel kolmel aastal suitsiidi sooritanud lastel ja noorukitel oli vähem arstikontakte võrreldes varasematel aastatel suitsiidi sooritanud laste ja noorukitega (OR = 0,3; 95% CI 0,1–1,0).

Viimasel perioodil oli EMOSse pöördunud rohkem nii suitsiidi sooritanud meeste (OR = 10,7; 95% CI 7,9–14,5), naiste (OR = 13,3; 95% CI 7,4–23,7) kui laste ja noorukite (OR = 15,8; 95% CI 3,2–78,9) hulgas võrreldes varasemate aastatega. Samas on tulemus kooskõlas rahvastiku tasemel toimunud trendiga – aja jooksul on Eestis kasvanud EMOSse pöörduvate isikute arv.

Riiklik kinnipeetavate, karistusjärgselt kinnipeetavate, arestialuste ja vahistatute register; Karistusregister; E-toimik; Äriregister – Justiitsministeeriumi andmekogud

Suitsiidi sooritanud naiste hulgas kasvas kuriteoga seotud isikute osakaal võrreldes varasema perioodiga (OR = 3,3; 95% CI 1,8–8,5). Eraldi kasvas elu jooksul vanglas (OR = 6,4; 95% CI 1,2–35,4) ja kriminaalkuriteo kahtlusega uurimise all (OR = 4,0; 95% CI 1,1–15,2) viibinute osakaal.

Meeste ning laste ja noorukite hulgas ei leitud muutusi justiitsministeeriumi andmekogudest saadud näitajates.

Maksukohuslaste register – Maksu- ja Tolliamet

Kuna töötuse määrad [18] on uuringuperioodi jooksul väga palju muutunud (kasv alates 5,9%-st aastal 2006 kuni 16,7%-ni aastal 2010 ja seejärel kahanemine 6,8%-ni aastal 2016), siis töötamise ja töötuse ajalise muutuse kirjeldamise juures on arvesse võetud ka aastased töötuse määrad.

Meeste hulgas oli viimases perioodis oluliselt suurem nende isikute osakaal, kes said kõigil surmale eelnenud 12 kuul Maksu- ja Tolliametis kajastunud tulu (OR = 1,34; 95% CI 0,99–1,79) võrreldes varasema perioodiga ehk suurenes võimalus, et suitsiidi sooritanud isik käis tööl terve surmale eelneva aasta (sai maksustatavat tulu).

Naiste ning laste ja noorukite hulgas muutusi maksudega seotud riskitegurites ei leitud.

Sotsiaalkaitse infosüsteem – Sotsiaalkindlustusamet; Töötuna ja tööotsijana arvel olevate isikute ning tööturuteenuste osutamise register ja Töötuskindlustuse andmekogu – Töötukassa; Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR) – Sotsiaalministeerium

Viimasel kolmel aastal suitsiidi sooritanud meeste hulgas kasvas abivajaduse hindamisega seotud toetust saanute (OR = 6,03; 95% CI 3,26–11,16), täisealise hooldusel olevate isikute (OR = 3,87; 95% CI 1,52–9,87) ja pensionisaajate osakaal (OR = 1,37; 95% CI 1,2–1,7) võrreldes varasema perioodiga.

Nende osakaal, kelle leibkond sai toimetulekutoetust, kasvas viimasel kolmel aastal suitsiidi sooritanute seas võrreldes varasema perioodiga nii laste ja noorukite (OR = 9,13; 95% CI 1,72–48,41), naiste (OR = 3,80; 95% CI 1,25–11,53) kui meeste (OR = 2,21; 95% CI 1,32–3,69) hulgas.

Nii suitsiidi sooritanud meeste kui naiste seas oli hilisemal perioodil rohkem täiealise isiku hooldajaid võrreldes varasema perioodiga (M: OR = 5,70; 95% CI 2,10–15,49; N: OR = 4,76; 95% CI 0,79–28,86).

Pensionisaajate arv Eestis on aastatel 2006–2016 kasvanud 10% (380 423-lt 416 839-le) [104] seega on pensionäride osakaalu kasv suitsiidi sooritanute hulgas kooskõlas üldiste rahvastikum muutustega. Seevastu on aga sotsiaalministeeriumi poolt avaldatud statistika andmetel Eestis samadel aastatel märkimisväärselt vähenenud ülalmainitud toetusi ja teenuseid saanud isikute arv. Nii on toimetulekutoetust saanud leibkondade arv viimasel kolmel aastal (2014–2016) võrreldes varasema perioodi keskmisega (2006–2013) vähenenud 16% (absoluutarvudes 19 229-lt 2006. aastal 15 300-ni 2016. aastal, kasvades vahepeal 2011. aastal 24 332-ni), kusjuures on lastega leibkondade arv kahanenud 18% (6967-lt 4875-ni, kasvades vahepeal 2011. aastal 7542-ni) [105]. Täiealise hooldusel olevate isikute arv ja täiealiste isikute hooldajate arv on vähenenud aastatel 2006–2016 rohkem kui poole võrra (vastavalt 22 600-lt 10 012-ni ja 20 506-lt 9358-ni) [106]. Seega võib esitatud toimetulekutoetust saanute, täiealiste hooldusel olevate ja täiealise hooldajaks olevate osatähtsuse kasv suitsiidi sooritanute hulgas viimasel kolmel aastal olla alahinnatud.

Kaitseväekohuslaste register – Kaitseministeerium

Ajateenistuse ja tegevteenistusega seoseid suitsiidiriski muutuse kohta ei leitud.

Infosüsteem POLIS – Politsei- ja Piirivalveamet

Vägivalla ja vägistamisega seoseid ei leitud.

8.1. Kokkuvõte

Suitsiidi sooritanud **meeste** hulgas oli viimasel kolmel aastal (2014–2016) oluliselt suurenenud terve aasta töist tulu saanud isikute osakaal (14%-lt 17%-ni), mis on kooskõlas üldise tööhõive kasvuga. Töötuse osakaal suitsiidi sooritanute hulgas muutunud ei ole, seega ei ole töötus ainus oluline tööga seotud enesetapu riskitegur. Samas tõusis ka pensioni (43%-lt 51%-ni), toimetulekutoetust (3%-lt 5%-ni), abivajaduse hindamisega seotud toetust (1%-lt 6%-ni), täiealise isiku hooldust saavate (0,5%-lt 2%-ni) või täiealise isiku hooldajaks olevate (0,4%-lt 2%-ni) isikute osakaal võrreldes varasema perioodiga. Rahvastikus on samal ajal vastavaid toetusi saanud isikute osakaal vähenenud, seega on toimetulekuprobleemidega ja hoolduskoormusega meeste suitsiidirisk aja jooksul kasvanud.

Viimasel kolmel aastal (2014–2016) on enesetapu sooritanud meeste hulgas kasvanud raskete terviseprobleemidega meeste osakaal (21%-lt 31%ni) – rohkem on sõltuvushäireid, HIV/AIDS-i, maksahaigusi ja kasvajaid, diabeeti, närvisüsteemihäigusi ja valu, samas on ka üldrahvastikus kasvanud nimetatud haiguste levimus. Kooskõlas haiguste esinemise kasvuga suurenes ka ravile pöördumine (76%-lt 81%-ni) – eraldi kasvas nii perearstikontaktide, eriarsti visiitide, haiglaravijuhtude, kui ka päevaravi päevade arv (vaatamata sellele, et rahvastiku tasemel on arstivisiitide ja haiglaravijuhtude koguarv kahanenud). EMOSse pöörduvate meeste osakaal on suurenenud väga palju (5%-lt 36%ni) – EMOSse pöördumiste arv on ka rahvastiku tasemel vaatlusperioodil suurenenud, kuid mitte nii palju kui suitsiidi sooritanute hulgas. Seega võib järeldada et terviseprobleemidega meeste hulk on kasvanud ja nad otsisid rohkem arstiabi. Kasvas bensodiasepiine (9%-lt 21%-ni) ja metoklopramiidi (1,4%-lt 3%-ni) tarvitavate meeste osakaal.

Suitsiidi sooritanud **naiste** hulgas kasvas viimasel kolmel aastal (2014–2016) võrreldes varasema perioodiga kuriteoga seotud isikute osakaal (3%-lt 8%-ni), eraldi sagenes elu jooksul vanglas ja kriminaalkuriteo kahtlusega uurimise all viibinute osakaal. Hilisemal perioodil kasvas ka toimetulekutoetust saanud leibkondadesse kuuluvate (2%-lt 6%-ni) ja täisealise isiku hooldaks olevate (0,6%-lt 3%-ni) naiste osakaal.

Enesetapu sooritanud naiste hulgas vähenes aastatel 2014–2016 raske nägemis- ja kuulmishäirega isikute (16%-lt 7%-ni) ning ja psühhiaatriga (40%-lt 31%-ni) või eriarstiga (71%-lt 62%-ni) kontaktis olnud naiste osakaal. Vähem naisi tarvitas ka antidepressante (39%-lt 37%-ni), samas kasvas bensodiasepiine (20%-lt 48%-ni) ja metoklopramiidi (3%-lt 8%-ni) tarvitavate naiste osakaal ning sarnaselt meestega suurenes märkimisväärset EMOSse pöördunute osakaal (6%-lt 44%-ni).

Suitsiidi sooritanud **laste ja noorukite** hulgas kasvas viimasel kolmel aastal (2014–2016) võrreldes varasema perioodiga toimetulekutoetust saanud leibkondadesse kuulunute osakaal (3%-lt 21%-ni).

Viimasel kolmel aastal oli suitsiidi sooritanud laste ja noorukite hulgas kahanes tervishoiusüsteemiga kontaktis olnute osakaal (89%-lt 78%-ni), kuid sarnaselt täiskasvanutega kasvas EMOSse pöördunute osakaal (3%-lt 31%-ni).

9. Enesetapu sooritanute kirjeldus süvaintervjuude põhjal

Valimi kirjeldus

Intervjueerisime suitsiidi tõttu hukkunud isikute lähedasi. Intervjueeritud enesetapu sooritanute lähedastest enamus olid naised (27 naist ja 10 meest). Enamik intervjueeritavatest olid suitsiidi sooritanud inimese pereliikmed: 10-l juhul oli enesetapu läbi hukkunud isik intervjueeritava laps, kaheksal juhul abikaasa/elukaaslane, seitsmel juhul vend/õde, kahel juhul vanem ja ühel juhul vana-vanem. Intervjueeritavatest üheksa inimest nimetasid ennast suitsiidi tõttu hukkunu lähedaseks sõbraks.

Intervjueeritavad rääkisid 31-l korral suitsiidi sooritanud mehest ja kuuel korral naisest. Suitsiidi sooritanud isikud olid surma hetkel vanuses 16–82 eluaastat.

Esitame kvalitatiivse uuringu tulemused alateemadena: isiku eluviis; perekonnamuster; kooliharidus ja töö; vaba aeg; alkoholi ja narkootikumide tarvitamine; hiljutised lahkuminekud või lähedase kaotus; kokkupuude tagakiusamise ja vägivallega või seksuaalväheemusse kuulumine; majanduslikud raskused; tervislik seisund, erivajadus; varasemad enesetapumõtted ja enesetapukatsed; võimalik enesetapu ajend; lähedaste toimetulek suitsiidi järgselt.

Isiku eluviis

Intervjueeritavad kirjeldasid suitsiidi läbi hukkunute väga erinevaid eluviise – oli üksi elavaid, elukaaslase või abikaasaga koos elavaid, perega koos elavaid, vanemate juures elavaid isikuid. Suitsiidi sooritanud eakad elasid üksi. Mitmelgi juhul jäi intervjuudes kõlama elukohtade ja elukaaslaste vahetumine:

„Ta elas vanematele väga lähedal. Periooditi nende juures uuesti“ (suitsiidi sooritanu õde);

„Emast läks ta lahku üle 30 aasta tagasi, tal oli vahepeal elukaaslane aga too kolis teise linna, lõpuks viimased 10 aastat elas üksi“ (suitsiidi sooritanu laps).

Erilisi probleeme igapäevaeluga toimetulekul välja ei toodud. Välja arvatud alaealiste laste vanemad ja eakate inimeste lähedased mainisid, et suitsiidi tõttu hukkunud lähedane vajas kõrvalabi:

„Viimane aasta läks vaikselts, nagu läks lappama. Viimane aasta siis oli jah, põhimõtteliselt oli üheksas klass“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Elas üksi, aga mu ema käis abis koristamas. Ja siis oli probleeme insuliinraviga, et vajas kõrvalabi. Sotsiaaltöötaja aitas ka ja koduõde“ (suitsiidi sooritanu lapselaps).

Intervjueeritavad tõid välja, et enamikul suitsiidi tõttu hukkunutel oli sõpru. Samas mitmed tõid välja, et sõpruskond oli enne suitsiidi kahanenud ja et vähe oli lähedasi sõpru:

„Noh, väga toredad sõbrad olid. Sellega oli muidugi, et noh, neid oli võib-olla kooli ajal rohkem ja mida rohkem tal see haigus süvenes, siis see oligi, et tal neid sõpru ka võib-olla, noh mingil määral hakkas vähenema“ (suitsiidi sooritanu õde);

„Väga palju sõpru oli tal, klassis oli vist populaarne ikkagi vist. Aga sihukesed isiklikumad teemad ja need ta kõik hoidis endale“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Neid „tsau“-sõpru neid oli palju“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Perekonnamuster

Intervjueeritavad tõid välja väga erinevaid perekonnamustreid. Mitme hukkunu päritoluperekonnas oli suhteprobleeme, alkoholi liigtarvitamist, koduvägivalda, perekonna purunemist:

„Tal oli endal raske lapseõlv, selles mõttes, et tema isa jättis neid maha ja siis ta pidi nagu natukene ise mehe eest olema üsna varakult. Ta isa oli täielik alkohoolik, paadialune“ (suitsiidi sooritanu laps);

„Ta oli vanim laps ja tal oli siis veel kaks venda ja õde. Me [isa ja ema] lahutasime kui hakkas sõjaväkke minema. Isal oli alkoholi probleem tõsine ja armukadedus, tuli [emale] füüsiliselt kallale“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Mida ma pärast teada sain, juba lapseõlvest, tema vennad kasvasid kodus, neli venda. Aga tema viidi päris väiksenä lastekodusse, mida ta varjas minu eest viimse võimaluseni, enne surma sain teada. Miks ta lastekodusse viidi, kõik vaikisid“ (suitsiidi sooritanu abikaasa);

„Ma sain aru, et seal kodus oli nii perevägivalda kui ka alkoholi“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Sarnaseid probleeme nagu päritoluperedes, kirjeldati ka isiku uutes peredes ja suhetes:

„Olime 24 aastat koos. Lõpuks lahutasime“ (suitsiidi sooritanu abikaasa);

„Umbes kümnekond aastat tagasi oli ta mingi aeg abielus, aga see mängurlus või riskimine ei meeldinud naisele, ja siis kolisid lahku“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„Ta elas lõpuni naisega koos, aga lahutuse teema oli korduvalt üleval. Joomine, mingid armukesed ja isa agressiivsus“ (suitsiidi sooritanu laps);

„Praegune elukaaslane oli tal siis nagu teine juba. Tal on nagu üks suhe veel olnud ja selle naisega tal oli ka laps,“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Teisalt leidis ka lugusid, kus perekonda kirjeldati kui toetavat:

„...lapseõlvekodus kõik hästi, alkoholi ega vägivalda polnud“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Suhted peres olid head. Emaga oli lähedasem, isa poolset tuge oli vähem“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Intervjuus osalenud alaealised suitsiidi ohvrid olid enamasti pärit purunenud perekonnast:

„Me kolisime eraldi kui ta oli /.../, ta elas oma emaga ja oma kasuisaga ja siis tal... oli poolõde ka. Emaga oli tal veidi konflikte, kasuisaga sai hästi läbi, poolõega tülitsetud ja leppisid“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Intervjueeritavate hinnangul pidasid suitsiidi sooritanud isikud kõige lähedasemaks ja olulisemaks inimeseks enamasti ema või elukaaslast.

Kooliharidus ja töö

Intervjueeritavad kirjeldasid suitsiidi sooritanute haridusteed erinevalt, umbes pooltes intervjuudes tuli välja probleeme õppimisega ning haridustee katkemist, seda esines igas vanuses suitsiidi sooritanute hulgas:

“Koolis ta ikka ei viitsinud väga käia. Ega kogu aeg ei viitsinud ise ka. Aga no jah, tal jäigi lõpetamata” (suitsiidi sooritanu sõber);

„Kuuendas klassis istus kolm aastat. Sõbrad viisid halvale teele ja ta sai tingimisi karistuse” (suitsiidi sooritanu vanem).

Samas umbes pooltel juhtudel kirjeldasid intervjueeritavad suitsiidi tõttu hukkunut pigem kui head õppijat:

„Õppimine läks väga hästi, vist kahel korral ta ainult ei lõpetanud kiituskirjaga, keskmine hinne oli 4,9” (suitsiidi sooritanu vanem);

„Õppis... peab ütleva, et vist absoluutselt viitele, et mõni üksik halvem hinne oli sees. Gümnaasiumi lõpetas kuldmedaliga” (suitsiidi sooritanu vanem).

Mitmel juhul toodi välja haridustee ootamatut katkemist või hinnete järsku halvenemist, mis võis viidata tekkinud probleemidele, mis lõpuks viisid suitsiidini:

„Ülikooli õppis /.../ ja pärast veel /.../. Esimesed kursused olid kõik A-d, pärast hinded halvenesid, kui tuli depressioon ja tüdrukuprobleemid. Kolmas kursus jäi pooleli” (suitsiidi sooritanu vanem);

„Õppis hästi aga viimane aasta hakkasid probleemid tulema, väitis, et mingi konflikt õpetajatega” (suitsiidi sooritanu vanem).

Suitsiidi sooritanute hulgas oli nii kõrg- kui põhiharidusega inimesi. Mõnedki lähedased tõid välja, et suitsiidi sooritanud inimesed oleksid olnud võimelised paremaks hariduseks ja et pooleli jäänud kooliharidus tekitas neis alaväärsustunnet:

„...oleks võinud enam pingutada koolis” (suitsiidi sooritanu õde);

„Ilmselt ta põdes oma poolelijäänud haridust, tal oli... ei tea, kas tal oli ainult põhiharidus või ei olnud keskharidustki” (suitsiidi sooritanu laps);

„kui ta ju /.../ tagasi tuli, siis ta tahtis uuesti ka minna kooli” (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Suitsiidi tõttu hukkunud tegutsesid erinevates töövaldkondades. Paljudes intervjuudes jäi kõlama töökohtade vahetumine ja vahepealsed töötuse perioodid:

„Ta tegi mingeid ehitustöid siin ja seal. Oli mingis vabrikus. Mustalt. Vahetas töökohti” (suitsiidi sooritanu sõber);

„/.../ õppides töötas ta /.../, aga seal olid väga suured normid. Siis ta läks /.../ /.../ tööle, seal oli vahetustega töö, see ei sobinud, sest tal olid unehäired. Vahepeal oli ka töötu ja elas seda väga üle” (suitsiidi sooritanu vanem).

Päris mitmed käisid ajuti tööl välismaal:

„Kümme aastat lõpuks käis niimoodi vaheaegadega, ta käis küll /.../ ja /.../ ja käis ehitustel tööl. Kuu oli ära ja kaks nädalat oli kodus, kuu oli ära, kaks nädalat kodus“ (suitsiidi sooritanu abikaasa);

„Peale lahutust töötas ta /.../, puidutööstuses, oli seal /.../. /.../ tegeles /.../ ja oli /.../. Pärast Eestis tegi oma firma. /.../. Vahepeal oli ka töötu“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Mõnes intervjuus tuli välja ka liigset töökoomust, mida toodi välja negatiivse tegurina, mis tekitas pingeid:

„Töötas ka õpingute ajal mitmel rindel“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Töötas kogu aeg, ka suvepuhkuse ajal“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Vaba aeg, religioon, kaitse- ja sõjavägi

Intervjueeritavate sõnul oli suitsiidi sooritanutel mitmeid erinevaid harrastusi – sport, käsitöö, loomad, kirjandus. Mõned tõid välja, et mõni aeg enne suitsiidi isiku tegelemine harrastustega vähenes või lõppes:

„Et tal nagu ei olnud minu arust nagu ühtegi hobi nagu viimastel kuudel“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane);

„Ta käis kergejõustikus aastaid. No ja siis, kui kergejõustikusse tuli keegi, kes tast oli parem, siis ta ei tahtnud enam käia seal. Ta oli muidu kõige parem seal kergejõustikus alati“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Uurisime eraldi suitsiidi sooritanu suhet ja kokkupuudet religiooni ja kirikuga. Enamik intervjueeritavaid tõid välja, et suitsiidi tõttu hukkunud isik ei olnud religioosne inimene ega ühegi koguduse liige. Mõned mainisid, et isik oli religiooni teemast üldisemas plaanis huvitatud aga ise usklik polnud:

„Ülikooli ajal ta suhtles kristlastega ja huvitus ka budismist. Rohkem nagu huvitus ja luges raamatuid, mingeid asju ei järginud“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Oli need uued ja vanad testamendid ja piiblid läbi lugenud ja märkmeid teinud, et mis seal on. Et noh, ta ütles, et noh see on nagu ikka mingite rahvapärimate ja muinasjuttude segu, et oli nagu kriitiline“ (suitsiidi sooritanu laps).

