

Suitsiidse patsiendi käsitus esmatasandi tervishoius (sh kooli- ja töötervishoid), kiirabis ja erakorralise meditsiini osakondades (SUIPA)

LÕPPRAPORT

Uuringu läbiviijad:

Tallinna Ülikool (TLÜ) ja Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidologia Instituut (ERSI)

Uurimisgrupp (TLÜ):

Merike Sisask (uuringu juht), Kersti Kriisk, Marju Medar, Liudmila Zinoveva (kuni 30.11.2022),
Olga Lupanova, Annela Samuel, Helys Väärä, Olga Käärmann, Käthlin Mikiver (alates 01.09.2022)

Uurimisgrupp (ERSI):

Airi Värnik, Peeter Värnik, Rainer Mere, Käthlin Mikiver (kuni 31.08.2022), Henrik Värnik

Uuringu tellija:

Sotsiaalministeerium (töövõtuleping nr 1.8-2/1729-1)



SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE	3
SUMMARY	6
1. SISSEJUHATUS	9
1.1. Uuringu taust ja lõppraporti struktuur.....	9
1.2. Uuringu eesmärk, uurimisülesanded ja uurimisküsimused	11
1.3. Uuringu terminoloogia	12
2. METOODIKA	12
2.1. I uurimisülesanne: Eesti analüütilise olukorrajelduse koostamine	12
2.2. II uurimisülesanne: Analüütilise ülevaate koostamine välisriikide praktikatest	13
2.3. III uurimisülesanne: Küsitlusuuringu ja intervjuude läbiviimine	14
Küsitlusuuring	15
Intervjuud	19
2.4. IV-V uurimisülesanne: Suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse patsiendi käsitlemise mudeli(te) väljatöötamine	20
3. UURINGU TULEMUSED	21
3.1. Spetsialistide teadmised, oskused ja kogemused	21
3.2. Regulasioonid, tegevusjuhised ning töökorraldus	29
3.3. Hindamisvahendid ja nende kasutamine	34
3.4. Juhtumikorralduslik võrgustikutöö ja infovahetus.....	39
3.5. Välisriikide praktikad.....	50
Esmatasand.....	51
Koolitervishoid	52
Töötervishoid	53
Ambulatoorsed päevakliinikud	53
Apteegid.....	54
Kiirabi ja perearstide konsulteerimise võimalus	55
Erakorralise meditsiini osakond (EMO).....	55
Psühhiaatria	55
4. SUITSIIDSE INIMESE KÄSITLEMISE MUDEL.....	57
5. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED	66
VIIDATUD ALLIKAD.....	74
LISAD.....	75

LÜHIKOKKUVÕTE

SUIPA uuringu tellijaks oli Sotsiaalministeerium ning uuringu läbiviijateks Tallinna Ülikool (TLÜ) ja Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI).

Uuringu eesmärgiks oli anda ülevaade suitsiidse inimese käsitlemisest esmatasandi tervishoius (sh töötervishoid ning apteegid), koolides (koolitervishoid ja koolide tugiteenused), kiirabis ja EMOs ning täiustada suitsiidse inimese käsitlemise protsessi. Uuring oli otseselt rakendusliku suunaga, selle väljundiks on ettepanekud suitsiidse inimese terviklikuks käsitlemiseks (märkamise, toetamine, ravi, järeltugi jne) tervishoius ja võrgustikutöös. Uuringu kaugem eesmärk on suitsiidikäitumise (suitsiidide, suitsiidikatsete, korduvate suitsiidikatsete arvu) vähendamine Eestis.

Uuring viidi läbi aastal 2022. Andmete kogumiseks viidi esmalt läbi suitsiidse inimese käsitlemist ja suitsiidiriski hindamist Eestis reguleerivate allikate lauaanalüüs (desk research). Seejärel koguti andmed 5 Euroopa riigi (Iirimaa, Inglismaa, Saksamaa, Taani, Ungari) regulatsioonidest ja parimatest praktikatest (kirjandusallikate analüüs ja ekspertintervjuud). Lõpuks viidi läbi kombineeritud disainiga uuring – kvantitatiivne küsitlusuuring (N=571) ja kvalitatiivsed intervjuud (N=40).

Uuringu tulemustest selgus, et enesetappude ennetamist pidasid kõik uuringus osalejad väga oluliseks teemaks ja enamik neist usub, et saab oma töö juures suitsiidset inimest aidata. Oma igapäevtöös ei ole nende endi kokkupuude suitsiidsete inimestega siiski eriti sage. Teistest oluliselt sagedamini puutuvad suitsiidsete inimestega kokku EMO arstid ja õed ning kiirabitöötajad.

Küsitlusele vastanud leidsid, et neil ei ole piisavalt ei teadmisi, oskusi ega kogemusi suitsiidsete inimeste käsitlemiseks, nende ohutuse tagamiseks ning nad pigem ei tunne end suitsiidse inimesega vesteldes kindlalt. Spetsialistid tunnevad puudust infost abivõimaluste kohta suitsiidsete inimeste jaoks. Teistest erinesid pisut koolides töötavad spetsialistid, kelle hinnangud oma teadmiste ja oskustele ning info kättesaadavusele olid teistest positiivsemad.

Suur puudujääk ilmnes koolituste osas – vaid vähesed olid spetsiaalse koolituse suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks läbinud ning soov sellist spetsiaalset koolitust saada oli väga suur. Koolituste täpne sisu, pikkus ja formaat peaks olema praktiline ning kohandatud konkreetsele sihtrühmale.

Regulatsioonidest ja tegevusjuhistest suitsiidse inimese käsitlemiseks ja suitsiidiriski hindamiseks palju ei teata ning neist tuntakse puudust – nii üldisest õiguslikust regulatsioonist kui asutusesisestest tegevusjuhistest. Koolides töötavad spetsialistid andsid siin teistest tunduvalt positiivsemaid vastuseid. Puudust tuntakse eelkõige lühikestest, konkreetsetest ja praktilistest juhistest. Töökorraldusliku poole pealt tuntakse suurt puudust supervisioonist ning ka tööandja poolsest toest.

Vajadus ühtsete suitsiidiriski hindamisvahendite järele on suur ning praegu kasutavad neid oma töös vaid vähesed. Rohkem teatakse mittespetsiifilisi ehk üldiseid vaimse tervise küsimustikke ja skaalasid ning vähem neid, millega hinnatakse spetsiifiliselt suitsiidiriski raskusastet. Peamiselt on kasutusel emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2. Teistest harvem kasutavad hindamisvahendeid EMO ja kiirabi töötajad, kus kokkupuude suitsiidsete inimestega on kõige sagedasem ning töötempo kiire. Sõltuvalt sihtrühmast tuntakse rohkem või vähem vajadust suitsiidiriski hindamisinstrumentide järele. Tervishoiutöötajad kasutavad enamasti vabas vormis vestlust, kuid väiksemate kogemustega töötajad sooviksid siiski kasutada erinevaid hindamisvahendeid.

Võrgustikutöö suitsiidse inimese käsitlemisel on Eestis habras ning sageli isiklikel kontaktidel põhinev. Võrgustikutööd üldiselt tehakse nii teiste spetsialistidega kui pereliikmete ja lähedastega, kuid mitte

kõigi sihtrühmade poolt. Rohkem teevad võrgustikutööd koolides töötavad spetsialistid. Üldhinnang süsteemsele võrgustikutööle Eestis väljendab suurt rahulolematust. Mida sagedasem on spetsialisti kokkupuude suitsiidsete inimestega, seda rahulolematum ta on võrgustikutööga. Võrgustikutöö partneritena nimetatakse sagedasti psühhiaatrit ja teisi vaimse tervise spetsialiste ning nendest tuntakse samas ka kõige rohkem puudust. Võrgustikutööd tehakse ka pereliikmete ja lähedastega. Enda rolli võrgustikutöös nähakse sagedasti edasisuunajana ning juhtumi tervikliku korraldaja rolli endal ei nähta või nähakse minimaalselt. Ka puudust tuntakse eelkõige edasisuunamise võimalustest. Vaimse tervise õe roll näib olevat oluline ja ajaga üha suurenev ning temal on kõige suurem potentsiaal olla juhtumi tervikliku korraldaja rollis.

Võrreldes Eesti tervishoiusüsteemi võimalusi uuringusse valitud 5 riigiga, on Eesti üleminekuperioodis ehk liikumas tugevalt eriarstiabile suunatud vaimse tervise teenuste süsteemist (nagu Saksamaa ja Ungari) esmatasandi kui väravahoidja süsteemi (lirimaa, Inglismaa, Taani) poole. Väravahoidja rolliks tuleb perearste ja nende laiendatud meeskondi vaimse tervise vaatest tugevalt ette valmistada. Seetõttu peaks Eesti vaatama rohkem lirimaa, Inglismaa ja Taani poolt loodud teenusearendusi, mis on nii spetsialistide oskuste arendamine, ambulatoorsete teenuste tugevdamine kui ka n-ö silla ehitamine esmatasandi ja teisese tasandi tervishoiuteenuste vahele. Kõik intervjuueeritud riikide eksperdid rõhutasid, et esmatasandi jõustamine on vajalik suitsiidse inimesega tegelemisel, kuid kas seda teha läbi koolituste ja oskuste arendamise või uute teenuste väljatöötamise, mis saavad olla perearstile partneriks, oleneb nii riigi tervishoiusüsteemi võimekusest kui ühiskonna valmisolekust. Eri lahendused, näiteks Taanis ja lirimaa, mis on suunatud kitsamalt suitsiidse inimese raviteekonna parendamisele, võivad osutada Eesti jaoks liialt ressursimahukaks. Eesti võiks mõelda hübriidlahendustele lähtudes sellest, milline tee Eestis esmatasandil vaimse tervise teenuste arendamisel võetakse.

Kokkuvõtteks võib öelda, et praegune süsteem suitsiidse patsiendi teekonna vaatest on konarlik ja piirkonniti väga ebaühtlane ning suuresti tervishoiusüsteemi keskne praktika. Suurima koormuse suitsiidsete inimestega saavad EMO ja kiirabi, mis on niigi üle koormatud. Vaimse tervise õe pädevus ja roll võiks suitsiidse inimese käsitlemisel (nt juhtumi tervikliku korraldajana) ja teiste spetsialistide konsulteerimisel olla suurem sõltumata sellest, millise asutuse koosseisu ta kuulub. Et oluliselt tugevdada suitsiidikäitumise ennetustööd, on rohkem vaja kaasata sotsiaal- ja haridusvaldkonda ning tugevdada võrgustikutööd, kus partneritel on selged rollid. Kogu süsteemi tuleb vaadata tervikuna – nii perearstisüsteemi, kiirabi kui ka eriarste, ja lisaks väheintensiivseid psühholoogilisi sekkumisi ning haridus- ja sotsiaalvaldkonda. Analüüsida tuleb apteekrite võimekust ja võimalusi panustada suitsiidsete inimeste varajasse märkamisse. Uuring näitas, et põhimõtteline valmisolek apteekritel on, kuid nad vajaksid põhjalikku ettevalmistust ja n-ö uue süsteemi loomist.

Oluline on riigil hinnata, millist suitsiidsele inimesele osutatavat teenuste taset me Eesti tervishoiuvaldkonnas oleme valmis ja võimelised pakkuma ning millist valdkonna sisest ja valdkondade vahelist võrgustikutööd soodustama. Süsteemsed muutused saavad toimuda algatustega eelkõige riiklikul tasandil, nende sisseviimine ei ole paraku ühe asutuse või kohaliku omavalitsuse võimuses. See tasakaal võib olla siiski sihtrühmiti erinev. Vaimse tervise teenuste kättesaadavus, konkreetsed hindamisvahendid ja ohutusplaanid ning võrgustikutöö ja vastavad koolitused on ühed olulisemad komponendid suitsiidsele inimesele pakutavast teekonnast.

Peamised soovitusel (lühikokkuvõtte järelduste ja soovitude osa põhisõnumitest):

- Üldine soovitus on, et suitsiidse inimese käsitlemisel ja suitsiidikäitumise ennetamisel on vajalik vähendada koormust tervishoiuvaldkonnale ning suunata fookust ressursside ja lahenduste leidmisel valdkondade üleseks.

- Suitsiidse inimese käsitlemisel on vaja esma- ja kogukonnatasandil muuta arusaama ja praktikad, kus erinevad osapooled näevad endal eelkõige märkaja ja edasisuunaja rolli, kuid vastutuse võtmist abi ja toetuse pakkujana jääb puudu. Kõik suitsiidse inimese abistamise algoritmid ei pea lõppema psühhiaatriga. Suitsiidne inimene vajab sageli just sellist psühhosotsiaalset abi ja toetust oma igapäevases elukeskkonnas, mida ei saa ega peagi talle pakkuma psühhiaater.
- Suitsiidiriski hindamiseks on vajalik Eestile kohandada ja valideerida spetsiifilised ehk suitsiidiriski raskusastet hindavad instrumendid (küsimustikud ja skaalad), valiku võib teha nende hulgast, mis eesti keeles juba olemas ja käibes on (ASQ, BSSA, C-SSRS). Seejuures tuleb rõhutada, et suitsiidiriski hindamisest olulisemgi on see, mis juhtub pärast hindamist – ohutusplaani koostamine, juhtumi terviklik korraldamine ja järeltugi.
- Suitsiidse inimese käsitlemisel kiirabi ja EMO poolt on vajalik spetsialistide pädevuse suurendamine suitsiidiriski hindamiseks (sh valideeritud instrumente kasutades) ning edasisuunamise ja jätkutegevuste üle otsustamise osas konsulteerimise võimalused spetsialistiga, kellel on juhtumi tervikliku korraldaja pädevused.
- Suitsiidse inimese käsitlemiseks on vaja defineerida selgelt juhtumi tervikliku korraldaja roll ning tema pädevused. Juhtumi korraldajaks võib olla nii tervishoiu-, sotsiaal- kui ka haridusvaldkonnas töötav spetsialist, kuid tal peavad olema koolitustel omandatud pädevused ning kogukonna tasandil peavad juhtumi korraldamiseks olema kokku lepitud ja fikseeritud selged tegevusjuhised.
- Vajalik on vaimse tervise õe õppe kaasajastamine valdkonna vajadustele vastavaks, mis annaks muuhulgas juba praktiseerivatele õdedele süvendatud teadmised, oskused ja julguse toetada ja/või ravida suitsiidset inimest, sh perearsti meeskonnas esmatasandil.
- Vajalik on välja töötada ja rakendada spetsiifiline, süsteemne ja paindlik koolitusprogramm (sisaldab koolitajate koolitust ja veebilahendusi) eri valdkondade spetsialistidele, et parandada teadmisi ja oskusi suitsiidse inimese märkamisel ja käsitlemisel, suitsiidiriski hindamisel ja ohutusplaani koostamisel ning võrgustikutööna järeltoe korraldamisel.

SUMMARY

The SUIPA study was ordered by the Ministry of Social Affairs and conducted by Tallinn University (TLU) and the Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute (ERSI).

The aim of the study was to provide an overview of the treatment of a suicidal person in primary health care (including occupational health and pharmacies), schools (school health care and school support services), ambulance and EMO, and to improve the treatment process of a suicidal person. The study is applied research with outputs as proposals for a comprehensive treatment of a suicidal person (recognition, support, treatment, follow-up, etc.) in healthcare and networking. The long-term goal of the study is to reduce suicidal behaviours (number of suicides, suicide attempts, repeat suicide attempts) in Estonia.

The study was carried out in 2022. First, for the data collection purposes a desk research was conducted to identify the regulations of the treatment of a suicidal person and suicide risk assessment in Estonia. Subsequently, the data on regulations and best practices in 5 European countries (Ireland, England, Germany, Denmark, Hungary) were collected (literature review and expert interviews). Finally, a study with mixed methods study design was conducted – a quantitative survey (N=571) and qualitative interviews (N=40).

The results of the study showed that suicide prevention was considered very important by all study participants and most of them believe that they can help a suicidal person in their work. However, their own contact with suicidal persons in everyday work is not very frequent. EMO doctors and nurses and ambulance staff are significantly more likely than others to come into contact with suicidal people.

Survey respondents felt that they do not have sufficient knowledge, skills or experiences to treat suicidal persons, to ensure their safety, and they tended to feel uncomfortable while talking to suicidal persons. Specialists feel that there is a lack of information about help for suicidal persons. Specialists working at schools differed slightly from others, their assessment of knowledge and skills and of the availability of information was more positive compared to others.

There is a large deficit in training – only a few had received specific training for suicide risk assessment and for treating a suicidal person, although the demand for such specific training was remarkable. The exact content, length and format of the training should be practical and tailored to the specific target group.

There is shortage and little knowledge of regulations and instructions for treatment of a suicidal person and suicide risk assessment – both general legal regulations and institutional instructions. Specialists working at schools gave much more positive responses than others. In particular, there is shortage of short, specific and practical instructions. On the organisational side, there is a strong lack of supervision and also support from employers.

The need for uniform suicide risk assessment tools is big and they are currently used only by a few specialists. The awareness is greater of non-specific general mental health questionnaires and scales and less of those that specifically assess the severity of suicide risk. The emotional state questionnaire EEK-2 is used most widely. The EMO and ambulance staff members use assessment tools less frequently than others, although their contact with suicidal persons is the most frequent and their pace of work is fast. The need for suicide risk assessment tools depends on the specific target group. Health care professionals use mostly free form interviews, but specialists with less experience would like to use different assessment tools.

Networking in treatment of a suicidal person in Estonia is fragile and often based on personal contacts. In general, networking is done with other specialists as well as with family members and relatives, but not by all target groups. Specialists working at schools are networking more frequently. The overall assessment of systematic networking in Estonia is characterised by a high level of dissatisfaction. The more frequently a specialist is in contact with suicidal persons, the more dissatisfied he/she is with networking. Psychiatrists and other mental health professionals are frequently mentioned as networking partners and at the same time they are missed the most. Networking also takes place with family members and relatives. The own role in networking is often seen as someone doing referrals, but not as a comprehensive case manager. There is also a lack of referral opportunities. The role of the mental health nurses appears to be important and growing over time and they have the greatest potential to take the role of a comprehensive case manager.

Comparing the opportunities of the health care system of Estonia with the 5 selected countries, Estonia is in a transition moving away from a heavily specialised mental health service system (as in Germany and Hungary) towards a primary care as gatekeeper system (Ireland, England, Denmark). The role of gatekeeper in primary health care teams needs to be strengthened from a mental health perspective. Therefore, Estonia should look more at the service developments set up by Ireland, England and Denmark, which are developing the skills of specialists, strengthening outpatient services and building a bridge between primary and secondary care. All the experts interviewed emphasized that primary level enforcement is necessary to treat a suicidal person, but whether this is done through trainings and skills development of existing services or through the development of new services as partners for GPs, depends on the capacity of the national health system as well as the willingness of society. Specific solutions, such as those in Denmark and Ireland, which focus more narrowly on improving the treatment pathway for a suicidal person, may be too resource-demanding for Estonia. Estonia could think about hybrid solutions based on the path taken in developing mental health services at the primary level.

In conclusion, the current system is from the suicidal person's point of view bumpy and highly unequal across regions, and largely health care oriented. The biggest burden of treatment of suicidal persons falls on EMO and ambulance, which are already overburdened. The competence and role of mental health nurses in treatment of a suicidal person (e.g. as a comprehensive case manager) and in consulting other professionals could be bigger, irrespective of the institution to which they belong. In order to significantly strengthen the work on suicide prevention, there is a need for greater involvement of social and educational sectors and for stronger networking with clear roles of networking partners. The whole system needs to be revised at as a whole – the GP system, the ambulance service and specialist services, plus low-intensity psychological interventions and education and social sectors. The capacity of pharmacists and their potential to contribute to the early recognition of a suicidal person needs to be further analysed. The study showed that pharmacists are ready in principle, but they would need special training and creation of a new system.

It is important to evaluate on a national level what kind of services we are willing and able to provide for a suicidal person in the Estonian health care sector, and what kind of networking to promote within and between sectors. Systemic change can be brought about by initiatives primarily at national level, it is not in the power of any single institution or local government to introduce it. However, this balance may vary by target groups. Availability of mental health services, specific assessment tools and safety plans, and networking and training are some of the most important components of the pathway offered to a suicidal person.

Key recommendations (short summary of the key messages presented in the conclusions and recommendations section):

- The overall recommendation is that when treating a suicidal person and preventing suicidal behaviours it is necessary to reduce the burden on the health care sector and to shift the focus on finding cross-sectoral resources and solutions.
- When treating a suicidal person, it is necessary to reduce understandings and practices at primary and community level where different partners see themselves primarily as specialists who recognize and refer, but not as those taking responsibility for providing help and support. Not all algorithms for helping a suicidal person need to end with a psychiatrist. It is often psycho-social help and support that a suicidal person needs in his/her everyday environment that cannot and need not be provided by a psychiatrist.
- For suicide risk assessment it is necessary to adapt and validate specific instruments (questionnaires and scales) for Estonia, which assess the severity of suicide risk. The selection can be made from those that already exist and are in use in Estonian language (ASQ, BSSA, C-SSRS). It should be emphasized that more important than suicide risk assessment is what happens after the assessment – putting together the safety plan, comprehensive case management and follow-up.
- When treating suicidal persons by ambulance and EMO, there is a need to increase the competence of specialists for suicide risk assessment (including the use of validated instruments) and to improve the possibilities for consulting about referral and follow-up decisions a specialist who has competences as a comprehensive case manager.
- In order to treat a suicidal person, the role of comprehensive case manager and his/her competences need to be clearly defined. The case manager can work either in a health, social or education sector, but he/she must have competences acquired through training, and clear instructions for case management must be agreed and fixed at community level.
- There is a need to update mental health nursing education to meet the needs of the field, which would, among other things, provide already practicing nurses with in-depth knowledge, skills and courage to support and/or treat a suicidal person, including to act as a member of the primary health care team.
- There is a need to develop and implement a specific, systematic and flexible training programme (including train-the-trainers and web-based solutions) for specialists in different sectors to improve knowledge and skills for recognition and treatment of a suicidal person, in suicide risk assessment and safety planning, and in networking for follow-up.

1. SISSEJUHATUS

1.1. Uuringu taust ja lõppraporti struktuur

Projekt SUIPA tugineb olemasolevatele uuringutele suitsiidikäitumisest ja vaimsest tervisest ning juhindub asjakohastest poliitikadokumentidest (*Eesti 2035*, 2021; Sotsiaalministeerium, 2020a, 2020b). Poliitikadokumendid rõhutavad vajadust parandada inimeste tervist, arendada inimkeskset tervishoiuteenust ja tervist toetavaid valikuid. Vaimse tervise roheline raamat toob välja vaimse tervise teenuste püramiidi optimaalsele jaotusele viidates esmatasandi tervishoiuteenuste rolli olulisuse ning vajaduse seda arendada.

Eestis läbiviidud teemakohastest uuringutest on teada, et suitsiidiriskiga inimesed satuvad erinevate terviseprobleemidega meditsiini vaatevälja, ehkki nende pöördumise põhjuseks ei pruugi olla suitsiidimõtted (Rooväli et al., 2018). Tahtlike enesevigastuste ehk suitsiidikatsete tase on tõusutrendis, sh korduvate suitsiidikatsete arv on suurenenud (Värnik et al., 2021). Haigekassa projekt depressiivse patsiendi raviteekonnast (Eesti Haigekassa, 2021) näitas, et depressiooniga (suitsiidikäitumise olulisim riskitegur) patsientide sattumine meditsiini vm abistajate vaatevälja on liialt juhuslik. COVID-19 epideemia psühhosotsiaalsete tagajärgedega toimetuleku eksperdiarvamus (Vainre et al., 2021) nimetab astmelise ravi vajadust, et iga inimene saaks vaimse tervise teenuste kasutamiseks just sinna astmele, mida ta tegelikult vajab (mitte mida ta tahab või küsida oskab); selleks on esmatähtis hindamine ja võrgustikutöö. Eestis on Kaitseväge veteranide suitsidaalsuse uuringu osana analüüsitud olemasolevaid suitsiidiriski hindamise mõõtvahendeid ja esitatud ettepanekud suitsiidiriski kvantitatiivse hindamise mõõtvahendi arendamiseks Kaitsevæes (Sisask et al., 2018).

Esmatasandi tervishoiu olulist rolli suitsiidiriski varajasel märkamisel ja hindamisel ning suitsiidikäitumise ennetamisel näitavad mitmed rahvusvahelised teadusuuringud. Dueweke ja Bridges (2018) nimetavad, et peaaegu pooled suitsiidi tõttu surnud patsiendid on käinud esmatasandi tervishoiuteenuse pakkuja vastuvõtul 1 kuu enne surma ning oma ülevaateartiklis toovad nad välja neli olulist komponenti enesetappude ennetamiseks esmatasandil: (a) spetsialistide koolitamine, (b) suitsiidiriski ja meeoluhäirete skriinimine, (c) depressiooni sümptomitega tegelemine, (d) suitsiidiriski hindamine ja käsitlemine. Autorite sõnul on võtmeteguriks multidistsiplinaarne koostöö esmatasandi spetsialistide vahel. Eestiski ERSI poolt rakendamisel olev EAAD neljatasandiline kogukonnapõhine sekkumismudel depressiooni varajaseks märkamiseks ja raviks ning suitsiidikäitumise ennetamiseks seab võtmeaspektidele perearstid ja pereõed, kuid tihedas võrgustikutöös teiste värvahoidjatega (Hegerl et al., 2021; Linskens et al., 2022; Sisask et al., 2021). Suitsiidiriski hindamiseks on kasutusel mitmeid standardiseeritud skaalasid (Abarca et al., 2018) ning mõned uuringud on näidanud, et täpseima hinnangu võivad anda erinevate skaalade kombinatsioonid (Bryan et al., 2021). Turecki ja kolleegid (2019) rõhutavad oma ülevaateartiklis, et suitsiidirisk kujuneb välja keerukate mõjutegurite kombinatsioonis (bioloogilised, psühholoogilised, kliinilised, sotsiaalsed ja keskkonnast tulenevad), mistõttu on samavõrra keerukas ühe konkreetse inimese suitsiidiriski hindamine. WHO on publitseerinud enesetappude ennetamise teemalisi juhendmaterjale¹, sh

¹ https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3

mitmete esmatasandi spetsialistidele ja EMOLE, millest mitmed on ERSI poolt eesti keelde tõlgitud ja kohandatud².