Mõned intervjueeritavad tõid välja, et isik oli lapsena/nooruses ristitud aga intervjueeritavate sõnul regulaarselt kirikus ei käinud:

„Ta oli ristitud aga igapäevaselt kirikus ei käinud. Tema lapsed ristiti ka, naine oli õigeusku“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Ta risti kandis küll, vene usku oli pere aga kirikus regulaarselt ta ei käinud“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Uurisime intervjueeritavatelt hukku seost kaitseväe ja sõjaväega. Enamik meessoost isikuid olid kohustuslikus kaitseväes teeninud ja erilisi probleeme välja ei toodud. Ühel juhul mainis vanem, et poja kaitseväeteenistus jäi pooleli:

„Käis sõjaväes, aga jooksis sealt ära, hiljem öeldi, et see oli psühhosomaatika, et ei talu vägivalda, ilmselt lapseõlvest jäänud. Vabastati ära, pärast ütles, et üldse ei meeldinud seal, et relvad jne.“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Mõnel juhul teadis intervjueeritav, et hukkunu ei olnud kohustuslikku kaitseväeteenistust läbinud, selget põhjust aga ei teatud:

„Ei käinud. Huvitav jah praegu ei tulegi ette mis tal sellest nagu sai kas ta, kas ta lükkas edasi või sai vabastuse või... minu arust ta ikka ei käinud“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Mõned suitsiidi tõttu hukkunud olid ka elukutselised sõjaväelised.

Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine

Liigset alkoholi tarvitamist suitsiidi tõttu hukkunu poolt tõid välja paljud intervjueeritavad. Kirjeldati erinevaid joomismustreid: igapäevast ja tsüklitena:

„Kaks liitrit viina päevas ei olnud tema jaoks probleem. Kainena nägi teda harva“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„Tema jõi nagu tsüklitena, sihuke tsüklilooja“ (suitsiidi sooritanu laps).

Intervjueeritavad tõid välja, et mitmel isikul oli alkoholist tulenevalt tervisehädasid ja sotsiaalseid probleeme:

„Lahkamisel leiti, et maks oli väga läbi, joomisest“ (suitsiidi sooritanu õde);

„Naisest läks noh, riidu või tülli või mis iganes ja ilmselt see alkohol mõjutas seda“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Alkoholi probleemi tõttu ravil keegi intervjueeritavate sõnul ei käinud. Mitmed lähedased olid aga ise käinud perearstilt või psühhiaatrilt abi võimaluste osas küsimas:

„Käisin perearstilt uurimas ravi võimalusi. Ta ise seda joomist ei tunnistanud“ (suitsiidi sooritanu õde).

Mõned mainisid alkoholi ka ühe võimaliku suitsiidi põhjusena.

„Põhimõtteliselt ta jõi ennast surnuks, aga... ta teadis väga hästi, mis juhtub kui ta katkematult joo.“ (suitsiidi sooritanu sõber)

Teisalt oli ka vastupidiseid lugusid, kus toodi välja seda, et hukkunu oli olnud täiskarsklane või vähene alkoholi tarvitaja:

„Ei tarvitanud. Oli alkoholivastane“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Tal ei olnud nagu alkoholiprobleemi, eks noorena ikka vahest võttis“ (suitsiidi sooritanu õde).

Narkootikumidest mainiti umbes veerandis intervjuudest kanepi ja üksikutes kokaiini tarvitamist suitsiidi tõttu hukkunu poolt. Selgelt tuli siin välja aga intervjueeritavate kahtlemine, et kas ja kui sageli suitsiidi sooritanud isik ainet kasutas:

„Kanepit vist kasutas“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Enamasti oli kanepi tarvitajate näol tegemist nooremate inimestega.

„Nooruses suitsetas kanepit ja kui deprekasse langes, siis hiljem ka“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Teiste narkootikumide tarvitamist meie intervjuudes välja ei toodud.

Hiljutised lahkuminekid või lähedase kaotus

Mitmed intervjuueeritavad tõid välja suitsiidi sooritanud isikute lähisuhetes probleeme:

„Naisega olid ka suhted halvad, pidev kokku-lahku kolimine“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„Pereelu kiskus lõpuks kiiva, ta oli väga kinnine, ei osanud oma armastust väljendada“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Suhte probleemid tüdrukuga. Mingil ajal ta leidis jälle mingi tüdruku ja sealt nagu sõbrad räägivad, et sealt ta selle trauma saigi, et et see võib-olla pööras teda sellesse depressiooni“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Intervjuueeritavate poolt tuli välja, et mitmelgi juhul olid suhte probleemid pikaajalised ja korduvad ning et ka varem oli raskusi suhte probleemidega toimetulekul:

„Kümme aastat olid abielus, aga nad lahutasid ära, aga nad olid veel koos, et 17 aastat praktiliselt olid koos, aga niimoodi noh, et, a no siis minia nagu andis nagu lahutuse sisse. Siis läks minia /.../ ja jättis lapsed talle. Ta elas seda väga üle ja tegi enesetapukatse“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Umbes 10 aastat tagasi kui esimeses elukaaslasega läks lahku, tegi ta enesetapu katse“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Suhte probleemide mainiti ka ühe võimaliku suitsiidi põhjusena:

„Ma ei ise ei usu, et see missiooni pärast oli. Ma ise arvan, noh, nagu mõte liigub ikkagi sinna naise teema suunas“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Lähedaste hiljutisi kaotusi surma tõttu meie intervjuueeritavad esile ei toonud. Kuigi varasemalt toimunud lugusid mainiti olulistena:

„Tema õe surm mõjus talle halvasti aga sellest oli juba 18 aastat möödas“ (suitsiidi sooritanu lapselaps).

Tagakiusamine, vägivald, seksuaalvähemusse kuulumine

Kokkupuudet tagakiusamisega koolis, tööl, kodus või kogukonnas tõid välja umbes pooled intervjuueeritavad. Kõige enam mainiti kiusamist koolis, seda nii õpilaste kui õpetajate poolt. Viimast toodi välja just alaealiste ja noorte täiskasvanute suitsiidide puhul:

„Kiusamist koolis oli, aga mingit erilist asja ei meenud, rohkem verbaalne, hüüdnimede andmine“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„Põhimõtteliselt klassis oli kaks seltskonda, lõhestunud kaheks selline, kes siis omavahel vahetasid selliseid teravmeelsusi ja... ja oli võrdlemisi selline konkureeriv õhkkond“ (suitsiidi sooritanu vanem).

„Tal küll koolis ei läinud kõige paremini, et ta tol ajal vahetas kooli, kuna ta ei saanud /.../ õpetajaga läbi ja õpetaja lubas ta läbi kukutada. /.../ Ta tuli /.../ kooli, ta oli väga rahul siin. Minu teada oli siin kõik hästi, et siukseid märke küll ei olnud, et.. et oleks midagi oodata või et üldse oleks probleeme olnud.“ [intervjueerija: „Aga selle /.../ õpetajaga tal oli nagu päriselt ka põhjust, et ta ei oska seda ainet või see oli mingi puhas kius?“] „Ma julgen öelda, et see oli puhas kius, sest mina olen samas koolis käinud ja mina tulen sama käe alt ja see oli siuke üldine. Ta ei ole väga sõbralik õpetaja. Ta tegutseb siinamaani.“ (suitsiidi sooritanu õde).

Mõnes intervjuus tuli välja ühe teemana lähedase kokkupuude vägivaldaga kodus, kus suitsiidi sooritanu ei olnud vägivalda ohver aga nägi pealt vanemate vahelisi verbaalseid ja füüsilisi vägivalda akte:

„Isa oli vägivaldne, aga mitte laste suhtes. Lapsed nägid pealt isa agressiivsust minu suhtes“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Paaris intervjuus töid intervjueeritavad välja kahtlusi, et suitsiidi sooritanut oli kunagi seksuaalselt ära kasutatud:

„Tema ema on veendunud, et teda on kunagi vägistatud. Sest ta leidis talt mingisuguse noorpõlve päeviku katke... Samas mina ei ole veendunud, et see õige on. Või ma ei ole veendunud, et kui see õige on, et see teda nagu, selles mõttes, oluliselt traumaatiliselt mõjutas. Sest minule ta ei ole rääkinud sellest midagi. Ma arvan, et ta oleks rääkinud“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Ühes intervjuus oli tegemist seksuaalvähemusse kuuluva isikuga, kes rääkis oma samasoolise elukaaslase suitsiidist:

„Kümme aastat tundsin. Olime paar“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Teistes lugudes selgeid viiteid seksuaalvähemusele ei olnud.

Suitsiidi tõttu hukkunute kokkupuude politsei ja kriminaalkuritegudega oli intervjueeritavate sõnul vähene, piirdudes enamasti kiiruseületamise või pisivarguse ohvriks olemisega. Mõnes loos tuli välja kohtuni jõudnud lugusid, kus tegu oli noorena toimunud liiklusõnnetuse või varguse pärast tingimisi karistusega, aga ka eeluurimise all kinnipeetavaga.

Majanduslikud raskused

Intervjueeritavate sõnul oli mitmel suitsiidi sooritanud isikul ajuti majanduslikke raskusi:

„Alguses toetasin mina, siis mul olid tööprobleemid ja ta hakkas ise tööl käima. Aga aitasin ikka niipalju kui sain“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Ta oli selle valla toetuse saaja“ (suitsiidi sooritanu õde).

Kokkupuudet laenamiste ja võlgadega pangalt oli mitmel suitsiidi tõttu hukkunul. Mainiti eluaseme-laenu, auto liisingut, alimente. Väga mitmed töid välja raha laenamist sõpradelt igapäevaelu kulude tarbeks:

„Laenas raha sõpradelt, et teha remonti. Algul maksis tagasi, pärast enam mitte“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Paaris intervjuus tulid välja ka laenamised seoses hasartmängusõltuvusega:

„SMS laenu ja pokkeri kasiino võlad. Laenas raha ka sõpradelt, et igapäeva asju osta. Aga /.../ ta läkski selle pärast, nüüd et ma ka hiljem sain teada, et ta oli, ta oligi vist ...ää... võtnud siin hästi palju SMS laene mingi hetk ja siis ta isa maksis selle kinni tal, sest mingit kohtutäituri kirjad äkki või tulevad ka lõpuks kui sa ei maksa. Et need hakkasid koju tulema, et siis isa sai teada sellest ja siis maksis ära ja siis ta põhimõtteliselt tahtiski minna /.../, kõik need hasartmängud viisid palju raha“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Mõned intervjuueeritavad mainisid rahaprobleeme ka ühe võimaliku põhjusena, mis viis suitsiidini:

„Ma arvangi nende kõikide asjade kokkulangemine, kõik see tervis oli halb, raha probleemid, naisest läks noh, riidu“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„100 %, et see oli see, ta oli maha mänginud kõik oma raha, ta oli võtnud laenu sõpradelt, valetanud sõpradele, et miks ta seda laenu võtab. Tal oli, ta kirjutas selles kirjas ka, et tal on nii lihtsalt häbi, /.../ et ta häbi ja süütunne on nii suur“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Tervislik seisund, erivajadus

Intervjuueeritavad tõid välja erinevaid terviseprobleeme – depressioon, bipolaarne häire, unehäired, liigesevalusid (põlve, selja, õla), nahahaigusi (akne, ekseem, rosaatsea), diabeet, C-hepatiit, ülekaal, külmetushaigused. Mitmelgi juhul oli tegemist tervisehädaga, mis mõjutas inimese igapäevaelu märgatavalt tekitades püsivaid sümptome, emotsionaalset pinget ja alandas töövõimet:

„Tal olid seljavalud ja talle tehti diski lõikus, aga see ebaõnnestus ja valud jäid. Lõikus tehti mõned kuud enne enesetappu, ta ei taastunudki peale seda“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„Tal oli aastaid mingi nahaprobleem, mingi ekseem ja väitis, et arstid ei oska seda ravida, oli vihane,“ (suitsiidi sooritanu laps);

„Depressioon ja unehäired, lõpuks oli seetõttu 90% töövõimetu“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Erivajadusega isikuid oli intervjuueeritavate sõnul üksikuid, paar isikut vajas liikumisel abivahendit.

Umbes kolmandikes intervjuudes tõid intervjuueeritavad selgelt välja, et suitsiidi sooritanud isik oli kehaliselt terve aga esines viiteid psüühikahäirele:

„Mingeid haigusi polnud ja ka lahingul ei selgunud. Tööpingeid kurtis, et pidi ka kodus töötama ja vahest ka öösiti“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Tugev, terve oli füüsiliselt. Aga mängusõltuvus oli suur. See viis depressiooni“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Psühhiaatri ravil olid olnud mõned isikud:

„Bipolaarne häire diagnoositi noorena. Oli ravil korduvalt ka Seewaldis“ (suitsiidi sooritanu õde).

Mitmelgi juhul oli intervjuueeritavatel kahtlusi isiku emotsionaalsetes probleemides aga konkreetset diagnoosi polnud või selgus see peale suitsiidi:

„Tal oli krooniline C-hepatiit, käis ravil. Maksatsirroos. Siis tekkis tal depressioon, sõitis lihtsalt minema, ei söönud, oli täitsa segane. Mitu korda üritasin teda psühhiaatrile viia,“ (suitsiidi sooritanu abikaasa);

„Mina ei tea, et ta oleks psühhiaatril kunagi käinud. Noh pärast tagant järgi on ikka hea mõelda, aga tal võis olla mingi tõsisem vaimsem probleem a`la skisofreenia või midagi sellist. Veidi oli sellist maaniat või ma ei tea, mis asi see võib olla. Noh, et vahel ma kuulan lindusid ja ma saan nende jutust aru“ (suitsiidi sooritanu õde).

Alaealised suitsiidi tõttu hukkunud olid enamasti olnud korduvalt psühhiaatrilisel ravil:

„Viimane aasta käisime pidevalt psühholoogide ja psühhiaatri juures“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Enamasti satuti ravile peale ebaõnnestunud suitsiidikatset:

„Depressioonist sain teada, et ta sõbranna ütles, et ta võttis tablette. Siis ta viidi vaimse tervise keskusse. Seal oli nädal-paar, ei tahtnud olla. Pärast jälle tegi katse, võttis aspiriini, et verd vedeldada ja lõikus. Siis saadeti sundravile“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Tal olid mingid suvalised pastlad jalas, ta külmus läbi, ja siis ma leidsin ta /.../. Et oli kaks kolmandikku teest ära käinud. Ja siis ma, orgunnisin ta haiglasse“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Uurisime intervjuueeritavate võimalike tervise- ja käitumishäirete osas isiku lapsepõlves ja noorukieas. Enamik midagi iseäralikku välja tuua ei osanud või ei teadnud isikut sellest ajast. Siiski tõid mõned inimesed välja, et lapsena oli isik olnud teistest kergemini ärrituv ja isepäisem, mistõttu lasteaias ja koolis oli õpetajatega sagedamini konflikte ja enesevigastamist:

„Ta hakkas ju suitsu proovima, kui ta oli kaksteist. Ta läks varakult isepäiseks. Ta ei kuulanud ja räuskas vastu, kui pidi midagi tegema. Koolis ei tahtnud käia ja jäi õppeasjade pärast istuma“ (suitsiidi sooritanu õde);

„Kui ta oli 16-17, siis tal oli väga halb suhe ühe tütarlapsiga... et see on see tütarlaps, kellega koos nad kunagi nooruspõlves ennast lõikusid usinasti... toimusid tohutud alkoholi tarbimised, toimusid mingisugused peod ja keegi pani ennast nõõri otsa“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane);

„Kui ta nagu vihastas või hästi närvi läks lapsena, et siis ta hakkas nagu, jonnis ja siis ta hakkas enda juukseid nagu kiskuma. Et ka, et selle viha nagu valas enda vastu“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Intervjuueeritavate sõnul tarvitasid nende lähedased erinevaid ravimeid, mis enamasti olid arstide poolt määratud. Mõnedki tõid välja suitsiidi tõttu hukkunu ja ka lähedaste vastumeelsuse/kahtluse ravimite osas:

„Psühhiaater määras talle antidepressante, aga ta ei võtnud neid alati“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Tablette prooviti erinevaid. Taheti elekterravi teha, aga ta ei andnud nõusolekut“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Mõneski intervjuus töid lähedased välja kriitilisust saadud ravi osas ja kahtlusi, et tervishoiutöötajate tegevus ei aidanud kaasa suitsiidi ennetamisele, probleeme mainiti suhtlemises ja et puudus ühtne ravimeeskond:

„Nii psühholoogi kui psühhiaatri... väide mõned päevad enne seda suitsiidi oli see, et ta ei kujuta endale mitte mingisugust ohtu, et ta on, on valmis koju minema, et ta võib vabalt lubada. Ja... noh... /.../ manipuleeris mõlemat arsti täpselt nii nagu ta ise soovis, nad ignoreerisid korduvalt minu hoiatusi sellest, et nende ainus eelis /.../ ees on see, et neil on erialane haridus, et ülejäänud osas on /.../ nendest intelligentsuse poolest peajagu üle“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Läksime psühhiaatrile ja ei saanud mitte mingit abi, soovitati AA-ga liituda“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane);

„Imelik, et alati olin mina juures kui psühholoogil käis, et mitte kunagi ei räägitud /.../ üksinda“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Psühholoogi ravi oli tal ka, aga see oli mõttetu“ (suitsiidi sooritanu õde).

Väga paljudes intervjuudes töid inimesed välja takistusi ravi kättesaadavusel ja et puudu jäi just ühtsest organiseeritud sotsiaalsest toetusest, mistõttu inimesed jäid üksi ja pooliku abiga:

„Ma tean, et siin /.../ on hästi-hästi pikad järjekorrad, et sinna üldse saada“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Kui inimene on depressiivik ja tal on alkoholisõltuvus, siis sa ei saa nõuda talt, et saa oma sõltuvusest ise ennem jagu või midagi sellist... ja sa ei saa jätta teda üksinda“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„Vanainimestel psühholoogiline tugiisik ja parem hooldussüsteem. et oleks nagu see... mingisugune psühholoogiline mingi tugiisik kättesaadav vanainimestele nagu või niimoodi. Et et noh, inimene kellega nagu rääkida“ (suitsiidi sooritanu lapselaps);

„Puudub riiklik tugivõrgustik sotsiaalsfääris. ilmselt paljudel on nagu see tugivõrgustik olemas, aga kas kõigil on“ (suitsiidi sooritanu õde).

Varasemad enesetapumõtted ja enesetapukatsed

Enamik intervjuueeritavaid töi välja, et hukkunud oli suitsiidimõtteid juba pikemat aega. Paljudel juhtudel selgus suitsiidimõtete varasem esinemine siiski alles peale inimese surma:

„Minule ega emale ei rääkinud. Aga ilmselt olid, ta oli klassivennale öelnud, et vanemate pärast ei tahtnud ennast varem ära tappa. Arvutis oli juba aasta varem kaust if I go“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Kindlasti oli neid tal. Minule ei rääkinud“ (suitsiidi sooritanu õde).

Mõned intervjuueeritavad töid välja, et kuna isik mainis suitsiidimõtteid pikemat aega ja sageli alkoholi tarvitamise järgselt, siis ei võetud seda enam tõsiselt:

„Kunagi ma küsisin, et ega sul ei ole enesetapumõtteid. Ta ütles, et kogu aeg. Aga see oli kuskil kümme aastat juba enne seda. Et ta ütles, et kooguu aeg ja mina ei võtnud seda siis nii tõsiselt“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Ta on suitsiidi ähvardanud ammu teha. Kui mina olin väike laps, ma mäletan, olin kolme- või nelja-aastane juba, tuleb meelde... kuidas ta lubas omal noa kõhtu lüüa, tegi seal tohutu stseene, ühesõnaga, tohutu stseenid esinesid meil vahel kodus... Ja seda käis hiljem ka veel. Aga noh, lõpuks, inimesed harjuvad ära,“ (suitsiidi sooritanu laps).

Mitmed intervjuueeritavad tõid välja, et ka hukkunu lähedased olid sooritanud suitsiidi:

„Tal nagu oli kogu aeg see kinnismõte ikkagi olemas, sest tema isa oli ka kunagi ennast nagu ja tema leidis selle isa niimoodi, noh, isa tegi tal ka enesetapu“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Teisalt oli ka intervjuusid, kus inimesed tõid välja, et isik ei maininud kunagi suitsiidile viitavaid kaebusi ja pigem oli suitsiidi vastane:

„Ei, ta ei olnud üldse mingi suitsiid-suitsidaalne nagu tegelane. Kui on... kui on asi nagu täiesti nässus, et mitte mingit lahendust ei ole, siis on raudselt mingi lahendus olemas. Ta oli siukse, siukse...“ (suitsiidi sooritanu sõber);

„Ei, mitte kunagi. Et isegi mingi, kuskil mingi jutu käigus kui a la oleme rääkinud sellest nagu mingist enesetapust, siis ta alati ütles pigem, et see on nagu kõige haigem asi või valem asi mida teha, et sellega tehakse haiget ainult nagu teistele mitte nagu, või et sa teed teistele haiget, et pigem see oligi alati see, et tema oli alati selle vastu“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Intervjuueeritavate sõnul oli väga paljudel isikutel ka varasem ebaõnnestunud suitsiidikatse. Mõnel juhul oli see väga ammune ja veidi ebaselge:

„Tal oli õnnetus, kui ta oli äkki 9. klassis, et mis tagantjärele, kui ma rääkisin temaga, siis see ei olnudki nagu õnnetus, vaid see oli nagu päris tahtlik“ (suitsiidi sooritanu õde);

„Nojah, seal olid mingid kahtlased, kahtlased väljakutsed naabrite poolt, et midagi tossab seal ja siis oli üks seal maha murtud ja ta oli kuskilt põrandalt leitud“ (suitsiidi sooritanu laps).

Mõnel juhul oli suitsiidikatseid mitmeid ja tavaliselt järgnes sellele ravi psühhiaatriakliinikus:

„Esimene katse oli, kui ta oli /.../-aastane, tahtis üles puua, siis eelmine katse oli 10 kuud varem kui sõi paratsetamooli. Viimase mingisuguse 10 või 11 kuu vältel oli ta võrdlemisi palju haiglas, seoses suitsiidikatsetega“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Umbes 10 aastat tagasi kui esimese elukaaslasega läks lahku tegi enesetapu katse. Ta mingi aeg proovis enesetappu teha tablettidega nii, et ta võttis mingeid tablette pihuga sisse ja siis ta sattus sinna EMOsse või sinna ja seal siis tehti talle loputust. Seda maoloputust. Siis ta oli seal pikka aega oli seal ja siis viidi sinna kinnisesse osakonda teda ka“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Võimalik enesetapu ajend

Intervjuueeritavad ei osanud enamasti öelda ühte konkreetset põhjust, mis viis lähedase suitsiidini. Tüüpiline vastus algas sõnadega – ma ei tea. Siiski tõid kõik välja oma mõtteid ja dilemmasid seoses lähedase suitsiidiga. Enamik pidas suitsiidi kompleksseks nähtuseks, millel oli erinevaid ajendeid ja mõjutavaid tegureid:

„Ei tea, olen aastaid mõelnud. Äkki vanemad olid liiga nagu sellised järeleandlikud, et nagu võib-olla veidi liiga palju andsid talle andeks seda, noh nii-öelda seda käega löömist võib-olla. Et võib-olla see noh... see reaalsus viis, nagu see iseseisva elu kätte jõudmine võis väga suur šokk nagu olla. Kindlasti oli tal depressioon, /.../ äkki see, et isa oli /.../, et ehk oleks tahtnud isaga enam olla. Virtuaalmaailmas oli liiga ja tüdrukut ei olnud“ (suitsiidi sooritanu sõber).

Enamasti suitsiidi tõttu hukkunutt suitsiidi tõttu ei süüdistatud, pigem tunti talle kaasa:

„Ma ei tea. Ta lihtsalt ju, vaata, ta oli nii sassis omadega. Ma arvan, et ma ise arvan, et ta oligi lihtsalt ütleme nende kahe kurja ja halva maailma vahele kinni kiilunud“ (suitsiidi sooritanu abikaasa);

„Ta tundis nagu, et tal ei ole nagu lootust enam. Tal oli ilmselt nii halb olla lihtsalt. Vaimses plaanis“ (suitsiidi sooritanu lapselaps).

Mõned intervjuueeritavad tõid välja ka konkreetsemaid põhjusi, nagu läbikukkunud lähisuhe, alkohol, terviseprobleemid, töö kaotus, võlad, seatud standardite mittesaavutamine:

„Põhjus oli ikkagi see, et ta ei ...vat, mis ma tahtsin öelda. Aa see minia, ma tahtsin öelda ja siis... minia oli tal viima-viima-viimane kõne, kui oli öelnud niimoodi, et oli küsinud, et /.../, et „Kus sa oled?“ „Aa, ma olen /.../ juures...“. Et ta oli veel hõõrunud seda nina alla, et ta on teise mehega“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Peamine oli ikka alkohol. Tal oli väga pikk joomatsükkel ennem, millest oli ta välja tulnud. Ei olnud mingisuguseid teisi prohmakaid. Ta oli sellest välja tulnud, oli mõned päevad kaine, aga ta tundis ennast kohutavalt halvasti“ (suitsiidi sooritanu õde);

„Ta tehti töölt lahti. Töötaja rääkis, et no ta oli ikka väga pettunud, et ta /.../ ei saanud tagasi“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane);

„Ma ütleks ise, et see oli lihtsalt ühe haiguse õnnetu kulminatsioon“ (suitsiidi sooritanu õde).

„Ta ei saavutanud seda, mida ta lootis saavutada. Ilmselt, kuna ta oli gümnaasiumi lõpuni,... ta oli nagu kõige kõige parem igal pool ja võib-olla ülikooli pooleni ka, et ta oli kõige parem. Et võib-olla, et noh ta ei suutnud pingutada nii palju või et suhtlusoskusest jäi puudu“ (suitsiidi sooritanu vanem).

„Ta väga muretses, et äkki tuleb mõni neli, põdes hinnete pärast. Muretses, et mis temast saab“ (suitsiidi sooritanu vanem)

Lähedaste toimetulek suitsiidi järgselt

Uurisime intervjuueeritavatelt nende toimetuleku osas peale lähedase suitsiidi. Kõik intervjuueeritavad mainisid, et toimetulek on olnud keeruline ja kohanemine on võtnud aega. Mõned inimesed tunnistasid, et pole sellest siiani üle saanud, eriti tuli see välja lapsevanemate lugudes:

„Kõige hullem oli emal ja on siiani. Ema oli see, keda oli vaja kõige rohkem toetada selle perioodi jooksul ja siiani. Teistele ka muidugi suur šokk ja eriti just sellel lähiperioodil matusteni ja sealt edasi. Väga selline sürr periood.“ (suitsiidi sooritanu õde);

„Ma tulin töölt ära ja ma ei olegi läinud, ei ole nagu leidnud seda jõudu, et nagu minna uuesti ja. Põen ka depressiooni, söön ka antidepressante praegu“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Mul on olnud üsna, üsna keeruline aasta peale seda... ja mul kuni mingisuguse hetkeni käisid endal täpselt samasugused mõtted peast läbi“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Üksikutes intervjuudes tõid intervjuueeritavad välja ka, et lähedase suitsiidi oli mõnes mõttes kergendav, eriti tuli viimane välja intervjuudes, kus lähedasel oli suitsiidi sooritanuga vastuolulised või pingelised suhted:

„Siis kui ta ennast ära tappis, siis mul toimus vabanemine. Ma sain sellest kõigest lahti. Mul oli kurb, aga mul oli vabanemine“ (suitsiidi sooritanu abikaasa);

„Et see oli jällegi nagu huvitav oli ennast jälgida, sest ma... noh, ma ei pidanud ennast isaga lähedaseks, ma ei olnudki temaga lähedane. Ja kogu elu ei ole olnud, aga... tegelikult, see ikkagi väga nagu, noh... ikka nagu oli sitt tunne küll. Ikka šokk oli. Ühest küljest, oli see kergendus, sest need jamad lõppesid ja nagu punn sai pudeli eest ära ja paljud asjad oluliselt selgemaks saanud, ja suhe emaga on hoopis uue kvaliteedi saanud ja... sest, noh, mina teadlikult nagu suhtlesin nendega hästi vähe... ja küsimus oligi selles, et ma ei tahtnud isaga suhelda, sest isa suutis luua ikkagi sihuke ebameeldiva õhkkonda“ (suitsiidi sooritanu laps).

Uurisime intervjuueeritavatelt, millest oli neile abi lähedase kaotusega kohanemisel. Kõige enam mainiti, et suurim abi oli lähedastest inimestest, kellega sai teemast rääkida:

„Ma arvan, et mul oli kõige rohkem abi sellest, et ma sain hästi palju rääkida ja sellest, et tegelikult tema sõbrad, kes ei olnud minule nii lähedased sõbrad, et tema sõbrad võtsid minuga ühendust“ (suitsiidi sooritanu elukaaslane).

Professionaalsetest abidest mainiti psühholoogi, psühhiaatrit, mitmed tunnistasid, et tarvitavad igapäevaselt antidepressante. Välja toodi, et loeti eneseabiraamatuid, veebimaterjale ja üks lapsevanem oli käinud välismaal leinagrupid. Mõned mainisid, et aitas keskendumine igapäevasele tööle:

„Mis mind aitab, põhiline on töö. Aiamaa peal töö, ma hooldasin, tal on maja, ma käisin ju muru seal niitmas ja siis hooldasin seal ja tegin“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Kohanemist raskendas, kui puudus võimalus teemat arutada, samuti tunti puudust professionaalsest (tasuta) psühholoogilisest abist ja sama taustaga inimestega kohtumisest:

„Et vaata, ei ole ju kellegagi rääkida ka ju. Lastega rääkida ei saa, sest no kõik on katki“ (suitsiidi sooritanu vanem);

„Ma olengi puudust tundud ee. Ma olengi puudust tundnud ütleme sellest, et mis noh, et mingist tugivõrgustikust või, või mingisugusest psühholoogilisest abist. Ma leian tegelikult, et perele peale sellist asja, tuleb ikkagi pakkuda mingisugust professionaalset tuge ja abi. Et ma saan aru, et /.../ abikaasale ja lastele pakuti, ta ei võtnud seda vastu. Aga meile ei pakutud mitte midagi. Ja samas me olime nii lähedased sugulased ju ikkagi. Emale, isale ja õele ei pakuta tuge, et ee ja siis ongi, et sa oled täiesti üksinda.“ (suitsiidi sooritanu õde)

„Et kui see asi juhtus, minu esimene mõte oli kohe see, et ma tahaks nagu näha kedagi, kes on selle asja läbi teinud, ja ma näen, et ta elab, on nagu võimalik edasi elada sellega, et ta on nagu sellesama asja läbi teinud ja elab edasi ja on võimalik edasi minna“ (suitsiidi sooritanu vanem).

Puudust tunti ka üldisemast abist ja teadmistest surmajärgses asjaajamises:

„Rohkem võiks olla meestele ja poistele suunatud tegevusi, kuidas toime tulla“ (suitsiidi sooritanu sõber).

„Et noh ongi, et politseil on ju nagu kohe mingi info olemas. Neil on see case olemas ju, et see info nagu saadetakse just sellele organisatsioonile või üksusele, et kes tegeleb sellega. /.../ et see info ongi, et need mingid ootamatud surmad nagu mingid enesetapud, mõrvad ma ei tea asjad, et need ei ole nagu lihtsad, lihtsad, lihtsad sellised asjad inimeste jaoks. Et selline kiirreageerimisüksus, kes tuleks võtaks ühendust, uuriks, kas te olete selle, sellega tegelenud, kas Teil on vaja abi.“ (suitsiidi sooritanu õde)

„Või keegi uurija teab küsida, et kas on abi vaja. Kas või need pärandiasjad, et oleks keegi tulnud küsinud, et kuidas te saate, et kuidas teil on nende asjadega, et kuidas on nende rahaasjadega, et kas teil on mingeid võlgasid, et kas või seda, et oleks õigel ajalgi, nõustanud.“ (suitsiidi sooritanu abikaasa)

Analüüsisime eraldi intervjuusid, kus intervjuueeritavad rääkisid suitsiidi tõttu hukkunud **lastest ja noorukitest**. Enamik suitsiidi tõttu hukkunud lastest ja noorukitest oli pärit purunenud perekonnast, samas suhted mõlema lapsevanemaga olid säilinud. Lähedased töid välja, et varasemalt olid suitsiidi sooritanud olnud edukad õpilased ja neil oli mitmeid harrastusi, mõni aeg enne suitsiidi aga harrastustest loobuti ja koolis edasijõudmine muutus raskeks. Sarnaste teemadena tulid välja kiusamised ja konfliktid koolis ning meeloluhäired. Suitsiidi sooritanud lapsed ja noorukid olid olnud psühhiaatriklinikus ravil, mõned kasutasid ravimeid püsivalt, osad olid teinud enesetapukatseid.

Analüüsisime eraldi kahte intervjuud, kus räägiti **65-aastastest ja vanematest** suitsiidi sooritanutest. Mõlemas intervjuus tulid välja sarnased teemad: üksindus, kroonilised terviseprobleemid, igapäeva-eluga toimetulekuraskused. Ühes intervjuus toodi esile suitsiidi sooritanu liigset alkoholitarmutamist, teises intervjuus selgus, et suitsiidi sooritanul oli depressioon ja ta kasutas mitmeid ravimeid. Kummalgi neist ei olnud teadaolevalt varasemaid suitsiidkatseid, küll aga olid mõlemad maininud elutüdimismõtteid.

9.1. Enesetapu sooritanute kirjeldus kvalitatiiv- ja kvantitatiivandmete ühendamisel

Intervjuueeritavad olid nõus 24 enesetapu tõttu hukkunud lähedase intervjuuandmete ühendamiseks registriandmetega, kuid andmeid sai ühendada vaid 16 enesetapu sooritanu osas. Ülejäänud lahkunutest üks oli surnud välismaal ja seitsme isiku kohta oli surma põhjuste registris märgitud surma põhjuseks mõni muu põhjus peale enesetapu (peamiselt muu surmapõhjus, aga ka haigus või mõni muu surma välispõhjus). Muu surmapõhjuste diagnoosi panevad kohtuarstid roiskunud või skeleeterunud laipade puhul, kus täpset surmapõhjust ei õnnestu enam kindlaks teha. Juba intervjuu käigus mainis üks lähedane, et ametlikult kirja läinud surmapõhjus võis olla haigus, aga tegelikult oli tegu teadliku ravimi üledoseerimisest tingitud enesetapuga. Ka ülejäänud intervjuudes kinnitati suitsiidi toimumist. Seega on enesetapud surma põhjuste registris alaregistreeritud. Tulemused on kooskõlas varasemate teadusuuringute tulemustega, kus kirjeldati välispõhjustest tingitud surmad on ametlikus surmastatistikas alaregistreeritud [99] ja et osasid välispõhjustest tingitud suitsiidisurmasid registreeritakse muude surmapõhjustena kuna surma põhjuse määramisega seotud asutused ei tee omavahel piisavalt koostööd [107], [108].

16 enesetapu sooritanu süvaintervjuu andmed ühendati registriandmetega, neist 15 isikut olid mehed, üks oli naine; kolm olid kuni 19-aastased, 12 olid tööealised (20–64) ja üks oli vanem kui 65 aastat.

Intervjuude alusel oli tegu problemaatilise päritoluperekonnaga (nt vanematevahelised suhted halvad või vanemad lahutatud, üks lapsi kasvatav ema, peres alkoholi või vägivaldaprobleem, suures osas ükski elamine sest vanemad elasid töö tõttu mujal) 11 juhul. Intervjuude põhjal oli kooselus kuus enesetapu sooritanut, surma põhjuste registri andmetel oli neist ametlikus abielus kolm, lahutatuid oli üks ja vallalisi kaks, seega registrile teatatakse pigem ametlik perekonnaseis kui tegelik kooselu. Probleemaatiline lähisuhe (manipuleeriv partner või ekspartner, kõrvalsuhted, armukadedus) oli neljal lahkunul. Päritolupere, perekonnaseisu ja peresuhete hindamiseks on kvalitatiivsed intervjuuandmed peamiseks infoallikaks.

Intervjuude alusel oli kaks lahkunut magistrikraadiga, kuus keskharidusega, kaks kutseharidusega ja kolm põhiharidusega. Surma põhjuste registri andmete järgi oli kõrgharidusega kaks, keskharidusega neli, keskeriharidusega üks, põhiharidusega kaks, ilma põhihariduseta üks. Kuigi ka surma põhjuste registri hariduse andmed on ütluspõhised, on intervjuudes toodud hariduse andmed siiski täpsemad. Surma põhjuste registri hariduse andmete madalale kvaliteedile pöörasime tähelepanu juba kvantitatiivse analüüsi peatükkides. Soovitud haridustee oli katkenud 11 enesetapu sooritanul, sageli nad astusid kõrgkooli, kuid jätsid selle pooleli, esines ka erialavahetusi, mis ei viinud siiski kooli lõpetamiseni.

Intervjuude alusel oli viimasel eluaastal töötuid kolm, Töötukassa andmetel neli, kusjuures kattuvus oli vaid ühe isiku osas. Seega ei võta kõik tööd otsivad inimesed end töötuna arvele. Meile edastatud registriandmetes oli teada vaid fakt, kas inimene on viimasel eluaastal olnud töötuna täpsustamata töötuse kestust. Töötuna registreeritud isikud tegid intervjuueeritute sõnul erinevaid töid, oli ka töökohavahetusi. Seepärast on võimalik et mõni oli vahepeal ajutiselt lühiajaliselt ametlik töötuna, mida intervjuudes välja ei toodud, samas võisid töötuna registreeritud isikud samaaegselt töötada ka mitte-ametlikult. Keerulisi töösuhteid esines neljal enesetapu sooritanul. Töötuse ja töösuhete kui suitsiidi riskitegurite hindamiseks sobib hästi Töötukassa andmete kombineerimine intervjuuandmetega, siis saavad kajastatud ka välismaal töötamised (mida andmete ühendamisele kuuluvates intervjuudes ei esinenud, küll aga teistes intervjuudes). Sõja/kaitseväes oli elu jooksul viibinud kaheksa enesetapu sooritanut ehk pooled meestest, kelle lähedasi intervjuueeriti. Intervjuu- ja registriandmetel oli surma hetkel tegevteenistuses üks enesetapu sooritanu. Andmete ühendamisele mittekuuluvates intervjuudes oli ka varasemalt tegevteenistuses ja missioonidel viibinud enesetapu sooritanud isikuid, kellel oli tegevteenistusest möödunud rohkem kui üks aasta, seega tasuks tulevastes suitsiidi riskitegurite uuringutes kaasata Kaitseväe registrist pikem vaatlusperiood.

Lähedased töid esile lahkunu liigset alkoholarvitamist seitsmes intervjuus, ravikindlustuse andmekogu andmetes ei kajastunud neid ühtegi, küll oli aga neli lahkunut kohtumeditsiiniliste andmete alusel surses alkoholihoobes (neist kolm olid intervjuude alusel alkoholi liigtarvitajad). Narkootikumide kasutamist mainiti nelja lahkunu intervjuus, registriandmetes neid ei kajastunud. Alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamine on haigekassa andmetes alaregistreeritud, sest inimesed ei pöördu neil põhjustel arsti juurde. Küll toodi intervjuudes välja et lähedased otsisid lahkunu alkoholiprobleemidele ravi, kuid ei leidnud seda, samuti ei tunnistanud lahkunud ise ravi vajadust. Elu jooksul oli teatud tagakiusamise või vägivalda ohvriks seitse lahkunut, politsei infosüsteemis neist ükski juhtum ei kajastunud. Sageli oli tegu koolivägivaldaga (nii õpilaste kui ka õpetajapoolsega). Kiusamise ja vägivalda ohvriks oleks ei

kajastunud andmete ühendamisel infosüsteemis POLIS, tulevastes uuringutes on mõistlik kasutada registriandmete kombineerimist intervjuuandmetega.

Majanduslikke raskusi toodi intervjuudes esile seitsme enesetapu sooritanu kohta, vaid üks neist sai sotsiaaltoetuste ja -toetuste andmeregistri andmetel toimetulekutoetust. Kõik majanduslikus kitsikuses isikud ei taotle toimetulekutoetust, samuti ei kvalifitseeriu kõik selleks. Võlaprobleeme esines intervjuude andmetel kahel lahkunul, E-toimiku andmetes neid ei olnud. Ilmselt teavad lähedased ka isiku võlgadest, mida kohtu kaudu sisse ei nõuta. Seega isiku majanduslike raskuste hindamine vaid sotsiaaltoetuste ja -toetuste andmeregistri alusel ja võlgade olemasolu hindamine vaid E-toimiku andmete alusel ei taga isiku majanduslikust olukorrast ja võlgadest täit pilti. Tulevastes uuringutes on mõistlik registriandmeid ja intervjuude andmeid omavahel kombineerida.

Kriminaalmenetlusega oli intervjuude andmetel elu jooksul kokku puutunud kolm enesetapu sooritanut, riikliku kinnipeetavate, karistusjärgselt kinnipeetavate, arestialuste ja vahistatute registri andmetel oli antud valimist üks isik kriminaalhoolduse all ja teisel isikul oli E-toimiku andmetel kuriteo kahtlus, isikud ei kattanud intervjuudes toodud isikutega. Erinevused on tingitud ühelt poolt sellest, et intervjuueritute poolt kirjeldatud ammused kriminaalmentlused ei pruugi kajastada tänastes andmebaasides ja teiselt poolt sellest, et enesetapu sooritanud isikud varjavad lähedaste eest oma ebameeldivaid probleeme. Tulevastes uuringutes on mõistlik registriandmeid ja intervjuude andmeid seetõttu omavahel kombineerida.

Mingi krooniline haigus või oluline terviseprobleem oli intervjuu andmetel 10 enesetapu teostanud, haigekassa andmetel oli kroonilisi haigusi registreeritud vaid neljal isikul, tervishoiuteenuseid oli kasutanud 11 inimest. Vaimse tervise probleeme esines intervjuude alusel 13 suitsiidi sooritanul, haigekassa andmetes kajastusid vaid nelja inimese probleemid. Psühhiaatri poole oli intervjuuandmetel pöördunud kuus isikut, haigekassa andmetes kajastusid nelja inimese pöördumised. Ravimeid kasutas intervjuude põhjal 10 inimest, haigekassa andmetel viis. Intervjuuandmete ja registriandmete erinevused on tingitud: (1) ajalisest dimensioonist, kuna intervjuud kajastasid pikemat ajaperioodi kui haigekassa andmed; (2) seitsme enesetapu sooritanut, kellel lähedased märkasid vaimse tervise probleeme, kas ei tunnistanud oma probleeme ja ei pöördunudki arsti poole või ei saanud selleks psühhiaatri aega; (3) osad psühhiaatri poole pöördunutest võisid käia tasulisel vastuvõtul ja need andmed ei kajastu haigekassa andmetes; (4) lähedased teadsid küll, et enesetapu sooritanu tarvitas ravimeid, kuid alati nad ei teadnud täpselt mis ravimeid ja kust nad neid said, osad võisid kasutada ka varem välja ostetud, kellelegi teistele välja kirjutatud või käsimüügiravimeid. Täpsema tulemuse saamiseks on tulevastes uuringutes on mõistlik Haigekassa andmeid, intervjuude andmeid ja võimalusel ka haiguslugude andmeid omavahel kombineerida.

Elu jooksul oli suitsiidimõtteid avaldanud seitse enesetapu sooritanut, seitse oli teostanud ka suitsiidikatseid, kellest neli olid saanud katse järgi ravi. Kolm suitsiidikatse teostanud ei olnud varem avaldanud suitsiidimõtteid. Haigekassa andmetel ei olnud viimasel eluaastal registreeritud ühtki enesetapukatset. Vahe võib osalt olla põhjustatud intervjuude laiemast katvusest kui haigekassa andmed, kuid kõik neli intervjuudes toodud enesetapukatset, millele järgnes ravi, toimusid viimasel eluaastal. Seega ei registreerita tervishoiuasutustes enesetapukatseid. Viis enesetapu sooritanut olid varasemalt kokku puutunud enesetapuga kas pere- või sõpruskonnas, neist neli olid ka ise enesetapukatseid teinud.