SUIPA uuringu tulemused on Sotsiaalministeeriumile sisendiks vaimse tervise probleeme ennetavate strateegiliste dokumentide ja enesetappude ennetamise tegevuskava kujundamisel:

- Vaimse tervise tegevuskava 2023-2026
- JA ImpleMENTAL³ – *Implementation of Best Practices in the area of Mental Health 2021-2024*
- Esmatasandi tervishoiu arengukava
- Inimkeskse haiglaelse erakorralise meditsiinilise abi korraldus

Lisaks aitavad need paremini planeerida ja rakendada psühhiaatrilisi ja psühholoogilisi (tervishoiu)teenuseid ning on abiks elanikkonnale suunatud kommunikatsioon.

Kuna uuring on väga praktilise suunitlusega, mis peab eelkõige minema korda kaasatud sihtrühmadele ja tervishoiuasutustele, siis osalesid võtmevaldkondade esindajad uuringus juhtrühma kaudu (Tabel 1). Juhtrühma peamiseks rolliks oli anda projekti tegevustele sisulisest tagasisidet ning jälgida, et projekti tulemused vastaks nende tegelike rakendajate vajadustele.

Tabel 1. SUIPA juhtrühma liikmed

Tegevusvaldkond	Nimi	Organisatsioon ja amet
Esmatasandi tervishoid (perearstid)	Dr Reet Laidoja	Linnamõisa PAK, Eesti Perearstide Seltsi juhatuse liige, Tallinna Perearstide Seltsi juhatuse esimees
Töötervishoid	Dr Evelyn Aaviksoo (PhD)	HeBA Kliinik, HeBA Clinic OÜ juhatuse liige
Koolitervishoid	Kädi Lepp	SA Tallinna Koolitervishoid juhatuse liige
Kiirabi	Timo Täht	Tallinna Kiirabi õendusjuht
Erakorralise meditsiini osakond (EMO)	Dr Vassili Novak	Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) erakorralise meditsiini keskuse juhataja
Psühhiaatria	Dr Anne Kleinberg (PhD)	Tallinna Lastehaigla, Laste Vaimse Tervise Keskuse (Psühhiaatrikliiniku) juhataja, Eesti Psühhiaatrite Seltsi esimees, lastepsühhiaater
Vaimse tervise teenuste korraldus	René Randver (PhD)	Tervisekassa vaimse tervise valdkonna ekspert, kliiniline psühholoog ja neuropsühholoog

Lõppraportis on uuringu läbiviimise meetodikat kirjeldatud uurimisülesannete kaupa. Uuringu tulemuste osas on esmalt esitatud I ja III uurimülesande tulemused ülevaatenähtena suitsiidse inimese käsitlemist ja suitsiidiriski hindamisest Eestis. Uuringu tulemuste ülevaates on järgmised alapeatükid: spetsialistide teadmised, oskused ja kogemused; regulatsioonid, tegevusjuhised ning töökorraldus; hindamisvahendid ja nende kasutamine; juhtumikorralduslik võrgustikutöö ja infovahetus. Seejärel on esitatud II uurimülesande tulemused ehk välisriikide praktikad SUIPA sihtrühmade kaupa. Suitsiidse inimese käsitlemise mudeli alla on ühte koondatud IV-V uurimülesande tulemused. Viimaks on esitatud uuringu tulemustel põhinevad järeldused ja soovitused. Lõppraporti lisadena on esitatud SUIPA vaheraporti täistekst (I ja II uurimülesande põhjalik käsitlus) ning III uurimülesande täitmise seotud materjalid.

² <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-series>

³ <https://ja-imental.eu/>

1.2. Uuringu eesmärk, uurimisülesanded ja uurimisküsimused

SUIPA projekti raames läbiviidava uuringu eesmärgiks oli anda ülevaade suitsiidse patsiendi käsitlemisest esmatasandi tervishoius (sh töötervishoid ning apteegid), koolides (koolitervishoid ja koolide tugiteenused), kiirabis ja EMOs ning täiustada suitsiidse patsiendi käsitlemise protsessi. Uuring oli otseselt rakendusliku suunaga, selle väljundiks on ettepanekud suitsiidse patsiendi terviklikuks käsitlemiseks (märkamise, toetamine, ravi, järeltugi jne) tervishoius ja võrgustikutöös. Uuringu kaugem eesmärk on suitsiidikäitumise (suitsiidide, suitsiidikatsete, korduvate suitsiidikatsete arvu) vähendamine Eestis.

SUIPA uuringu eesmärgi täitmiseks oli püstitatud viis uurimisülesannet.

I UURIMISÜLESANNE. Eesti analüütilise olukorrajelduse koostamine. Antakse ülevaade suitsiidse patsiendi käsitlemisest Eestis olemasolevate regulatsioonide kohaselt. Saadakse sisend IV ja V uurimisülesande täitmiseks.

II UURIMISÜLESANNE. Analüütilise ülevaate koostamine 4-5 EL-i riigi praktikatest. Antakse ülevaade suitsiidse patsiendi käsitlemise regulatsioonidest ja praktikatest teistes EL riikides. Saadakse sisend IV ja V uurimisülesande täitmiseks.

III UURIMISÜLESANNE. Küsitlusuuringu ja intervjuude läbiviimine. Viiakse läbi kombineeritud disainiga uuring (kvantitatiivne küsitlusuuring ja kvalitatiivsed intervjuud) asjakohastes tervishoiuasutustes. Andmete analüüsi põhjal antakse ülevaade suitsiidse patsiendi käsitlemise praktikatest Eestis. Saadakse sisend IV ja V uurimisülesande täitmiseks.

IV UURIMISÜLESANNE. Suitsiidiriski hindamise mudeli välja töötamine. Luuakse esmatasandi tervishoiule, kiirabile ja EMOLE sobiv mudel patsientide suitsiidiriski taseme hindamiseks.

V UURIMISÜLESANNE. Suitsiidse patsiendi käsitlemise mudeli(te) välja töötamine. Luuakse esmatasandi tervishoiule, kiirabile ja EMOLE sobiv mudel (või mudelid) suitsiidse patsiendi käsitlemiseks, mis vastavalt suitsiidiriski tasemele tagab patsientidele võimalikult tõhusa abi.

Uurimisülesannete täitmise käigus anti vastused järgmistele uurimisküsimustele, puudutades nii esmatasandi tervishoidu (sh kooli- ja töötervishoid), kiirabi kui ka EMO, lisaks nendele apteekide ja tugispetsialistide koolides (koolipsühholoogid, sotsiaalpedagoogid, eripedagoogid jt).

1. Millised on praegused suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse patsiendi käsitlemise regulatsioonid ja praktikad Eestis ja teistes EL riikides?
2. Millised on erinevused alaealiste ja täiskasvanud suitsiidsete patsientide käsitlemisel?
3. Kuidas ja/või mille alusel hinnatakse Eestis praegu patsiendi suitsiidiriski?
4. Millised teadmised, oskused ja töövahendid (nt hindamisinstrumendid) on olemas ning millised aktiivses kasutuses? Millest tuntakse puudust, et tagada suitsiidsete patsientide terviklik ja kvaliteetne käsitlus?
5. Kas ja kuidas toimib juhtumikorralduslik võrgustikutöö ja infovahetus suitsiidse patsiendi käsitlemisel (mille alusel, milliste osapooltega, kelle eestvedamisel jne)? Mis soodustab ja mis takistab juhtumikorraldusliku töö tegemist?
6. Milline on võimalik Eestile sobiv suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse patsiendi käsitlemise mudel (või mudelid), et tagada eri riskitasemega patsientidele võimalikult tõhus abi?

1.3. Uuringu terminoloogia

Küsitlusuuringu ja intervjuude läbiviimiseks (III uurimisülesanne) täpsustati ja lepiti kokku uuringu terminoloogia, et käsitletavatest nähtustest oleks ühtne arusaam nii uuringu läbiviijatel kui uuringus osalejatel (küsitletavatel, intervjuueeritavatel). Näiteks selgus töö käigus, et uuringu pealkirjas kasutatud „suitsiidne patsient“ ei sobi kõigi sihtrühmade jaoks (koolitervishoid, kooli tugiteenused, apteegid), vaid selle peaks asendama terminiga „suitsiidne inimene“. Seetõttu ongi kasutatud nii uuringu instrumentides kui ka uuringu tulemuste osas peamiselt terminit „suitsiidne inimene“.

Suitsiidse inimese all mõtleme neid, kes on teinud suitsiidikatse või kellel on suitsiidimõtteid.

Suitsiidiriski hindamise all mõtleme suitsiidsuse (suitsiidimõtete ja/või suitsiidikäitumise) tuvastamist hindamisvahendite (testide, skaalade) abil või vestluse käigus ning suitsiidiriski raskusastmele hinnangu andmist.

Suitsiidse inimese käsitlemise all mõtleme suitsiidiriski märkamist ja hindamist, suitsiidse inimese toetamist ja edasisuunamist ning talle ravi ja järeltoe pakkumist.

Juhtumikorraldusliku võrgustikutöö all mõtleme erinevate osapoolte (tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna spetsialistid, pereliikmed ja lähedased) koostööd suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse inimese käsitlemisel.

2. METOODIKA

2.1. I uurimisülesanne: Eesti analüütilise olukorrajelduse koostamine

I uurimisülesande täitmiseks koostati analüütiline olukorrajeldus Eestis olemasolevatest uuringutest, analüüsides ravi- ja käsitusjuhenditest, seadusandlusest jms, mis reguleerivad suitsiidiriski hindamist ja suitsiidse patsiendi käsitlust esmatasandi tervishoius (sh kooli- ja töötervishoid), kiirabis ja EMOs, samuti apteekides ja koolide tugiteenustes. Töö käigus mitmetelt SUIPA sihtrühma esindajatelt saadud info kohaselt olid nende kõige olulisemateks koostööpartneriteks suitsiidse patsiendi käsitlemisel psühhiaatrid (eelkõige suuremad psühhiaatriakliinikud), mistõttu koguti täiendavat infot eriarstiabi tasandil kehtivate regulatsioonide ja praktikate kohta.

Andmete kogumiseks viidi esmalt läbi erinevate allikate lauaanalüüs (*desk research*). Peamiseks info otsimise allikaks oli internet, mitmed allikad lisati uurimisrühma liikmete ekspertteadmiste tuginedes. Täiendavalt konsulteeriti kõigi SUIPA juhtrühma liikmetega (*vt Tabel 1*), et teada saada asutusesiseste regulatsioonide ja juhiste olemasolust nende konkreetses tegevusvaldkonnas. Andmete analüüsimiseks süstematiseeriti kogutud allikad ning ühtsesse tabelisse⁴ kanti järgmised allikat iseloomustavad tunnused: dokumendi pealkiri, koostajad ja väljaandjad, aasta, dokumendi liik,

⁴ Tabel algandmetega on kättesaadav uuringu juhilt

allika kättesaadavus (sh veebilink), sihtrühm (alaealised, täiskasvanud), allika sisu lühikokkuvõte (suitsiidiriski hindamise kohta, suitsiidse patsiendi käsitlemise kohta), muu oluline info.

E-kirja teel küsiti täiendavalt infot võimalike regulatsioonide ja juhiste kohta juhtrühma liikmete ja tellija soovitatud asutustelt ja organisatsioonidelt: psühhiaatrikliinikutelt (vastas 9 asutust), kiirabilt (vastas 8 asutust), apteekide ühendustelt (vastas 4 organisatsiooni), koolide tugispetsialistide ühendustelt (vastas 3 organisatsiooni) ja Sotsiaalkindlustusametilt. Andmete kogumine viidi läbi aprillis 2022.

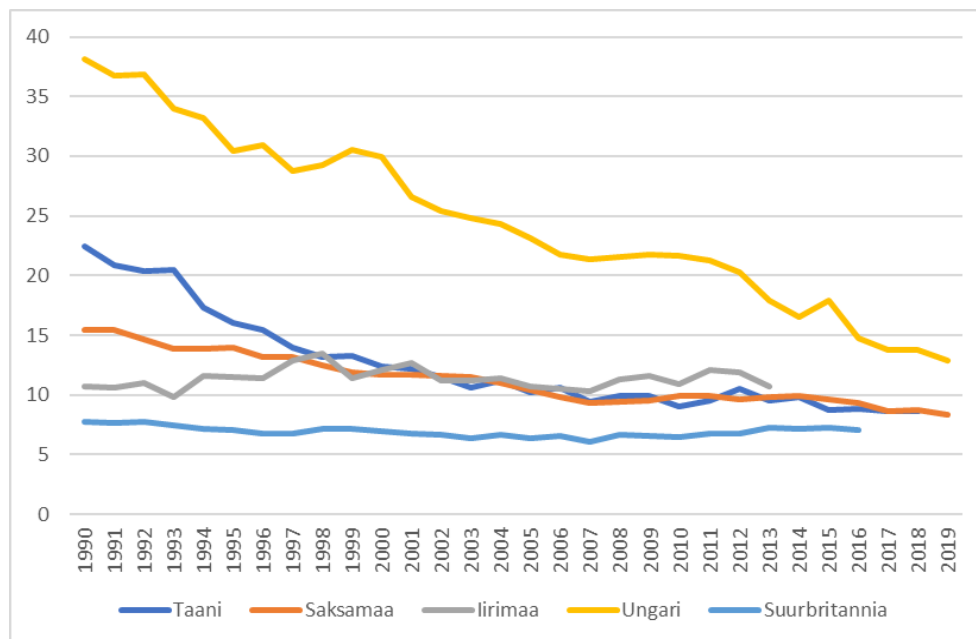
Kõigis andmeallikates sisalduv oluline info sünteesiti uurimisküsimustele vastuste saamiseks. I uurimisülesande tulemused on esitatud põhjalikumalt SUIPA vahereportis ([Lisa 1](#)). Käesolevas lõppraportis on need integreeritud küsitlusuuringu ja intervjuude tulemuste hulka täiendava ja täpsustava infona.

2.2. II uurimisülesanne: Analüütilise ülevaate koostamine välisriikide praktikatest

II uurimisülesande täitmiseks koostati ülevaade 5 Euroopa riigi (Iirimaa, Inglismaa, Saksamaa, Taani, Ungari) regulatsioonidest ja praktikatest suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse patsiendi käsitlemisel, tuues välja varasemate uuringute tulemused, valitud riikides kasutusel olevate praktikate tugevused, selgunud probleemkohad ning järeldused, sh teistes riikides toimivate lahenduste sobivus Eestile. Eraldi on välja toodud, kui on erisusi alaealiste ja täiskasvanute käsitlemise vahel.

Riikide lõplik valim moodustati uurimisrühma ja tellija kokkuleppel. Eeltingimuseks oli, et riigis on täidetud üks või mitu järgnevatest kriteeriumidest: suitsiiditrend viimastel aastatel on kas langev või stabiilne ([Joonis 1](#)); riigis on rahvusvaheliselt tunnustatud uurimisgruppe suitsiidipreventsiooni valdkonnas; uurimisgrupid on publitseerinud teadusartikleid SUIPA projekti teemadel; esmatasandi tervishoiuteenuste süsteemis on sarnasusi Eestiga (nt perearstid); dokumendid (või osa nendest) on eeldatavasti kättesaadavad inglise keeles.

Joonis 1. Suitsiidikordaja 100 000 elaniku kohta SUIPA valimi riikides (allikas: WHO/Euro MDB)



Peamiseks allikaks andmete kogumisel olid ekspertintervjuud rahvusvaheliselt tunnustatud suitsidoloogidega:

- Prof Ella Arensman (Iirimaa)
- Prof Navneet Kapur (Inglismaa)
- Prof Ulrich Hegerl (Saksamaa)
- Dots Britt Reuter Morthorst (Taani)
- Prof Judit Balazc ja Prof Purebl Gyürgy (Ungari)

Ekspertintervjuud viidi läbi ajavahemikul 04.04.2022- 16.05.2022 veebipõhiselt video- ja audiosidet võimaldava rakendusega (Zoom või MS Teams). Ühe intervjuu kestus oli umbes 60 minutit. Intervjuud salvestati ja intervjuudes sisalduv oluline info ning ilmekamad tsitaadid kirjutati maha, kuid aja kokkuhoiu huvides ei kirjutatud intervjuusid maha sõna-sõnalt.

Täiendavad andmed koguti veebipõhiselt kättesaadavatest inglisekeelsetest kirjandusallikatest. Kirjandusallikate otsingu meetodikat ja saadud tulemusi on põhjalikumalt esitatud vahereportis. Käesolevas lõppraportis on kirjandusallikatest saadud olulist infot integreeritud välisriikide praktikate uurimistulemuste hulka.

2.3. III uurimisülesanne: Küsitlusuuringu ja intervjuude läbiviimine

III uurimisülesande täitmiseks viidi läbi kombineeritud disainiga uuring (kvantitatiivne küsitlusuuring ja kvalitatiivsed intervjuud). Nii küsitlusuuring kui intervjuud valmistati ette ja viidi läbi kahes keeles – eesti keeles ja vene keeles (valik sõltus vastaja keele-eelistusest). Venekeelsete intervjuude vastused tõlgiti analüüsi jaoks eesti keelde.

Valimisse kaasati perearstikeskused ja/või esmatasandi tervisekeskused, koolitervishoiu asutused, tugispetsialistid koolides, tőtervishoiu asutused, apteegid, kiirabi ja EMO. Küsitlusuuringu ja intervjuude sihtrühmaks on eelkőige arst ja/vői őde, kuid ka mõned teised spetsialistid (apteekrid,

tugispetsialistid – koolipsühholoogid, sotsiaalpedagoogid, eripedagoogid, logopeedid). Valimi moodustamisel (nii küsitlusuuring kui intervjuud) lähtuti sellest, et kaetud oleks kõik Eesti regioonid:

- Põhja regioon – Tallinn ja Harjumaa
- Ida regioon – Ida-Virumaa ja Lääne-Virumaa
- Lõuna regioon – Tartumaa, Jõgevamaa, Viljandimaa, Põlvamaa, Võrumaa, Valgamaa
- Lääne regioon – Järvamaa, Raplamaa, Läänemaa, Pärnumaa, Saaremaa, Hiiumaa

Uuringuandmete kogumine ja haldamine SUIPA projekti käigus on toimunud vastavalt headele eetilistele tavadele ja andmekaitse nõuetele. Uuringu disain oli juba algselt kavandatud selliselt, et puuduks vajadus teadusuuringule loa taotlemiseks andmekaitse inspeksioonilt või kooskõlastuse taotlemiseks eetikakomiteelt (st ei kasutatud ega lingitud olemasolevaid isikustatud andmeid, ei kogutud eriliiki isikuandmeid, küsitlusuuringus ja intervjuudes osalejate andmed anonümiseeriti).

Küsitlusuuring

Küsitlusuuringu puhul seati eesmärgiks saada võimalikult kõikne valim, kaasates perearstid ja pereõed (läbi erialaühenduste), tervishoiuarstid, kooliõed, haiglavõrgu arengukava haiglate EMOd, kiirabiasutused, apteekrid (läbi erialaühenduste) ning tugispetsialistid koolides (läbi erialaühenduste). Asjakohaste tervishoiuasutuste ja erialaühenduste kaardistamiseks kasutati avalikku infot asutuste ja organisatsioonide veebilehtedelt ning SUIPA juhtrühma ja uurimiserühma liikmete isiklike kontakte. Kutse uuringus osalemiseks saadeti tervishoiuasutuste (tööandjate) kaudu või erialaühenduste kaudu. Nimekiri asutustest ja organisatsioonidest, kellele kutse läks, on esitatud käesoleva lõppraporti lisana (*Lisa 2*).

Küsitlusuuring võimaldas kaardistada olemasolevat olukorda ning anda ülevaate sellest, milline on suitsiidse inimese käsitus esmatasandi tervishoius (sh kooli- ja tervishoid), kiirabis ja EMOs, lisaks nendele apteekides ja tugispetsialiste poolt koolides. Küsitlusuuringu läbiviimiseks koostati informeeritud nõusoleku vorm (*vt Lisa 3*) ja struktureeritud küsimustik (*vt Lisa 4*), milles olid järgmised osad ja küsimuste blokid:

- sotsiaal-demograafiline taust
- tööalane taust
- suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse inimese käsitlemise regulatsioonid ja tegevusjuhised
- kogemused suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse inimese käsitlemisel
- suitsiidiriski hindamisvahendid
- juhtumikorraldusliku võrgustikutöö partnerid ja koostöövormid suitsiidse inimese käsitlemisel
- tunnetatud puudused ja vajadused suitsiidse inimese käsitlemisel
- kokkuvõtte, sh avatud küsimused vastajale oluliste teemakohaste kommentaaride jaoks

Pärast küsimustiku piloottestimist viidi sisse vajalikud parandused. Küsimustiku täitmine võttis aega 15-20 minutit. Küsitlusuuring viidi läbi Limesurvey online küsitluskeskkonnas ajavahemikul 09.09.2022- 30.09.2022. Küsitlus oli anonüümne ning küsitlusuuringut täitma asudes andsid vastajad selleks informeeritud nõusoleku elektrooniliselt. Lisaks esimesele uuringus osalemise kutsele saadeti kaks täiendavat meeldetuletust, et suurendada vastamise määra.

Kuna üldkogumi täpne suurus ei ole teada ja tulenevalt uuringu meetodikast ei ole ka teada, mitme spetsialistini täpselt küsitlusuuringu kutse jõudis, siis ei saa täpset vastamise määra välja arvutada, kuid ligikaudsete arvutuste põhjal võib see olla umbes 7%. Uuringu spetsiifikast tulenevalt võib eeldada, et küsimustiku sisulistele blokkidele vastajateks olid pigem need, kellele teema rohkem huvi pakub või tööalaselt rohkem puudutab.

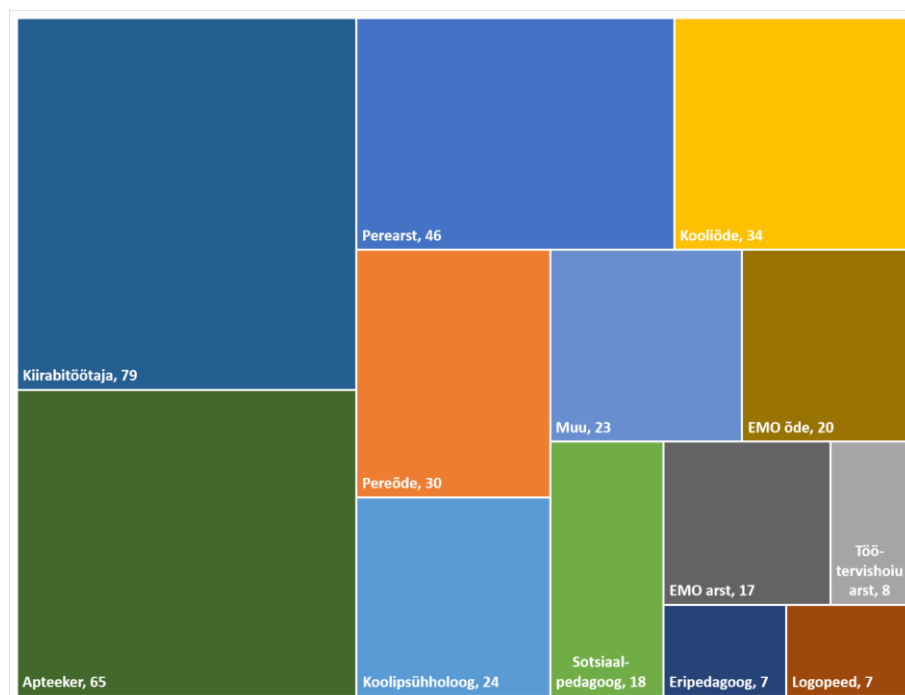
Küsimustikule vastates 571 inimest avas ankeedi, andis nõusoleku uuringus osalemiseks ja hakkas vastama sotsiaal-demograafilise ja tööalase tausta küsimustele. Vastanutest 378 inimest alustas sisuliste blokkide täitmist ning 293 täitis küsimustiku lõpuni (vt Tabel 2). Küsitlusuuringu ankeedi sisulise osa täitnud vastajate (N=378) hulgas oli rohkem naisi (87%), eestlasi (76%) ning kõrgharidusega (64%) ja rakenduskõrgharidusega (28%) inimesi. Regiooniti oli kõige enam vastajaid Põhja regioonist (53%) ja mõnevõrra alaesindatud oli Ida regioon (8% vastajatest). Ametikohtade lõikes on ankeedi sisulise osa täitnud vastajate jaotus näha Joonisel 2. Kõige rohkem oli vastajate hulgas kiirabitöötajaid (N=79), järgnevad apteekrid (N=65), perearstid (N=46), kooliõed (N=34) ja pereõed (N=30). Ülejäänud ametikohtade esindajate arv jäi alla 30. Ametikohtade lõikes keskmine on vanus ja tööstaaž näha Joonisel 3. Küsitlusuuringu valimi keskmine vanus oli 44,4 aastat (vanim vastaja 83-aastane ja noorim 22-aastane) ning keskmine tööstaaž kokku ametikohtadel, kus on olnud kokkupuuteid suitsiidsete inimestega, oli 15,7 aastat.