9.2. Kokkuvõte

Uuringu kvalitatiivses etapis kogusime infot 37-lt suitsiidi läbi hukkunu lähedastelt. Viisime läbi individuaalsed süvaintervjuid, mille eesmärk oli täpsustada, täiendada ja aidata mõista kvantitatiivse uuringu tulemusi ning anda sisendit järelduste ja ettepanekute osas. 16 enesetapu sooritanu andmed ühendati uuringu käigus kogutud registriandmetega.

Kvalitatiivsete intervjuude käigus leidsime, et suitsiidi sooritanute hulgas oli nii üksi, elukaaslase või abikaasaga, perega koos elavaid kui ka vanemate juures elavaid isikuid. Mitme hukkunu **päritoluperekonnas** oli suhtepeleeme, alkoholi liigtarvitamist, koduvägivalda, perekonna purunemist. Sarnaseid probleeme kirjeldati tihti ka isiku uutes peredes ja suhetes. Sage oli elukohtade ja elukaaslaste vahetumine. Teisalt leidsid ka lugusid, kus pereprobleeme välja ei toodud ja kodune õhkkond oli sõbralik. Alaealised suitsiidi ohvrid olid enamasti pärit purunenud perekonnast. Intervjueeritavate hinnangul pidasid suitsiidi teinud isikud kõige lähedasemaks ja olulisemaks inimeseks enamasti ema või elukaaslast. Enamikul suitsiidi läbi hukkunutel oli sõpru, kuigi sageli oli sõpruskond enne suitsiidi kahanenud ja vähe oli lähedasi sõpru.

Mitmed intervjueeritavad tõid välja suitsiidi sooritanud isikute **lähisuhete probleeme**. Mitmel juhul olid suhtepeleemid pikaajalised ja korduvad – sarnaseid probleeme tuli ette erinevates suhetes ning esines raskusi suhtepeleemidega toimetulekul. Suhtepeleeme mainiti ka ühe võimaliku suitsiidi põhjusena. Kokkupuudet tagakiusamisega koolis, tööl, kodus või kogukonnas tõid välja umbes pooled intervjueeritavad. Kõige enam mainiti koolivägivalda, seda nii õpilaste kui õpetajate poolt. Viimast toodi välja just alaealiste ja noorte täiskasvanute suitsiidide puhul Paaris intervjuus oli kahtlus, et suitsiidi sooritanutoli kunagi seksuaalselt ära kasutatud.

Suitsiidi sooritanutel oli erinev **haridustee**, kuid umbes pooltes intervjuudes tuli välja probleeme õppimisega. Teistel pooltel juhtudel kirjeldasid intervjueeritavad suitsiidi tõttu hukkunut pigem kui väga head õppijat. Mitmel juhul toodi välja haridustee ootamatut katkemist või hinnete järsku halvenemist, mis võis viidata tekkinud probleemidele, mis lõpuks viisid suitsiidini. Toodi välja, et suitsiidi sooritanud inimesed oleksid olnud võimelised paremaks hariduseks ja et pooleli jäänud kooliharidus tekitas neis alaväärsustunnet.

Suitsiidi tõttu hukkunud tegutsesid erinevates **töövaldkondades**. Paljudes intervjuudes jäi kõlama töökohtade vahetumine ja vahepealsed töötuse perioodid, mitmed käisid ajuti tööl välismaal. Mõnes intervjuus tuli välja liigset töökoomust, mis tekitas pingeid, aga ka probleeme tööl ja halbu suhteid ülemustega. Enesetapu tõttu hukkunutel oli mitmeid erinevaid harrastusi, kuid sageli mõni aeg enne suitsiidi sooritamist harrastustega vähenes või lõppes.

Mitmel suitsiidi sooritanud isikul esines ajuti **majanduslikke raskusi**, samuti oli mitmel kokkupuudet laenamiste ja võlgadega pangalt või sõpradelt, mõni laenas seoses hasartmängusõltuvusega. Osad intervjueeritavad mainisid rahaprobleeme ka ühe võimaliku suitsiidi põhjusena.

Liigset **alkoholi** tarvitamist suitsiidi sooritanu poolt toodi välja paljudes intervjuudes. Kirjeldati erinevaid joomismustreid, mitmel isikul oli alkoholist tulenevalt tervisehädasid ja sotsiaalseid probleeme. Alkoholi probleemi tõttu ravil keegi aga ei käinud. Mitmed lähedased olid ise käinud perearstilt või psühhiaatril ravi võimalusi uurimas. Osad hukkunud olid olnud täiskarsklased või vähesed alkoholi tarvitajad. **Narkootikumide** kasutamisest mainiti kanepi ja kokaiini tarvitamist, kuid intervjueeritavad ei olnud kindlad kas ja kui sageli ainet kasutati.

Intervjueeritavad tõid välja suitsiidi sooritanute erinevaid **terviseprobleeme**, mis mõnel juhul mõjutas inimese igapäevaelu märgatavalt. Sagedane oli psüühikahäirete esinemine, kuid ravil käisid vähesed. Enamus alaealistest suitsiidi sooritanutest olid psühhiaatritele pöördunud. Mitmel juhul oli isikul vaimse tervise probleeme, kuid diagnoosi polnud või selgus see peale suitsiidi. Enamasti satuti ravile peale ebaõnnestunud suitsiidikatset. Mitmel korral tõid lähedased välja kriitilisust saadud ravi osas ja kahtlusi, et tervishoiutöötajate tegevus ei aidanud kaasa suitsiidi ennetamisele, probleeme mainiti tervishoiutöötajate ja suitsiidse isiku, aga ka tervishoiutöötajate ja lähedaste vahelises suhtlemises. Väga paljudes intervjuudes tõid inimesed välja takistusi ravi kättesaadavusel, ja et puudu jäi just ühtsest organiseeritud sotsiaalsest toetusest, mistõttu inimesed jäid üksi ja pooliku abiga.

Sageli oli hukkunutel suitsiidimõtteid juba pikemat aega, paljudel juhtudel selgus see siiski alles peale surma. Toodi välja, et kuna isik mainis suitsiidimõtteid pikemat aega ja sageli alkoholi tarvitamise järgselt, siis ei võetud neid tõsiselt. Väga paljudel isikutel oli ka varasem ebaõnnestunud suitsiidikatse, mõnel mitu. Mitmed intervjueeritavad tõid välja, et ka hukkunu lähedased olid sooritanud suitsiidi, neist paljud tegid ise suitsiidikatseid.

Intervjueeritavad ei osanud enamasti öelda ühte konkreetset põhjust, mis viis lähedase suitsiidini, välja toodi läbikukkunud lähisuhet, alkoholi, terviseprobleeme, töö kaotust, võlgu, seatud standardite mittesaavutamist. Enamik pidas suitsiidi kompleksseks nähtuseks, millel oli erinevaid ajendeid ja mõjutavaid tegureid.

Lähedaste toimetulek suitsiidiga on olnud keeruline ja kohanemine on võtnud aega. Paljud pole sellest siiani üle saanud. Lähedase kaotusega kohanemisel oli sageli suurim abi lähedastest inimestest, kellega sai teemast rääkida. Professionaalsest abist mainiti psühholoogi, psühhiaatrit, mitmed tunnistasid, et tarvitavad igapäevaselt antidepressante. Kohanemist raskendas, kui puudus võimalus teemat arutada, samuti tundi puudust sama taustaga inimestega kohtumisest. Paljudel puudus teadmine kust saab, abi nii surmajärgsetes asjaajamistes (sh pärandiasjad) kui ka enesetapuga toimetulekus (sh tasuta psühholoogilise abi võimalusi).

Intervjuudest selgus, et enamik suitsiidi sooritanud **lastest ja noorukitest** oli pärit purunenud perekonnast, kuid suhted mõlema lapsevanemaga olid säilinud. Mõni aeg enne suitsiidi muutus koolis edasijõudmine raskeks. Suitsiidi sooritanud lastel ja noorukitel oli meeleoluhäireid, nad olid olnud psühhiaatrikliinikus ravil, mõned kasutasid ravimeid püsivalt, osa oli teinud enesetapakatseid.

65-aastaste ja vanemate suitsiidi sooritanute intervjuudes tulid välja üksindus, kroonilised terviseprobleemid, igapäevaeluga toimetulekuraskused. Ühes intervjuus toodi esile suitsiidi sooritanu liigset alkoholitarvitamist, teises selgus, et suitsiidi sooritanul oli depressioon ja ta kasutas mitmeid ravimeid. Kummalgi neist ei olnud teadaolevalt varasemaid suitsiidikatseid, küll aga olid mõlemad maininud elutüdimusmõtteid.

Registriandmetes on paljud sündmused alaregistreeritud:

- 1) Surma põhjuste registris on tihti enesetapu asemel surma põhjuseks märgitud mõni muu põhjus (peamiselt muu surmapõhjus, mõni muu surma välispõhjus, aga ka haigus), pereseisuks teatakse sinna peamiselt ametlik perekonnaseis, ütluspõhised hariduse andmed on puudulikult täidetud.
- 2) Kõik töötud inimesed ei võta end Töötukassas arvele, samas võib seal arvel olla isikuid, kes tegelikult töötasid.

- 3) Eesti Haigekassa ravikindlustuse andmekogus ei kajastu tihti patsientide alkoholi kuritarvitamise ja narkootikumide kasutamise andmed, sest paljud ei pöördu neil põhjustel ravile. Samuti ei kajastu haigekassa andmetes kõik inimeste vaimse tervise probleemid, sest nad kas ei pöördu üldse ravile või teevad seda osaliselt ka tasulise teenusena, mille kohta haigekassal info puudub. Tervishoiuasutustes ei registreerita enesetapukatseid vastava koodiga.
- 4) Infosüsteemis POLIS ei kajastu kõik vägivalda ohvriks olemise andmed, sest inimesed ei pöördu alati politseid poole.
- 5) E-toimiku andmed ei taga isiku võlgadest täit pilti, sest seal ei kajastu kõik võlad.
- 6) Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister ei kajasta kõigi inimeste majanduslikke raskusi.

Surma põhjuste register peaks enesetapu andmete kvaliteedi parandamiseks tegema koostööd teiste asutustega (nt kohtuekspertiisi infosüsteem, politsei) ja töötama välja menetlused surma andmete täpsustamiseks, selleks on vaja luua juriidilised võimalused.

Tulevastes suitsiidi riskitegurite registripõhistes uuringutes tuleb kasutada pikemat ajaperioodi kui aasta enne surma, sest paljud olulised elusündmused toimuvad varem. Ideaalne oleks kombineerida registriandmeid intervjuuandmetega võimalikult terviklikult (st püüda intervjuuerida süstemaatiliselt kõiki teatud perioodil enesetapu sooritanute lähedasi). Andmete kombineerimine omab lisaväärtust (1) töövõimelisuse, töötuse ja töösuhete hindamisel, sest siis saavad kajastatud ka lühemaajalised, osaajaga ja välismaal tehtud tööd; (2) alkoholi ja narkootikumide kasutamise ning vaimse tervise probleemide analüüsimisel, sest neil põhjustel sageli arsti poole ei pöördata või tehakse seda tasulise teenusena; (3); kiusamise või vägivalda ohvriks olemise hindamisel, sest inimesed ei pöördu nende probleemide korral alati politsei poole; (4) majanduslike raskuste ja võlgade hindamisel, sest need probleemid ei kajastu alati registrites; (5) kriminaalmenetluste, kuritegude ja kuriteo kahtluste hindamisel, sest enesetapu sooritanud isikud võivad sageli varjata lähedaste eest oma ebameeldivaid probleeme.

Kvalitatiivsed intervjuuandmed on peamiseks infoallikaks päritolupere, tegeliku perekonnaseisu ja peresuhete hindamisel.

Tulevaste registripõhiste uuringute läbiviimisel tasub hariduse andmetena kasutada võimalusel objektiivseid faktipõhiseid või inimese eluajal tema enda poolt öeldud andmeid.

10. Järeldused

1. Eestis hukkus surma põhjuste registri andmetel aastatel 2006–2016 enesetapu tagajärjel 2543 inimest ehk keskmiselt 231 inimest aastas. Enesetapu sooritanutest 80% olid mehed ja 4% alla 20-aastased noorukid. Enesetapu sooritamise tõenäosus suurenes vanuse kasvades nii meestel kui naistel. Enesetapu sooritanud meeste keskmine vanus oli 49 eluaastat ja naistel 60 aastat. Enesetapu sooritanud meestest 70% olid alla 60-aastased ja naistest 52% olid üle 60-aastased.

2. Ajavahemikul 2006–2016 vähenes enesetappude arv nii meeste kui naiste hulgas ning aastatel 2015 ja 2016 oli enesetappude kordaja Eestis taasiseseisvumisaja kõige madalamal tasemel (vastavalt 14,8 ja 13,9 enesetappu 100 000 elaniku kohta). Suitsiidide arv vähenes meestel aastatel 2006–2016 oluliselt vanuserühmas 20–59, kuid noorte (10–19 eluaastat) ja vanemaealiste (60 ja enam eluaastat) meeste hulgas olulisi muutusi ei toimunud. Naiste hulgas vähenes suremus vanuserühmades 10–19 ja 40–79, kuid 20–39-aastaste hulgas toimus vaadeldud perioodi jooksul suitsiidisuremuse kasv keskmiselt 3,6% aastas. 20–39-aastased naised elasid suitsiidi sooritanud naiste üldkogumiga võrreldes mõnevõrra sagedamini linnalistes asulates, olid rohkem kokku puutunud kriminaalsüsteemiga ja võla-menetlusega kohtus, pöördusid sagedamini erakorralise meditsiini osakonda (EMO) ja harvemini perearsti vastuvõtule.

3. Eesti standarditud enesetappude suremuskordaja 2015. aastal oli 1,5 korda kõrgem Euroopa Liidu keskmisest, kusjuures Eesti meeste enesetappude suremuskordaja on ligi 1,7 korda kõrgem Euroopa Liidu keskmisest ja naiste enesetappude osas Eesti Euroopa Liidu keskmisest ei erine.

4. Enesetapu sooritanud meeste seas oli kontrollrühmaga võrreldes rohkem eestlasi, üksi elavaid ja töötuid isikuid ja neid, kes viimase eluaasta jooksul olid seotud mõne kuriteoga või olnud vanglas. Suitsiidi sooritanud meestel on rohkem vaimse tervise häireid (sh skisofreenia või meeleoluhäired), kuulmis- ja nägemishäired ning kroonilist valu. Võrreldes kontrollrühmaga oli suitsiidi sooritanud meeste seas rohkem neid, kes olid viimasel eluaastal käinud psühhiaatri vastuvõtul ja EMOs ning samuti neid mehi, kes ei olnud üldse arsti juures käinud.

5. Enesetapu tõttu hukkunud naiste seas oli kontrollrühmaga võrreldes rohkem mitte-eestlasi, vallalisi ja töötuid isikuid. Suitsiidi sooritanud naistel on sarnaselt meestega rohkem vaimse tervise häireid (sh skisofreenia või meeleoluhäired), kuulmis- ja nägemishäired ning kroonilist valu. Võrreldes kontrollrühmaga oli suitsiidi sooritanud naiste seas rohkem neid, kes käisid viimasel eluaastal eriarsti vastuvõtul, EMOs või olid haiglaravil.

6. Enesetapu sooritanud noorukid käisid võrreldes muudel põhjustel surnud noorukitega rohkem tööl, olid rohkem seotud kuriteokahtlusega ja kuulusid toimetulekutoetust saanud leibkondadesse. Samuti oli neil võrreldes kontrollrühmaga rohkem diagnoositud meeleoluhäireid.

7. Pensioniealiste enesetapu sooritanute hulgas esines täiskasvanute üldkogumist vähem meeleoluhäireid, kuid rohkem orgaanilisi psüühikahäireid, nad käisid rohkem arsti juures, kuid kasutasid vähem psühhiaatrilist abi.

8. Võrreldes perioodiga 2006–2013 on aastatel 2014–2016 kasvanud enesetapu sooritanute osakaal, kellel on toimetulekuraskused ja hoolduskoormus, aga ka kuritegevusega seotus. Meeste hulgas on suurenenud raskete terviseprobleemidega meeste arv ja mehed kasutasid ka rohkem erinevas vormis arstiabi. Nii enesetapu sooritanud meeste, naiste kui laste ja noorukite hulgas oli viimasel perioodil

kasvanud EMOSse pöördumine. Pensionealiste naiste ja meeste seas ei ole muutunud enesetappude sagedus ega riskitegurid.

9. Süvaintervjuude alusel oli enesetapu sooritanute päritoluperekonnas suhteprobleeme, alkoholi liigtarvitamist, koduvägivalda, perekonna purunemist. Sarnaseid probleeme esines ka enesetapu sooritanute endi peredes ja suhetes. Enamikul suitsiidi läbi hukkunudel oli sõpru, kuigi sageli oli sõpruskond enne suitsiidi kahanenud ja vähe oli lähedasi sõpru. Enne suitsiidi vähenes või lõppes enesetapu sooritanute tegelemine harrastustega. Esines haridustee katkemist, töökohtade vahetust, töötust, majanduslikke raskusi. Enesetapjatel esines varasemalt suitsiidimõtteid, kuid väljendatud suitsiidimõtteid ei võetud alati tõsiselt. Väga paljud olid ka varem suitsiidikatsed teinud; osadel oli mõni lähedane suitsiidi sooritanud.

10. Lähedaste toimetulek suitsiidiga on olnud keeruline ja kohanemine on võtnud aega. Paljudel puudub tugivõrgustik kellele toetuda. Mõnele on pakutud professionaalset abi, kuid enamus ei tea, kust abi saada või puudub selleks rahaline ressurss. Enim tuntakse puudust sama taustaga inimestega kohtumiste osas.

11. Üldistades kvantitatiivse ja kvalitatiivse uuringu tulemusi on Eestis aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanud mehi ja naisi iseloomustavad tunnused kooskõlas teadusuuringutes avaldatuga ja ei ole muutunud võrreldes varasemate perioodidega. Enesetapu olulisemateks riskiteguriteks lisaks meessoole on üksindus, raskused elus ettetulevate probleemide lahendamisel, vaimse tervise häired, suitsiidimõtted ja suitsiidikatsed.

12. Käesoleva uuringu tulemusena selgus, et suitsiidi sooritanutel on rohkem vaimse tervise probleeme, mille markeriks on tervishoiuteenuste ja psühhotroopsete ravimite kasutamine.

13. Lisaks lähedaste ja sõprade tähelepanelikkusele suitsiidimõtete esitamisel, viitab tervishoiusüsteemi võimalustele aktiivsemaks sekkumiseks enesetapu sooritanud isikute sagedasem sattumine EMOSse, kus on võimalik paremini märgata ja registreerida suitsiidikatsel viitavaid pöördumisi.

14. Suitsiidid on surma põhjuste registris alaregistreeritud, tihti on enesetapu asemel surma põhjuseks märgitud mõni muu põhjus.

15. Suitsiidi teostanute elusündmused (perekonnaseis, haridus, töötamine ja töötus, alkoholi kuritarvitamine, narkootikumide kasutamine, vaimse tervise probleemide olemasolu, psühhiaatrilise abi kasutamine, suitsiidikatsete olemasolu, kiusamise või vägivalda ohvriks olek, majandusliku toimetuleku probleemid, võlgade või varasemate kriminaalkaristuste olemasolu) on registrites alaregistreeritud. Samuti on andmete kogumine vaid 12 viimase surmaeelse kuu kohta ebapiisav suitsiidi riskitegurite leidmiseks. Seetõttu tasub suitsiidi riskitegurite uuringutes registriandmeid kombineerida kõiksete intervjuuandmetega.

11. Poliitikasoovitused

Tulenevalt käesoleva uuringu ja teaduskirjanduse tulemustest on ettepanekud suitsiidiriski vähendamiseks Eestis grupeeritud tegevustena koolide, tervishoiusüsteemi ja rahvastiku tasemel. Suitsiidi otseseks riskiteguriks on psühhosotsiaalne stress ja vähesed sotsiaalsed kontaktid, mida ümbritsevad inimesed saavad leevendada, kui seda olukorda pannakse tähele.

Koolid ja teised lastega kokku puutuvad asutused ning vanemad

1. Märgata üksinduse ja suitsiidimõtetega noorukeid

Suitsiidi riskiteguriks on negatiivsed läbielamised lapsepõlves, mis hõlmavad koolikiusamist, perevägivalda ja erinevaid kaotusi lapsepõlves. Uuringus selgus, et noortel, kes olid sooritanud suitsiidi, oli esinenud probleeme koolis kas teiste õpilaste või õpetajatega ja nad olid pärit purunenud perekondadest. Suitsiidiriski kasvatat liiga varane iseseisvumine, seotus kuritegevusega. Senisest enam tuleks pöörata tähelepanu pedagoogide, teiste lastega kokkupuutuvate spetsialistide ja lapsevanemate õpetamisele vastavate probleemidega laste ja noorukite märkamisel, neile abi pakkumisel, ja asjakohasel sekkumisel.

Tervishoiusüsteem

2. Avardada psüühikahäire all kannatavate inimeste abi saamise võimalusi

Psüühika või käitumishäire diagnoosi olemasolu (depressioon, ärevushäire, sõltuvushäire, psühhootiline häire, unehäired) on otsene suitsiidi riskitegur, mida kinnitasid ka käesoleva uuringu tulemused. Tuleb tõhustada ja arendada psüühikahäiretega patsientide ravi kättesaadavust, ja ravisüsteemi, sh erinevate teenuste integreeritust ning inimese kui terviku käsitlemist.