Tabel 2. Küsitlusuuringu valim, sotsiaal-demograafiline ja tööalane taust

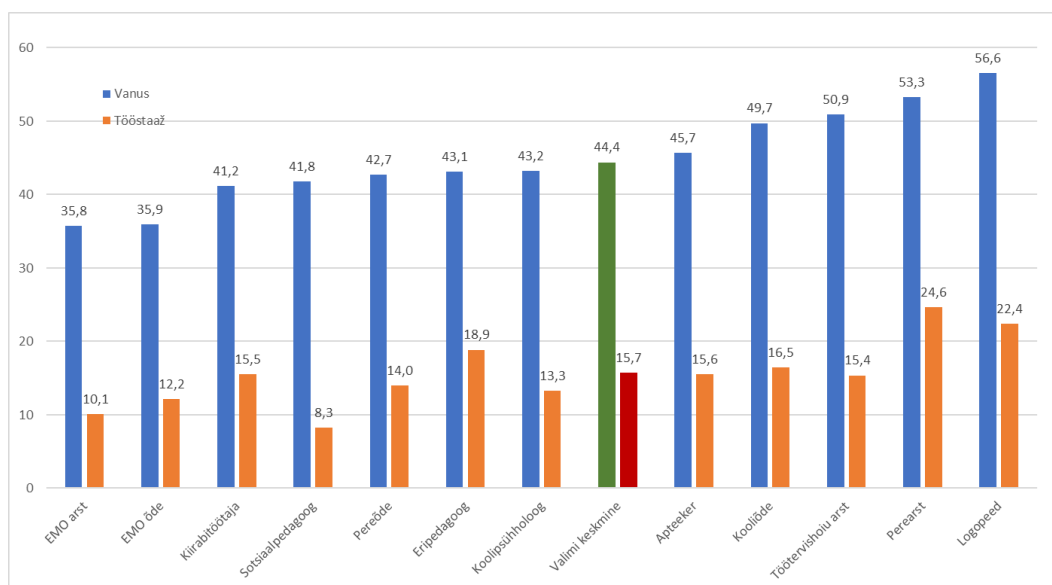
	Küsimustiku vähemalt avanud		On alustanud sisuliste blokkide täitmist		Küsimustik lõpetatud	
	N	%	N	%	N	%
KOKKU	571	100%	378	66%	293	51%
<i>Sugu</i>						
Mees	62	11%	48	13%	35	12%
Naine	506	89%	327	87%	257	88%
<i>Rahvus*</i>						
Eestlane	447	78%	289	76%	234	79%
Venelane	101	18%	72	19%	49	17%
<i>Haridus</i>						
Keskharidus	10	2%	2	0,5%	1	0,3%
Kesk-eriharidus	45	8%	27	7%	16	5%
Rakenduskõrgharidus	170	30%	106	28%	83	28%
Kõrgharidus	346	61%	243	64%	193	66%
<i>Töökoha asukoht</i>						
Põhja regioon	284	50%	199	53%	151	52%
Ida regioon	40	7%	30	8%	23	8%
Lõuna regioon	160	28%	110	29%	87	27%
Lääne regioon	60	11%	39	10%	32	11%
<i>Peamine töövaldkond</i>						
Perearstikeskus/esmatasandi tervisekeskus	98	17%	74	20%	59	20%
Töötervishoid	16	3%	13	3%	13	4%
Koolitervishoid	53	9%	36	10%	26	9%
Tugiteenused koolis	72	13%	51	13%	42	14%
Erakorralise meditsiini osakond (EMO)	55	10%	39	10%	29	10%
Kiirabi	117	20%	77	20%	59	20%
Apteek	100	18%	65	17%	48	16%
Muu	35	6%	22	6%	17	6%
<i>Ankeedi täitmise keel</i>						
eesti keel	481	84%	314	83%	251	86%
vene keel	90	16%	64	17%	42	14%

* Rahvus "muu" ei ole tabelis arvuliselt kajastatud, kuid vastajate hulgas olid: lätlane, ukrainlane, tatarlane, valgevenelane

Joonis 2. Ankeedi sisulist osa täitnud vastajad peamiste ametikohtade lõikes



Joonis 3. Keskmise vanus ja tööstaaž suitsiidsete inimestega töötamisel, ametikohtade lõikes



Küsitlusuuringu andmebaas laaditi Limesurvey keskkonnast alla ning andmeanalüüs teostati SPSS programmiga. Lõppraporti jaoks viidi läbi kirjeldav statistiline andmeanalüüs (keskmised skoorid, suhteline jaotus ehk protsent), mille tulemused on esitatud tabelite ja/või jooniste ning tekstina. Analüüs viidi esmalt läbi koguvõlmi kohta ja seejärel gruppide võrdluses sõltuvalt ametikohast. Ametikohtade lõikes esines SUIPA uuringu eesmärgist ja uurimisküsimustest lähtuvalt huvipakkuvat variatiivsust andmetes kõige enam. Enamikul tabelitest ja joonistest on ametikohad reastatud keskmise skoori järgi (suuremast väiksemaks) ning esitatud on ka vastuste suhteline jaotus. Küsitlusuuringu lõpus olnud avatud küsimuste vastuseid on kasutatud tulemuste paremaks mõistmiseks ning tõlgendamiseks.

Intervjuud

Intervjuude läbiviimiseks moodustati ettekavatsetud valim, kuhu kaasati tervishoiutöötajad (peamiselt arstid ja/või õed): vähemalt 12 perearsti- või esmatasandi tervisekeskust, 12 koolitervishoiuteenuse osutajat, 8 töötervishoiuteenuse osutajat, 8 erakorralise meditsiini osakonda ja kiirabiüksust. Igast kaasatud asutusest intervjueriti ühte tervishoiutöötajat, kellel oli teadaolevalt olnud rohkem (või minimaalseidki) kokkupuuteid suitsiidsete inimestega. Kogemus kokkupuutest oli vajalik, et vastata sisukalt süvaintervjuu käigus esitatud küsimustele. Intervjuude tegemise käigus selgus, et töötervishoiuarstid puutuvad suitsiidsete inimestega kokku harva, mistõttu oli raske leida spetsialiste, kes sooviksid intervjuus osaleda. Läbiviidud intervjuude materjal küllastus juba neljandaks intervjuuks. Selle asemel intervjueriti täiendavalt teisi SUIPA sihtrühmi, kelle kokkupuuted suitsiidsete inimestega on sagedasemad. Individuaalsed intervjuud viidi läbi 40 tervishoiutöötajaga üle Eesti (Tabel 3). Kokku intervjueriti 4 perearsti, 6 pereõde, 3 vaimse tervise õde, 13 kooliõde, 4 töötervishoiuarsti, 4 EMO arsti, 2 EMO õde ja 4 kiirabitöötajat.

Tabel 3. Intervjuude valim regioonide lõikes

	Perearst/õde	Koolitervishoid	Töötervishoid	EMO/kiirabi
Põhja regioon	6	5	3	4
Ida regioon	2	2		2
Lõuna regioon	3	3	1	3
Lääne regioon	2	3		1
Kokku	13	13	4	10

Intervjuu eesmärk oli välja selgitada nii need tegevused, mida praeguses praktikas juba kasutatakse, kui ka need, mida veel ei kasutata, kuid mille järele on tervishoiutöötajate hinnangul vajadus. Eraldi peatuti praktikaga seotud riskidel ja probleemidel. Intervjuus käsitleti põhjalikumalt juhtumikorralduslikku võrgustikutööd, et välja selgitada, kas on kasutusel ohutusplaanid, kas või kuidas toimub suitsiidse inimesega seotud juhtumi üleandmine ühelt spetsialistilt teisele, kuidas toimub infovahetus ja järeltugi. Intervjuud võimaldasid vastajatel oma kogemusi ning enesehinnangulisi teadmisi ja oskusi suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse inimese käsitlemisel reflekteerida rohkem süvitsi.

Intervjuu läbiviimiseks kirjutasid intervjueritavad alla informeeritud nõusoleku vormi (vt Lisa 5) Intervjuude läbiviimiseks koostati poolstruktureeritud intervjuu kava (vt Lisa 6) ning intervjuude läbiviimisel esitasid intervjuerijad jätkuküsimusi, reageerides paindlikult intervjuu käigus saadud vastustele. Eesmärk oli koguda sisu poolest võimalikult rikkalik ja mitmekesine andmestik. Poolstruktureeritud intervjuu küsimuste blokid olid sarnased küsitlusuuringuga, kuid küsimuste esitamise viis oli avatud küsimused, mis julgustasid vastajat rohkem rääkima. Intervjuud viidi läbi ajavahemikus 30.09.2022–09.11.2022 näost näkku kohtumisena või Zoomis, vastavalt intervjueritava eelistusele. Ühe individuaalintervjuu kestuseks oli umbes 60 minutit.

Intervjuude käigus intervjuud audiosalvestati. Tulenevalt projekti küllaltki pingelisest ajakavast ei transkribeeritud intervjuusid sõna-sõnalt, vaid salvestustest kirjutati vastavalt struktureeritud analüütilisele raamistikule maha oluline sisuline info ning ilmekamad tsitaadid. Selline lähenemine oli mõistlik, kuivõrd antud uuringu puhul huvitas pigem intervjuude sisu, kui vastaja antud täpne sõnastus või tema väljendusviis. Uuringusse kaasatud doktorant ja magistrandid teevad oma uurimistöö käigus SUIPA projektis kogutud andmetele teise analüüsi ning transkribeerivad intervjuud osaliselt. Pärast salvestuse mahakirjutamist audiosalvestused kustutatakse. Mahakirjutustes ei salvestata andmeid, mis võiksid võimaldada vastajat identifitseerida (andmed anonümiseeritakse). Intervjuude analüüsimisel kasutati deduktiivset kvalitatiivset sisuanalüüsi ehk suunatud sisuanalüüsi (struktureeritud protsess võrreldes tavapärase temaatilise sisuanalüüsiga).

2.4. IV-V uurimisülesanne: Suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse patsiendi käsitlemise mudeli(te) väljatöötamine

IV ja V uurimisülesande käigus loodi esmatasandi tervishoiule, kiirabile ja EMOle sobiv mudel suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks, mis vastavalt suitsiidiriski tasemele tagab suitsiidsele inimesele võimalikult tõhusa abi. Sisend mudeli loomiseks saadi I-III uurimisülesannete tulemustest ning kirjandusallikatest. Mudeli koostamise aluspõhimõtteid ja sisendeid on täpsemalt kirjeldatud käesoleva raporti alapeatükis „Suitsiidse inimese käsitlemise mudel“.

3. UURINGU TULEMUSED

3.1. Spetsialistide teadmised, oskused ja kogemused

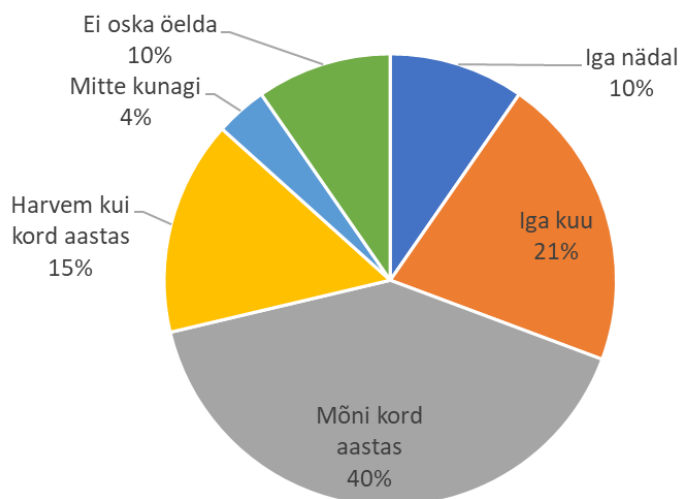
Suitsiidiriski hindamist ja suitsiidse inimese käsitlemist pidas enamik vastanutest (99%) väga oluliseks teemaks. Kõrgema hinnangu teema olulisusele andsid perearstid ja -õed, kooliõed ja kooli tugiteenuste spetsialistid ning EMO arstid ja õed. Kõige madalama hinnangu ametikohtade võrdluses andsid teema olulisusele töötervishoiu arstid, kuigi ka nende hulgas peeti seda teemat siiski piisavalt oluliseks (Joonis 4).

Joonis 4. Suitsiidiriski hindamine ja suitsiidse inimese käsitlemine on oluline teema

	Hinnang teema olulisusele (keskmine skoor skaalal 1-4)
Pearst (N=43)	3,79
Pereõde (N=28)	3,89
Töetervishoiu arst (N=8)	3,63
Kooliõde (N=33)	3,88
Koolipsühholoog (N=23)	3,91
Sotsiaalpedagoog (N=15)	3,93
Eripedagoog (N=7)	3,86
Logopeed (N=7)	4,00
EMO arst (N=16)	3,94
EMO õde (N=17)	3,88
Kiirabitöötaja (N=71)	3,83
Apteeker (N=58)	3,81

Küsitlusuuringule vastanutest suurem osa väitis, et puutub oma igapäevatoos suitsiidsete inimestega kokku pigem harva – mõni kord aastas (40%) või harvem kui kord aastas (15%) (Joonis 5). Vastajatest 10% puutub kokku iganädalaselt ning neid, kes ei puutu kokku mitte kunagi, oli selge vähemus (4%).

Joonis 5. Kokkupuute sagedus suitsiidsete inimestega oma igapäevatoos, koguvalim



Teistest oluliselt sagedamini puutuvad suitsiidsete inimestega kokku EMO arstid ja õed ning kiirabitöötajad, suhteliselt regulaarselt kooli tugiteenuste spetsialistid (v.a logopeedid) ning perearstid ja -õed (Joonis 6). Pigem harva või mitte kunagi puutuvad suitsiidsete inimestega kokku töötervishoiuarstid, apteekrid ning kooliõed.

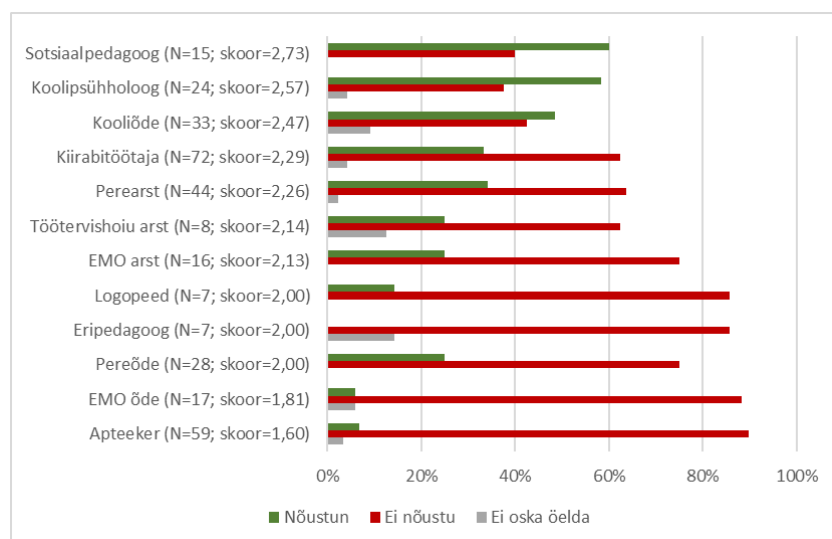
Joonis 6. Kokkupuute sagedus suitsiidsete inimestega oma igapäevatoos, ametikohtade lõikes

	Ma puutun oma igapäevatoos kokku suitsiidsete inimestega					
	Iga nädal	Iga kuu	Mõni kord aastas	Harvem kui kord aastas	Mitte kunagi	Ei oska öelda
EMO õde (N=17; skoor=3,94)	29%	35%	35%	0%	0%	0%
EMO arst (N=16; skoor=3,88)	31%	25%	44%	0%	0%	0%
Kiirabitöötaja (N=73; skoor=3,68)	12%	44%	44%	0%	0%	0%
Koolipsühholoog (N=24; skoor=3,50)	8%	38%	38%	8%	0%	8%
Eripedagoog (N=7; skoor=3,33)	14%	14%	43%	14%	0%	14%
Sotsiaalpedagoog (N=15; skoor=3,13)	13%	20%	33%	33%	0%	0%
Perearst (N=44; skoor=3,09)	9%	9%	61%	18%	0%	2%
Pereõde (N=28; skoor=3,04)	4%	18%	54%	14%	4%	7%
Töötervishoiu arst (N=8; skoor=2,71)	0%	0%	75%	0%	13%	13%
Apteeker (N=60; skoor=2,44)	2%	5%	23%	25%	10%	35%
Kooliõde (N=32; skoor=2,4)	3%	6%	28%	44%	13%	6%
Logopeed (N=6; skoor=2,20)	0%	0%	29%	29%	14%	29%

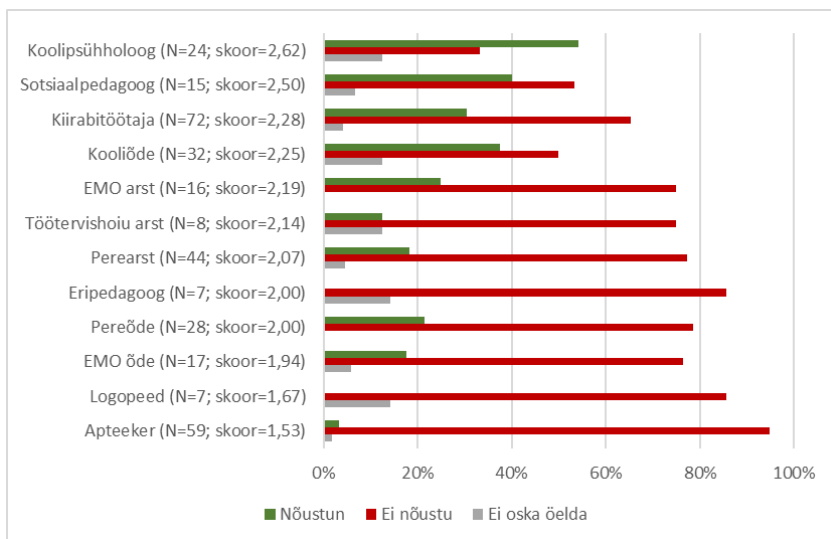
NB! Siin tingimusvorming üle kogu maatriksi

Küsitlusele vastanud leidsid, et neil ei ole piisavalt teadmisi (67%), oskusi (70%) ega ka kogemusi (70%) suitsiidse inimese käsitlemiseks. Uuring näitas, et nende teadmised ja oskused sõltuvad paljuski ka kogemustest. Järgnevatel joonistel on näha ametikohtade lõikes vastajate hinnang oma teadmistele (Joonis 7), oskustele (Joonis 8) ja kogemustele (Joonis 9). Enamikul ametikohtadest domineeris vastus, et teadmised, oskused ja kogemused ei ole piisavad. Teistest sagedamini hindasid oma teadmisi piisavaks sotsiaalpedagoogid, koolipsühholoogid ja kooliõed ning oskusi lisaks nendele veel kiirabitöötajad. Oma kogemusi hindasid teistest kõrgemalt eelkõige EMO arstid ja õed ning kiirabi, kuid ka koolipsühholoogid ja sotsiaalpedagoogid.

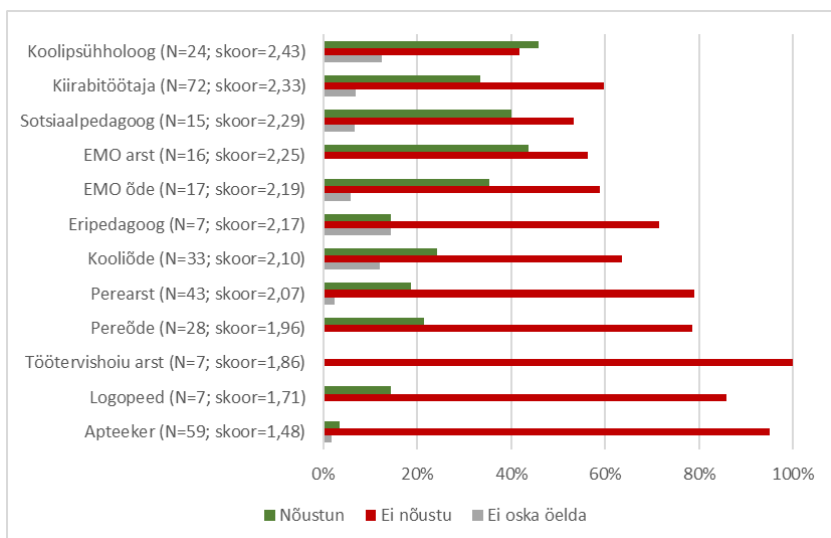
Joonis 7. Mul on piisavalt teadmisi suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks



Joonis 8. Mul on piisavalt oskusi suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks

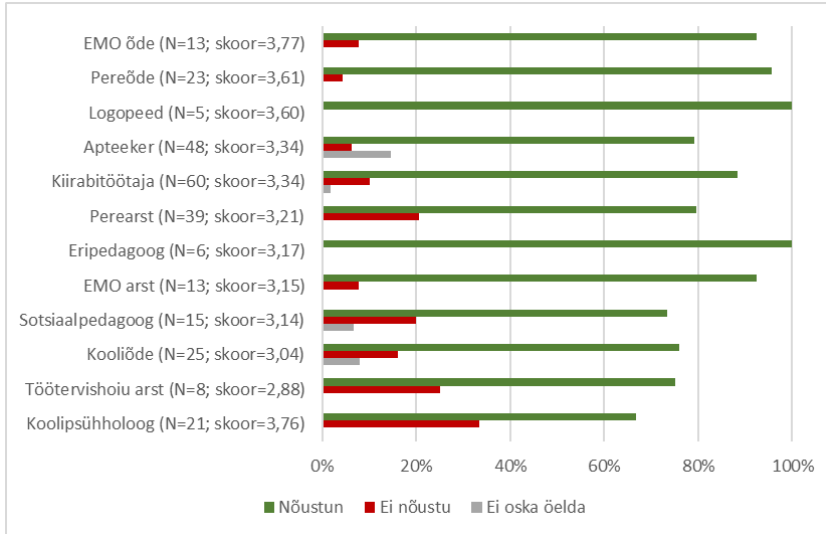


Joonis 9. Mul on piisavalt kogemusi suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse inimese käsitlemisel

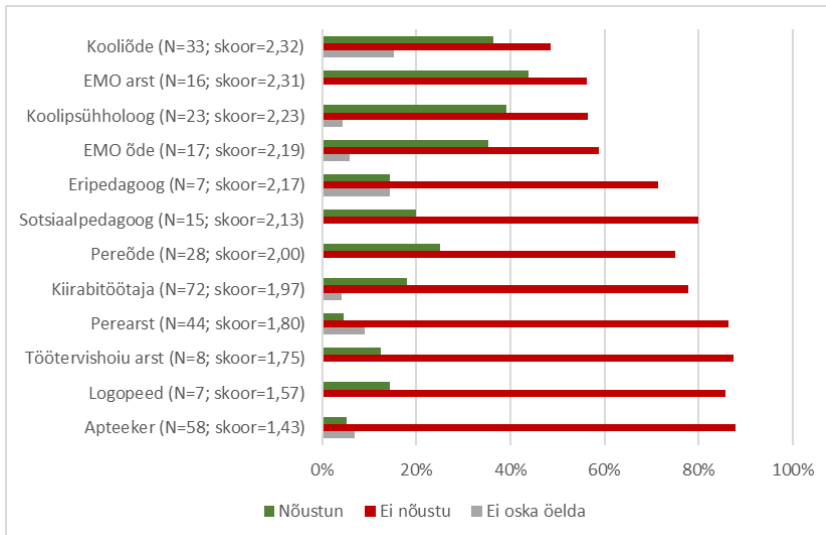


Kõikide ametikohtade esindajad vastasid (vahemikus 67-100%, sõltuvalt ametikohast), et nad tunnevad oma töös suurt puudust teadmistest ja oskustest suitsiidiriski hindamisel ja käsitlemisel (Joonis 10). Puudust tuntakse ka töövahenditest, nende piisavusega olid teistest enam rahul kooliõed, EMO arstid ja õed ning koolipsühholoogid (Joonis 11). SUIPA sihtrühmade hinnangul ei ole neil kellelgi ka piisavalt aega suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks (Joonis 12). Teistest õige pisut rohkem aega selleks väitsid endal olevat koolipsühholoogid, sotsiaalpedagoogid, eripedagoogid ja kooliõed.