3. Tagada alkoholi liigtarvitavatele ja narkootikumide kasutatavatele isikutele ravi võimalused

Alkoholi ja muude ainete kuritarvitamine ja sõltuvus on oluline suitsiidi riskitegur ja seda eriti kaasneva psüühikahäire diagnoosiga. Alkoholi liigtarvitajad reeglina ei tunneta ravivajadust ja lähedaste võimalusi inimeste aitamiseks tuleb suurendada. Kõigi probleemiga kokkupuutuvate ametkondade teadlikkust tuleb kasvatada ja luua neile võimalused probleemidega isikute ravile pöördumise soovitamiseks.

4. Krooniliste haigustega inimestele vajaliku abi (valuravi, hooldusabi) suurem kättesaadavus

Igapäevaelu piirava kroonilise haiguse põhjustatud püsivad vaevused kasvatavad suitsiidiriski ja seda kinnitas ka käesolev uuring Eesti kohta. Tervishoiusüsteemis tuleks enam pöörata tähelepanu krooniliste haigustega isikutele (eriti valu all kannatavatele) ja nende toimetulekule, et varakult märgata ja hinnata inimese suitsiidiriski. Tervishoiusüsteemis tuleb enam tähelepanu pöörata patsiendikesksusele ja abi järjepidevuse tagamisele.

5. Suitsiidi riskiteguritega isikutele suurem tähelepanu tervishoiusüsteemis

Varasem suitsiidikatse (viimase aasta jooksul) on kõige olulisem suitsiidi riskitegur ja kolmandik suitsiidimõtetega isikutest jõuavad ka konkreetse plaanini. Vaid osad suitsiidikatse teostajad said peale suitsiidikatset arstiabi ja suitsiidikatsete tõttu ravi saamist tervishoiuasutustes sageli ei kodeerita. Tervishoiutöötajate koolituses (nii põhi- kui täiendõppes) tuleb pöörata senisest suuremat tähelepanu

suitsiidi riskitegurite äratundmisele ning abi pakkumise tehnikatele. Vajalik on välja arendada ja töösse rakendada süsteem suitsiidiohtliku patsiendi märkamiseks ja professionaalseks abiks¹¹⁰. Täiendavate meetmete rakendamise prioriteetrühmadeks tervishoiusüsteemis on vaimse tervise häirete ravi osutajad ja EMO.

Rahvastik

6. Elanike paremad teadmised suitsiidimõtete korral abi saamise võimalustest

Oluline on kogu elanikkonda harida ja informeerida, kuidas märgata ja aidata neid, kes on raskustes ja Eesti olemasolevatest abivõimalustest, eeskätt telefoni ja interneti vahendusel toimivatest kriisiabi teenistustest.

7. Suitsiidiohvrite lähedastele suurem tähelepanu ja tugivõrk

Lähedase kaotus suitsiidi läbi on emotsionaalselt raske ja koos pideva emotsionaalse pingega oluline suitsiidi riskitegur. Vajalik on koolitada töötajaid, kes oma töös puutuvad kokku suitsiididega ja luua suitsiidiohvrite lähedaste abistamise süsteem, mis võimaldab ennetada tulevasi suitsiide.

Edasised teadusuuringud

8. Tõenduspõhine informatsioon otsustusprotsessis

Andmed riiklikest administratiivsetest registritest ja terviseandmebaasidest on suurepäraseks võimaluseks kiirhinnangu andmisele suremuse, tervise, rahvastiku jt sündmuste esinemissageduse ja trendide osas. Riiklikes andmebaasides ja registrites olevate andmete koosseis ei ole siiski piisav selgitamaks tervisesündmuste esinemise või selle sageduse muutumise põhjust Eestis. Selleks on vajalikud eesmärgipäraselt ülesehitatud ja teostatud teadusuuringud.

¹¹⁰ Näiteks analoogselt seksuaalvägivalla ohvri abistamise juhendi, protokoll ja abimaterjalidega: <https://www.ens.ee/ravijuhendid>

Kasutatud kirjandus

1. Sisask M. Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikatse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psühholoogilised mõjurid. Tartu: Tartu Ülikool; 2005.
2. Eurostat database: Table tps00125, death due to accidents, by sex [database on the Internet]. Eurostat. [cited 13.07.2018].
3. Statistika andmebaas, tabel rv56: Surnud surmapõhjuse, soo ja vanusrühma järgi [database on the Internet]. Eesti Statistikaamet. [cited 13.07.2018].
4. Statistika andmebaas, tabel rv045: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad soo ja vanuse järgi [database on the Internet]. Eesti Statistikaamet. [cited 13.07.2018].
5. Eurostat database: Table tps00122, death due to suicide, by sex [database on the Internet]. Eurostat. [cited 13.07.2018].
6. Statistika andmebaas, tabel rv57: Surnud 100 000 elaniku kohta surmapõhjuse, soo ja vanusrühma järgi [database on the Internet]. Eesti Statistikaamet. [cited 27.06.2018].
7. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020. 2008.
8. European health information gateway: Table hfa_179, suicide and self-inflicted injury, 65+, per 100 000, by sex (age-standardized death rate) [database on the Internet]. World Health Organisation. [cited 13.07.2018].
9. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas: Tabel sd31: 15 levinumat surma põhjust soo ja maakonna järgi [database on the Internet]. Tervise Arengu Instituut. [cited 13.07.2018].
10. Riigikantselei. Vigastuste ja vigastussurmade ennetamise poliitika koordineerimise rakkerühm. Aruanne. 2014.
11. Panov L. Vigastused eestis 2016.: Tervise Arengu Instituut; 2018.
12. Praxis. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. 2002.
13. Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon. Vaimse tervise strateegia 2016-2025. 2016.
14. Veldre V, Aaben, L. , Nurm Ü-K. ., Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne. . Tallinn: Poliitikauringute Keskus Praxis 2017.
15. Ravimiamet. Eesti ravimistatistika 2006–2010. Tartu: 2011.
16. Ravimiamet. Ravimiameti statistika aastaraamat 2012. Tartu: 2012.
17. Ravimiamet. Ravimiameti statistika aastaraamat. Tartu: 2017.
18. Statistika andmebaas, tabel tt35: Töötuse määr soo ja vanuserühma järgi [database on the Internet]. [cited 22.08.2018]. Available from: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=TT35&ti=T%D6%D6TUSE+M%C4%C4R+S00+JA+VANUSER%DCHMA+J%C4RGI&path=../Database/Sotsiaalelu/15Tooturg/10Tootud/02Aastastatistika/&lang=2>.
19. Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999). 2003;25(4):212-9. Epub 2004/08/26.
20. Enesetappude ennetamine: Abiks õpetajatele ja muule koolipersonalile. Juhendmaterjal. Who väljaande eestile kohandatud ja täiendatud tõlge. Tallinn: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI) 2008.
21. Suicide prevention. A practical guide for the practitioner. Falcone T T-MJ, editor: Springer; 2018.
22. US Public Health Service. The surgeon general's call to action to prevent suicide. . Washington, DC:US: US Department of Health and Human Services; 1999.
23. Knieper AJ. The suicide survivor's grief and recovery. Suicide & life-threatening behavior. 1999;29(4):353-64. Epub 2000/01/15.
24. Asare-Doku W, Osafo J, Akotia CS. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in ghana: A qualitative study. BMC psychiatry. 2017;17(1):178. Epub 2017/05/12.
25. Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. Suicide & life-threatening behavior. 2001;31(1):91-102. Epub 2001/05/01.

26. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2012;14(2):177-86. Epub 2012/07/04.
27. Conejero I, Lopez-Castroman J, Giner L, et al. Sociodemographic antecedent validators of suicidal behavior: A review of recent literature. *Current psychiatry reports*. 2016;18(10):94. Epub 2016/09/07.
28. Kazan D, Caelear AL, Batterham PJ. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2016;190:585-98. Epub 2015/11/20.
29. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological medicine*. 2003;33(3):395-405. Epub 2003/04/19.
30. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, et al. Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in australia. *Journal of psychiatric research*. 2013;47(7):980-8. Epub 2013/03/26.
31. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, et al. Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in europe: A 10-country study. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2017. Epub 2017/04/11.
32. Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: A systematic review. *Occupational and environmental medicine*. 2017;74(1):72-9. Epub 2016/09/25.
33. Carli V, Moreno-Kustner B, Jones R, et al. Suicidality in primary care patients who present with sadness and anhedonia: A prospective european study. *JMIR mental health*. 2016;16:94. Epub 2016/07/16.
34. Stanley IH, Hom MA, Joiner TE. A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, emts, and paramedics. *Clinical psychology review*. 2016;44:25-44. Epub 2016/01/01.
35. Kolves K, Varnik A, Schneider B, et al. Recent life events and suicide: A case-control study in tallinn and frankfurt. *Social science & medicine (1982)*. 2006;62(11):2887-96. Epub 2006/01/24.
36. Richardson T, Elliott P, Roberts R. The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2013;33(8):1148-62. Epub 2013/10/15.
37. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, et al. Personal debt and suicidal ideation. *Psychological medicine*. 2011;41(4):771-8. Epub 2010/06/17.
38. Chan MK, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2016;209(4):277-83. Epub 2016/06/25.
39. das Neves Peixoto FS, de Sousa DF, Luz D, et al. Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Annals of general psychiatry*. 2017;16:22. Epub 2017/04/26.
40. Brunner R, Kaess M, Parzer P, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 european countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2014;55(4):337-48. Epub 2013/11/13.
41. Draper BM. Suicidal behavior and assisted suicide in dementia. *International psychogeriatrics*. 2015;27(10):1601-11. Epub 2015/04/17.
42. Fassberg MM, Cheung G, Canetto SS, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & mental health*. 2016;20(2):166-94. Epub 2015/09/19.
43. Serafini G, Calcagno P, Lester D, et al. Suicide risk in alzheimer's disease: A systematic review. *Current Alzheimer research*. 2016;13(10):1083-99. Epub 2016/07/28.
44. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, et al. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *Journal of psychiatric research*. 2015;71:16-32. Epub 2015/11/03.

45. Lemsalu L, Ruutel K, Laisaar KT, et al. Suicidal behavior among people living with hiv (plhiv) in medical care in estonia and factors associated with receiving psychological treatment. *AIDS and behavior*. 2017;21(6):1709-16. Epub 2016/09/25.
46. Catalan J, Harding R, Sibley E, et al. Hiv infection and mental health: Suicidal behaviour--systematic review. *Psychology, health & medicine*. 2011;16(5):588-611. Epub 2011/07/13.
47. Kennedy P, Garmon-Jones L. Self-harm and suicide before and after spinal cord injury: A systematic review. *Spinal cord*. 2017;55(1):2-7. Epub 2016/09/28.
48. Conti C, Mennitto C, Di Francesco G, et al. Clinical characteristics of diabetes mellitus and suicide risk. *Frontiers in psychiatry*. 2017;8:40. Epub 2017/04/05.
49. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, et al. Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Frontiers in psychiatry*. 2016;7:138. Epub 2016/08/30.
50. Cooper AJ, Harris VR. Modern management of acne. *The Medical journal of Australia*. 2017;206(1):41-5. Epub 2017/01/12.
51. Chi CC, Chen TH, Wang SH. Risk of suicidality in people with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. 2017.
52. Lavigne JE. Suicidal ideation and behavior as adverse events of prescribed medications: An update for pharmacists. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*. 2016;56(2):203-6. Epub 2016/03/24.
53. Didham RC, McConnell DW, Blair HJ, et al. Suicide and self-harm following prescription of ssris and other antidepressants: Confounding by indication. *British journal of clinical pharmacology*. 2005;60(5):519-25. Epub 2005/10/21.
54. Boylan K, Romero S, Birmaher B. Psychopharmacologic treatment of pediatric major depressive disorder. *Psychopharmacology*. 2007;191(1):27-38. Epub 2006/08/10.
55. Christiansen E, Agerbo E, Bilenberg N, et al. SsrIs and risk of suicide attempts in young people - a danish observational register-based historical cohort study, using propensity score. *Nordic journal of psychiatry*. 2016;70(3):167-75. Epub 2015/08/08.
56. Brent DA. Antidepressants and suicidality. *The Psychiatric clinics of North America*. 2016;39(3):503-12. Epub 2016/08/16.
57. Dodds TJ. Prescribed benzodiazepines and suicide risk: A review of the literature. *The primary care companion for CNS disorders*. 2017;19(2). Epub 2017/03/04.
58. Food and Drug Administration. Statistical review and evaluation antiepileptic drugs and suicidality. In: Administration USDoHaHSFaD, editor. 2008.
59. Mula M, Bell GS, Sander JW. Suicidality in epilepsy and possible effects of antiepileptic drugs. *Current neurology and neuroscience reports*. 2010;10(4):327-32. Epub 2010/05/18.
60. Chien J. Ethosuximide-induced mania in a 10-year-old boy. *Epilepsy & behavior : E&B*. 2011;21(4):483-5. Epub 2011/06/22.
61. Coyle H, Clough P, Cooper P, et al. Clinical experience with perampanel: Focus on psychiatric adverse effects. *Epilepsy & behavior : E&B*. 2014;41:193-6. Epub 2014/12/03.
62. Davies M, Coughtrie A, Layton D, et al. Use of atomoxetine and suicidal ideation in children and adolescents: Results of an observational cohort study within general practice in england. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2017;39:11-6. Epub 2016/11/05.
63. Center for Drug Evaluation and Research. Application number: 209241orig1s000. Summary review. 2016.
64. de Mattos Viana B, Prais HA, Daker MV. Melancholic features related to rimonabant. *General hospital psychiatry*. 2009;31(6):583-5. Epub 2009/11/07.
65. Mead E, Atkinson G, Richter B, et al. Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2016;11:CD012436. Epub 2016/11/30.
66. Carnovale C, Pellegrino P, Perrone V, et al. Neurological and psychiatric adverse events with prucalopride: Case report and possible mechanisms. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2013;38(6):524-5. Epub 2013/07/31.

67. Surawski RJ, Quinn DK. Metoclopramide and homicidal ideation: A case report and literature review. *Psychosomatics*. 2011;52(5):403-9. Epub 2011/09/13.
68. Myint AM, Schwarz MJ, Steinbusch HW, et al. Neuropsychiatric disorders related to interferon and interleukins treatment. *Metabolic brain disease*. 2009;24(1):55-68. Epub 2008/12/11.
69. Hong BA, North CS, Pollio DE, et al. The use of psychoeducation for a patient with hepatitis c and psychiatric illness in preparation for antiviral therapy: A case report and discussion. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2011;18(1):99-107. Epub 2011/02/22.
70. Goeb JL, Even C, Nicolas G, et al. Psychiatric side effects of interferon-beta in multiple sclerosis. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2006;21(3):186-93. Epub 2006/01/03.
71. Schaffer LC, Schaffer CB, Hunter S, et al. Psychiatric reactions to isotretinoin in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2010;122(3):306-8. Epub 2009/09/29.
72. Simpson RC, Grindlay DJ, Williams HC. What's new in acne? An analysis of systematic reviews and clinically significant trials published in 2010-11. *Clinical and experimental dermatology*. 2011;36(8):840-3; quiz 3-4. Epub 2011/11/15.
73. del Rosario MA, Bender BG, White CW. Suicidal ideation and thought disorder associated with the formoterol component of combined asthma medication. *Pediatric pulmonology*. 2013;48(1):102-3. Epub 2012/04/11.
74. Ebbert JO, Croghan IT, Sood A, et al. Varenicline and bupropion sustained-release combination therapy for smoking cessation. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2009;11(3):234-9. Epub 2009/02/28.
75. Harrison-Woolrych M, Ashton J. Psychiatric adverse events associated with varenicline: An intensive postmarketing prospective cohort study in new zealand. *Drug safety*. 2011;34(9):763-72. Epub 2011/08/13.
76. Sutton EL. Profile of suvorexant in the management of insomnia. *Drug design, development and therapy*. 2015;9:6035-42. Epub 2015/12/10.
77. Innos K, Rahu K, Baburin A, et al. Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: A cohort study in estonia. *Scandinavian journal of public health*. 2002;30(2):133-40. Epub 2002/05/25.
78. Rahu KR, M. . Tšernobõli veteranide eesti kohortuuring: Vähihaigestumus 1986–2012 ja suremus 1986–2014. *Eesti Arst*. 2016;95(9):575-80.
79. Varnik A, Kolves K, Wasserman D. Suicide among russians in estonia: Database study before and after independence. *BMJ (Clinical research ed)*. 2005;330(7484):176-7. Epub 2004/12/17.
80. Innos K, Rahu K, Rahu M, et al. Suicides among cancer patients in estonia: A population-based study. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2003;39(15):2223-8. Epub 2003/10/03.
81. Sabre L, Rekan T, Asser T, et al. Mortality and causes of death after traumatic spinal cord injury in estonia. *The journal of spinal cord medicine*. 2013;36(6):687-94. Epub 2013/10/05.
82. Kolves K, Sisask M, Anion L, et al. Factors predicting suicide among russians in estonia in comparison with estonians: Case-control study. *Croatian medical journal*. 2006;47(6):869-77. Epub 2006/12/16.
83. Kolves K, Varnik A, Tooding LM, et al. The role of alcohol in suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychological medicine*. 2006;36(7):923-30. Epub 2006/05/03.
84. Schneider B, Kolves K, Blettner M, et al. Substance use disorders as risk factors for suicide in an eastern and a central european city (tallinn and frankfurt/main). *Psychiatry research*. 2009;165(3):263-72. Epub 2009/02/03.
85. Tall K, Kolves K, Sisask M, et al. Do survivors respond differently when alcohol abuse complicates suicide? Findings from the psychological autopsy study in estonia. *Drug and alcohol dependence*. 2008;95(1-2):129-33. Epub 2008/03/08.
86. Varnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Suicide methods in europe: A gender-specific analysis of countries participating in the "european alliance against depression". *Journal of epidemiology and community health*. 2008;62(6):545-51. Epub 2008/05/15.

87. Varnik A, Sisask M, Varnik P, et al. Drug suicide: A sex-equal cause of death in 16 european countries. *BMC public health*. 2011;11(1):61. Epub 2011/02/01.
88. Fond G, Llorca PM, Boucekine M, et al. Disparities in suicide mortality trends between united states of america and 25 european countries: Retrospective analysis of who mortality database. *Scientific reports*. 2016;6:20256. Epub 2016/03/24.
89. Yur'yev A, Varnik A, Varnik P, et al. Employment status influences suicide mortality in europe. *The International journal of social psychiatry*. 2012;58(1):62-8. Epub 2010/11/20.
90. Wu J, Varnik A, Tooding LM, et al. Suicide among older people in relation to their subjective and objective well-being in different european regions. *European journal of ageing*. 2014;11(2):131-40. Epub 2013/10/23.
91. Lukaschek K, Engelhardt H, Baumert J, et al. No correlation between rates of suicidal ideation and completed suicides in europe: Analysis of 49,008 participants (55+ years) based on the survey of health, ageing and retirement in europe (share). *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2015;30(7):874-9. Epub 2015/10/08.
92. Bursztejn Lipsicas C, Makinen IH, Wasserman D, et al. Gender distribution of suicide attempts among immigrant groups in european countries--an international perspective. *European journal of public health*. 2013;23(2):279-84. Epub 2012/05/12.
93. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The who supre-miss community survey. *Psychological medicine*. 2005;35(10):1457-65. Epub 2005/09/17.
94. Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychological medicine*. 2005;35(10):1467-74. Epub 2005/09/17.
95. Durkee T, Carli V, Floderus B, et al. Pathological internet use and risk-behaviors among european adolescents. *International journal of environmental research and public health*. 2016;13(3). Epub 2016/04/08.
96. Parker RD, Lohmus L, Valk A, et al. Outcomes associated with anxiety and depression among men who have sex with men in estonia. *Journal of affective disorders*. 2015;183:205-9. Epub 2015/05/31.
97. Ruutel K, Valk A, Lohmus L. Suicidality and associated factors among men who have sex with men in estonia. *Journal of homosexuality*. 2017;64(6):770-85. Epub 2016/10/18.
98. Lemsalu L LL, Vals K, Rütel K. . Prostitutsiooni kaasatud naiste terviseuring 2016. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2017.
99. Vali M, Lang K, Soonets R, et al. Childhood deaths from external causes in estonia, 2001-2005. *BMC public health*. 2007;7:158. Epub 2007/07/20.
100. Varnik A, Kolves K, Allik J, et al. Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 european countries. *Journal of affective disorders*. 2009;113(3):216-26. Epub 2008/07/16.
101. Heidmets L, Samm A, Sisask M, et al. Sexual behavior, depressive feelings, and suicidality among estonian school children aged 13 to 15 years. *Crisis*. 2010;31(3):128-36. Epub 2010/06/25.
102. Samm A, Tooding LM, Sisask M, et al. Suicidal thoughts and depressive feelings amongst estonian schoolchildren: Effect of family relationship and family structure. *European child & adolescent psychiatry*. 2010;19(5):457-68. Epub 2009/12/01.
103. Mark L, Samm A, Tooding LM, et al. Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents. An hbsc study on school children in estonia, lithuania, and luxembourg. *Crisis*. 2013;34(1):3-12. Epub 2012/08/01.
104. Statistika andmebaas, tabel number sk111: Pensionärid ja toitjakaotuspensiononi saavad pereliikmed soo ja vanuserühma järgi, 1. Jaanuar [database on the Internet]. [cited 22.08.2018]. Available from: http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=SK111&ti=PENSION%C4RID+JA+TOITJAKAOTUSPENSIONI+SAAVAD+PERELIHKMED+SOO+JA+VANUSER%C4HMA+J%C4RGI%2C+1%2E+JAANUAR&path=../Database/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne_kaitse/04Sotsiaalkindlustus/02Pensionikindlustus/&lang=2.