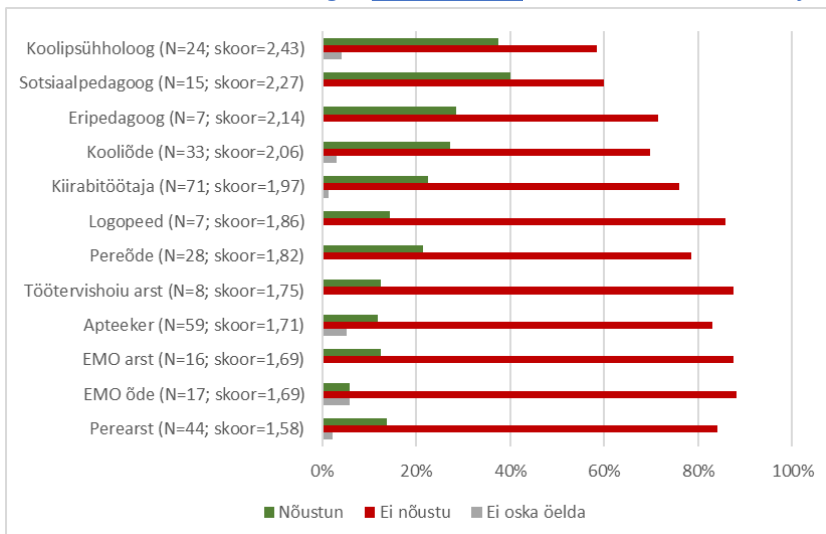
Joonis 10. Tunnen puudust teadmistest ja oskustest suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse inimese käsitlemisel



Joonis 11. Mul on piisavalt töövahendeid suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks

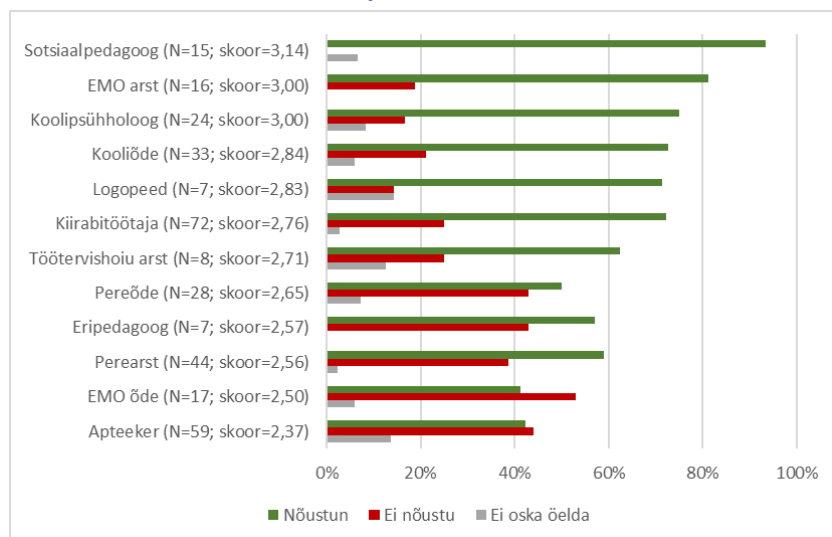


Joonis 12. Mul on oma töö käigus piisavalt aega suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks



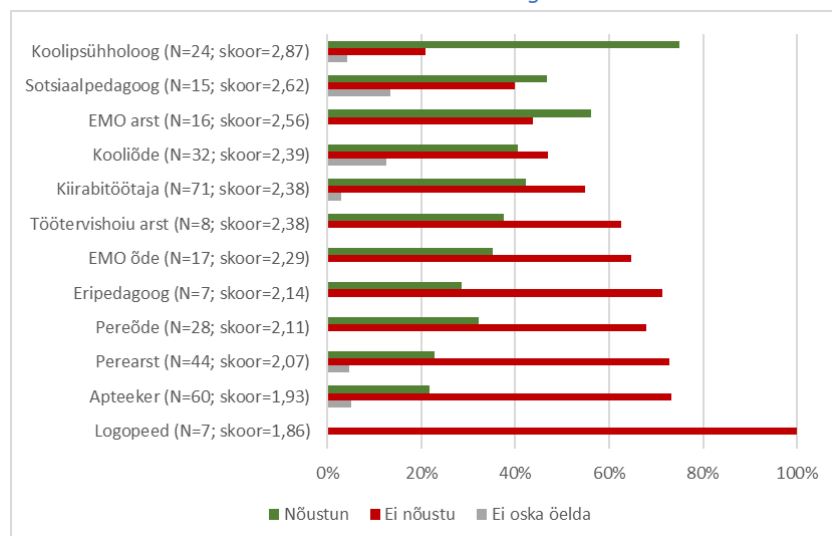
SUIPA sihtrühmade esindajad usuvad (kõigist vastajatest 64%), et nad saavad oma töö juures suitsiidset inimest aidata. Ametikohtade lõikes on see usk väga erinev (Joonis 13). Erinevustest väärrib esiletoomist suur lahknevus EMO arstide ja EMO õdede hinnangute vahel – kui arstidel on usk enda võimalusse aidata kõrge, siis õdedel märkimisväärselt madalam. Samuti torkab silma, et usk aidata on üsna madal perearstidel ja pereõdedel.

Joonis 13. Usun, et saan oma töö juures suitsiidset inimest aidata



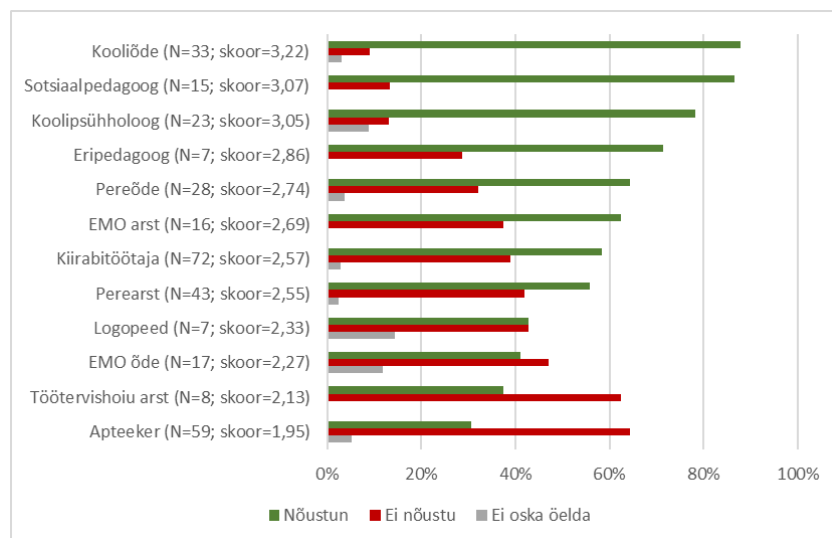
Suitsiidse inimesega vesteldes tunnevad SUIPA sihtrühmad end üsna ebakindlalt. Kindlalt tundis end 37% kõigist vastajatest. Ka siin olid erinevused ametikohtade vahel suured (Joonis 14). End teistest kindlamini väitsid end suitsiidse inimesega vesteldes tundvat koolipsühholoogid, sotsiaalpedagoogid ja kooliõed, samuti EMO arstid ja kiirabitöötajad. EMO õed, perearstid ja pereõed vastasid üllatavalt sageli, et nad end kindlalt ei tunne.

Joonis 14. Tunnen end kindlalt suitsiidse inimesega vesteldes



Küsitlusuuringule vastanutest väiksem osa (42%) nõustus, et neil on olemas info abivõimalustest suitsiidse inimese jaoks. Ametikohtade lõikes olid infoga küllaltki rahul koolides töötavad spetsialistid (Joonis 15). Teistest sagedamini olid infoga rahul ka EMO arstid, kiirabitöötajad ning perearstid- ja õed. Suuremas infopuuduses tundsid ennast EMO õed, töötervishoiu arstid ja apteekrid.

Joonis 15. Mul on olemas info abivõimalustest suitsiidse inimese jaoks



Intervjuude käigus tõid intervjueeritavad kasutatavate infomaterjalidena peamiselt välja MTÜ Peaasjad veebilehe www.peaasi.ee, kuhu suunatakse inimesi lugema, teste tegema, videosid vaatama jne. Samuti kasutatakse toetavate materjalidena vaimse tervise ja ärevuse töövihikuid. Materjale soovitakse jagada nii veebipõhiselt kui ka paberkandjal, olenevalt inimese eelistusest. Mitmed intervjueeritavad tõid välja, et olemas võiks olla list kontaktidest kuhu mingi murega pöörduda, mis oleks suunatud inimestele ning list telefoninumbritest, millelt oleks võimalik saada spetsialistide konsultatsiooni. Puudusena tõid intervjueeritavad välja, et ei ole teada ühte usaldusväärset ja laialt levinud kohta või veebikeskkonda kuhu koonduks peamine valdkonna info ja kust saaks leida vajalike suitsiidikäitumise spetsiifilisi koolitusi, infomaterjale, soovitusi jne.

Tsitaadid intervjuudest:

„Meil võiks olla selline nimekiri, kus me võimegi patsiendile anda numbri, et helista sinna või patsiendi perekonnaliikmetele, et helistage sinna ja sealt saate abi.“

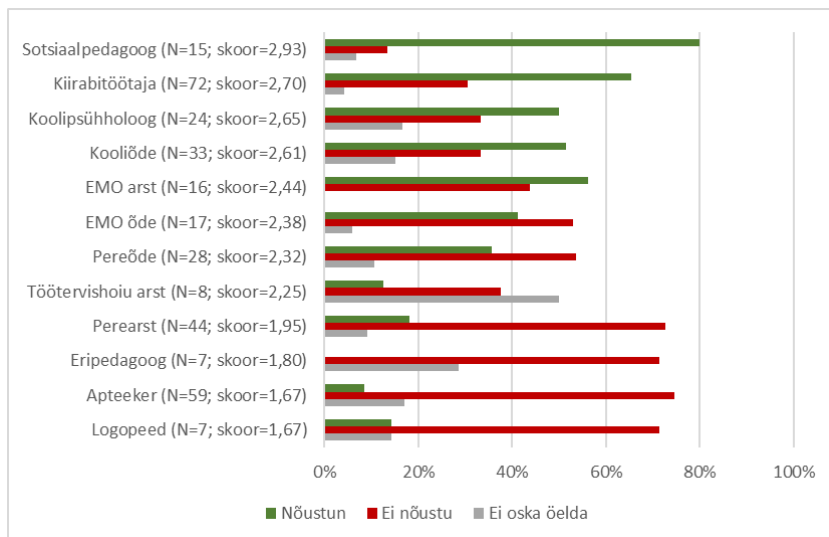
„...need numbrid on kõik olemas aga see kättesaadavus ei ole hea. Praktiliselt võimatu on edasi suunata!“

„Me saame neile alati otsida numbreid, kirjutada paberi peale... selles mõttes või epikriisi kirjutada ja anda kaasa. Aga selliseid infovoldikuid, neid ei ole.“

„Ma tean, et neid infonumbreid on olemas küll, aga ma ise ei ole nendele kunagi helistanud ja ma ei kujuta ette, mis vastused sealt tulevad ja mis laadi abistamine sealt tuleb ja kuidas nad abistavad...“

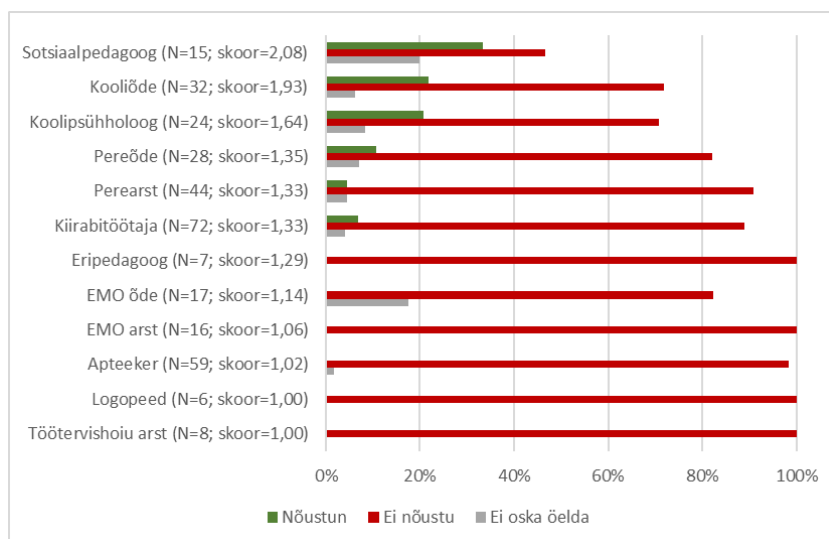
Oma oskusesse tagada enda juurde sattunud suitsiidse inimese ohutus, et ennetada võimalikku suitsiidikatset, uskus keskmiselt 40% vastanutest. Teistest sagedamini nõustusid sellega ametikohtade lõikes koolides töötavad spetsialistid, kiirabitöötajad ning EMO arstid ja õed (Joonis 16). Seejuures EMO õdede hulgas võrreldes EMO arstidega oli oma oskusesse uskujate osakaal märgatavalt väiksem. Perearstid ja pereõed vastasid üllatavalt sageli, et nad ei oska suitsiidse inimese ohutust tagada, seejuures perearstid märgatavalt sagedamini kui pereõed.

Joonis 16. Oskan tagada suitsiidse inimese ohutuse, et ennetada võimalikku suitsiidikatset

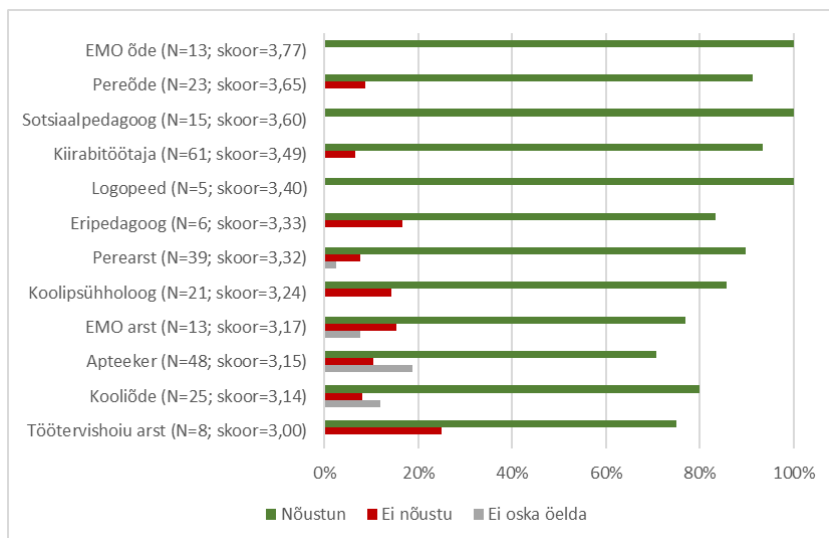


Koolituste osas selgus küsitlusuuringu tulemustele tuginedes suur puudujääk. Alla 10% koguvastust vastas, et nad on läbinud spetsiaalse koolituse suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks. Ametikohtade lõikes andsid läbitud koolituse osas teistest pisut positiivsemad vastuseid kooliõed, sotsiaalpedagoogid, koolipsühholoogid, perearstid ja -õed ning kiirabitöötajad, kuid ka kõigi nende ametikohtade hulgas oli koolituse läbinute osakaal väga madal (Joonis 17). Teisalt küsimusele soovi kohta sellist spetsiaalset koolitust saada vastasid kõigi ametikohtade esindajad valdavalt (vahemikus 71-100%), et nad seda soovivad (Joonis 18).

Joonis 17. Olen läbinud spetsiaalse koolituse suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks



Joonis 18. Soovin saada spetsiaalset koolitust suitsiidiriski hindamiseks ja hindamisvahendite kasutamiseks



Intervjuudest selgus, et koolituste osas soovitakse kas tervet päeva kestvat kvaliteetset koolitust, mis oleks konkreetne, pigem kitsama teemaga või kindlale sihtrühmale (õed, arstid jne) ja praktiliste, täpsete teadmiste ja oskuste õpetamisega. Samuti sooviti, et koolitusi oleks võimalik läbida veebipõhiselt täiendõppena endale sobival ajal. Eraldi toodi välja, et vaimse tervise õe õpe tuleks üle vaadata ning viia vastavusse praktilise vajadusega. Lisaks, et antud õpe oleks paindlikum ja arvestaks juba vaimse tervise valdkonnas töökogemust omavate õdede oskuste ja teadmistega või oleks eraldi praktiline vaimse tervise alaste teadmiste kursus loodud pereõdedele täiendõppena.

Tsitaadid intervjuudest:

„No neid on tehtud neid koolitusi, aga sealt ei tule ausalt öeldes mingit abi. Kõik on selline kabinetikoolitus“

„Eriti on vajalikud koolitused noorematele ja vähem kogenumatele kolleegidele – kuidas rääkida suitsiidsete inimestega, millised on välja selgitamise ja hindamise meetodid, et oskaks hinnata riski raskust“

„Või et meil pereõdedel oleks võimalus mingisugune tsükkel sellise vaimse õe asja juurde õppida. Ma arvan, et me oleme sellele ka kõik avatud. Inimressurssi väga palju võtta ei ole siis tuleb seda olemasolevat maksimaalselt ära kasutada, eks.“

„Veel on vaja teadmisi, kuidas rääkida suitsiidse laste vanematega, kuidas motiveerida vanemaid teha koostööd, eriti kui nad ei soovi võtta vastutust oma lapse eest.“

„Ei ole ettevalmistust, kuidas rääkida suitsiidsete inimestega (eriti lastega, teismeliste, noortega), millest saab nendega rääkida, millest mitte, et juhuslikult mitte lükata inimest suitsiidile. Kuidas eristada tõeline suitsiidirisk manipulatsioonist. Kogenud töötajad toetuvad vesteldes suuresti oma töö- ja elukogemusele, noored kolleegid ei saa veel toetuda oma töökogemusele.“

„Just neid suitsiidi tegevate inimeste, nende kohta võiks rohkem koolitust olla küll. Et just psühhiaatrite poolt ja kliiniliste psühholoogide poolt võiks olla neid koolitusi rohkem ja juhtnööre, et kuidas neid nagu, kuidas neid haigeid hinnata ja siis ka nagu mingid suunised, et kuhu neid haigeid suunata, et kellega ma kõige esmaselt ühendust pean võtma, et kes võtab

nii öelda minu probleemi üle ja kes aitab mind. Sellest ei ole abi kui ma helistan kuhugile ja ütleb, et meie aidata ei saa, et helistage sellele ja sellele... Et ma ei pea otsima kogu aeg ja mõtlema, et issand kas ma tõesti pean jälle hakkama kauplema siin, seal ja kolmandas kohas.“

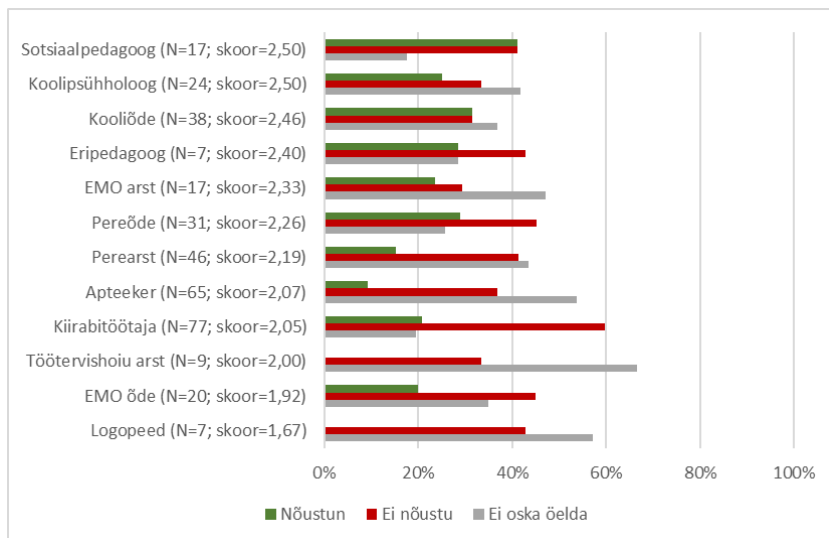
Küsitlusuuringu küsimusele, kas nende kogemustes on erinevusi suitsiidsete alaealiste, tööealiste ja vanemaealiste käsitlemisel ja suitsiidiriski hindamisel, vastas 41% jah, 25% ei ning 34% ei osanud öelda.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et enesetappude ennetamist pidasid kõik uuringus osalejad väga oluliseks teemaks ja enamik neist usub, et saab oma töö juures suitsiidset inimest aidata. Oma igapäevtöös ei ole nende endi kokkupuude suitsiidsete inimestega siiski eriti sage. Teistest oluliselt sagedamini puutuvad suitsiidsete inimestega kokku EMO arstid ja õed ning kiirabitöötajad. Küsitlusele vastanud leidsid, et neil ei ole piisavalt ei teadmisi, oskusi ega kogemusi suitsiidsete inimeste käsitlemiseks, nende ohutuse tagamiseks ning nad pigem ei tunne end suitsiidse inimesega vesteldes kindlalt. Spetsialistid tunnevad puudust infost abivõimaluste kohta suitsiidsete inimeste jaoks. Teistest erinesid pisut koolides töötavad spetsialistid, kelle hinnangud oma teadmiste ja oskuste ning info kättesaadavusele olid teistest positiivsemad. Suur puudujääk ilmnis koolituste osas – vaid vähesed olid spetsiaalse koolituse suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks läbinud ning soov sellist spetsiaalset koolitust saada oli väga suur. Koolituste täpne sisu pikkus ja formaat peaks olema praktiline ning kohandatud konkreetsele sihtrühmale.

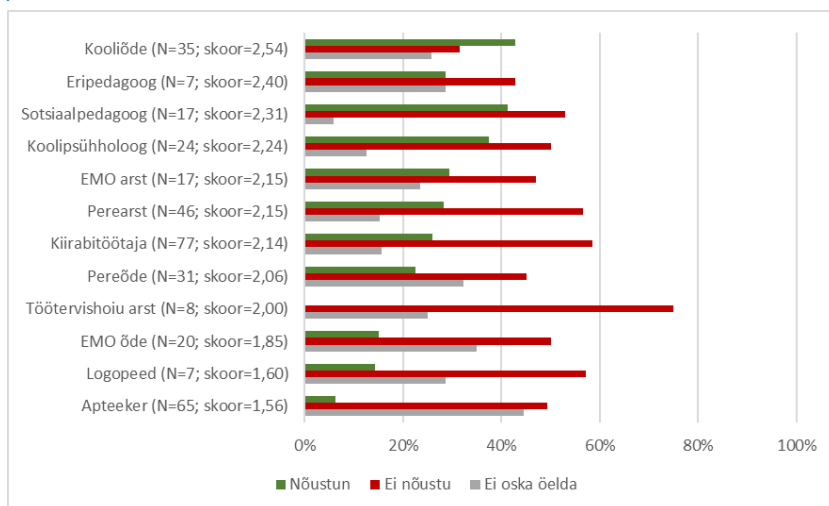
3.2. Regulatsioonid, tegevusjuhised ning töökorraldus

Üldise tunnetatud puuduse ja vajadusena tuli küsitlusuuringus välja, et vajatakse selgemaid regulatsioone ja tegevusjuhiseid – 82% kõigist vastanutest nõustus, et see on vajalik. Õigusliku regulatsiooni hindas Eestis piisavaks 20% kõigist vastanutest. Ametikohtade lõikes võib märgata, et piisavaks ei hinnatud õiguslikku regulatsiooni ühelgi ametikohal ning väga sage valitud vastusevariant siin võrreldes teiste küsimustega oli „ei oska öelda“. Teistest ametikohtadest positiivsemaid vastuseid õigusliku regulatsiooni piisavuse kohta andsid koolides töötavad spetsialistid (*Joonis 19*). Ka oma teadmisi sellest, kuidas on õigusaktidega reguleeritud suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse käsitlemise protseduurid, hindasid vastajad madalalt – 25% kõigist vastajatest arvas end teadvad, kuidas on protseduurid reguleeritud. Ametikohtade lõikes tuli siin taas esile koolides töötavate spetsialistide keskmiselt positiivsemad vastused (*Joonis 20*).

Joonis 19. Õiguslik regulatsioon Eestis on piisav suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks

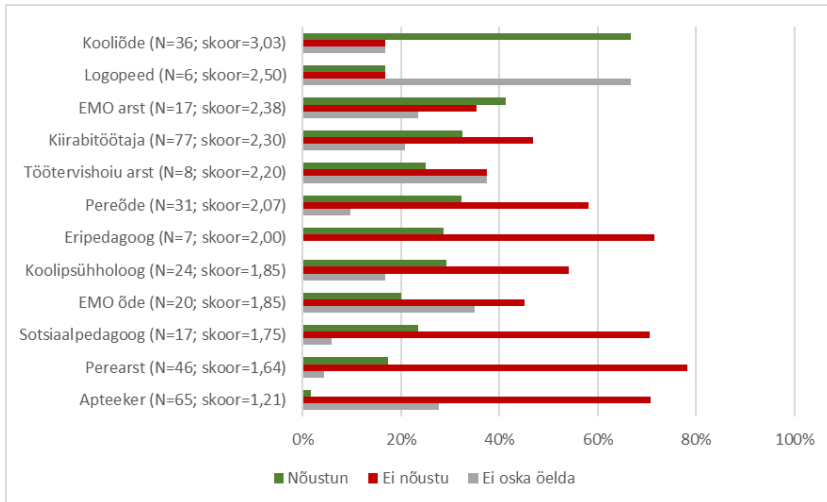


Joonis 20. Tean, kuidas on õigusaktidega reguleeritud suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse inimese käsitlemise protseduurid

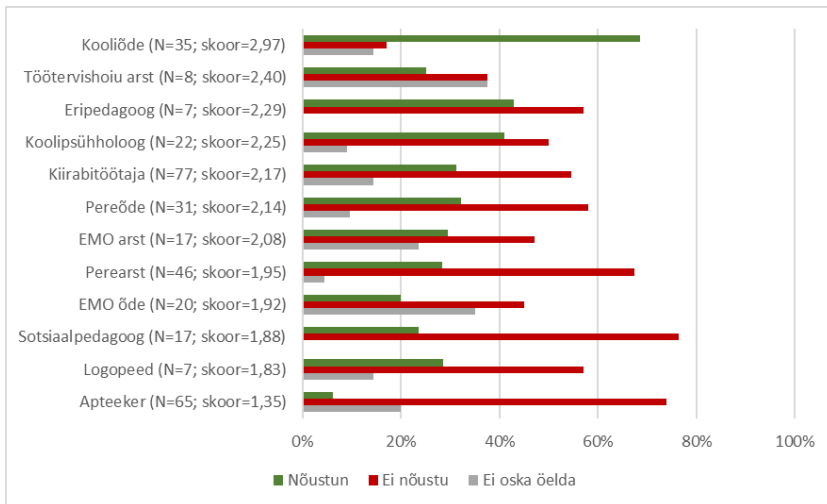


Sellega, et enda asutuses on olemas tegevusjuhised suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks, nõustus 28% vastanutest. Ametikohtade lõikes paistsid siin eriliselt kõrge teadlikkusega silma kooliõded, kellest 67% vastas positiivselt (Joonis 21). Teistest pisut suurem on teadlikkus ka EMO arstidel, kuid ülejäänud ametikohtadel teati tegevusjuhiste olemasolust pigem vähe. Millised tegevusjuhised täpsemalt enda asutuses olemas on, sellest oli teadlik väidetavalt 31% vastanutest. Sellega, et endal on olemas oskused asutuses olevate tegevusjuhiste rakendamiseks, nõustus 27% vastanutest. Ametikohtade lõikes paistab nendele küsimustele vastamisel välja sarnane muster eelnevalt nimetatuga, kus kooliõdede teadlikkus on teistest märkimisväärselt suurem ning kõigi teiste ametikohtade hulgas olid ülekaalus need vastajad, kes ei teadnud, millised tegevusjuhised tema asutuses olemas on (Joonis 22) ega nõustunud, et nad oskavad neid ise rakendada (Joonis 23).