105. Toimetulekutoetus 2001-2017 [database on the Internet]. [cited 22.08.2018]. Available from: http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Statistika/Sotsiaalvaldkond/toimetulekutoetus_2001-2017.xlsx.
106. Hooldajatoetus 2005-2017 [database on the Internet]. [cited 22.08.2018]. Available from: http://www.sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Statistika/Sotsiaalvaldkond/hooldajatoetus_2005-2017.xlsx.
107. Varnik P, Sisask M, Varnik A, et al. Suicide registration in eight european countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic science international*. 2010;202(1-3):86-92. Epub 2010/05/21.
108. Varnik P, Sisask M, Varnik A, et al. Validity of suicide statistics in europe in relation to undetermined deaths: Developing the 2-20 benchmark. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*. 2012;18(5):321-5. Epub 2011/12/14.

Lisa 1 Andmepäringus kasutatud andmebaasid ja tunnused

1. Surma põhjuste register, Tervise Arengu Instituut

- uuritava umbisikuline kood;
- sünni ja surma kuupäev (kuu täpsusega);
- sugu;
- surma põhjus RHK-10 järgi;
- rahvus;
- haridustase (omaste ütluste põhjal);
- perekonnaseis (omaste ütluste põhjal);
- elukoht (KOV tasemel);
- välispõhjustest tingitud surma korral vigastuse või mürgistuse saamise koht ja asjaolud ning vigastatu tegevus juhtumi toimumise ajal.

2. Sotsiaalkaitse infosüsteem, Sotsiaalkindlustusamet

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isikul oli enesetapule/surmale eelneval 12 kuul kehtiv puue (jah/ei);
- kas isikul oli enesetapule/surmale eelneval 12 kuul kehtiv püsiv töövõimetus (jah/ei);
- kas isik sai ükskõik millist toetust või teenust Sotsiaalkindlustusametilt enesetapule/surmale eelnenud 12 kuul (jah/ei), kui jah, siis toetuse või teenuse liik grupeerida järgnevalt:

Sotsiaalkindlustusameti makstavad toetused/hüvitised:

- mõni ühekordsetest perehüvitistest (va elluastumistoetus) (jah/ei)
- elluastumistoetus (jah/ei)
- mõni regulaarsetest perehüvitistest (jah/ei)
- elatisabi (jah/ei)
- pensionid (kõik riiklikud pensionid, va toitjakaotuspension) (jah/ei)
- toitjakaotuspension (jah/ei)
- mõni puuetega inimeste toetus (jah/ei)
- matusetoetus (jah/ei)
- mõni muu toetuse (nt õppelaenu kustutamine, represseeritu toetus, olümpiavõitja toetus jne, va matusetoetus) (jah/ei)

Sotsiaalkindlustusameti osutatavad teenused:

- erihoolekandeteenuse saaja (jah/ei)
- rehabilitatsiooniteenuse saaja (jah/ei)
- soodustingimustel abivahendite kasutaja (jah/ei)
- ohvriabi teenuse saaja (jah/ei).

3. Ravikindlustuse andmekogu, Eesti Haigekassa

- 1) kas isikul oli diagnoositud enesetapule/surmale eelneval 12 kuul mõni psüühika- ja käitumishäire F00–F99 (psüühika- ja käitumishäired);
- 2) kas isik oli eelnevalt toime pannud enesetapu katse (kuni 12 kuud enne fataalse lõpuga enesetappu/surma) Z91.5 (enesetapukatse), X60–X84 (tahtlik enesekahjustus), Y10–Y34 (ebaselge tahtlusega sündmus);
- 3) kas isikul oli diagnoositud mõni raske haigus, valu või väärkohtlemine enesetapule/surmale eelneval 12 kuul B20–B24, Z21 (HIV/AIDS), C00–C97 (pahaloomulised kasvajad), E10–E14 (diabeet), E65–E68 (rasvumus), G00–G99 (närvisüsteemihäigused), H53–H54 (nägemishäired ja pimedus), H25 (kae), H90–H91 (kuulmisnõrkus), I00–I09 (reumaatilised haigused), I60–69 (peaaju veresoonte haigused), J44 (krooniline obstruktiivne kopsuhaigus), J45–J46 (astma), K25–K27 (peptiline haavand), K70–K77 (maksahaigused), L40 (psoriaas), L70 (akne), M05–M14 (rasked liigesehaigused), M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M30–M36 (süsteemsed sidekoehaigused),

M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (pöiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), N17–N19 (neerupuudulikkus), N40–N51 (meessuguelundite haigused), O00–O99 (raseduse ja sünnitusega seotud koodid, sh katkemised), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (köhu- ja vaagna- piirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd), S14, S24, S34 (seljaaju vigastus), Z04.4 (läbivaatus ja jälgimine pärast väidetavat vägistamist ja võrgutamist); Z04.5 (läbivaatus ja jälgimine pärast muid tekitatud vigastusi);

Punktide 1–3 osas tehti valimisse kuuluvate isikute kohta väljavõtte kõigist ambulatoorsetest ja statsionaarsetest raviarvetest (sh perearstiabi 0 arved, päevaravi, EMO, taastusravi, õendusabi) surmale eelnenud 12 kuu kohta konkreetse isiku surmast (arve alguse kuupäeva järgi), millel on põhi- või kaasuvaks diagnoosiks (koos alamkoodidega) vastav RHK-10 kood.

Arvete väljavõtted sisaldasid järgmisi välju: patsiendi umbisikuline kood, ravitüüp, raviarve algus- ja lõpukuupäev, raviasutus, eriala, põhi/kaasuv diagnoos, diagnoosi kood RHK-10 järgi, diagnoosi nimi.

- 4) kas isik oli saanud psühhiaatrilist abi kuni 12 kuud enne enesetapu sooritamist/surma (jah/ei), kui jah, siis mitu korda on isik käinud psühhiaatri ambulatoorsel vastuvõtul (vastuvõttude arv) või päevaravis (päevade arv) ja kas või mitu korda ning mitu päeva on isik viibinud psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil;
- 5) kas isik oli käinud viimasel 12 kuul enne enesetapu sooritamist/surma perearsti või pereõe juures või saanud neilt telefonikonsultatsiooni (jah/ei, kui jah, siis tuua välja kui mitu korda – vastuvõttude/visiitide ja telefonikonsultatsioonide arv);
- 6) kas isik oli sattunud tervishoiusüsteemi (va psühhiaatria ja perearstiabi) viimasel 12 kuul enne enesetapu sooritamist/surma (jah/ei), kui jah, siis tuua välja vastava ravi liik (erakorraline meditsiin, ambulatoorne eriarstiabi (sh taastusravi), päevaravi või statsionaarne ravi) ja mitu korda oldi kontaktis (erakorralise meditsiini ja eriarstiabi vastuvõttude/visiitide arv, päevade arv päevaravis, kordade ja päevade arv statsionaarses abis);
- 7) kas isikul oli 12 kuu jooksul enne enesetappu/surma töövoimetuslehti (jah/ei);

Valimisse kuuluvate isikute kohta esitati punktides 4–7 andmed koos uuritava umbisikulise koodiga.

- 8) kas isik oli 12 kuu jooksul enne enesetappu/surma kasutatud ravimeid, mille kõrvaltoimete hulka kuuluvad enesetapumõtted.

Valimisse kuuluvate isikute kohta tehti väljavõtte kõigist nende isikute poolt 12 kuu jooksul enne surma välja ostetud (väljaostmise kuupäev) järgnevatest ATC koodidega retseptidest (sh 0 soodusmääraga): A03FA01 (metoklopramiid), A06AX05 (prukalopriid), A08* (rasvumusvastased ained), D10BA01 (isotretinoiin), J05AB04 (ribaviriin), N03* (epilepsiavastased ained), N05BA* (bensodiasepiinid), N06A* (antidepressandid), N06BA (tsentraalse toimega sümpatomi-meetikumid), N07BA03 (varenikliin), N07XX06 (tetrabensiin), R03AC13 (formoterool), R03AK07 (formoterool+budesoniid), L03AB* (interferoonid), L03AC* (interleukiinid).

Retseptide väljavõtted sisaldasid järgmisi välju: uuritava isiku umbisikustatud kood, ravimi ATC kood, pakendi kood, ravimi nimetus, väljaostetud pakendite arv, retsepti väljaostmise kuupäev.

4. Riiklik kinnipeetavate, karistusjärgselt kinnipeetavate, arestialuste ja vahistatute register, Justiitsministeerium

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik oli viibinud vanglas (jah/ei), kui jah, siis kas ta viibis seal kuni 12 kuu jooksul enne enesetapu sooritamist/surma;
- kas isik oli kriminaalhooldusalune kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah, ei).

5. Karistusregister, Justiitsministeerium

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik oli sooritanud kriminaalkuriteo kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah/ei).

6. E-toimik, Justiitsministeerium

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik oli kuriteo kahtlusega (kriminaalmenetlus) uurimise all kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah/ei);
- kas isikule oli välja kuulutatud pankrot kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah/ei);
- kas isiku kohta oli esitatud pankrotiavaldus kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah/ei);
- kas isik osales võla sissenõudmisega seotud kohtumenetluses kostjana või hagita maksekäsu kiirmenetluses võlgnikuna ja vastav kohtuotsus oli tehtud kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah/ei).

7. **Äriregister**, Justiitsministeerium

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isikuga seotud juriidilisele isikule oli välja kuulutatud pankrot kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah/ei);
- kas isikuga seotud juriidilise isiku kohta oli esitatud pankrotiavaldus kuni 12 kuud enne enesetappu/surma (jah/ei).

8. **Kohtuekspertiisi infosüsteem**, Eesti Kohtuekspertiisi Instituut

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik oli enesetappu teostades/surres alkoholijoores (jah/ei); (neil kes läbisid kohtumediitsiinilise lahangu);
- kas isik oli enesetappu teostades/surres narkojoobes (jah/ei); (neil kes läbisid kohtumediitsiinilise lahangu);
- juhul kui isiku surma põhjuseks oli ravimi mürgistus, siis vastava toimeaine nimetus.

9. **Töötuna ja töötajana arvel olevate isikute ning tööturuteenuste osutamise register**, Eesti Töötukassa

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik oli olnud töötuna enesetappule/surmale eelneval 12 kuul (jah/ei), kui jah, siis tuuakse eraldi välja kas tegemist oli pikaajalise (12-kuud või enam) töötuga ;
- kas isik oli kasutanud enesetappule/surmale eelneval 12 kuul töötukassa poolt pakutatavat psühholoogilise konsultatsiooni teenust (jah/ei); (*rakendatud alates 2008*)
- kas isik oli saanud enesetappule/surmale eelneval 12 kuul töötutoetust töötukassalt (jah/ei).
- kas isikule oli määratud osaline või täielik töövõimetus (jah/ei), (*alates 2016 II poolaastast*).

10. **Töötuskindlustuse andmekogu**, Eesti Töötukassa

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik oli saanud enesetappule/surmale eelneval 12 kuul töötuskindlustushüvitist töötukassalt (jah/ei).

11. **Maksukohuslaste register**, Maksu- ja Tolliamet

- uuritava umbisikuline kood;
- Kas isikul oli viimasel 12 kuul enne enesetappu sooritamist/surma toimunud vähemalt üks tööandja poolne maksulaekumine (tuvastamaks, kas isikul oli olnud ametlik sissetulek) (jah/ei), kui jah, siis tuuakse välja kui mitmel kuul;
- Isikule makstud töötasude (sh palk; töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu; juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu; ja ajutise töövõimetus hüvitis) kogusumma viimasel 12 elukuul.

12. **Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister**, Sotsiaalministeerium

Register alustas oma tööd 01.04.2010

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik kuulus toimetulekutoetust saanud leibkonda, enesetapule/surmale eelnenud 12 kuul (jah/ei);
- kas isik kuulus vajaduspõhist peretoetust saanud leibkonda, enesetapule/surmale eelnenud 12 kuul (jah/ei); (*alates juuli 2013*)
- kas isikule pakuti sotsiaalteenuseid enesetapule/surmale eelneval 12 kuul (jah/ei), kui jah, siis loetelu teenustest:
 - kas isikule osutati täisealise isiku hooldust (jah/ei)
 - kas isik oli määratud täisealise isiku hooldajaks (jah/ei)
 - kas isik oli peres hooldatav laps (jah/ei) (*alates 2016*)
 - kas isik viibis asenduskodus (jah/ei) (*alates 2016*)
 - kas isik oli lastekaitseeaduse tähenduses abivajav või hädaohus laps (jah/ei) (*alates 2016*)
 - kas surnud lapsele osutati raske ja sügava puudega lapse lapsehoiuteenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati koduteenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati väljaspool kodu osutatavat hooldusteenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati tugiisikuteenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati isikliku abistaja teenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati varjupaigateenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati turvakoduteenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati sotsiaaltransporditeenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati eluruumi tagamise teenust (jah/ei)
 - kas isikule osutati võlanõustamisteenust (jah/ei)
 - kas isik sai mõnda abivajaduse hindamisega seotud toetust (jah/ei).

13. Kaitseväekohuslaste register, Kaitseministeerium

- uuritava umbisikuline kood;
- Kas isik oli viimasel 12 kuul enne enesetappu/surma viibinud ajateenistuses (jah/ei);
- Kas isik oli viimasel 12 kuul enne enesetappu/surma viibinud asendusteenistuses (jah/ei) (*andmed alates 2007*);
- Kas isik oli viimasel 12 kuul enne enesetappu/surma viibinud tegevteenistuses (jah/ei).

14. Infosüsteem POLIS, Politsei- ja Piirivalveamet

- uuritava umbisikuline kood;
- kas isik oli enesetapule/surmale eelnenud 12 kuul olnud vägistamise ohver (jah/ei)?
- kas isik oli enesetapule/surmale eelnenud 12 kuul olnud muu vägivalla ohver (jah/ei)?

Lisa 2 Uuringu- ja kontrollrühma kirjeldus registriandmetel

	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)		Märkus	
	n	%	n	%		
SURMA PÕHJUSTE REGISTER						
Surma-aasta						
2006	247	9,7	237	9,3	Valitud lähima surmaajaga kontroll (<1, < 6 v <12 kuud)	
2007	254	10	264	10,4		
2008	244	9,6	242	9,5		
2009	270	10,6	271	10,7		
2010	223	8,8	224	8,8		
2011	218	8,6	223	8,8		
2012	239	9,4	236	9,3		
2013	218	8,6	221	8,7		
2014	241	9,5	234	9,2		
2015	203	8	200	7,9		
2016	186	7,3	191	7,5		
Maakond						
Harju maakond	815	32	821	32,3	Sobitamise alus, osaline (Harjumaa vs. muu)	
Hiiu maakond	25	1	17	0,7		
Ida-Viru maakond	329	12,9	530	20,8		
Jõgeva maakond	96	3,8	72	2,8		
Järva maakond	82	3,2	59	2,3		
Lääne maakond	59	2,3	56	2,2		
Lääne-Viru maakond	159	6,3	150	5,9		
Põlva maakond	97	3,8	65	2,6		
Pärnu maakond	188	7,4	173	6,8		
Rapla maakond	72	2,8	71	2,8		
Saare maakond	70	2,8	73	2,9		
Tartu maakond	272	10,7	219	8,6		
Valga maakond	71	2,8	66	2,6		
Viljandi maakond	121	4,8	104	4,1		
Võru maakond	87	3,4	67	2,6		
Sugu						
mehed	2040	80,2	2040	80,2		Sobitamise alus
naised	503	19,8	503	19,8		
Vanus						
<i>keskmine (sd)</i>						
mehed	49,1 (18,5)		49,2 (18,4)		Sobitamise alus	
naised	59,6 (20,6)		59,5 (20,7)			
<i>min; p25; med; p75; max</i>						
mehed	11; 34; 50; 63; 95		10; 34; 50; 63; 94		2 surnut juhtude hulgas olid tundmatud mehed, neile sobitati muudel põhjusel surnud tundmatud mehed.	
naised	12; 44; 61; 77; 100		12; 44; 61; 77; 100			
<i>Jaotus</i>						
10-19	101	4	101	4		
20-29	332	13,1	332	13,1		

	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)		Märkus	
	n	%	n	%		
	30-39	333	13,1	333	13,1	
	40-49	398	15,7	398	15,7	
	50-59	514	20,2	514	20,2	
	60-69	323	12,7	323	12,7	
	70-79	337	13,3	337	13,3	
	80+	203	8	203	8	
	puudu	2	0,1	2	0,1	
Rahvus						
	eestlane	1759	69,2	1559	61,3	Vabatahtlikkuse alusel
	muu	40	1,6	40	1,6	täidetud tunnus, kuni
	soomlane	20	0,8	26	1	16-aastastel ema
	ukrainlane	49	1,9	49	1,9	rahvus.
	valgevenelane	40	1,6	48	1,9	
	venelane	625	24,6	814	32	
	puudu	10	0,4	7	0,3	
Üldhariduskoolis omandatud haridus						
	Ei oma põhiharidust	171	6,7	239	9,4	Vabatahtlikkuse alusel
	Põhiharidus	1085	42,7	1091	42,9	täidetud tunnus.
	Üldkeskharidus	1073	42,2	1031	40,5	
	puudu	214	8,4	182	7,2	
Lõpetatud kutse- või erialaharidus						
	Kutseharidus	73	2,9	84	3,3	Vabatahtlikkuse alusel
	Kutsehar+põhiharidus	6	0,2	3	0,1	täidetud tunnus.
	Kutsehar+keskharidus	78	3,1	111	4,4	
	Kutsekeskharidus	81	3,2	80	3,1	
	Keskeri/tehnikum	298	11,7	284	11,2	
	Kõrgharidus	254	10	250	9,8	
	puudu	1753	68,9	1731	68,1	
Pereseis						
	registreeritud abielus	816	32,1	791	31,1	Vabatahtlikkuse alusel
	vabaabielus	83	3,3	66	2,6	täidetud tunnus.
	vallaline	807	31,7	930	36,6	
	lahutatud	489	19,2	461	18,1	
	lesk	296	11,6	262	10,3	
	puudu	52	2	33	1,3	
Elukoht maa/linn						
	maa	997	39,2	779	30,6	
	linn	1545	60,8	1764	69,4	
	puudu	1	0	0	0	

Surma põhjused RHK-10 koodide järgi (kood, arv, %)

			Juhud				Kontrollid
X70	2011	79,1	poomise, kägistamise ja lämmatamisega	I	952	37,4	Vereringeelundid
X74	122	4,8	muu ja täpsustamata tulirelva lasuga	C	638	25,1	Vähid
X78	60	2,4	terav ese	K	246	9,7	Seedeelundid
X80	50	2,0	kõrgelt hüppamine	B	143	5,6	Viirus, nakkus, parasiit
X73	49	1,9	vintpüssi, haavlipüssi või suurema tulirelva lasuga	G	126	4,9	Närvisüsteem
X61	48	1,9	enesemürgistus antiepileptikumide, sedatiiv-hüpnootiliste, parkinsonismivastaste või muude psühhotroopsete ravimitega	R	121	4,8	Muud hälbud
				J	108	4,2	Hingamiseldundite haigused
X64	36	1,4	enesemürgistus muude ja täpsustamata rohtude, ravimite ning boil, ainetega	F	66	2,6	Psüühika- ja käitumishäired
X72	34	1,3	Käsirelvalask	E	39	1,5	Sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused
X67	28	1,1	enesemürgistus muude gaaside ja aurudega	A	29	1,1	Viirus, nakkus, parasiit
X71	24	0,9	uputamise ja vee alla vajumisega	Q	25	1,0	Kaasasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad
X69	12	0,5	enesemürgistus muude ja täpsustamata kemikaalide ning kahjulike ainetega				
X62	11	0,4	enesemürgistus mujal klassifitseerimata narkootikumide ning psühhodüsleptikumidega [hallutsinogeenidega]	D	15	0,6	Kasvajad/Vere- ja vereloomeelundite haigused ning teatavad immuunmehhanismidega seotud haigusseisundid
X65	9	0,4	enesemürgistus alkoholiga ja selle toime				
X76	9	0,4	tuli ja leegid	N	15	0,6	Kuse-suguelundite haigused
X83	8	0,3	muu täpsustatud viis				
X82	7	0,3	mootorsõiduki purustamise teel	M	11	0,4	Lihaskonna ja sidekoehaigused
X81	6	0,2	liikva objekti ette hüppamise või selle ees lamamisega	L	5	0,2	Naha- ja nahaaluskoe haigused
X63	5	0,2	enesemürgistus muude autonoomset närvisüsteemi mõjustavate ravimitega	O	4	0,2	Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne periood
X84	5	0,2	täpsustamata viis				
X66	4	0,2	enesemürgistus orgaaniliste lahustite või halogeensüvesinikkude ning nende aurudega				
X79	4	0,2	enesekahjustus tõmbi esemega				
X60	1	0,1	enesemürgistus mitteopioidsete analgeetikumide, antipüreetikumide või antireumaatikumidega				

	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)	
	n	%	n	%
SOTSIAALKAITSE INFOSÜSTEEM, SOTSIAALKINDLUSTUSAMET				
Kehtiv puue				
Ei	1954	76,8	1421	55,9
Jah	587	23,1	1120	44
puudu	2	0,1	2	0,1
Kehtiv püsiv töövõimetus				
Ei	2299	90,4	1983	78
Jah	242	9,5	558	21,9
puudu	2	0,1	2	0,1
Mõne ühekordsetest perehüvitistese saamine va elluastumistoetus				
Ei	2521	99,1	2525	99,3
Jah	20	0,8	16	0,6
puudu	2	0,1	2	0,1
Elluastumistoetuse saamine				
Ei	2541	99,9	2540	99,9
Jah	0	0	1	0
puudu	2	0,1	2	0,1
Mõne regulaarse perehüvitise saamine				
Ei	2470	97,1	2481	97,6
Jah	71	2,8	60	2,4
puudu	2	0,1	2	0,1
Elatisabi saamine				
Ei	2543	100	2543	100
Mõne riikliku pensioni, va toitjakaotuspensionini saamine				
Ei	1310	51,5	757	29,8
Jah	1231	48,4	1784	70,2
puudu	2	0,1	2	0,1
Toitjakaotuspensionini saamine				
Ei	2512	98,8	2533	99,6
Jah	29	1,1	8	0,3
puudu	2	0,1	2	0,1
Mõne puuetega inimeste toetuse saamine				
Ei	1954	76,8	1445	56,8
Jah	587	23,1	1096	43,1
puudu	2	0,1	2	0,1
Matusetoetuse saamine				
Ei	2531	99,5	2532	99,6
Jah	10	0,4	9	0,4
puudu	2	0,1	2	0,1
Tema eest maksti matusetoetust				
Ei	1624	63,9	1623	63,8
Jah	917	36,1	918	36,1
puudu	2	0,1	2	0,1

	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)	
	n	%	n	%
Muu toetuse (nt õppelaenu kustutamine, represseritu, olümpiavõitja) v.a matusetootuse saamine				
Ei	2498	98,2	2502	98,4
Jah	43	1,7	39	1,5
puudu	2	0,1	2	0,1
Erihoolekandeteenuse saaja				
Ei	2528	99,4	2511	98,7
Jah	13	0,5	30	1,2
puudu	2	0,1	2	0,1
Rehabilitatsiooniteenuse saaja				
Ei	2518	99	2459	96,7
Jah	23	0,9	82	3,2
puudu	2	0,1	2	0,1
Ohvriabi teenuse saaja				
Ei	2543	100	2543	100

SOTSIAALTEENUSTE JA -TOETUSTE REGISTER

Toimetulekutoetust saanud leibkond

Ei	2457	96,6	2464	96,9
Jah	84	3,3	77	3
puudu	2	0,1	2	0,1

Vajaduspõhist peretoetust saanud leibkond

Ei	2529	99,4	2535	99,7
Jah	12	0,5	6	0,2
puudu	2	0,1	2	0,1

Kas isik sai sotsiaalteenuseid 12 kuu jooksul enne oma surma

Ei	2423	95,3	2358	92,7
Jah	118	4,6	183	7,2
puudu	2	0,1	2	0,1

Täisealise isiku hooldusteenuse saamine

Ei	2512	98,8	2463	96,9
Jah	29	1,1	78	3,1
puudu	2	0,1	2	0,1

Täisealise isiku hooldaja

Ei	2519	99,1	2529	99,4
Jah	22	0,9	12	0,5
puudu	2	0,1	2	0,1

Surnu oli hooldatav laps

Ei	2541	99,9	2541	99,9
puudu	2	0,1	2	0,1

Juhud (n=2543) Kontrollid (n=2543)

n % n %

Isik viibis asenduskodus

Ei	2540	99,9	2540	99,9
Jah	1	0	1	0

	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)		
	n	%	n	%	
Abivajav või hädaohus laps	puudu	2	0,1	2	0,1
	Ei	2540	99,9	2539	99,8
	Jah	1	0	2	0,1
	puudu	2	0,1	2	0,1
Surnud lapsele osutati raske ja sügava puudega lapse lapsehoiuteenust	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
Koduteenus	Ei	2540	99,9	2540	99,9
	Jah	1	0	1	0
	puudu	2	0,1	2	0,1
Väljaspool kodu osutatav hooldusteenus	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
Tugiisikuteenus	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
Isikliku abistaja teenus	Ei	2540	99,9	2541	99,9
	Jah	1	0	0	0
	puudu	2	0,1	2	0,1
Varjupaigateenus	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
Turvakoduteenus	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
Sotsiaaltransporditeenus	Ei	2539	99,8	2541	99,9
	Jah	2	0,1	0	0
	puudu	2	0,1	2	0,1
Eluruumi tagamise teenus	Ei	2540	99,9	2539	99,8
	Jah	1	0	2	0,1
	puudu	2	0,1	2	0,1
Võlanõustamisteenus	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
Mõni abivajaduse hindamisega seotud toetus	Ei	2474	97,3	2439	95,9
	Jah	67	2,6	102	4
	puudu	2	0,1	2	0,1

RIIKLIK KINNIPEETAVATE, KARISTUSJÄRGSELT KINNIPEETAVATE, ARESTIALUSTE JA VAHISTATUTE REGISTER

Viibis vanglas elu jooksul

	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)		
	n	%	n	%	
	Ei	2387	93,9	2348	92,3
	Jah	154	6,1	193	7,6
	puudu	2	0,1	2	0,1
Viibis vanglas kuni 12 kuud enne surma					
	Ei	2497	98,2	2505	98,5
	Jah	44	1,7	36	1,4
	puudu	2	0,1	2	0,1
On olnud kriminaalhooldusel elu jooksul					
	Ei	2232	87,8	2240	88,1
	Jah	309	12,2	301	11,8
	puudu	2	0,1	2	0,1
On olnud kriminaalhooldusel kuni 12 kuud enne surma					
	Ei	2387	93,9	2456	96,6
	Jah	154	6,1	85	3,3
	puudu	2	0,1	2	0,1
KARISTUSREGISTER					
On sooritatud kriminaalkuriteo					
	Ei	2429	95,5	2487	97,8
	Jah	112	4,4	54	2,1
	puudu	2	0,1	2	0,1
E-TOIMIK					
On olnud kuriteo kahtlusega uurimise all					
	Ei	2302	90,5	2427	95,4
	Jah	239	9,4	114	4,5
	puudu	2	0,1	2	0,1
Talle on välja kuulutatud pankrot					
	Ei	2538	99,8	2541	99,9
	Jah	3	0,1	0	0
	puudu	2	0,1	2	0,1
Tema kohta on esitatud pankrotiavaldus					
	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
Maksekäsu kiirmenetlus					
	Ei	2428	95,5	2452	96,4
	Jah	113	4,4	89	3,5
	puudu	2	0,1	2	0,1
Võlaõigusmenetlus					
	Ei	2488	97,8	2489	97,9
	Jah	53	2,1	52	2
	puudu	2	0,1	2	0,1
	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)		
	n	%	n	%	

ÄRIREGISTER

Temaga seotud juriidilisele isikule on välja kuulutatud pankrot

	Ei	2538	99,8	2541	99,9
	Jah	3	0,1	0	0
	puudu	2	0,1	2	0,1
Temaga seotud juriidilisele isikule on esitatud pankrotiavalduse					
	Ei	2541	99,9	2541	99,9
	puudu	2	0,1	2	0,1
TÖÖTUKASSA ANDMEKOGUD					
Töötuna arvel enesetapule/surmale eelneval 12 kuul					
	Ei	2192	86,2	2274	89,4
	Jah	349	13,7	267	10,5
	puudu	2	0,1	2	0,1
Pikaajaline töötu (12+ kuud)					
	Ei	2364	93	2371	93,2
	Jah	177	7	170	6,7
	puudu	2	0,1	2	0,1
Töötukassa poolt pakutud psühholoogiline nõustamine (al 2008)					
	Ei	2535	99,7	2537	99,8
	Jah	6	0,2	4	0,2
	puudu	2	0,1	2	0,1
Töötutoetus surmale eelneval 12 kuul					
	Ei	2445	96,1	2496	98,2
	Jah	96	3,8	45	1,8
	puudu	2	0,1	2	0,1
Osaline või täielik töövõimetus (al, 2016 II poolaastast)					
	Ei	2539	99,8	2541	99,9
	Jah	2	0,1	0	0
	puudu	2	0,1	2	0,1
Töötukindlustushüvitise saaja					
	Ei	2469	97,1	2484	97,7
	Jah	72	2,8	57	2,2
	puudu	2	0,1	2	0,1
MAKSUKOHUSLASTE REGISTER					
Väljamakse¹¹¹ 12 kuu jooksul					
	Ei	1482	58,3	1835	72,2
	Jah	1059	41,6	706	27,8
	puudu	2	0,1	2	0,1
Aastase väljamakse suurus					
	<i>keskmine (sd)</i>	5774 (7685)		5268 (5652)	
		2; 1421; 3791;		3; 1277; 3584;	
	<i>min, Q1, med, Q3, max</i>	7764; 129093		7087; 43629	
Väljamaksega kuude arv					
	<i>keskmine (sd)</i>	8 (4)		8 (4)	
	<i>min, Q1, med, Q3, max</i>	1; 4; 9; 12; 12		1; 4; 10; 12; 12	

¹¹¹ Siia hulka loeti palk; töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu; juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu; ja ajutise töövõimetus hüvitis

	Juhud (n=2543)		Kontrollid (n=2543)	
	n	%	n	%
KAITSEVÄEKOHUSLASTE REGISTER				
On olnud ajateenistuses viimase 12 kuu jooksul				
Ei	2534	99,6	2539	99,8
Jah	7	0,3	2	0,1
puudu	2	0,1	2	0,1
On olnud asendusteenistuses				
Ei	2541	99,9	2541	99,9
puudu	2	0,1	2	0,1
On olnud tegevteenistuses 12 kuu jooksul enne surma				
Ei	2531	99,5	2540	99,9
Jah	10	0,4	1	0
puudu	2	0,1	2	0,1
POLITSEI- JA PIIRIVALVEAMETI INFOSÜSTEEM POLIS				
Kas isik oli surmale eelnenud 12 kuul olnud vägistamise ohver?				
Ei	2541	99,9	2541	99,9
puudu	2	0,1	2	0,1
Kas isik oli surmale eelnenud 12 kuul olnud muu vägivalga ohver?				
Ei	2517	99	2523	99,2
Jah	22	0,9	16	0,6
Korduv	2	0,1	2	0,1
puudu	2	0,1	2	0,1
RAVIKINDLUSTUSE ANDMEKOGU				
Mitmel % isikutest oli välja kirjutatud järgmisi ravimeid?				
A03FA01 (metoklopramiid)	55	2,2	235	9,2
D10BA01 (isotretinoiin)	2	0,1	3	0,1
L03AB* (interferoonid)	1	0,1	6	0,2
N03* (epilepsiavastased ained)	210	8,2	365	14,4
N05BA* (bensodiasepiinid)	356	14,0	256	10,1
N06A* (antidepressandid)	512	20,1	206	8,1
N06BA* (tsentraalse toimega sümpatomimeetikum)	2	0,1	0	0
R03AC13 (formoterool)	17	0,7	23	0,9
R03AK07 (formot + budesoniid)	3	0,1	6	0,2
Mitmel % isikutest oli viimasel aastal olnud vastav diagnoos?				
Pahaloomul kasvaja (C00–C97)	129	5,1	630	24,8
HIV/AIDS (B20–B24, Z21)	23	0,9	150	5,9
Valu (vt Lisa 3)	376	14,8	310	12,2
Diabeet (E10–E14)	95	3,7	270	10,6
Rasvumus (E65–E68)	11	0,4	34	1,3
Närvisüsteemi haigus (G00–G99)	276	10,8	486	19,1
Nägemis/kuulmishäire (H53–H54, H25, H90–H91)	195	7,7	139	5,5
Krooniline kopsuhaigus, astma (J44–J46)	67	2,6	149	5,9
Reumaatilised haigus (I00–I09)	5	0,2	13	0,5
Peaaju veresoonte haigus (I60–69)	86	3,4	226	8,9
Peptiline haavand (K25–K27)	40	1,6	86	3,4
Maksahaigus (K70–K77)	49	1,9	319	12,5

Psoriaas (L40)	29	1,1	32	1,3
Akne (L70)	11	0,4	12	0,5
Raske liigesehaigus (M05–M14)	28	1,1	63	2,5
Süsteemne sidekoehaigus (M30–M36)	3	0,1	8	0,3
Neerupuudulikkus (N17–N19)	15	0,6	118	4,6
Meessuguelundite haigus (N40–N51)	102	4,0	95	3,7
Rasedus ja sünnitus (O00–O99)	6	0,2	3	0,1
Seljaaju vigastus (S14, S24, S34)	0	0	1	0,1
Varasem enesekahjustus (Z91,5, X60–X84, Y10–Y34)	6	0,2	1	0,1
Psüühika- ja käitumishäire (F00–F99)	576	22,6	354	13,9
Alkoholisõltuvus (F10)	73	2,9	75	2,9
Sõltuvushäire (F11–F19)	17	0,7	36	1,4
F00–F09 orgaanilised psüühikahäired	126	5	127	5
F10–F19 psühhoaktiivsete ainete kasutamishäired	90	3,5	107	4,2
F20–F29 skisofreenia	122	4,8		1,2
F30–F39 meeleoluhäired	240	9,4	59	2,3
F40–F49 neurootilised, stressiga seotud häired	136	5,3	39	1,5
F50–F59 käitumissündroomid	0	0	0	0
F60–F69 täiskasvanute isiksus- ja käitumishäired	18	0,7	4	0,2
F70–F79 vaimne alaareng	7	0,3	38	1,5
F80–F89 psühhilise arengu häired	6	0,2	6	0,2
F90–F99 lapseas alanud käitumishäired	5	0,2	0	0
Kontakt tervishoiuga				
Mitu perearsti/õe arvet?				
mitmel olemas	1735	68,2	1952	76,7
med (min–max)	2 (0–33)		3 (0–26)	
Mitu perearsti/õe kontakti				
mitmel olemas	1732	68,1	1947	76,5
med (min–max)	3 (0–45)		4 (0–59)	
Eriarsti/õe/ämmaemanda visiitide arv				
mitmel olemas	1368	53,8	1590	62,5
med (min–max)	1 (0–86)		2 (0–150)	
EMOsse sattumiste arv				
mitmel olemas	331	13,0	385	15,1
med (min–max)	0 (0–9)		0 (0–35)	
Päevaravi päevade arv (va psühhiaatria)				
mitmel olemas	72	2,8	119	4,7
med (min–max)	0 (0–146)		0 (0–155)	
Statsionaarse ravi kordade arv				
mitmel olemas	614	24,1	1626	63,9
med (min–max)	0 (0–14)		1 (0–27)	
Statsionaarse ravi päevade arv				
mitmel olemas	609	23,9	1619	63,6
med (min–max)	0 (0–157)		6 (0–360)	
Statsionaarse psühhiaatria päevi				
mitmel olemas	294	11,6	98	3,8
med (min–max)	0 (0–212)		0 (0–133)	
Statsionaarse psühhiaatria kordi				

	mitmel olemas	298	11,7	99	3,9
	med (min–max)	0 (0–8)		0 (0–6)	
Psühhiaatri/õe vastuvõttude arv					
	mitmel olemas	521	20,5	261	10,3
	med (min–max)	0 (0–47)		0 (0–67)	
On ravikindlustuseta arveid					
	mitmel olemas	151	5,9	253	9,9
	med (min–max)	0 (0–1)		0 (0–1)	
Töövõimetuslehtede arv					
	mitmel olemas	471	18,5	442	17,4
	med (min–max)	0 (0–18)		0 (0–32)	

Lisa 3 Haigekassa andmetest indikaatorite tegemine

1) Psüühika ja käitumishäirete diagnoosid

Kindlaks diagnoosiks loeti juhud siis kui:

- sama diagnoosikood oli arvetel (kas pea- või kõrvaldiagnoosina) rohkem kui ühel korral
- eraldi märgiti alkoholiga seotud diagnoosid F10
- eraldi märgiti muu sõltuvusega seotud diagnoosi F11–F19
- isikul oli ükskõik milline F diagnoos

2) Eelnev mittefataalne enesekahjustus

Z91.5 (enesetapukatse), X60–X84 (tahtlik enesekahjustus), Y10–Y34 (ebaselge tahtlusega sündmus).
Võeti arvesse kõik diagnoosid (vähemalt 1 diagnoos raviarvetel).

3) Töövõimetuslehed

Iga isiku kohta loeti kokku nende raviarvete arv, kus oli täidetud tunnus “Väljastatud töövõimetusleht”.

4) Perearst/pereõde

Kas isik oli käinud viimasel 12 kuul enne enesetapu sooritamist/surma perearsti või -õe juures või saanud telefonikonsultatsiooni neilt (jah/ei, kui jah, siis mitu korda – vastuvõttude/visiitide ja telefonikonsultatsioonide arv):

- Jäeti alles arved, mille eriala algab „Pere“ või „PA“
- Loendati kokku arved iga isiku kohta
- Lisati arvetel olevate järgnevate teenuste kordade arvude summad

9001	Peararsti esmane vastuvõtt
9002	Peararsti korduv vastuvõtt
9003	Peararsti profülaktiline vastuvõtt
9004	Peararsti koduvisiit
9015	(Pere)õe vastuvõtt, nõustamine
9016	Peararsti kindlustamata isikute plaaniline vastuvõtt
9017	(Pere)õe koduvisiit
9018	Peararsti telefoni teel toimunud ja patsiendi tervisekaardis dokumenteeritud patsiendinõustamine
9019	Peararsti elektronposti teel toimunud ja patsiendi tervisekaardis dokumenteeritud patsiendinõustamine
9038	Jämesoolevähi sõeluuringu nõustamine
9061	Pereõe nõustav vastuvõtt
9063	Pereõe koduvisiit
9064	Pereõe telefoni teel toimunud ja patsiendi tervisekaardis dokumenteeritud patsiendinõustamine
9065	Pereõe elektronposti teel toimunud ja patsiendi tervisekaardis dokumenteeritud patsiendinõustamine
903M	Peararstile/eriarstile pöördumise soovimine, meditsiiniline nõustamine
906M	Haigused/sümptomid, meditsiiniline nõustamine
908M	Ravimid, meditsiiniline nõustamine
923M	TVL soov (lisa ka sümptom), meditsiiniline nõustamine

5) Eelnev raske haigus

Kas isikul oli diagnoositud mõni raske haigus, valu või väärkohtlemine enesetapule/surmale eelneval 12 kuul. Isikul loeti diagnoos kindlaks¹¹² kui see vastas mõnele tingimusele järgnevatest:

HIV (vähemalt 2 diagnoosikoodi raviarvetel): B20–B24, Z21 (HIV/AIDS),

Kasvajad (vähemalt 2 täpselt sama kasvaja diagnoosikoodi): C00–C97 (pahaloomulised kasvajad)

Diabeet (vähemalt 2 diagnoosikoodi nende hulgast): E10–E14

Rasvumus (vähemalt 2 diagnoosikoodi loetelust): E65–E68 (rasvumus),

Närvisüsteemi haigused (vähemalt 2 sama 3-kohalist diagnoosikoodi või 3 nende hulgast): G00–G99 (närvisüsteemahaigused)

Nägemis/kuulmishäired (vähemalt üks diagnoosikood loetelust): H53–H54 (nägemishäired ja pimedus), H25 (kae), H90–H91 (kuulmisnõrkus)

Reumaatilised haigused (vähemalt 1 diagnoosikood nende hulgast): I00–I09

Peaaju veresoonte haigused (vähemalt 2 diagnoosikoodi sellest loetelust): I60–69

Kopsuhaigused (vähemalt 2 diagnoosikoodi sellest loetelust): J44 (krooniline obstruktiivne kopsuhaigus), J45–J46 (astma),

Peptiline haavand (üks nendest diagnoosikoodidest) K25–K27

Maksahaigused (üks nendest diagnoosikoodidest) K70–K77

Psoriaas (üks nendest diagnoosikoodidest) L40

Akne (üks nendest diagnoosikoodidest) L70

Rasked liigesehaigused (vähemalt 2 diagnoosikoodi loetelust) M05–M14

Süsteemsed sidekoehaigused (vähemalt 2 diagnoosikoodi loetelust) M30–M36

Valu (vähemalt 2 valuga seotud haiguse diagnoosikoodi järgnevatest): M15–M19 (artroosid), M25.5 (liigesevalu), M45–M49 (spondülopaatiad), M53 (muud dorsopaatiad), M54 (seljavalu), M77 (pöiavalu), M79 (fibromüalgia), M91 (puusa- ja põlveliigese juveniilne osteokondroos), M80–M82 (osteoporoos), R07 (kurgu- ja rindkere valu), R10 (kõhu- ja vaagnapiirkonna valu), R30 (kusemisvalu), R51 (peavalu), R52 (mujal klassifitseerimata valu), S12, S22, S32 (lülisamba murd)

Neerupuudulikkus (2 diagnoosikoodi järgnevast loetelust) N17–N19

Meessuguelundite haigused (2 diagnoosikoodi järgnevast loetelust) N40–N51

Raseduse ja sünnitusega seotud koodid, sh katkemised (2 diagnoosikoodi järgnevast loetelust) O00–O99

Seljaaju vigastus (2 diagnoosikoodi järgnevast loetelust) S14, S24, S34

Vägivald (neid andmestikus ei esinenud) Z04.4 (läbivaatus ja jälgimine pärast väidetavat vägistamist ja võrgutamist); Z04.5 (läbivaatus ja jälgimine pärast muid tekitatud vigastusi);

6) Psühhiaatriline abi

Kas isik oli saanud psühhiaatrilist abi kuni 12 kuud enne enesetapu sooritamist/surma (jah/ei), kui jah, siis mitu korda oli isik käinud psühhiaatri ambulatoorsel vastuvõtul (vastuvõttude arv) või päevaravis (päevade arv) ja kas või mitu korda ning mitu päeva oli isik viibinud psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil.

¹¹² Reeglina loeti diagnoos kindlaks kui see esines vähemalt kahel raviarvel, et välistada ülekaetust nt diagnoosihüpooteesi esinemise tõttu. Ühe raviarvega piirduti diagnooside korral, mis remissiooni korral ei vaja regulaarset arsti poolt jälgimist.