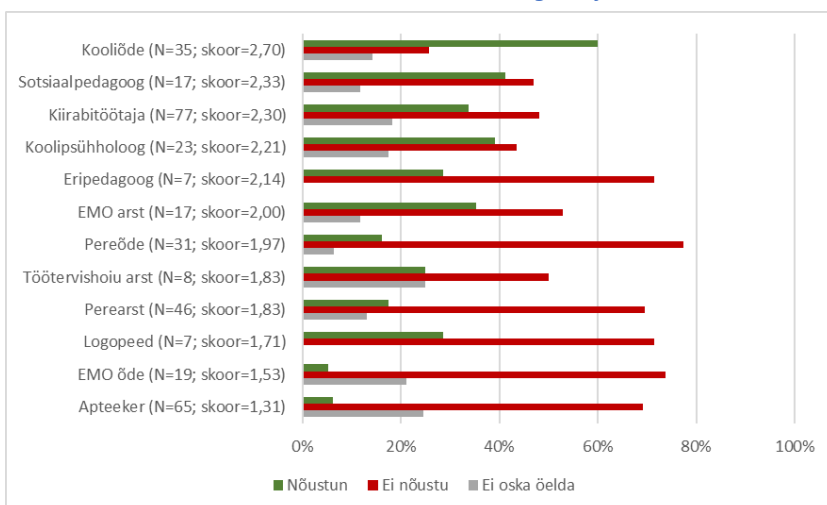
Joonis 21. Minu asutuses on olemas tegevusjuhised suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks



Joonis 22. Tean, millised tegevusjuhised on minu asutuses olemas

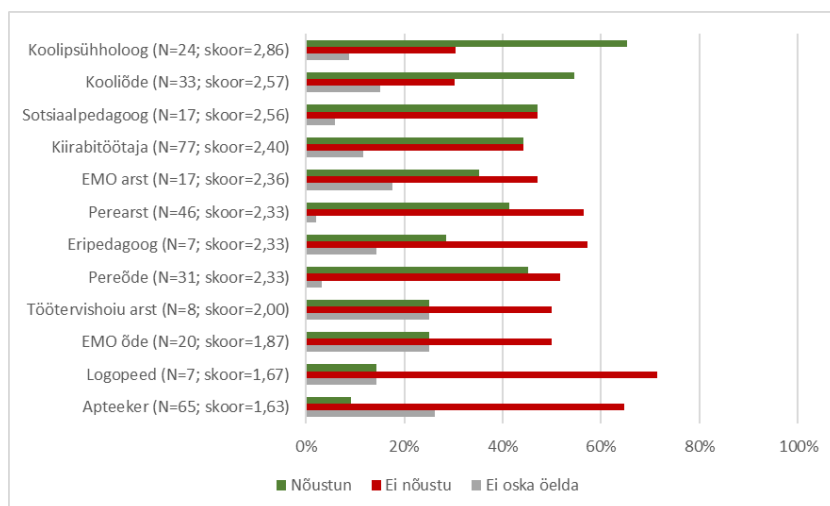


Joonis 23. Oskan minu asutuses olemasolevaid tegevusjuhiseid rakendada



Küsitlusuuringus küsiti lõpuks veel selle kohta, kas ollakse teadlikud üldiste ravijuhendite või juhendmaterjalide olemasolust oma tegevusvaldkonnas suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks. Vastajatest 38% oli nendest teadlik. Ametikohtade lõikes olid nendest kõige teadlikumad koolipsühholoogid ja kooliõed, aga teistest pisut rohkem ka sotsiaalpedagoogid, kiirabitöötajad ja pereõed ja -arstid (Joonis 24).

Joonis 24. Tean, millised üldised ravijuhendid või juhendmaterjalid on minu tegevusvaldkonnas olemas suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks



Intervjuudes tõi enamik intervjuueeritute välja, et neil puudub regulatiivne raamistik ning soovitakse saada eelkõige lühikest, praktilist juhust, mis juhendaks kuidas suitsiidse inimesega suhelda.

Tsitaat intervjuust:

„Miks meil ei võiks olla siis suitsidaalse inimese kohta tegevusjuhust, mis annab lihtsalt suunitluse, et kui sa lähed sinna kiirabi brigaadijuhina, siis sa tead, et sul on need kriteeriumid, mille puhul sa saaksid mida teha. Ja teine juhust on see, et hospitaliseerimise kord. Ma võin sellest pikalt rääkida, kuidas tegelikult ka meie enda valvepsühhiaatrid alahindavad suitsidaalset inimest lihtsalt sellepärast, et neil on tööd palju ja ah las ta läheb sinna järjekorda esmaspäeva hommikul ja läheb räägib seal oma mure ära. Ja vahel me saame kiirabiga nad kätte sel hetkel, kus nad ongi võtnud selle telefoni ja helistanud 112. Kiirabi on tulnud ja nad otsivadki abi, aga kui nad seda abi ei saa, kui valvepsühhiaater ütleb talle, et tule esmaspäeva hommikul, siis see inimene võibolla lõpetabki kuskil sealsamas Merimetsas puu otsas rippumas või kodus oma ravimite hunnikute otsas. Minu meelest võiks olla selline korrektsem hospitaliseerimise kord, aga see tuleb juba probleemist psühhiaatrikliinikuga, kus meil igal psühhiaatril on oma individuaalne lähenemine erinevatele patsientidele, kus valvepsühhiaater ütleb, et kui patsient on eelmine päev haiglast välja lastud ja ta on ägenenud, siis te ei pea teda tagasi tooma, ma olen teile ju korduvalt öelnud. Siis ma olen neile korduvalt öelnud, et aga kirjutage paberile, siis ma ei too.“

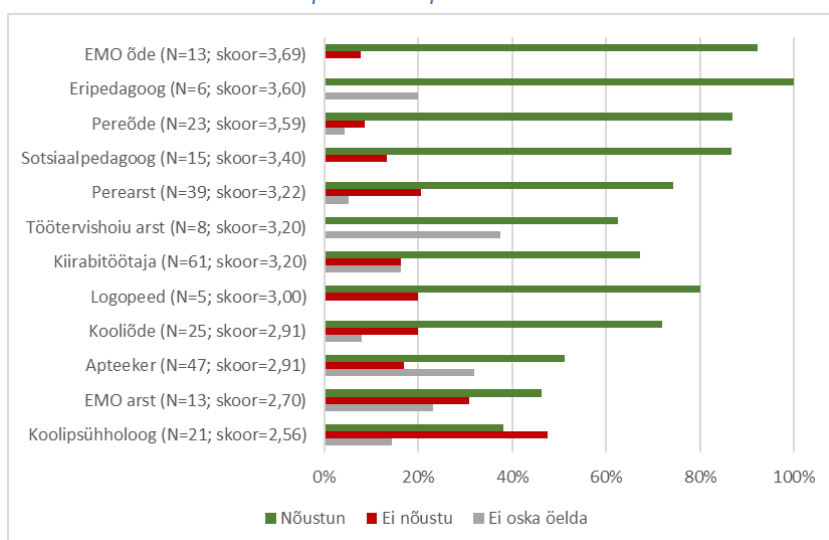
Töökorraldusliku toe väljaselgitamiseks töökeskkonnas küsiti küsitlusuuringus, kas vastajad tunnevad oma töös puudust supervisioonist või üldisemalt tööandja poolsest toest suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse inimese käsitlemisel. Supervisiooni vajadus on SUIPA sihtrühmades suur – 67% kõigist

vastanutest tundis sellest puudust. Suurt supervisiooni vajadust tõid välja pea kõikide ametikohtade vastajad, teistest eristusid siinkohal koolipsühholoogid (Joonis 25). Võimalik, et koolipsühholoogide igapäevatöö hulka juba kuulubki supervisioonides osalemine. Samuti tuntakse oma töös puudust tööandja poolsest suuremast toest, kuigi see vajadus on paremini rahuldatud kui vajadus supervisiooni järele. Kõigist vastajatest 40% tundis puudust tööandja toest. Ametikohtade lõikes eristusid teistest selgelt EMO õded, kelle tunnetatud puudus tööandja toe järele oli ülekaalukalt suurem (Joonis 26). Teistest ametikohtades suurem oli see ka kiirabitöötajatel, sotsiaalpedagoogidel ja eripedagoogidel.

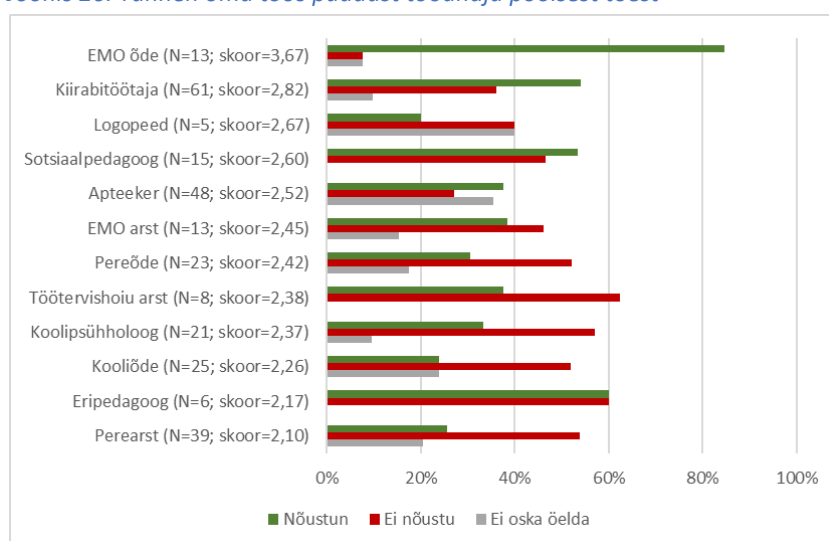
Tsitaat intervjuust:

„Alates eelmisel aastal x toimunud x saavad kiirabitöötajad vajadusel ka kriisiabi. Kui on näha, et keegi meeskonna liikmetest vajab toetust, saab tuge küsida ja siis seda ka pakutakse.“

Joonis 25. Tunnen oma töös puudust supervisioonist



Joonis 26. Tunnen oma töös puudust tööandja poolsest toest



Küsitlusuuringu küsimusele, kas nende arvates on erinevusi alaealiste, tööealiste ja vanemaealiste suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse inimese käsitlemise regulatsioonides ja tegevusjuhistes, vastas 38% jah, 8% ei ning 54% ei osanud öelda.

Vaheraportis käsitletud I uurimisülesande kokkuvõttest võib välja tuua järgmised tähelepanekud:

- Perekarstide tasandil on Eestis mitmeid üldiseid ravijuhendeid ja juhendmaterjale, kuid need pole piisavalt spetsiifilised, et perekarstid ja pereõed võiksid neid rakendada tunda end kindlalt suitsiidiriski hindamisel ning suitsiidse inimese käsitlemisel.
- EMO-s ja kiirabis tegevusjuhiseid suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks ei ole, kuid vajadust nende järele tunnetatakse.
- Koolitervishoid on valdkond, mis on praegu kõige paremini varustatud erinevate juhendmaterjalidega, kuid vaja on spetsiifilisemat ja kompaktsemat juhendmaterjali suitsiidiriski hindamiseks ja suitsiidse inimese käsitlemiseks. Selle tühimiku saaks täita Sotsiaalkindlustusameti koostatud, kuid praeguseks lansseerimata põhjalik juhendmaterjal „Suitsidaalsuse ohu skriinimise juhised kooliperele“.

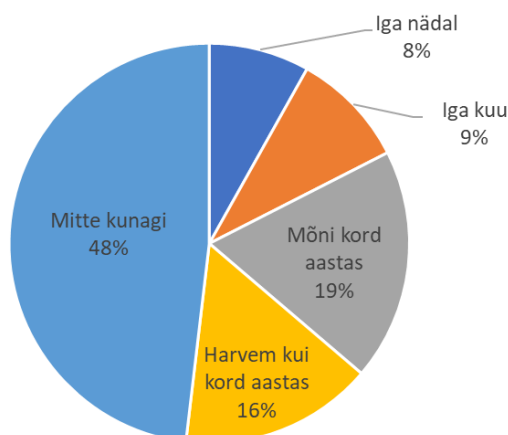
Kokkuvõtvalt võib öelda, et regulatsioonidest ja tegevusjuhistest suitsiidse inimese käsitlemiseks ja suitsiidiriski hindamiseks palju ei teata ning neist tuntakse puudust – nii üldisest õiguslikust regulatsioonist kui asutusesisestest tegevusjuhistest. Koolides töötavad spetsialistid andsid siin teistest tunduvalt positiivsemaid vastuseid. Puudust tuntakse eelkõige lühikestest, konkreetsetest ja praktilistest juhistest. Töökorraldusliku poole pealt tuntakse suurt puudust supervisioonist ning ka tööandja poolsest toest.

3.3. Hindamisvahendid ja nende kasutamine

Küsitlusuuringus toodi tunnetatud puudusena välja vajadus ühtsete suitsiidiriski hindamisvahendite järele (72% küsitletute hulgas keskmiselt). Hindamisvahendite kasutamine on üks põhikomponente enesetapuriskiga inimeste tuvastamiseks ja neile sobiva abi osutamiseks. Sekkumise ja raviteenuse vajaduse täpsemaks tuvastamiseks ja osutamiseks on oluline kasutada sihtrühmale sobivaid ja Eesti oludele kohandatud hindamisvahendeid.

Küsitlusuuringust selgus, et hindamisvahendeid suitsiidiriski hindamiseks kasutavad vähesed (*Joonis 27*). Vastanutest 48% ei kasuta neid oma igapäevatoos mitte kunagi ning vaid 17% kasutab regulaarselt (iganädalaselt või igakuiselt). Teistest sagedamini kasutavad hindamisvahendeid perekarstid ja -õed, töötervishoiuarstid ning koolide spetsialistid (*Joonis 28*). Harvem kasutatakse hindamisvahendeid EMOs ja kiirabis, kus samas kõige sagedamini puututakse kokku suitsiidsete inimestega.

Joonis 27. Kasutan oma igapäevatoos suitsiidiriski hindamisvahendeid, koguvalim



Joonis 28. Kasutan oma igapäevatoos suitsiidiriski hindamisvahendeid, ametikohtade lõikes

	Kasutan igapäevatoos suitsiidiriski hindamisvahendeid				
	Iga nädal	Iga kuu	Mõni kord aastas	Harvem kui kord aastas	Mitte kunagi
Perearst (N=41; skoor=,32)	37%	20%	5%	17%	22%
Töötervishoiu arst (N=8; skoor=3,13)	25%	13%	25%	25%	13%
Koolipsühholoog (N=23; skoor=3,09)	9%	26%	39%	17%	9%
Pereõde (N=27; skoor=2,63)	4%	15%	44%	15%	22%
Kooliõde (N=25; skoor=2,28)	4%	4%	32%	36%	24%
Sotsiaalpedagoog (N=15; skoor=2,27)	0%	13%	33%	20%	33%
Eripedagoog (N=6; skoor=2,33)	17%	0%	0%	17%	67%
EMO arst (N=15; skoor=1,80)	0%	0%	3%	3%	6%
Kiirabitõtaja (N=64; skoor=1,78)	3%	8%	16%	11%	63%
EMO õde (N=16; skoor=1,63)	6%	0%	13%	13%	69%
Logopeed (N=6; skoor=1,50)	0%	0%	17%	17%	67%
Apteeker (N=35; skoor=1,13)	0%	0%	2%	9%	89%

NB! Siin tingimusvorming üle kogu maatriksi

Küsitlusuuringus oli vastajatele välja toodud seitse erinevat suitsiidiriski hindamist võimaldavat vahendit, mis I uurimisülesande tulemuste põhjal on Eestis teadaolevalt spetsialistide poolt sagedamini kasutusel. Neli nendest olid mittespetsiifilised ehk üldised vaimse tervise küsimustikud ja skaalad ning kolm olid spetsiifilised ehk suitsiidiriski raskusastet hindavad küsimustikud ja skaalad. SUIPA sihtrühmade hulgas olid igapäevatoos sagedamini kasutusel üldised vaimse tervise küsimustikud ja skaalad (Joonis 29) ning spetsiifilised suitsiidiriski raskusastet mõõtvad skaalad on vähem kasutusel ja vähem tuttavad (Joonis 30).

Mittespetsiifilised ehk üldised vaimse tervise küsimustikud ja skaalad (% vastanute hulgas keskmiselt):

- EEK-2 – Emotsionaalse enesetunde küsimustik (36% teab ja kasutab; 26% teab, aga ei kasuta)
- WHO-5 (*Well-being Index*) – WHO subjektiivse heaolu indeks (6% teab ja kasutab; 21% teab, aga ei kasuta)
- PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) – Patsiendi terviseküsimustik (4% teab ja kasutab; 20% teab, aga ei kasuta)

- BSAD (Brief Screen of Adolescent Depression) – Lühike depressiivsuse hindamise küsimustik (7% teab ja kasutab; 21% teab, aga ei kasuta)

Spetsiifilised ehk suitsiidiriski raskusastet hindavad küsimustikud ja skaalad (% vastanute hulgas keskmiselt):

- ASQ (*Ask Suicide-screening Questions*) – Suitsiidiriski hindamise küsimustik (3% teab ja kasutab; 18% teab, aga ei kasuta)
- BSSA (*Brief Suicide Safety Assessment*) – Suitsiidiriski ohutuse lühihindamine (SOL) (1% teab ja kasutab; 12% teab, aga ei kasuta)
- C-SSRS (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*) – Suitsiidiriski raskusastme hindamise skaala (2% teab ja kasutab; 11% teab, aga ei kasuta)

Suitsiidiriski hindamist võimaldavatest vahenditest on peamiselt kasutusel emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2, mis koosneb 28-st hinnatavast enesetunde probleemist ja vaevusest. EEK-2 kriitikana on spetsialistid varasemalt välja toonud, et kuna küsimustik on koostatud 1999. aastal, siis vajaks see uuendamist ja skooride kaasajastamist. Küsimustiku kasutamist hõlbustab lisaks eestikeelsele versioonile ka vene ja ingliskeelse versiooni olemasolu. Küll aga on tähelepanuväärne, et suur osa vastajatest ei tea ega kasuta ühtegi spetsiifilist küsimustikku või skaalat suitsiidiriski hindamiseks.

Joonis 29. Suitsiidiriski hindamist võimaldavate vahendite kasutamine oma igapäevatoos (üldised vaimse tervise küsimustikud ja skaalad)

	EEK-2 – Emotsionaalse enesetunde küsimustik			WHO-5 (Well-being Index) – WHO subjektiivse heaolu indeks			PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) – Patsiendi terviseküsimustik			BSAD (Brief Screen of Adolescent Depression) – Lühike depressiivsuse hindamise küsimustik		
	Tean ja kasutan	Tean, aga ei kasuta	Ei tea	Tean ja kasutan	Tean, aga ei kasuta	Ei tea	Tean ja kasutan	Tean, aga ei kasuta	Ei tea	Tean ja kasutan	Tean, aga ei kasuta	Ei tea
Perearst	95,3%	2,3%	2,3%	4,7%	16,3%	79,1%	7,1%	35,7%	57,1%	16,3%	14,0%	69,8%
Pereõde	81,5%	14,8%	3,7%	3,7%	33,3%	63,0%	3,7%	18,5%	77,8%	15,4%	19,2%	65,4%
Töötervishoiu arst	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	33,3%	66,7%
Kooliõde	21,4%	25,0%	53,6%	18,5%	22,2%	59,3%	25,0%	17,9%	57,1%	11,1%	37,0%	51,9%
Koolipsühholoog	73,9%	21,7%	4,3%	17,4%	39,1%	43,5%	4,3%	30,4%	65,2%	4,5%	18,2%	77,3%
Sotsiaalpedagoog	46,7%	33,3%	20,0%	14,3%	28,6%	57,1%	0,0%	28,6%	71,4%	14,3%	21,4%	64,3%
Eripedagoog	16,7%	33,3%	50,0%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	16,7%	83,3%	0,0%	16,7%	83,3%
Logopeed	0,0%	42,9%	57,1%	0,0%	14,3%	85,7%	0,0%	0,0%	100,0%	14,3%	42,9%	42,9%
EMO arst	31,3%	56,3%	12,5%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	12,5%	87,5%	0,0%	18,8%	81,3%
EMO õde	5,9%	41,2%	52,9%	5,9%	29,4%	64,7%	0,0%	35,3%	64,7%	0,0%	29,4%	70,6%
Kiirabitõtaja	7,5%	34,3%	58,2%	4,4%	11,8%	83,8%	1,5%	10,3%	88,2%	4,4%	14,7%	80,9%
Apteeker	0,0%	22,2%	77,8%	0,0%	9,4%	90,6%	0,0%	14,8%	85,2%	0,0%	18,5%	81,5%

Joonis 30. Suitsiidiriski hindamist võimaldavate vahendite kasutamine oma igapäevatoos (suitsiidikäitumise spetsiifilised küsimustikud ja skaalad)

	ASQ (Ask Suicide-screening Questions) – Suitsiidiriski hindamise küsimustik			BSSA (Brief Suicide Safety Assessment) – Suitsiidiriski ohutuse lühihindamine (SOL)			C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale) – Suitsiidiriski raskusastme hindamise skaal		
	Tean ja kasutan	Tean, aga ei kasuta	Ei tea	Tean ja kasutan	Tean, aga ei kasuta	Ei tea	Tean ja kasutan	Tean, aga ei kasuta	Ei tea
Perearst	4,7%	16,3%	79,1%	0,0%	11,6%	88,4%	2,3%	9,3%	88,4%
Pereõde	0,0%	23,1%	76,9%	0,0%	15,4%	84,6%	0,0%	15,4%	84,6%
Töötervishoiu arst	0,0%	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Kooliõde	0,0%	37,0%	63,0%	0,0%	25,9%	74,1%	0,0%	22,2%	77,8%
Koolipsühholoog	9,1%	18,2%	72,7%	4,3%	13,0%	82,6%	0,0%	13,0%	87,0%
Sotsiaalpedagoog	0,0%	28,6%	71,4%	7,1%	21,4%	71,4%	7,7%	15,4%	76,9%
Eripedagoog	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Logopeed	0,0%	42,9%	57,1%	0,0%	14,3%	85,7%	0,0%	14,3%	85,7%
EMO arst	6,3%	18,8%	75,0%	6,3%	12,5%	81,3%	6,3%	25,0%	68,8%
EMO õde	0,0%	17,6%	82,4%	0,0%	11,8%	88,2%	0,0%	11,8%	88,2%
Kiirabitöötaja	4,4%	11,8%	83,8%	1,5%	8,8%	89,7%	2,9%	4,4%	92,6%
Apteeker	0,0%	7,4%	92,6%	0,0%	5,7%	94,3%	0,0%	3,8%	96,2%

Intervjuudest selgus, et tervishoiutöötajad eelistavad enamasti erinevatele testidele vabas vormis vestlust. Väiksemate kogemustega töötajad sooviksid siiski kasutada erinevaid hindamisvahendeid.

Tsitaadid intervjuudest:

„Vestluse käigus on nii palju indikaatoreid – kehakeel jne, et on parem seda infot kätte saada kui see ankeet“

„Kas ta mulle vastab ausalt sellele küsimustikule? need on ju delikaatsed teemad – ei pruugi“

Töötervishoiuarstid kasutavad lisaks EEK-2-le laiemalt vaimse tervise hindamiseks „Tööohutuse ja töötervishoiu käsiraamatut“ (2014) ja küsimustikku COPSOQ III (*The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*). Küll aga ei tehta vaimse tervise hindamist kõigile, kuna töötervishoid ei ole põhine haigekassa rahastusel, vaid oleneb tööandja poolt valitud töötervishoiupaketist. Enamasti tehakse vaimse tervise alaseid teste vaid elukutsetele, kellel on riskide hindamiseks kõrgendatud vajadus (nt PPA) või juhtvatel kohtadel töötavatele inimestele.

SUIPA I uurimisülesande tulemustes selgus, et **perearstide tasandil** tuntakse usaldusväärsetest instrumentidest ja selgetest juhistest puudust, sest ootused perearstile ja esmatasandi tervisekeskuse meeskonnale on kõrged. Perearstikeskuste spetsialistide intervjuudes toodi välja, et nad sooviksid spetsiifilisemaid hindamisvahendeid, skaalaid suitsiidiriski hindamiseks, eriti laste ja noorte osas (*MINIRISK, KIDSCREEN*). Hetkel kasutatakse noortega EEK-2 või siis mõnda muud mujal maailmas kasutatavat testi, mis ei ole eestikeelne ega Eestile kohandatud.

Tsitaadid intervjuudest:

„Oleks hea, kui perearstikeskuse tasandil oleks välja töötatud konkreetne juhised. On hea, kui on skaala riski hindamiseks, mis aitab kaardistada riski ulatust.“

„Keskuse vaimse tervise õde ise töötas välja juhendi, kuidas hinnata suitsiidiriski, kuidas käituda suitsiidiriskis patsiendiga ja mida teha olukorra lahendamiseks. Arstid ja pereõed kasutavad seda juhist.“

„Perearsti õele ei ole antud ühtegi skaalat ega testi, mida inimesele ette anda. [...] Ära kuulamine on punkt üks. Siia maani on see toimunud“

Lisaks toodi välja, et kui esmasel hindamisel on inimese risk kõrge, siis esmatasandil sagedasti ei ole võimalik inimest toetada või ravida. Võimekamad on perearstikeskused, kus on tööl laiendatud vaimse tervise meeskond (vaimse tervise õde, psühholoog jne) või kus on sõlmitud eraldi koostöölepingud vaimse tervise teenuste pakkujatega.

Tsitaat intervjuust:

„Süsteem on loodud, aga see ei toimi – kuhu saata, kelle juurde, kui kiiresti. Perearst väljastab saatekirja, psühholoogiline nõustamine 5 korda teraapia fondist, et inimene ei peaks ise maksma, annab selle saatekirja inimesele. Aga inimene saab vastuvõtule nelja kuu pärast ja sealt edasi siis veel millal ta järgmised ajad saab..... Ta lähebki kaotsi. See uppuja päästmine ongi ühel hetkel uppuja enda asi ja see patsient kas ujub välja või ei uju.“

Koolitervishoiu töötajad leiavad, et nende täispotentsiaali ei kasutata hetkel ära. Leiti, et tööpõhimõtted peaksid neil olema sarnased perearstisüsteemiga, kuid hetkel ei ole see nii.

Tsitaat intervjuust:

„Õpilasi hinnatakse kindlates klassides ning hetkel on vaid kooliõde see, kes küsib ka lapse sotsiaalse tausta kohta. Perearstid peaksid samuti uurima nii lapse füüsilist, vaimset kui ka sotsiaalset tervist. Laps võib jõuda kooliõe juurde alles siis, kui tal juba on probleemid, mida tegelikult oleks saanud enne kooliõe juurde jõudmist ka perearst märgata“

EMOle ja kiirabile langeb väga suur koormus seoses suitsiidsete inimestega, kuidas samas tunnetavad nad, et neil puudub vastav ettevalmistus hinnata inimese seisukorda ning puuduvad spetsiifilised hindamisvahendid suitsiidiriski hindamiseks. Vajadusel teeb valvepsühhiaater esmase hindamise telefoni teel, rääkides EMO töötajaga, mitte patsiendiga. Konkreetsete hindamisvahendite ja ka teatud juhtudel hospitaliseerimise korra puudumine tekitavad pingeid erinevate osapoolte vahel. Lisaks selgus SUIPA I uurimisülesande tulemustest, et EMOs ja kiirabis on eriti keeruline madalama suitsiidiriskiga ehk alaägedate patsientide hindamine, kellel pole akuutset suitsiidiriski ning kes seetõttu võivad jääda täiesti tähelepanuta.

Tsitaadid intervjuudest:

„Võiks olla lühike hindamisvahend, mis toetaks vajadusel EMO töötajaid otsustamisel. On olukordi, kus valvepsühhiaatri otsus on vastupidine EMO töötajate soovile või olukorra hindamisele.“

„Ma tunnen suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse inimese käsitlemise juhistest puudust, kliente on palju ja hea on teada, kuidas peab ja on kõige õigem nendega kiirabis käituda.“

„Meie riske ei hinda, meie tegeleme tagajärgedega. See on see, mida tehakse polikliinikus, kuskiil perearstikeskuses, see siia ei puutu.“

Eriarstiabi ehk psühhiaatrite tasandil puudub SUIPA I uurimisülesande tulemuste kohaselt tunnetatud vajadus skaalasiid kasutada või soovitatakse neid isegi vältida. Pigem tehakse hindamist komplekselt, olulisemaks skaaladest on hindamisel põhjalik kliiniline intervjuu, vähest vastuvõtuaega soovitakse

kasutada vestluseks patsiendiga. Need SUIPA sihtrühmad aga, kellel on kokkupuuted suitsiidsete inimestega harvemad ja põgusamad, peavad usaldusväärseid ja lihtsaid hindamisinstrumente oluliseks ja abistavaks. Samas on mitmed kasutusel olevad skaalad küll tõlgitud eesti keelde, kuid on valideerimata kliiniliseks tööks ning ei ole piisavalt suitsiidiriski spetsiifilised.

Psühhiaatrikliinikutes on kasutusel häid praktikaid ja abimaterjale suitsiidiriski hindamiseks ja tegevusjuhiseid suitsiidse patsiendi käsitlemiseks (sh valgusfoori süsteem), millest võiks juhinduda SUIPA projektis esmatasandi jaoks suitsiidiriski hindamise ja suitsiidse inimese käsitlemise mudeli väljatöötamisel. Valgusfoori süsteemi vajalikkust tunnetavad mitmed esmatasandi sihtrühmad.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et vajadus ühtsete suitsiidiriski hindamisvahendite järele on suur ning praegu kasutavad neid oma töös vaid vähesed. Rohkem teatakse mittespetsiifilisi ehk üldiseid vaimse tervise küsimustikke ja skaalaid ning vähem neid, millega hinnatakse spetsiifiliselt suitsiidiriski raskusastet. Peamiselt on kasutusel emotsionaalse enesetunde küsimustik EEK-2. Teistest harvem kasutavad hindamisvahendeid EMO ja kiirabi töötajad, kus kokkupuude suitsiidsete inimestega on kõige sagedasem ning töötempo kiire. Sõltuvalt sihtrühmast tuntakse rohkem või vähem vajadust suitsiidiriski hindamisinstrumentide järele. Tervishoiutöötajad kasutavad enamasti vabas vormis vestlust, kuid väiksemate kogemustega töötajad sooviksid siiski kasutada erinevaid hindamisvahendeid.

3.4. Juhtumikorralduslik võrgustikutöö ja infovahetus

Suitsiidse inimesega tegelemine on üks keerulisemaid olukordi spetsialistidele, mis mõjutab nii nende töö- kui ka isiklikku elu, seetõttu on väga olulisel kohal võrgustikul põhinev koostöö. Professionaalsed võrgustikud võimaldavad vahetada kogemusi, infot ja ideid eesmärgiga pakkuda kvaliteetsemat teenust suitsiidsetele inimestele. Informaalsed võrgustikud ning pereliikmete ja lähedaste kaasamine on samuti oluline, eriti järeletoe pakkumisel. Iga lüli otsustus- ja tegutsemisvõime selle võrgustikus on täpselt nii hea, kui palju teavet ja toimivaid kontakte on tal käepärast võrgustikutöö partnerite kohta.

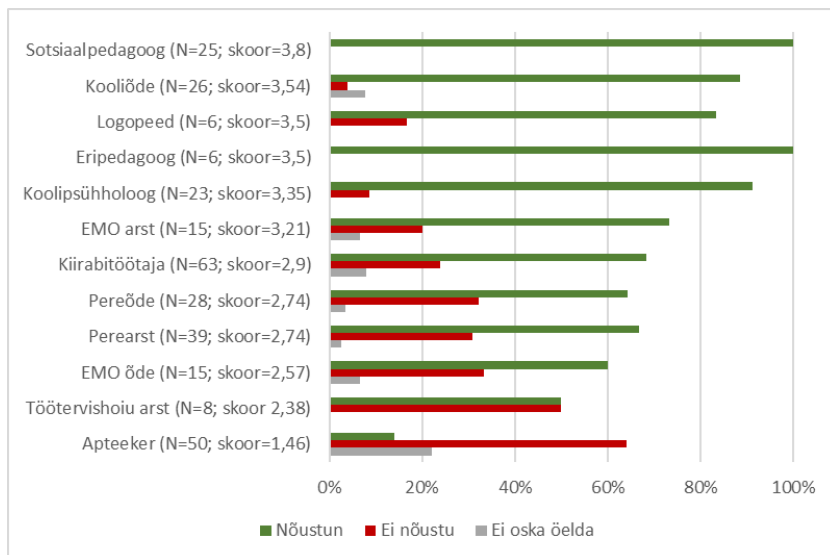
Küsitlusuuringu tulemuste kohaselt võrgustikutööd üldiselt tehakse. Vastajatest 65% teeb võrgustikutööd teiste spetsialistidega ning 59% suitsiidse inimese pereliikmete ja lähedastega. Nagu joonistelt näha, siis suitsiidse inimese käsitlemisel teevad kõige enam võrgustikutööd nii teiste spetsialistide (*Joonis 31*) kui ka pereliikmete ja lähedastega (*Joonis 32*) tugiteenuste spetsialistid koolis (sotsiaal- ja eripedagoogid, koolipsühholoogid) ja kooliõed. Samas on ka neid ametikohti, mille esindajad tunnistavad, et ei ole osa ühestki võrgustikust (nt töötervishoiu arstid ja apteekrid).

Tsitaadid intervjuudest:

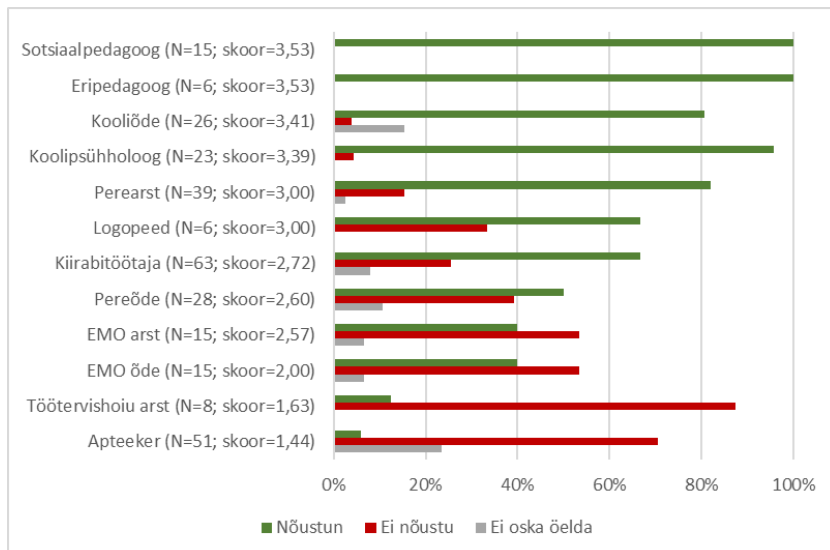
„Mina vähemalt arvan, et me ei ole mitte ühegi võrgustiku osa. See ei ole kuidagi määratud, kuidas me koostööd teeme. Võiks olla, ta teeks kindlasti lihtsamaks ja võimalik, et selle tulemusena meil olekski siis see, inimeste nii öelda käsitlemine oleks esiteks meile lihtsam, me teame kuhu neid viia ja meil oleks ka see kindlustunne, et jah selle isikuga nüüd tegeletakse, me oleme nagu midagi olulist teinud. Päris nõme on minna sinna kutsele ja öelda, et nojah võtke siis oma raviarstiga ühendust ja noh mis me nüüd teha saame. Ja pealegi nende suitsidaalsete inimestega on niimoodi, et kui ta ütleb mulle „ei ma ei soovi haiglasse“, siis mul puudub igasugune õigus teda füüsiliselt viia kui ta ei ole sel hetkel iseendale ohtlik. Ja iseendale ohtlik tähendab seda, et ta on realselt midagi teinud.“

„Pere on see peamine. Me võime ükskõik kui palju kuskilt väljastpoolt aidata, aga kui pere taga ei ole, siis ei tule sellest midagi välja seal ikkagi.. elukaaslane või.. sõltub situatsioonist. Ma praegu mõtlen, et kaks viimast, seal nagu on peretoetus, mis selle asja ma loodan, et lahendab.“

Joonis 31. Suitsiidse inimese käsitlemisel teen võrgustikutöö teiste spetsialistidega



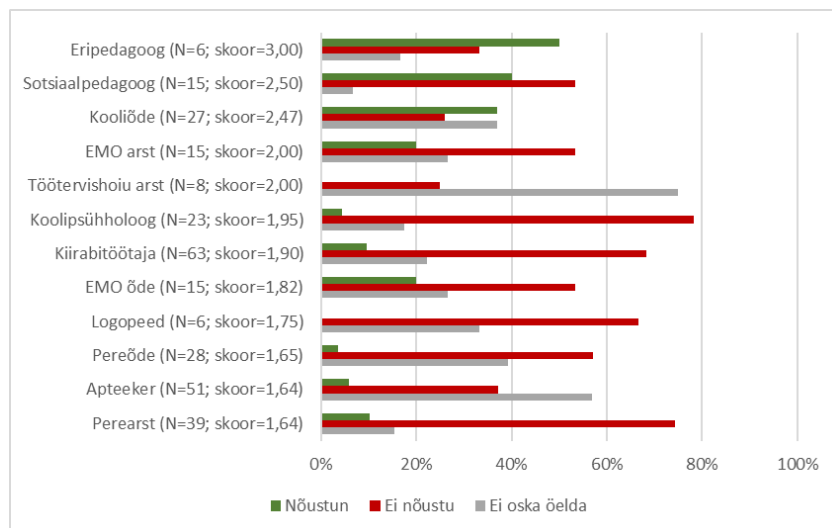
Joonis 32. Suitsiidse inimese käsitlemisel teen võrgustikutööd tema pereliikmete ja lähedastega



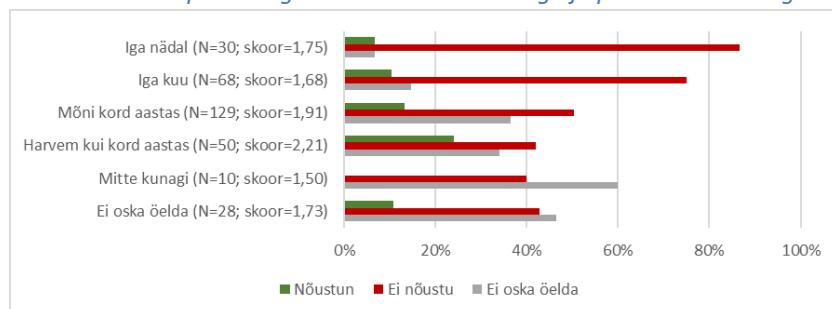
Kuigi suur hulk vastanutest väidab end tegevat võrgustikutööd suitsiidse inimese käsitlemisel, ei olda paradoksaalselt võrgustikutööga Eestis rahul. Ainult 13% vastanutest nõustub väitega, et Eestis toimib võrgustikutöö suitsiidse inimese käsitlemisel hästi. Neid ametikohti, kes annaks võrgustikutöö toimimisele kõrge hinnangu, eriti ei olegi (Joonis 33). Kõige positiivsemalt suhtuvad koostöö toimimisele eri- ja sotsiaalpedagoogid. Ühed kõige kriitilisemad koostöö osas on koolipsühholoogid, perearstid ja -õded, kiirabitöötajad ning logopeedid. Mida sagedasem on spetsialisti kokkupuude suitsiidsete inimestega, seda negatiivsem ja kriitilisem on tema hinnang võrgustikutöö toimimisele (Joonis 34).

Ilmselt näitavad need esmapilgul vastuolulised tulemused (võrgustikutööd tehakse, kuid selle toimimisega Eestis ei olla rahul), et võrgustikutöö on sageli üles ehitatud eelkõige isiklikele kontaktidele ja mitte süsteemselt, näiteks asutuste vahelistel kokkulepetel põhinevale koostööle.

Joonis 33. Minu hinnangul toimib Eestis võrgustikutöö suitsiidse inimese käsitlemisel hästi

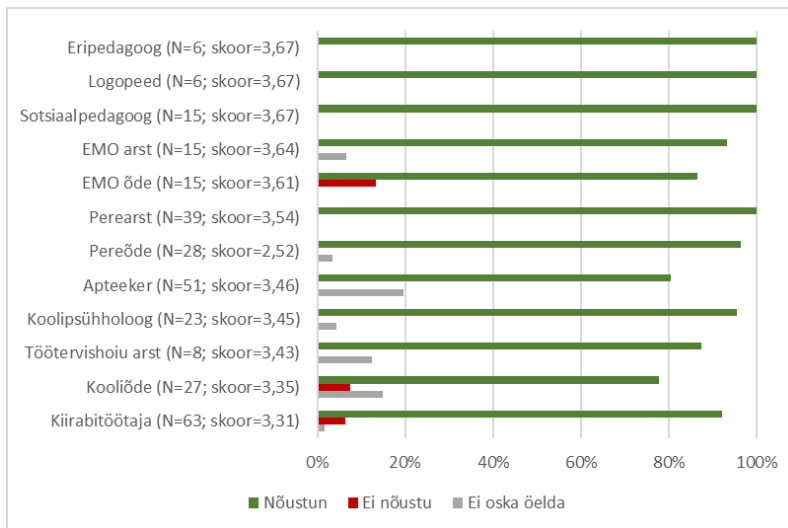


Joonis 34. Kokkupuute sagedus suitsiidse inimesega ja positiivne hinnang võrgustikutöö toimimisele

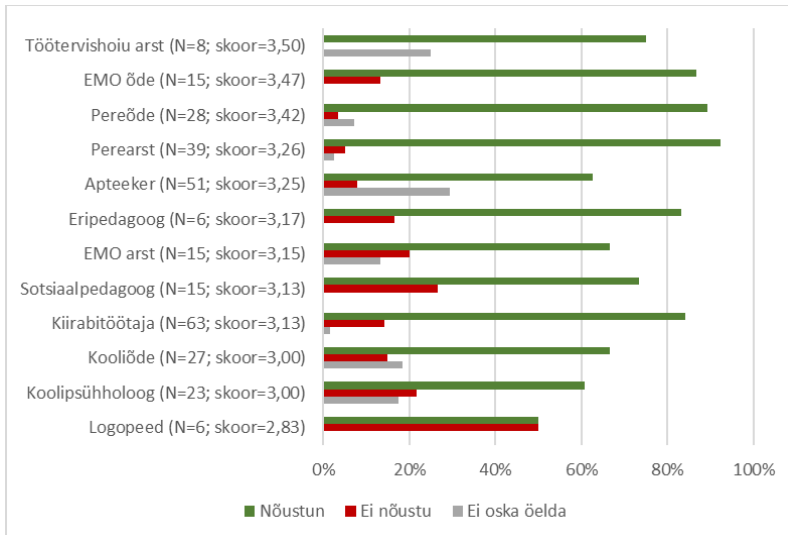


Selles oldi peaaegu üksmeelselt kindlad, et iga võrgustikutöö partner peab oskama suitsiidiriski märgata, vastajatest koguni 91% nõustus selle väitega. Ametikohtade lõikes vaadatuna pidasid suitsiidiriski märkamist oluliseks kõik spetsialistid (Joonis 35). Suitsiidiriski hindamise oskust kõigi võrgustikutöö partnerite poolt peeti samuti väga oluliseks, selle väitega nõustus 76% vastanutest ning oluliseks pidasid seda peaaegu kõikide ametikohtade esindajad (Joonis 36). Kuna hindamisel kasutatakse hindamisvahendeid üsna vähe ja seda tehakse peamiselt vestlusena, siis peeti vastajate poolt väga oluliseks, et võrgustikutöö partnerid oskaksid suitsiidse inimesega vestelda. Vastajatest 86% arvas, et iga võrgustikutöö partner peab tundma end kindlalt vesteldes suitsiidse inimesega. Teistest kõrgema keskmise skooriga selle küsimuse puhul olid EMO arstid ja õed, perearstid ja -õed ning töötervishoiu arstid (Joonis 37).

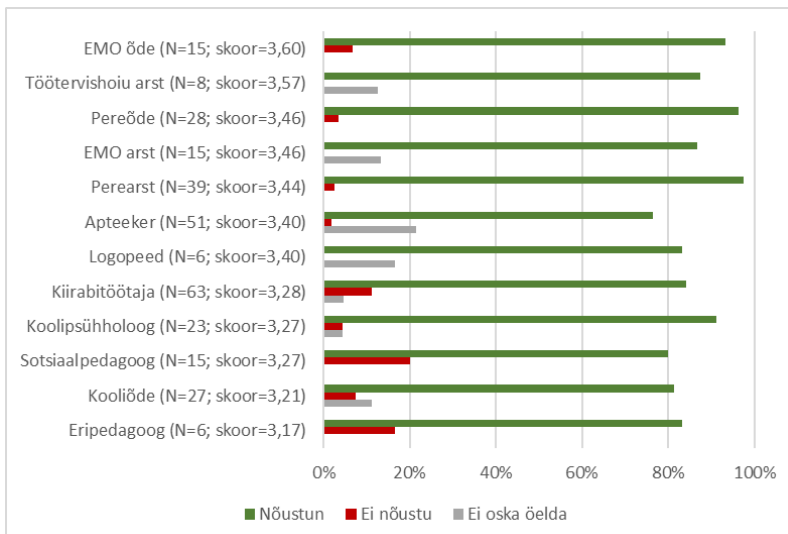
Joonis 35. Iga võrgustikutöö partner peab oskama suitsiidiriski märkata



Joonis 36. Iga võrgustikutöö partner peab oskama suitsiidiriski hinnata



Joonis 37. Iga võrgustikutöö partner peab tundma end kindlalt vesteldes suitsiidse inimesega

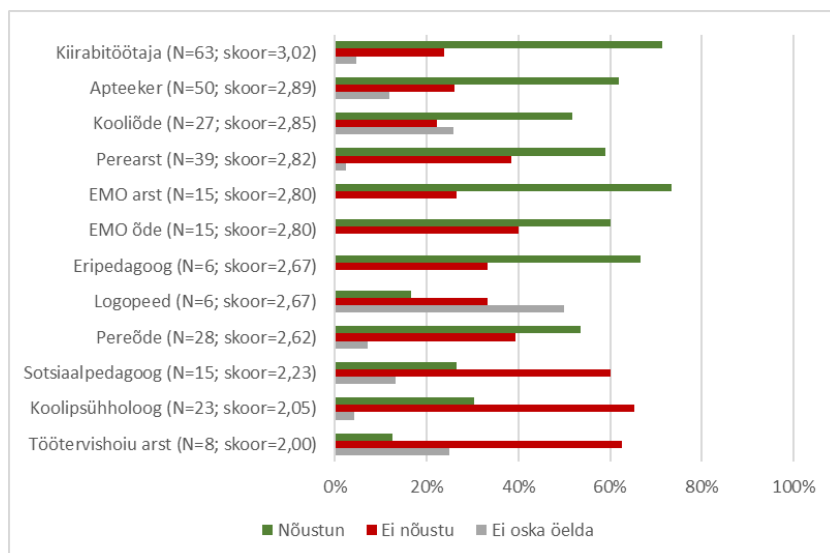


Väga oluliseks võrgustikutöö partneriks suitsiidse inimese käsitlemisel peetakse psühhiaatrit. Suurem osa küsitlusuuringu vastajatest (keskmiselt 54%) leidis, et suitsiidiriski peab alati hindama psühhiaater (Joonis 38). Eelkõige leidsid seda tervishoiuvaldkonna töötajad (kiirabi ja EMO, perearstid, kooliõed, apteekrid), kellest paljud juba teevad psühhiaatritega koostööd, kuid sooviksid, et antud teenus oleks veelgi kättesaadavam. Teistsugusel arvamusel hindamise osas olid töötervishoiuarstid, koolipsühholoogid ja sotsiaalpedagoogid, kellest suurem osa leidis, et hindamist võib teha ka muu nn madalama läve spetsialist kui psühhiaater. Samas intervjuude käigus tõdeti, et kuna väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised ei ole alati inimestele kättesaadavad, siis suunatakse inimene ikkagi edasi psühhiaatri vastuvõtule.

Tsitaat intervjuust:

„Tegelikult ma ütleks, et see protsent on võibolla 30 sajast, keda ma saadaksin psühhiaatri juurde ja see 70 saaks kohe teraapiasse või psühhoterapiasse siis põhimõtteliselt ei olekski vaja psühhiaatri poole vaja pöörduda.“

Joonis 38. Suitsiidiriski peab alati hindama psühhiaater



Koostööd tehakse nii oma asutuse siseselt kui ka pere ja lähisugulastega ning perearstikeskusega. Lisaks näitas küsitlusuuring, et tavapärasesse võrgustikutöösse kaasatakse psühhiaatreid (eelkõige teiste tervishoiutöötajate poolt), psühholooge, vaimse tervise õdesid ja psühhoterapeute, samuti sotsiaaltöötajaid.

Oma tavapäraste võrgustikutöö partneritena suitsiidse inimese käsitlemisel nimetasid erinevate ametikohtade esindajad muudest sagedamini vaimse tervise valdkonna spetsialiste (psühhiaater, psühholoog ja psühhoterapeut, vaimse tervise õde) ning pereliikmeid ja lähedasi (Joonis 39). Samalt jooniselt on näha, et koolide tugiteenuste spetsialistid ja kooliõed teevad tavapäraselt võrgustikutööd teiste koolides tegutsevate spetsialistidega ning lastekaitsetöötajaga.