- Ambulatoorsete vastuvõttude arv – kõikidest arvetest teenusekoodide järgi
arst 3006, 3025, 3031, 3032, 3033, 3100
psühholoog, õde 3007, 3013, 3015, 7607
- Päevaravis päevade arv – psühhiaatria erialal päevade arv, ravitüüp 19, teenusekood 3075
annab päevade hulga.
- Statsionaarsete ravipäevade ja kordade arv – psühhiaatria eriala arved, ravitüüp 2, päevade
arv = arve lõpu kuupäev – arve alguse kuupäev

Lisa 4 Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmetest indikaatorite tegemine

Tervise Arengu Instituudist saadud TKU 2014 ja 2016 aasta uuringus osalenute andmed sagedus-sobitati aastatel 2014–2016 aastal suitsiidi sooritanud isikutega vanuse ja soo järgi.

Suitsiidi teostanute andmetest kasutati analüüsis isikuid vanuses 16–64 eluaastat, kes sooritasid enesetapu aastatel 2014–2016. Enesetapu teostanud jagati 5-aastastesse rühmadesse (15–19, 20–25, ...). Enesetapu teostanute ülevaade on esitatud Tabel 3:

Tabel 3. Enesetapu teostanute soo-vanuskooosis aastatel 2014–2016

Vanus	Mees	Naine	Kokku
16–19	20	3	23
20–24	28	2	30
25–29	49	6	55
30–34	38	9	47
35–39	25	7	32
40–44	38	6	44
45–49	42	9	51
50–54	55	10	65
55–59	44	7	51
60–64	45	11	56
Kokku	384	70	454

Vastavalt tabelis toodud jaotusele võeti TKU andmetest juhuslikult iga soo-ja-vanuserühma kohta 4 kontrolli ühe enesetapu juhu kohta.

TKUst võeti registriandmetega võrdlusele järgmised tunnused:

- 1) Elukoht – maa/linn: 0 – maa, 1 – linn
- 2) Rahvus: eestlane – 1, muu – 2
- 3) Pereseis: kooselus, vallaline, lahutatud, lesk
- 4) Töövõimetuse hinnang:

TKU: „**Kas Te saate töövõimetuspensioni**“ – kodeeriti kaheks: jah/ei

Registriandmed: Sotsiaalkindlustusamet – püsiv töövõimetus või Töötukassa – osaline või täielik töövõimetus

- 5) Töötus:

TKU: „**Millist tööd Te käesoleval ajal teete?**“ – valik 9 „töötu“

Registriandmed: Töötukassa – Töötuna arvel oleku staatus enesetapule eelneval 12 kuul

- 6) Kontaktide arv perearstiga

TKU 2014 ja 2016: „**Mitu korda olete käinud viimase 12 kuu jooksul perearsti juures**“

Lisaks TKU 2016: „**Mitu korda olete käinud viimse 12 kuu jooksul pereõe juures**“

TKU: 2016 küsiti ka perearsti ja pereõe telefonikonsultatsioonide arvu

Registriandmed: loetud kokku perearsti/õe visiitide arvud Haigekassa raviarvetelt

- 7) Kontakte perearstiga: jah/ei

- TKU: Vt eelmised küsimused – kodeeriti nii, et kellel 0 korda, sellel „ei“, kellel arv ≥ 1 , sellel „jah“
- Registriandmed: kui perearsti/õe visiidikood Haigekassa teenustes oli olemas, siis „jah“, muidu „ei“
- 8) Kontaktide arv eriarstiga
- TKU: „**Mitu korda olete käinud viimase 12 kuu jooksul muu eriarsti juures?**“
- TKU: „**Mitu korda olete viimase 12 kuu jooksul konsulteerinud arstiga telefoni teel enda terviseprobleemide tõttu**“
- Registriandmed: Haigekassa andmetest võeti eriarstide visiitide arv teenusekoodide põhjal
- 9) Päevaravi päevade arv
- TKU: „**Mitu päeva olete olnud haigla päevaravis viimase 12 kuu jooksul?**“
- Registriandmed: Haigekassa andmetest võeti päevaravi voodipäevade arv
- 10) Statsionaari päevade arv
- TKU: „**Mitu päeva olete olnud haigla statsionaarses ravis viimase 12 kuu jooksul?**“
- Registriandmed: Haigekassa andmetest võeti statsionaarse raviarve lõppkuupäev, millest lahutati alguskuupäev
- 11) Haiglaravi: jah/ei
- Vaata eelmist kahte küsimust – kui päevaravi või statsionaarse ravi päevade arv oli > 0 , siis „jah“, muidu „ei“
- 12) EMO
- TKU: „**Mitu korda olete viimase 12 kuu jooksul olnud erakorralise meditsiini osakonnas (EMO)?**“
- Registriandmed: Haigekassa EMO arvete arv
- 13) EMO: jah/ei
- Vt eelmist küsimust – kui tulemus oli > 0 , siis „jah“, muidu „ei“
- 14) Varasem enesekahjustus:
- TKU: „**33. Kas Te olete kunagi püüdnud endalt elu võtta?**“ (küstiti ainult 2014. a uuringus)
- „1 – ei; 2– jah, viimase 12 kuu jooksul; 3 – jah, varem; 4 – jah, nii viimasel aastal kui varem“
- valikud 2 ja 4 kodeeriti – „jah“; valikud 1, 3 kodeeriti – „ei“
- Registriandmed: Haigekassa raviarvelt võeti varasema enesekahjustuse diagnoosikood
- 15) Ravikindlustuseta isik:
- TKU: „**Kas Teil on kehtiv ravikindlustus?**“ – kui ei, siis „jah“, kui jah, siis „ei“
- Registriandmed: Ravikindlustuseta isikute arved (numbrid algavad 85ga)
- 16) Haigused:
- TKU: „**Kas Teil on viimase 12 kuu jooksul diagnoositud või ravitud järgmisi haigusi/haigusnähte?**“
- Sulgudes olev diagnoos kodeeriti ümber vastavateks RHK-10 koodideks, * tähistab täielikult mittekattuvaid koode
- Diabeet E10–E14 (kõrgenenud veresuhkur, suhkruhaigus)
- Rasvumus E65–E68 (ülekaal või rasvumus)
- Peaaju veresoonte haigused I60–I69 (ajuinsult)*
- Põletikulised artropaatiad M05–M14 (liigestehaigused)*
- Peptiline haavand K25–K27 (mao- või kaksteistsõrmiksoole haavand)
- Meeleoluhäired F30–F39 (depression)*

Registriandmed: Haigekassa raviarvetelt võeti diagnoosikoodid

17) Valud:

TKU: „**Kas Teil on esinenud viimase 30 päeva vältel järgmisi tervisehäireid?**“

pingutamisel valu südame piirkonnas, liigestevalu, seljavalu, kaela-õlapiirkonna valu, peavalu

Registriandmed: Haigekassa raviarvetelt võeti diagnoosikoodid

18) Ravimid:

TKU: „**Kas olete viimase 7 päeva vältel kasutanud ravimeid**“

antidepressandid ja rahustid (kodeeriti bensodiasepiinideks)

Registriandmed: Haigekassa retseptidelt võeti ravimite ATC koodid (viimase 12 kuu jooksul tarvitatud ravimite andmed)

Lisa 5 Intervjuu kava

Juhis: intervjueeritavale esitada (rasvased) põhiküsimused ja lasta tal rääkida. Vajadusel kasutada kursiivis toodud täpsustavaid küsimusi.

Tänan, et nõustusite meiega rääkima. Kui Teile sobib, siis järgnevas vestluses viitame enesetapu sooritanud isikule kui lahkunule. Küsime nii enesetapule vahetult eelnenud perioodi sündmuste kohta kui laiemalt kogu lahkunu elutee kohta, alates lapsepõlvest kuni elu lõpuni.

Kõigepealt räägime lahkunu perest, sõpradest, lähedastest ja suhetest.

- 1. Palun kirjeldage milline inimene lahkunu oli? Kuidas Te teda iseloomustaksite?**
- 2. Palun kirjeldage, milline oli Teie seos (suhe) lahkunuga** (sugulusaste, tutvuse, sõpruse liik). *Kui kaua Te olite tuttavad? Kui sageli Te läbi käisite? Kuivõrd ta end Teile avas? Kuivõrd Te olite kursis tema rõõmude, murede ja probleemidega?*
- 3. Palun kirjeldage lahkunu elukorraldust.** *Kas ta elas üksi või kellegagi koos? Kellega? Kui kaua? Millised olid nende omavahelised suhted? Milline oli lahkunu seksuaalne orientatsioon? Kui kuulus seksuaalvähemusse, siis kas tal võis sellega seoses probleeme olla?*
- 4. Kuidas sai lahkunu oma igapäevatoimetustega hakkama? Kas ja kelle käest sai ta vajadusel igapäevatoimetustes abi? Kui sageli? Oli see piisav?**
- 5. Milliseid Teie arvates olulisi muutusi võis enesetapule eelnenud ajal täheldada? Mõne lähedase lahkumine? Õnnetu armastus? Töökaotus? Elukoha vahetus? Kuidas see lahkunut mõjutas?**
- 6. Keda pidas lahkunu enda perekonnaks? Palun kirjeldage lahkunu perekonda alates lapsepõlvkodust kuni tema elu lõpuni** (vajadusel täpsusta: vanemad, õed-vennad, vanavanemad, tädid-onud, lapsed, lapselapsed, kärgpere liikmed jt olulised isikud). *Palun kirjeldage lahkunu suhteid lahkunu jaoks oluliste isikutega? Kui sageli ta nendega (lahkunu jaoks oluliste isikutega) suhtles? Kes olid tema jaoks kõige olulisemad? Miks? Kellega olid tal keerulised suhted? Mis võis olla selle põhjuseks?*
- 7. Palun kirjeldage, milline oli lahkunu sõpruskond.** *Kui suur, tugev/habras see oli? Kes olid lähedasemad sõbrad (mitte nimeliselt, aga kas kolleegide hulgas, või sarnased meelistegevuste, hobidega inimesed või nt sõbrad lapsepõlvest)? Kui palju ta nendega läbi käis, mida nad koos tegid? Kas sõpruskonnas toimus elu jooksul või enesetapu eelsel ajal ka mingeid muutusi? Milliseid? Mis võis olla selle põhjuseks? Kuidas ta sellesse suhtus?*

Edasi räägime lahkunu haridusest, tööelust, hobidest, majanduslikust toimetulekust ja eluga toimetulekust.

- 8. Palun kirjeldage lahkunu haridusteed.** *Kui hästi tuli ta koolis toime? Kas talle meeldis koolis käia? Miks? Mis haridus, eriala tal oli?*
- 9. Palun kirjeldage lahkunu hobisid ja harrastusi. Mida talle meeldis teha? Kui sageli ja kui kirglikult ta nendega tegeles? Kuidas suhtusid teised tema hobidesse ja harrastustesse? Kas viimasel ajal oli tema hobides ja harrastustes muutusi? Milliseid? Mis võis olla selle põhjuseks?**
- 10. Milline oli lahkunu suhe ja kokkupuude sõjaväega, kaitseväega, sõjaga? Kui ei puutunud kokku, siis kas Te teate miks? Kui puutus, siis millal, kui kaua, kuidas ta sellesse suhtus, millised olid tema kogemused seal?**

11. **Palun kirjeldage lahkunu tööelu, kokkupuudet erinevate tööde ja töötusega, tööharjumust.** *Kuivõrd oli ta rahul või rahulolematu oma tööga või töö puudumisega? Kui kaua ta oli töötu? Mida ta tegi tööle saamiseks? Mis muudatusi võis enesetapule eelnenud ajal täheldada? Kelle initsiatiivil? Mis oli selle põhjuseks? Kuidas ta sellesse suhtus?*
12. **Palun kirjeldage lahkunu majanduslikku olukorda?** *Kuidas ta oli sellega rahul? Mida ta tegi majandusliku olukorra parandamiseks? Mis olid lahkunu sissetuleku allikad?*
13. **Milline oli lahkunu kokkupuude laenamise ja võlgadega?** *Mis otstarbel olid laenud võetud? Kuidas ta tuli toime laenude tagasimaksmisega? Mis põhjusel võlad tekkisid? Kui kaua ja kui paljudele ta võlgu oli? Mida ta tegi võlgadest vabanemiseks? Kas ta käis võlanõustamisel, esitas taotluse maksegraafiku muutmiseks, võlgade ümberkujundamiseks vms?*
14. **Milline oli lahkunu kokkupuude tagakiusamisega koolis, tööl, kogukonnas, pereliikmete, lähedaste või sõprade poolt või oli ta olnud mõne vägivalla ohver (seksuaalvägivald, vaimne, füüsiline, muu vägivald)?** *Kui kaua see kestis? Mis võis olla selle põhjuseks? Kas ta otsis abi? Kust? Milline on Teie arvamus, kas ta sai abi? Mis Te arvate, kas ta võis ise olla kiusaja või vägivallatseja rollis? Miks te nii arvate? Miks ta seda tegi? Kui kaua see kestis? Mis Te arvate, kas ta tundis ka süütunnet? Miks Te nii arvate?*
15. **Milline oli lahkunu kokkupuude kuritegevusega (süü- või kuriteo toimepanija vs. selle ohver)?** *Millal? Mis moel? Kui sageli? Milline oli tema hinnang sellele? Kas ta on viibinud ka aresti all või vanglas? Mitu korda? Kui kaua? Kuidas ta Teie hinnangul seal toime tuli? Milliseks kujunes tema elu pärast vabanemist? Kuidas ta vabadusega (pärismaailmaga) kohanes? Kas ja millist abi vajab ta eluga edasiminekul?*
16. **Palun kirjeldage lahkunu suhet kiriku ja religiooniga?** *Mil määral oli ta mõne usu või religiooniga seotud, näiteks käis kirikus, järgis religioosseid kombeid, rääkis sellest? Kuivõrd nõudis või soovis ta religioosete kommete täitmist ka oma lähedastelt?*

Nüüd räägime lahkunu tervislikust seisundust ja terviseprobleemidest.

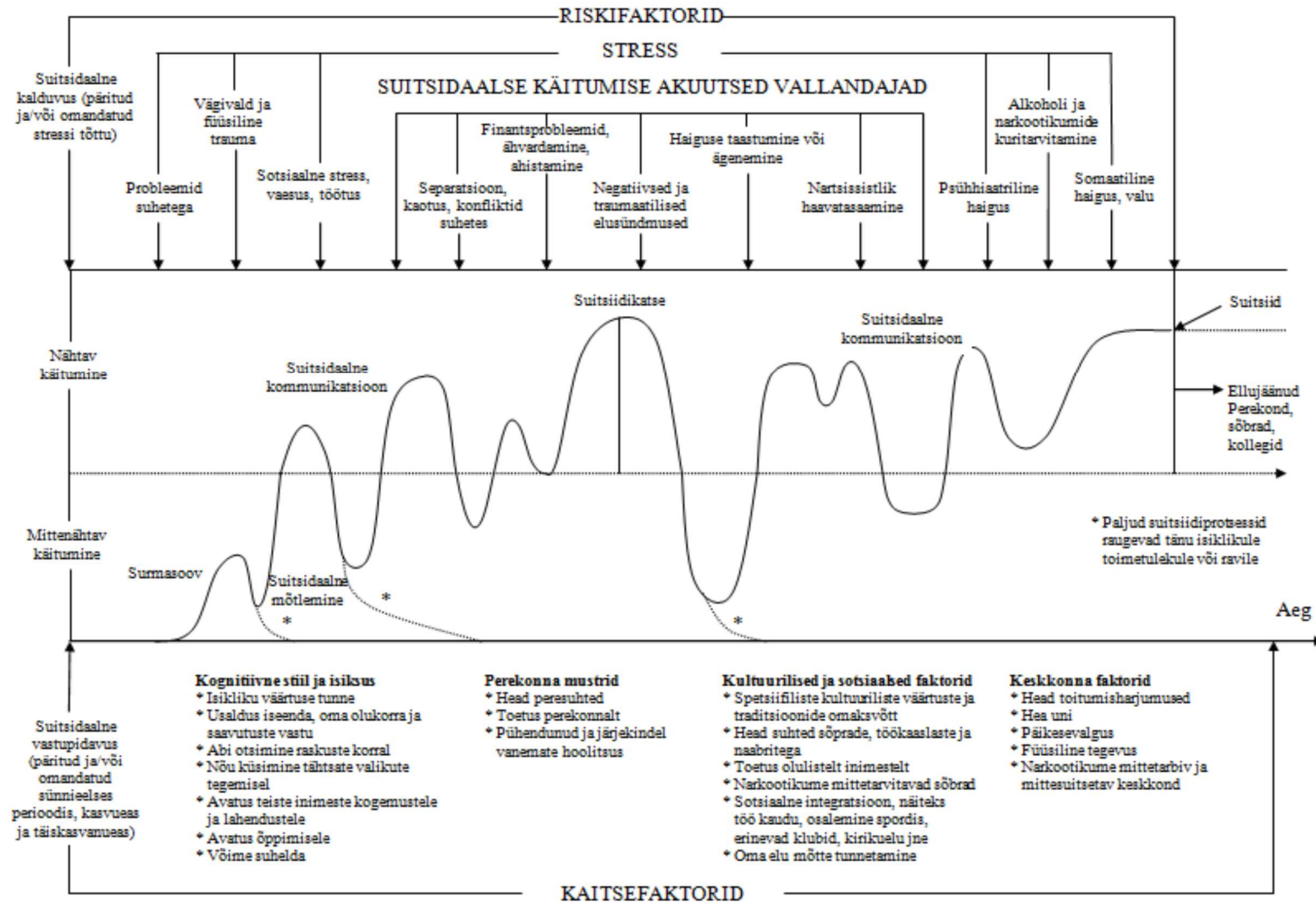
17. **Milline oli lahkunu tervislik seisund? Mis terviseprobleeme tal viimastel aastatel esines?** *(Vajadusel loetleda organsüsteeme ja haigusi: nakkushaigused, HIV, vähk, suhkruhaigus, depressioon, ärevushäire, muu psühhiaatriline haigus, langetõbi, närvihaigused, südamehaigus, insult, kopsuhaigus, nahahaigus, maksahaigus, liigesehaigus, neeruhaigus, viljatus, vigastus, krooniline valu.)* *Kui kaua see tal kestnud oli, kuidas see väljendus, kust ta abi ja ravisoovitusi sai, kuivõrd ta järgis ravisoovitusi, kuivõrd see mõjutas tema elu ja toimetulekut (küside iga terviseprobleemi kohta)?* *Kui ei maini, siis küside: kas ta oli depressiivne, ärev, stressis, kurb? Kui hästi ta stressi talus? Kas ta otsis abi?*
18. **Milliseid ravimeid lahkunu kasutas?** *Kui ei maini, siis küside eraldi antidepressantide, rahustite, uinutite kohta. Kas ta kasutas neid regulaarselt, kui kaua ta neid võttis, kas need põhjustasid ka kõrvaltoimeid, kuivõrd see mõjutas tema elu ja toimetulekut? (küside iga ravimi kohta).*
19. **Palun kirjeldage, kas lahkunul oli füüsiline puue (nt liikumine, kõne, nägemine, kuulmine), vaimupuue või mõni muu erivajadus?** *Kuidas ta endaga toime tuli? Kui palju ta vajab välist abi? Kui palju ta kasutas välist abi? Kust ta abi sai? Oli see tema arvates piisav? Oli see Teie arvates piisav? Miks Te nii arvate?*
20. **Mis terviseprobleeme või käitumishäireid esines lahkunul lapse või noorukieas?** *Kui sageli ja kelle poole ta nendega pöördus? Milline on Teie hinnang, kas ta sai piisavalt abi? Millise jälje võisid need jätta tema hilisemale elule?*

21. **Milline oli lahkunu kokkupuude ja suhe alkoholiga?** *Kui sageli ja mis kogustes tarvitas lahkunu alkoholi? Kas tal oli kunagi alkoholi tõttu probleeme perekonnas, koolis, tööl või mujal? Kas tal oli kunagi olnud probleeme alkoholi liigtarvitamisega? Kas ta tunnistas probleemi? Kas ta otsis abi alkoholiprobleemide lahendamiseks? Kas ta sai abi?*
22. **Milline oli lahkunu kokkupuude ja suhe narkootiliste ainetega?** *Mis narkootilisi ained lahkunu tarvitas? Kui kaua, mis koguses? Millised probleemid sellega kaasnesid? Kas ta Teie hinnangul tunnistas oma narkoprobleemi? Kas ta otsis professionaalset abi narkootikumidest loobumiseks? Kas Teie hinnangul abi oli piisav? Miks? Mida oleks võinud teisiti teha?*
23. **Palun meenutage, kas lahkunu lähedane mainis kunagi teile või kellelegi teisele (kellele?) oma enesetapumõtteid?** *Kui kaua need tal olid? Kui sageli ta nendest rääkis? Kas ta otsis ja sai professionaalselt abi? Kust? Oli see Teie hinnangul piisav?*
24. **Palun meenutage, kas lahkunu üritas ka varem enesetappu teha?** *Millal? Kas ta sai peale seda professionaalset abi? Oli see Teie hinnangul piisav? Kas ta tegi peale seda veel enesetapukatseid? (Kui jah, siis korda eelmisi küsimusi).*
25. **Mis võis olla lahkunu enesetapu põhjus?** *Miks Te nii arvate?*

Ja lõpetuseks Teist endast.

26. **Kuidas Te ise olete toime tulnud pärast lähedase enesetappu?** *Millest on olnud Teile abi, millisest abist olete tundnud puudust?*
27. **Kas Teil on veel mingid täpsustusi, arvamusi, või ettepanekuid seoses oma lähedase enesetapuga?** *Milliseid?*
28. **Kas Teil on üldiseid arvamusi või ettepanekuid, kuidas Eestis saaks paremini enesetappe ära hoida ja enesetapu ohvreid oma eluga edasiminekul aidata?** *Milliseid?*

Lisa 6 Suitsiidiprotsessi arengu kirjeldus



Stressi-haavatavuse mudel ja suitsiidiprotsessi areng suitsidaalsest mõtlemisest suitsiidini. Wasserman D, 1999