Joonis 39. Tavapärased võrgustikutöö partnerid suitsiidse inimese käsitlemisel

Peamine ametikoht	Psühhiaater	Perearst	Pereõde	Vaimse tervise õde	Psühholoog, psühho-terapeut	Kooli tugiteenuste spetsialist	Kooliõde	Sotsiaal-töötaja	Lastekaitse-töötaja	Töötukassa spetsialist	Ohvriabi-töötaja	Pere liikmed ja lähedased	Mitte kellelgi
Perearst (N=41)	78%	22%	44%	51%	66%	22%	12%	44%	34%	5%	20%	73%	5%
Pereõde (N=28)	43%	86%	36%	32%	46%	4%	25%	29%	14%	4%	4%	54%	0%
Töötervishoiu arst (N=8)	75%	75%	0%	50%	50%	0%	0%	13%	0%	13%	0%	25%	13%
Kooliõde (N=27)	11%	15%	4%	41%	63%	63%	15%	48%	22%	0%	0%	63%	4%
Koolipsühholoog (N=24)	50%	38%	13%	29%	54%	71%	58%	21%	54%	0%	4%	88%	4%
Sotsiaalpedagoog (N=16)	50%	13%	6%	50%	69%	81%	56%	19%	94%	0%	19%	94%	0%
Eripedagoog (N=6)	83%	50%	17%	83%	83%	83%	67%	83%	83%	17%	33%	83%	0%
Logopeed (N=6)	33%	0%	0%	33%	83%	33%	33%	50%	33%	0%	17%	67%	0%
EMO arst (N=15)	93%	33%	7%	13%	13%	13%	7%	27%	20%	0%	20%	47%	7%
EMO õde (N=15)	73%	40%	27%	33%	33%	13%	13%	33%	13%	7%	13%	33%	13%
Kiirabitöötaja (N=63)	86%	14%	11%	11%	10%	8%	10%	30%	21%	0%	13%	59%	3%
Apteeker (N=52)	17%	21%	12%	4%	12%	4%	2%	6%	0%	0%	0%	12%	63%

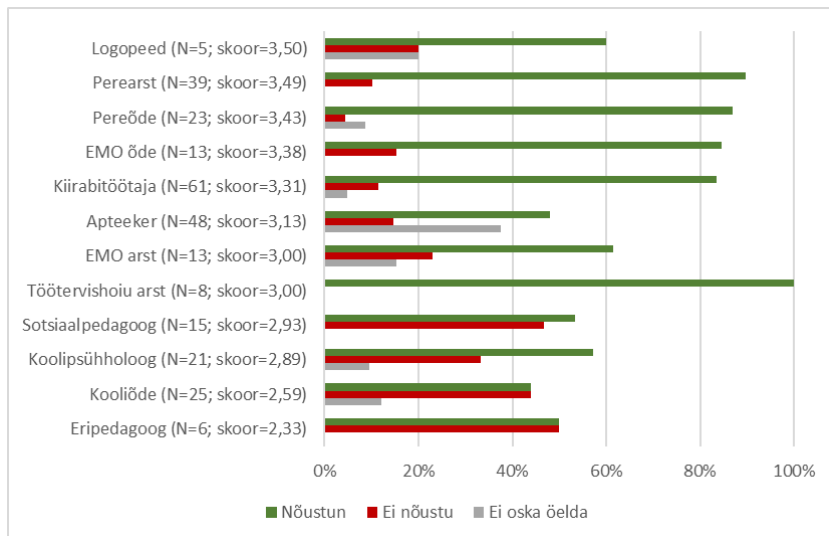
Vastuseks küsimusele, millistest võrgustikutöö partneritest suitsiidse inimese käsitlemisel puudust tuntakse, nimetati taas kõige rohkem ja ametikohtade lõikes suhteliselt üksmeelselt vaimse tervise spetsialiste (psühhiaater, psühholoog ja psühhoterapeut, vaimse tervise õde) (Joonis 40).

Joonis 40. Võrgustikutöö partnerid, kellest suitsiidse inimese käsitlemisel tuntakse puudust

Peamine ametikoht	Psühhiaater	Perearst	Pereõde	Vaimse tervise õde	Psühholoog, psühho-terapeut	Kooli tugiteenuste spetsialist	Kooliõde	Sotsiaal-töötaja	Lastekaitse-töötaja	Töötukassa spetsialist	Ohvriabi-töötaja	Pere liikmed ja lähedased	Mitte kellelgi
Perearst (N=39)	90%	0%	3%	67%	85%	38%	3%	33%	26%	5%	28%	23%	3%
Pereõde (N=23)	83%	4%	0%	61%	78%	17%	9%	13%	9%	0%	22%	17%	0%
Töötervishoiu arst (N=8)	50%	0%	0%	50%	75%	0%	0%	25%	0%	13%	25%	0%	0%
Kooliõde (N=26)	54%	15%	4%	31%	38%	12%	0%	8%	19%	0%	8%	8%	15%
Koolipsühholoog (N=22)	77%	32%	14%	50%	45%	5%	9%	5%	27%	0%	9%	5%	9%
Sotsiaalpedagoog (N=16)	75%	38%	6%	63%	38%	6%	13%	6%	19%	0%	31%	19%	6%
Eripedagoog (N=6)	83%	17%	0%	50%	50%	0%	0%	33%	33%	0%	33%	17%	0%
Logopeed (N=5)	60%	40%	20%	0%	20%	40%	0%	0%	20%	20%	0%	20%	20%
EMO arst (N=13)	46%	8%	0%	46%	46%	0%	0%	46%	31%	0%	31%	15%	15%
EMO õde (N=13)	85%	62%	38%	77%	85%	38%	38%	46%	38%	15%	46%	46%	0%
Kiirabitöötaja (N=61)	62%	30%	18%	41%	49%	16%	8%	31%	21%	7%	25%	18%	8%
Apteeker (N=48)	35%	29%	13%	31%	38%	19%	6%	21%	15%	6%	15%	15%	31%

Üldise väitega selle kohta, et oma töös tuntakse puudust kompetentsetest võrgustikutöö partneritest, vastas nõustuvalt 70% küsitlusuuringus osalejatest. Keskmiselt rohkem olid võrgustikutöö partnerite kompetentsusega rahul koolide tugiteenuste spetsialistid (v.a logopeedid) ning kooliõded (Joonis 41).

Joonis 41. Tunnen oma töös puudust kompetentsetest võrgustikutöö partneritest



Intervjuudes töid kiirabi ja EMO töötajad välja, et puudust tuntakse sotsiaaltöötajatest, vaimse tervise õdedest ja ka psühhiaatritest, kes oleksid 24/7 kättesaadavad vähemalt konsulteerimiseks, seda eriti peale tööpäeva lõppu.

Tsitaadid intervjuudest:

„Üldiselt jah patsiendi edasi saatmine psühhiaatriasse on tegelikult päris keeruline ütlen ausalt. Et see ei ole nii lihtne, et ma helistan ja ütlen, et mul on siin selline haige ja mul on selline probleem ja ma tahan saata. See väga ei ole niimoodi, noh see ei lähe nii ludinal. Praktiliselt iga haigla teatab, et neil on kõik kohad täis, et neil ei ole vabu kohti ja siis ma pean otsima mööda Eestit, et kus ma leiaks selle vaba koha.“

„Võrgustikutöö partnerina vajaksime vahel sotsiaaltöötajat, kui on vaja korraldada patsiendi tavaellu minekut, nt integreerida inimene igapäevaellu, tööle, taotlema puuet jmt. Võrgustikus on vaja ka konsulteerivat psühhiaatrit, et saada kiiret konsultatsiooni, sest ainult e-konsultatsiooni kaudu pöördumine ja abi saamine pole piisavalt kiire lahendus.“

„Siin jõuame ringiga tagasi kuidagi selle sotsiaaltöötaja juurde ja selle juurde, et meil oleks paremini märgatud need probleemsed pered, parem mingisugune tugivõrgustik kas lasteaias, koolis, et need lapsed, kes siis potentsiaalselt on tulevikus suitsiidsed, et neil oleks alguses juba.. et nad oleksid paremini nõustatud, et neil oleks tugiisikud jne“

Vaatamata sellele, et küsitlusuuringu sissejuhatuses ja intervjuu kavas oli välja toodud, mida uurijad võrgustikutöö all silmas peavad – Juhtumikorraldusliku võrgustikutöö all mõtleme erinevate osapoolte (tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna spetsialistid, pereliikmed ja lähedased) koostööd suitsiidiriski hindamisel ja suitsiidse inimese käsitlemisel, – mõistsid intervjuueeritavad võrgustikutöö olemust ja sisu väga erinevalt. Võrgustikutööd peetakse vajalikuks kõigi ametikohade poolt, kuid võrgustikutöö sisu või olemust mõistetakse erinevalt. Mõneti on see ka mõistetav ning võrgustikutööd suitsiidse inimese käsitlemisel tulekski lahti mõtestada ja korraldada kahel tasandil. Üks tasand on võrgustikutöö akuutse (kõrge) suitsiidiriski korral, kui on vajalik kiiresti tagada inimese ohutus ja edasisuunamine vaimse tervise või sotsiaalvaldkonna spetsialisti juurde (sellega puutuvad rohkem kokku väiteks EMO töötajad ja kiirabitöötajad). Teine on võrgustikutöö nende suitsiidsete inimestega,

kelle suitsiidirisk on madal või mõõdukas ning kelle puhul on eelkõige vaja mõelda ennetustöö võtmes ja pikemas perspektiivis ning tagada järeltugi (sellega puutuvad rohkem kokku spetsialistid esmatasandil). Sellest tulenevalt puudub kohati arusaam sellest, kellel milline roll võrgustikus on ja kust jooksevad erinevate spetsialistide ning valdkondade vastutuse piirid.

Üheks põhjuseks, miks võrgustikutööd hinnatakse mitte toimivaks võib olla, et koostöö all nähakse enda rolli peamiselt varajase märkaja, edasisuunajana ja vestluse teel suitsiidiriski hindajana (Joonis 42). Vähem nähakse enda rolli juhtumi tervikliku korraldajana või reaalsete teenuste ja toe pakkujana. Ilmselt eeldatakse, et koostöö teiste vaimse tervise spetsialistidega annab paremad võimalused inimese edasi suunata järgmise spetsialisti juurde. Enda rolli ennetustöö läbiviimisel nägid rohkem esmatasandi tervishoiutöötajad ning koolides tegutsevad spetsialistid.

Kui küsitlusuuringu vastajatel paluti nimetada, millistest tegevustest nad suitsiidse inimese käsitlemisel puudust tunnevad, siis nimetati sageli pea kõiki sisulisi tegevusi – varajast märkamist, hindamisvahenditega hindamist, edasisuunamist, psühholoogilisi sekkumisi ja järeltuge, juhtumi terviklikku korraldamist, ennetustööd ning pereliikmete ja lähedaste toetamist (Joonis 43). Sellelt jooniselt torkab eriliselt silma, et kõige suuremas võrgustikutöö puuduses on EMO õed, aga ka perearstid ja -õed.

Joonis 42. Enda roll võrgustikutöös suitsiidse inimese käsitlemisel

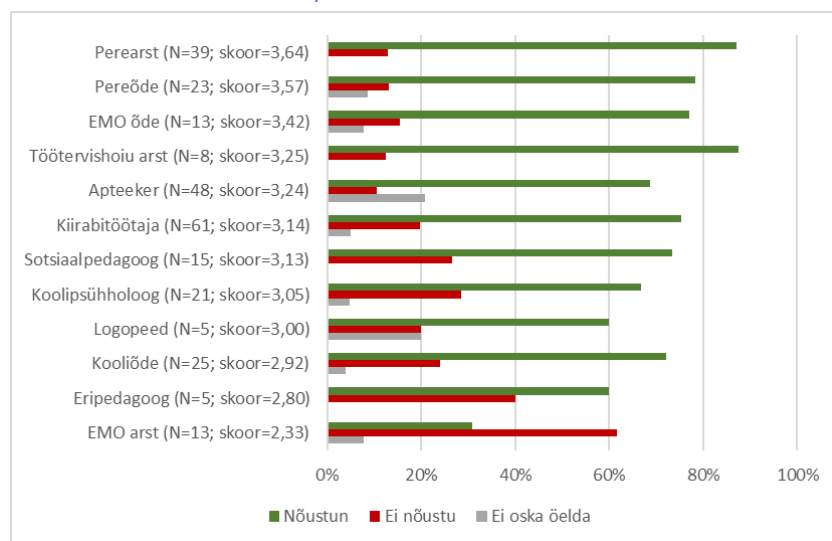
Peamine ametikoht	Varajane märkamine	Hindamisvahenditega hindamine	Suitsiidiriski hindamine (vesteldes)	Edasisuunamine	Ravimine (farmakoteraapia)	Psühhoteraapia	Psühho-sotsiaalne nõustamine	Suitsiidikatse järeltoe pakkumine	Juhtumi dokumenteerimine	Juhtumi terviklik korraldamine	Ennetustöö	Pereliikmete ja lähedaste toetamine	Ma ei osale võrgustikutöös
Perearst (N=41)	90%	56%	83%	90%	63%	27%	29%	22%	71%	22%	61%	63%	2%
Pereõde (N=28)	71%	46%	64%	71%	11%	7%	18%	11%	61%	7%	50%	43%	18%
Töötervishoiu arst (N=8)	100%	25%	63%	100%	13%	13%	38%	0%	38%	13%	63%	13%	13%
Kooliõde (N=27)	74%	30%	59%	81%	4%	0%	15%	15%	37%	0%	44%	33%	11%
Koolipsühholoog (N=24)	75%	46%	75%	88%	0%	21%	75%	38%	29%	8%	63%	54%	8%
Sotsiaalpedagoog (N=16)	94%	13%	69%	88%	0%	0%	44%	38%	25%	0%	88%	63%	0%
Eripedagoog (N=6)	83%	0%	50%	67%	0%	17%	17%	0%	33%	0%	50%	67%	0%
Logopeed (N=6)	83%	0%	50%	67%	0%	0%	17%	33%	33%	0%	50%	50%	0%
EMO arst (N=15)	47%	13%	53%	93%	20%	7%	7%	7%	67%	7%	13%	7%	13%
EMO õde (N=15)	27%	13%	27%	47%	33%	0%	7%	13%	33%	7%	7%	20%	27%
Kiirabitöötaja (N=63)	43%	6%	60%	65%	27%	5%	10%	8%	49%	5%	13%	29%	11%
Apteeker (N=52)	19%	2%	12%	23%	25%	2%	4%	2%	0%	2%	12%	6%	63%

Joonis 43. Teiste tegevused, millest võrgustikutöös suitsiidse inimese käsitlemisel tuntakse puudust

Peamine ametikoht	Varajane märkamine	Hindamisvahenditega hindamine	Suitsiidiriski hindamine (vesteldes)	Edasisuunamine	Ravimine (farmakoteraapia)	Psühhoteraapia	Psüho-sotsiaalne nõustamine	Suitsiidikatse järeltoe pakumine	Juhtumi dokumenteerimine	Juhtumi terviklik korraldamine	Ennetustöö	Pereliikmete ja lähedaste toetamine	Ma ei osale võrgustikutöös
Perearst (N=39)	33%	49%	26%	56%	13%	64%	59%	74%	8%	56%	44%	49%	10%
Pereõde (N=23)	35%	39%	30%	78%	4%	57%	43%	43%	4%	30%	26%	35%	13%
Töötervishoiu arst (N=8)	38%	38%	25%	50%	0%	38%	38%	38%	13%	25%	38%	25%	13%
Kooliõde (N=26)	50%	38%	19%	35%	0%	31%	38%	23%	12%	31%	42%	23%	0%
Koolipsühholoog (N=22)	36%	59%	9%	45%	27%	50%	18%	41%	5%	45%	32%	27%	5%
Sotsiaalpedagoog (N=16)	31%	56%	25%	38%	31%	56%	44%	63%	25%	50%	44%	38%	0%
Eripedagoog (N=6)	50%	67%	33%	50%	0%	17%	33%	33%	33%	17%	33%	33%	0%
Logopeed (N=5)	60%	40%	40%	40%	20%	60%	20%	40%	0%	40%	40%	20%	20%
EMO arst (N=13)	23%	54%	15%	23%	15%	23%	38%	54%	0%	23%	31%	31%	8%
EMO õde (N=13)	62%	85%	77%	69%	46%	54%	62%	62%	31%	62%	92%	85%	0%
Kiirabitöötaja (N=61)	41%	39%	30%	48%	18%	31%	36%	36%	8%	28%	41%	34%	10%
Apteeker (N=48)	23%	17%	19%	29%	10%	13%	15%	13%	2%	4%	17%	8%	58%

Üldise väitega selle kohta, et oma töös tuntakse puudust võimalusest suitsiidne inimene edasi suunata, vastas nõustuvalt 72% küsitlusuuringus osalejatest. Edasisuunamise võimalusest tunnevad puudust kõikide ametikohtade esindajad, teistest eristusid vaid EMO arstid, kelle puhul domineeris vastusena selle väitega mittenõustumine (Joonis 43).

Joonis 43. Tunnen oma töös puudust võimalusest suunata suitsiidne inimene edasi



Võrgustikutööd takistavate teguritena toodi intervjuudes välja näiteks info puudulikkus liikumist või kehva juurdepääsu terviklikule infole, ajanappust, kaadrivoolavust, lähedased ei ole valmis või võimelised toetama, inimest ei ole võimalik edasi suunata, sest teenused ei ole kättesaadavad (piirkonnas puudub vastab spetsialist, teenus on liiga kallis, öistel aegadel ei tööta haiglates sotsiaaltöötajad jne) või ei teata täpselt, milliseid teenuseid piirkonnas pakutakse. Näiteks toodi ühes intervjuus välja koduõenduse ja seltsidaamide teenuse vajalikkus eakatele, millest oleks suur tugi. Samuti nimetati ohvriabitöötajate kui koostööpartnerite olulisust töös suitsiidsete inimestega.

Tsitaadid intervjuudest:

„Kui eestkostjad näiteks keelavad, et sul polegi midagi viga ja ära roni sinna, siis mul on käed nagu rohkem seotud olnud.“

„On väga palju kohti ja arste, kes ei pane infot digilukku, et tuleb inimene, kes ütleb, et on aastaid käinud, ravi saanud, aga ühtegi kildu digiloost ei leia“.

“Õnneks on see liin meil kõvasti paranenud aastatega. Kui varem oli niimoodi, et ma jooksin nagu vastu seinu kui ma kuskile omavalitsusse pöördusin, siis nüüd ütleme, millest me juba saame abi on koduõeteenus, keda me saame nagu ka igasuguste ärevate patsientide puhul, kes kodust välja palju ei liigu, aga me saame talle suunata. Siis on sellised igasugused seltsidaamid jne., mis on minu meelest... Minu üks patsient, peale oma mehe surma, ta jäi nii koduseks. Sisuliselt kuskil enam ei käinud. Ta oli nii elutu ja rõõmutu, et mul oli tast kohe hale. Aga siis pakkus xx, sellist nagu seltsilise või ma ei tea täpselt mis teenus. Sellist seltsilise teenust. Mingi pilootprojekt on ja tead, see muutus, mis selle inimesega toimus! Ta tuleb mulle kabinetti, ta särab. Ta on alati nii kenasti riides ja ütleb, me lähme täna kohvikusse, me käisime täna raamatukogus, me käisime teatris, me käisime ujumas. Ja see inimene elab täisväärtuslikku elu.”

Küsitlusuuringu küsimusele, kas nende kogemustes on erinevusi suitsiidsete alaealiste, tööaliste ja vanemaealiste käsitlemisel juhtumikorralduslikus võrgustikutöös, vastas 46% jah, 8% ei ning 46% ei osanud öelda. Intervjuude põhjal tuntakse laste ja noorte puhul vajadust järelvalve mehhanismi järele, kus järgneval päeval võetak alaealise ja/või tema lähedastega ühendust, et tagada alaealise turvalisus ja järeltugi ning olla kindel, et alaealine jõuab järgmise spetsialistini.

Suitsiidide ennetamine võrgustikutööna peaks olema igapäevane asi, kuid kõigil on oma roll selles. Võrgustikutöö on küll sõnaliselt levinud koostöövorm sarnaste huvide ja eesmärkidega organisatsioonide või inimeste vahel, kuid sisuliselt erineb see palju nii piirkonniti kui organisatsiooniti ning vaatamata sellele, et võrgustikutööd tehakse, leidsid suur osa vastanutest, et võrgustikutöö Eestis ei toimi hästi. Intervjuudest tuli välja, et igal osapoolel on oma arusaam, roll ja ootused, mis ei ole alati võrgustikus läbi räägitud ning sellelt pinnalt võivad tekkida osapooltel valed ootused, segadus rollides jne.

Intervjueeritavad tõid välja, et alati ei teata oma piirkonnas tegutsevaid spetsialiste ja olemasolevate teenuste võimalusi ning seetõttu kaasatakse oma koostöövõrgustikku eelkõige oma isiklikul tasandil loodud kontakte. Soovina toodi välja, et hea oleks kui olemas oleks soovituslik list koostööpartneritest, keda võiks kaasata suitsiidse inimese raviteekonda. See hõlbustaks võrgustiku loomist just eriti nende spetsialistide seas, kes teiste valdkondade spetsialistidega nii palju kokku ei puutu.

Lisaks on oluline, et kõik osapooled, nt sotsiaal-, haridus- ja tervishoiutöötajad, suudaksid märgata ja tuvastada suitsiidiriskis olevad inimesed, võtta kasutusele meetmeid ennetamiseks, ravimaks ja toetamiseks suitsiidset inimest. Erinevatel osapooltel peavad olema välja töötatud selged strateegiad inimeste taastumise toetamiseks. Kirjeldatud peab olema nn miinimum, mida iga organisatsioon või asutus saab oma pädevuse raames teha ning kuidas inimene suunatakse edasi järgmise spetsialisti juurde, kui see osutub vajalikuks. Alati ei peaks edasisuunamine tegevusena olema esimene valik.

SUIPA I uurimisülesande tulemustest jäid võrgustikutöö optimaalsel korraldamisel kõlama järgmised mõtted:

- Suitsiidiriski esmane hindamine on praegu sageli lükatud **psühhiaatrikliiniku** tasemele, ematasandil on praktika pigem vähene. Üldiselt ei peeta õigeaks, et kõik suitsiidikäsitluse

algoritmid lõpevad psühhiaatrikliinikuga. Psühhiaatria tasandil on ülesandeks eelkõige õigeaegne ja adekvaatne ravi raskematele juhtumitele ja väljakujunenud probleemidele. Suitsiidiriski varajaseks märkamiseks ja ennetamiseks on siin võimalusi vähem. Varajane märkamine ja ennetustöö tuleb ära teha kogukonnas ja esmatasandil. Kõik SUIPA sihtrühmad on huvitatud sellest, et suitsiidsete inimeste äratundmine ja ravi toimuks rohkem esmatasandil ning psühhiaatrid ei peaks ägama patsientide tulva all.

- Väga oluline on, et suitsiidse inimese vastuvõtt **perearsti** poolt oleks turvaliseks muudetud, et tal on selliste inimese käsitlemiseks sisuline tugi olemas ja teab mida edasi teha. Hea praktika näiteks on psühhiaatrite e-konsultatsioon perearstidele ja võimalus suunata patsient vaimse tervise õe konsultatsioonile.
- Samas võib öelda, et **EMOs ja psühhiaatria valvetoas** ei saa kõiki probleeme ära lahendada. Fookuses peaks olema ambulatoorne töö, et suitsiidne inimene ei peaks ootama mitu kuud psühhiaatri vastuvõttu. Üks võimalus on anda vastuvõtule pääsemisel prioriteet suitsiidikatsega EMOsse sattunud patsientidele.
- Üsna alakasutatud potentsiaal esmatasandil suitsiidiriski varajaseks märkamiseks ja suitsiidse inimese toetamiseks tunduvad olevat **töötervishoiu arstid ning apteekrid**. Mõlemad on oluline osa Eesti esmatasandi tervishoiust ning nad võiksid olla kaasatud suitsiidsete inimeste toetamise, sest erinevaid inimesi satub nende juurde palju. Hetkel on siiski puudulik nende ettevalmistus selle teemaga süsteemselt ja adekvaatselt tegeleda.
- Sõltumata viisist, kuidas suitsiidiriski hinnatakse (hindamisinstrumendid, vestlus), on väga oluline tagada **suitsiidse inimese ohutusplaan** (kriisiplaan konkreetsele inimesele edaspidi sarnaste juhtumite ennetamiseks). Heaks näiteks siin on Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuse juhendmaterjalid. Lisaks on igal juhul vajalik, et oleks olemas **teabeleht abivõimalustega**, millel jagatavad telefoninumbrid jm kontaktid on pidevalt värskendatud.
- Kõik osapooled tunnevad puudust toimivast **võrgustikutööst** erinevate osapoolte vahel. Võrgustikku peaks olema lülitatud ka **sotsiaalvaldkonna spetsialistid**, kuna mõnede regulatsioonide kohaselt on neile pandud ootused ja vastutus kõrged. Hea praktika näiteks on Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskus, kus alaealiste suitsiidiriski hindamisele on kaasatud sotsiaaltöötaja.
- **Vaimse tervise õe** roll näib olevat oluline ja ajaga üha suurenev. Teda mainivad olulise meeskonnaliikme või võrgustikupartnerina mitmed sihtrühmad (nt perearstid, koolitervishoid, EMO, psühhiaatrikliinikud).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et võrgustikutöö suitsiidse inimese käsitlemisel on Eestis habras ning sageli isiklikel kontaktidel põhinev. Võrgustikutööd üldiselt tehakse nii teiste spetsialistidega kui pereliikmete ja lähedastega, kuid mitte kõigi sihtrühmade poolt. Rohkem teevad võrgustikutööd koolides töötavad spetsialistid. Üldhinnang süsteemsele võrgustikutööle Eestis väljendab suurt rahulolematust. Mida sagedasem on spetsialisti kokkupuude suitsiidsete inimestega, seda rahulolematum ta on võrgustikutööga. Võrgustikutöö partneritena nimetatakse sagedasti psühhiaatrit ja teisi vaimse tervise spetsialiste ning nendest tuntakse samas ka kõige rohkem puudust. Võrgustikutööd tehakse ka pereliikmete ja lähedastega. Enda rolli võrgustikutöös nähakse sagedasti edasisuunajana ning juhtumi tervikliku korraldaja rolli endal ei nähta või nähakse minimaalselt. Ka puudust tuntakse eelkõige edasisuunamise võimalustest. Vaimse tervise õe roll näib olevat oluline ja ajaga üha suurenev ning temal on kõige suurem potentsiaal olla juhtumi tervikliku korraldaja rollis.

3.5. Välisriikide praktikad

Välisriikide praktikate analüüsi tulemused on põhjalikumalt esitatud SUIPA vaheraportis (vt Lisa 1). Vaheraportis on tulemused esitatud esmalt maade kaupa (ekspertintervjuu kokkuvõtte, olemasolevad regulatsioonid ja praktikad kirjandusallikate põhjal, vajakajäämised kirjandusallikate põhjal), seejärel üldistava kokkuvõttena, millele järgneb lisana ülevaade välisriikide headest praktikatest sihtrühmade kaupa. Käesolevas lõppraportis on tulemused esitatud kontsentreeritumalt ning sihtrühmade kaupa, tuues välja Eesti jaoks potentsiaalselt parimad praktikad.

Oluline on tähele panna, et tulenevalt uuringu metoodikast tugineb käesolev info eelkõige väliseksperide intervjuudele, mida on täiendatud vastavasisulise inglise keelse materjaliga (vt ptk 2.2). Lähtutud on parimatest teadmistest, kuid riikides võib esineda teenuseid ja tegevusi, mille kohta uurimiserühmal info puudus.

Valitud riikide hulgas on riike, kus on loodud eraldi riiklikud kavad või suitsiidiennetuse strateegiad (Inglismaa, Iirimaa), kui ka neid kellel see puudub (Saksamaa, Taani, Ungari). Saksamaal on loodud eraldi koostööprogramm *Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)*, mis siiski ei ole veel tunnustatud kui riiklik strateegia. Ungari ekspert nägi vajadust eraldi strateegia loomiseks, kui hetkel sellega alustatud ei ole. Kui enamus riike Euroopas omab või on koostamas riiklikku suitsiidiennetuse kava, siis Taani on otsustanud vastupidiselt just strateegiast loobuda. Kuigi suitsiidiennetus on seal riiklikult tähtis teema, ei vajata enam poliitilist veenmist eraldiseisva strateegiaga. Seega võib öelda, et riikliku strateegia olemasolu ja selle vajadus, oleneb riigi varasematest kogemustest, tegevustest ning koostööst. Üldine suund on siiski riiklike strateegiate olemasolu tähtsustamise poole.

Vaimse tervise teenuste osutamisel, sh suitsiidisele inimesele kvaliteetse ravi tagamisel mängivad rolli mitmed osapooled. Inimestel on võimalus teenust saada nii riiklikust tervishoiust kui ka erateenuse osutajatelt. Uuringusse valitud riikide (Iirimaa, Inglismaa, Taani, Saksamaa, Ungari) tervishoiusüsteemides on nii mitmeid erisusi kui ka sarnasusi, mis annavad võimaluse leitud parimaid praktikaid Eestile kohandada. Valitud riikides on olenevalt tervishoiusüsteemi võimekusest loodud nii laiemalt vaimsele tervisele ka kitsamalt suitsiidiennetusele suunatud teenusearendusi.

Sarnaselt Eestiga on **Iirimaa**, **Inglismaal** ja **Taanis** perearstil n-ö väravahoidja roll ning ta on ka esmane kontakt vaimse tervise probleemide korral. Samas, kuigi pea kõigis riikides on ootused perearstile kui väravahoidjale suured, leiavad kõigi riikide eksperdid, et nende perearstid ei ole asjakohaselt koolitatud vaimse tervise probleemide ja psüühikahäirete tuvastamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks või inimeste toetamiseks ning vajalik on järjepidev koolitamine. Mainitud kolmel riigil on tugev esmatasandi süsteem, kus panustatakse perearstide toetamisele koolitustega ning teenuste arendamisega, kuna kohalikul tasandil toe pakkumine ja raviotsuse jälgimine oleneb suuresti perearsti teadlikkusest.

Saksamaa ja **Ungari** on aga läinud teist teed. Saksamaal on üks Euroopa parimaid kaetusi psühhiaatrite ja psühhoteraapia teenusega ning esmatasandi tervishoidu nähakse eelkõige kui füüsilise tervisega tegelevat osapoolt, mistõttu on oht, et inimest ei osata juhtida õigele teenusele ja võidakse üle- või aladiagnoosida. Seega ootus on, et vaimse tervise murega patsient suundub otse psühhiaatri poole või psühhoteraapiasse, mis ei ole esmatasandi tervishoiu teenus. Ungaris on psühhiaatreid küll vähem kui Saksamaal, kuid süsteem on sarnaselt üles ehitatud vältimaks esmatasandilt edasisuunamisega kaasnevat patsiendi aja raiskamist.

Kõik intervjueritud eksperdid tõid välja esmatasandi suure ülekoormuse ning rõhutati, et kui tahta suitsiidikäitumisega inimesele paremaid teenuseid pakkuda, siis on just esmatasandi ja teiseste teenuste omavaheline parem sidumine oluline.

Alljärgnevalt on välja toodud Iirimaa, Inglismaa, Taani, Saksamaa ja Ungari parimad praktikad erinevatel tasanditel. Kirjeldatud praktikate osas ei ole hinnatud sekkumiste tulemuslikkust.

Esmatasand

1. **iFD** (*iFightDepression*[®]) on *European Alliance Against Depression (EAAD)* võrgustiku poolt loodud programm, mille eesmärk on depressiooniravi parandamine ja suitsiidikäitumise ennetamine. iFD on veebipõhine juhendatud eneseabiprogramm kerge ja mõõduka depressiooniga inimestele. Eneseabiprogramm on tasuta kättesaadav ja aitab toetada tervenemise protsessi, pakkudes tuge ja juhendamist. Programmi piloteerimisega Eestis (2021-2024 Pärnu piirkonnas) tegeleb MTÜ Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI).

2. **CIPC** (*Counselling in Primary Care*, Iirimaa). Juurutamiseks tõenduspõhist teenusepoliitikat, loodi 2000.a. alguses Iirimaa infrastruktuur – nõustamine esmatasandil. CIPC lähenemisviisid on kliendikesksed ja teenusejuhised põhinevad juhuslikustatud kontrolluuringu (RCT) tulemustel. CIPC on nõustamise mudel, mis tegeleb kergete kuni mõõdukate vaimse tervise probleemidega, mis ei vaja enamasti teise taseme eriarstiabi. CIPC pakub kuni 8 nõustamisseansi professionaalselt kvalifitseeritud ja akrediteeritud nõustaja või terapeudiga, kes töötavad riikliku nõustamisteenistuse järelevalve all (*HSE National Counselling Service*). Nõustajad kasutavad erinevaid psühholoogilisi sekkumisi, olenevalt patsiendi probleemist ja hinnatud vajadusest. Nõustamisele suunab kliendi perearst, kes annab talle teenust ja nõustamise protsessi tutvustava [voldiku](#). Sarnane [voldik](#) edasisuunamise detailse kirjeldusega on koostatud ka perearstidele. CIPC tegutseb enam kui 240 asukohas üle kogu Iirimaa.

3. **SCAN** pilootprojekt sekkumine (*The Suicide Crisis Assessment Nurse*, Iirimaa). Regionaalsed eriidedega kaetud keskused suitsiidsete patsientidega tegelemiseks esmatasandil. SCAN pakub hindamist ja tuge perearstidele, kes puutuvad kokku enesetapumõtetega patsientidega. Perearsti nähakse siin kui värvahoidjat, kes teeb hindamisi ja suunab patsiendi edasi. Kui perearst leiab esmase hindamise põhjal, et tegemist on kõrge suitsiidiriskiga, siis võimalusel juba samal päeval, aga mitte hiljem kui 72 tunni jooksul peale saatekirja väljastamist, on patsiendil võimalik konsulteerida spetsialiseerunud õega. SCAN õde viib läbi biopsühhosotsiaalse hindamise, patsiendi loal võtab ühendust pere või sõpradega, koostab kirjaliku kriisi ohutusplaani ja annab tagasisidet perearstile. Järgneva 24 tunni jooksul peale esimest hindamist, tehakse järelkontroll telefoni teel ning vajadusel kuni kolm järelkontrolli. Patsiendi mugavust, teenuse kättesaadavust ja stigma vähendamise vajadust arvesse võttes viiakse hindamine võimalusel läbi perearstipraktises. SCAN õed pakuvad varajast sekkumist patsientidele, kes muidu võidaks suunata EMOSse, ehk võib öelda, et SCAN loob silla esmatasandi ja teisese tasandi teenuste vahel, vähendades vajadust suunata patsiente edasi EMOSse või kogukonna vaimse tervise meeskondade teenusele (*Community Mental Health Teams*).

Perearstide piiratud vastuvõtu ajaraami arvestades on see hea lahendus. Esmane tagasiside näitab, et peale 18-kuulist rakendamist kasutavad perearstid antud teenust meelsasti ning korduvad enesevigastused vähenevad (EMOSse jõudnud juhtumite pealt hinnatud). Kuigi teenuse piloteerimine tõestas teenuse vajadust, ei ole teenus veel üleriigiline, sest probleeme on teenuse jätkusuutlikkusega (rahaline ja inimressurs). Teenust kasutab ligi 230 perearsti, kes katavad umbes 20% elanikkonnast. Iirimaa on tehtud arvutus, et iga 75 000 inimese kohta oleks vaja ühte SCANi praktikut, mis Iirimaa teeb kokku 65 õde.

4. **CME tutor** (*Continuing Medical Education*, lirimaa). CME näol on tegemist perearstide tuutorsüsteemiga ehk perearstidele suunatud täiendõppega lirimaal. See on vajalik enamasti maapiirkondades, kus on üksikud perearsti praksised ehk nn *single service* ning kus arstid võivad kogeda professionaalset isolatsiooni. Suuremates kohtades on perearsti praksistes ja meeskonnas rohkem spetsialiste, nt rahvatervishoiu õde (*public health nurse*), töotervishoiu spetsialist, toitumisinõustaja jne ning tugi kättesaadavam.

Vanemad perearstid aitavad, toetavad ja koolitavad nooremaid ning selline tugisüsteem on näidanud häid tulemusi. Osalenud perearstid toovad välja, et regulaarsed usalduslikud kohtumised kolleegidega pakuvad turvalist ruumi nii kliiniliste kui isiklike murede arutamiseks ja nende üle järelemõtlemiseks. Suhtlemine toetavas ja turvalises õhkkonnas aitab leevendada stressi, tõsta moraali ja enesekindlust. Tegemist ei ole siiski üleriigilise tugisüsteemiga, vaid see puudutab teatud piirkondi. Suitsiidienetusele aitaksid kaasa põhimõttelised muudatused infrastruktuuris. Kuigi tuutorsüsteem on eelkõige üldine õpe, toetab see perearste ka suitsiidsete patsientide käsitlemisel.

5. **IAPT** (*Improving Access to Psychological Therapies*, Inglismaa). Psühholoogiliste sekkumiste juurdepääsu parandamise programm sai alguse 2008.a. ja on muutnud Inglismaal täiskasvanute ärevushäire ja depressiooni ravi kättesaadavamaks. Teenuse osutamisel kasutatakse astmelist ravimudelit, mis töötab põhimõttel, et inimesele tuleb pakkuda tema vajadustele vastavat teenust teda kõige vähem häirival viisil. Alustatakse väheintensiivsete sekkumistega. Näiteks õpetatakse patsiendile enesehoidu, antakse lugeda lisamaterjale jne. Inimestel, kellel on sekkumise vajadus suurem, pakutakse kõrgema intensiivsusega ravi. Teenus on rahastatud NHS (*National Health Service*) poolt ja ootejärjekord võib kohati olla pikk.

IAPT teenuseid iseloomustavad neli kriteeriumit: 1) tõenduspõhised psühholoogilised sekkumised; 2) sekkumisi viivad läbi koolitatud ja akrediteeritud praktikud vastavalt vaimse tervise probleemile ning selle keerukusele; 3) järjepidev tulemuste jälgimine, et sekkumist saaval inimesel ja teenust pakkuval spetsialistil oleks asjakohane teave ravi edenemise kohta; 4) regulaarne ja tulemustele suunatud järelevalve, et praktikud saaksid pidevalt täiustada ja pakkuda kvaliteetset ravi.

Üks IAPT teenuste puudustest on, et mitmed teenuseosutajad välistavad teenuselt suitsiidikäitumisega inimesed, kuigi varasemad või praegused enesetapumõtted ja -katsed ei tohiks automaatselt kellegi juurdepääsu välistada. Kui inimese suitsiidirisk on kõrge – tal on selge plaan või kavatsus –, siis IAPT teenused ei vasta patsiendi vajadustele kõige paremini. Teenused on disainitud levinud vaimse tervise probleemidega inimestele ja paljudel neist võivad olla suitsiidmõtted, mis võivad olla seotud nende ärevuse või depressiooniga. Teenuseid osutavad nõustajad, kes ei ole kliinilised spetsialistid või arstid. Nende koolitus võib olla veidi erinev, aga tööjõu mõttes on nad nõustajad, mitte õed või teised tervishoiutöötajad.

6. **Link worker** (Inglismaa) – eraldi spetsialist, kelle ülesandeks on sotsiaaravi väljakirjutamine (*social prescribing*). Ei ole otseselt loodud suitsiidseid inimesi toetama, vaid laiemalt toetust pakkuma. *Link worker* omab tervise-, sotsiaalvaldkonna või vabatahtliku abistaja tausta. Eraldi kutset sel ametil veel ei ole, kuid neid koolitatakse sotsiaalmajanduslike, emotsionaalsete ja keskkonnaprobleemide osas, mis inimesi puudutavad. Oma olemuselt sarnanevad nad Eestis sotsiaalvaldkonnas tegutsevatele juhtumikorraldajatele.

Koolitervishoid

YAM (*Youth Aware of Mental Health*) – 16 riigis kasutusel olev tõenduspõhine ennetusprogramm, mille sihtrühm on 13-17-aastased koolinoored. Programmi eesmärk on noorte teadlikkuse tõstmine vaimse tervise ning suitsiidi riski- ja kaitsetegurite kohta. Viie ühetunnise kohtumise jooksul

kasutatakse rollimänge, arutelusid ning programmi viib läbi kooliväline meeskond. Koolipõhiste ennetusprogrammide võrdleva analüüsi (Pärna et al., 2022) järel dustes tuuakse välja, et teadusuuringute järgi oli võrreldes kontrollrühmaga YAMi rühmas 50% vähem esmaseid suitsiidikatseid ja tõsiseid suitsiidmõtteid ning on leitud, et programm aitab vähendada depressiooni raskusastet, suurendas abi otsimist ja abi otsimise kavatsust ja teadlikkust vaimse tervise kohta ning vähendas vaimse tervisega seotud stigmat.

Töotervishoid

MENTUPP (*Mental Health Promotion and Intervention in Occupational Settings*) - EAAD raames läbiviidava 14 riigi (sh Iirimaa, Saksamaa ja Ungari) koostööprojekt, mille eesmärk on parandada vaimset tervist ja heaolu töökohal, töötades välja, rakendades ja hinnates kõikehõlmavat, mitmetasandilist sekkumist, mis on suunatud nii kliinilistele kui ka mitte kliinilistele vaimse tervise probleemidele ja vaimse tervise häbimärgistamise vastu võitlema. Kaugem eesmärk on depressiooni ja suitsiidikäitumise vähendamine. Sekkumine on suunatud ehituse, tervishoiu ja IKT sektoris tegutsevatele väike- ja keskmistele ettevõtetele.

Ambulatoorsed päevakliinikud

1. **Suicide Prevention Clinics** (suitsiidienetuse kliinikud, Taani). Kliinikud pakuvad nõustamist, teraapiat ja praktilist tuge suitsiidsetele inimestele. Keskused, millest esimene loodi aastal 2009, asuvad peamiselt Taani suuremates linnades, nt Copenhagen, Aalborg, Randers, Silkeborg, Aarhus. Suuremad keskused tegutsevad kui satelliitkeskused, mis aitab tagada teenuse üleriigilise kättesaadavuse. Teenused, mida nendes keskustes pakutakse, erinevad veidi üksteisest. Peamiselt pakutakse psühhosotsiaalset nõustamist, mis aitab lahendada individuaalseid vajadusi. Kõiki pöördujaid skriinitakse psühhosotsiaalsete küsimustikega, mis annavad vastuse, kas tegu on nt depressiooniga või mingi elujuhtumiga, mis on stressirohke olukorra põhjustanud. Kui skriinimise käigus tuleb välja, et patsient vajab edasisuunamist, siis suunatakse ta antud keskusest otse näiteks psühhiaatri juurde. Osadesse kliinikutesse saavad inimesed ise pöörduda, kuid teistesse peab suunamise tegema perearst. Ainult suunamisega saavad keskustesse liikuda lapsed ja noored.

Patsiendile pakutakse 6-8 psühhoterapia sessiooni. Pere ja/või lähisugulased saavad alati osaleda raviprotsessis/konsultatsioonides ja seda nii täiskasvanute kui laste puhul. Keskused on osa haiglast, kuid neis ei toimu ainult kliiniline ravi, vaid ka muu (konsultatsioonid, suitsiidiriski hindamine, nõustamised). Keskusel on ka kriisitelefoni, kus peamisteks helistajateks on mures vanemad, õpetajad, sotsiaalteenuste pakkujad, perearstid ja noored ise. Väga tihe on koostöö koolidega. Töökind näeb ette, et töötajad annavad alati kohaliku omavalitsuse sotsiaalosakonnale teada, kui patsient on käinud keskkuses, et kohalik omavalitsus saaks paremini tuge pakkuda.

Suitsiidienetuse kliinikutes on olemas vaimse tervise meeskonnad, kuhu inimene suunatakse siis, kui suitsiidikäitumist ei ole. Pakutakse tuge ka haiglate teistele teenuseosutajatele – näiteks kui mõne muu haigusega seoses on inimene ravil ja teda oleks vaja suitsiidiriski osas hinnata, siis suitsiidienetuse kliinikud toetavad teisi spetsialiste riskihindamisel.

Esimene keskus **alaealistele** avati 2011. aastal. Kui noor tuleb keskkusesse vastuvõtule, siis ta kutsutakse ooteruumi kohale 30 minutit enne oma vastuvõtu aega. Ooteruumis peab noor iPadi ära täitma 3 erinevat testi hindamaks tema olukorda: 1) varasem suitsiidikäitumine; 2) K10 (psühholoogiline distress); 3) säilenõtkus (resilientsus). Testide pealt moodustub punktiskoor, mis läheb automaatselt spetsialistile, kelle vastuvõtule patsient on tulnud. Spetsialistil on seeläbi eelnevalt teada probleemide raskusaste ja alustatakse kohe ka kriisiplaani valmistamisega. Individuaalne kriisiplaan valmistatakse kõigile keskuse klientidele. Esmasel vastuvõtul on peamine fookus

raviajalool, mis hõlmab lapsepõlve, kuidas koolis on läinud jne. Lisaks viiakse läbi sotsiaalne hindamine perekondliku tausta, olemasoleva toe jne kohta. Järgnevad riskihindamised.

Suitsiidiennetuse keskusesse saadetakse inimesi ka EMOst. Enamasti saadakse vastuvõtule 5 päevaga, kuid võib minna ka pikemalt (kuni paar nädalat) ning siis tuleb patsienti uuesti hinnata, sest selle ajaga võib risk olla muutunud. Hindamise järgselt koostatakse kriisi- ja ohutusplaan (*crisis and safety plan*). Esmase vastuvõtu järgselt käiakse 3-6 korda konsultatsioonis ning vajadusel 20 korda grupisessioonis (*DBT – Dialectical Behaviour Therapy*). Mida noorem on laps, seda suurem rõhk pannakse vanemate toetamisele. Mida vanem on laps, seda suurem on rõhk eneseabi oskuste õpetamisel. Nende 3-6 korra jooksul selgitatakse välja, mis võib olla kriisi põhjus. Lisaks õpetatakse eneseabivõtteid tunnete ja käitumistega hakkama saamiseks ning loomulikult pakutakse sotsiaalset ja emotsionaalset tuge. Kui sessioonid on läbi, siis jääb patsiendil või tema lähedastel alati võimalus vajadusel kliinikuga konsulteerida. Edasi suunatakse patsient tagasi perearstile, kellel on raviotsuse jälgimise kohustus.

Antud sekkumist seostatakse surmaga lõppevate juhtude pikaajalise vähenemisega (-29%) ja mitte surmaga lõppenud enesetapukatsete vähenemisega (-18%).

2. SAMAGH simulatsiooni treeningud (*Self-harm Assessment and Management Programme for General Hospitals in Ireland*, Iirimaa). Koos psühhiaatritega on välja töötatud eraldi koolitusmoodul, mis sisaldab simulatsioonitreeningu elemente. Corki ülikoolis on ehitatud simulatsioonilabor. Simulatsioonis mängivad erinevaid stsenaariume elukutselised näitlejad. Praeguseks on simulatsiooni osas tegemist akrediteeritud õppemooduliga, mis on loodud Iirimaa tervishoiutöötajatele.

Moodul koosneb e-õppest ja 2-päevasest simulatsioonikoolitusest. E-õppe programm koosneb kaheksast moodulist ja selle läbimiseks kulub ligikaudu 2-3 tundi. Iga mooduli lõpus on valikvastustega küsimused ja programmi edukaks läbiviimiseks peavad osalejad saavutama 70% punktisumma. E-õppe programm tuleb läbida enne simulatsioonikoolitusel osalemist. Simulatsioonikoolitus algab loenguga, et tugevdada osalejate e-õppes saadud teadmisi, keskendudes eelkõige biopsühhosotsiaalse hindamise läbiviimisele. Osalejatele antakse 2-päevasel koolitusel rollimängudeks kokku kolm patsiendistsenaariumit. Näidisteks on valitud keerulised juhtumid – üks on krooniline korduvate suitsiidikatsete tegija, teine on kõrge suitsiidiriskiga patsient, kes on äsja teinud suitsiidikatse ja ellu jäänud, kolmas on komorbiidsusega juhtum (keerulise ja agressiivse käitumisega, joobeseisundis vms). Juhtumite lahendamise käigus peab spetsialist mõtlema nii patsiendi kui ka enda ohutusele.

Programmi eesmärk on vähendada haiglapõhiste enesevigastuste kordumise määra ja suurendada vaimse tervise hindamisi. Õppijad on andnud programmile väga head tagasisidet. Öeldakse, et see ongi see, mida nad praktikutena vajavad ning grupis õpitakse nii simulatsioonis praktiseerimisest ja selle kohta saadavast tagasisidest kui ka teistelt grupis osalejatelt. Grupid on väikesed (8-10 inimest). Kestvus on 2 päeva, aga tulemusi hinnatakse väga heaks. Iirimaa kogemus näitab, et pikemaid koolitusi on keeruline teha, sest spetsialistidel on raske piisavalt vaba aega leida koolituse läbimiseks. Kuigi koolitus on suunatud eelkõige üldhaiglatele, tunnevad selle mooduli vastu huvi ka perearstid ning teised tervishoiutöötajad.

[Apteegid](#)

1. Zero Suicide Alliance (ZSA) – Inglismaal liikumine, mis on enesetappude ennetamisele pühendunud ning teeb koostööd NHS-i, kohalike omavalitsuste, ettevõtete jt osapooltega, et tõsta teadlikkust enesetappudest ja seda soodustavatest teguritest. Pakutakse tõenduspõhiseid koolitusi (ka veebipõhiselt), mis õpetavad, kuidas tuvastada, mõista ja aidata kedagi, kellel on või kellel võib tekkida enesetapumõtteid. Inglismaal on tehtud kokkulepe, et kõiki kogukonna apteekide töötajaid

koolitatakse ZSA raames, kuna apteegid võivad olla kogukonnas ainus kergesti ligipääsetav teenus, kus saab tervishoiutöötajaga rääkida. Töötaja saab kliendiga vestlust pidada ja mõelda, mis on järgmised sammud, nt suunamine teise organisatsiooni või tervishoiutöötaja poole. ZSA lühikursus, mis koosneb kolmest moodulist, võtab aega umbes 20 minutit. Selle eesmärk on pakkuda oskusi ja enesekindlust, aitamaks kedagi, kes kaalub enesetappu. Programm keskendub häbimärgistamise murdmisele ja julgustab avatud vestlusele.

2. **Suicide Awareness** – Inglismaal spetsiaalselt kogukonna apteekidele mõeldud 1-tunnine tasuta e-kursus suitsiidienetuse teemal. Selle läbides peaksid töötajad olema võimelised mõistma ja selgitama oma rolli enesetappude ennetamisel, kirjeldama enda võimalusi suitsiidsete inimeste toetamisel ning olema võimelised suunama inimest edasi vajalike ressursideni. Muuhulgas räägitakse, mis on apteekide roll enesetappude ennetamisel, kuidas toetada inimesi, kes mõtleavad enesetapule või on sellest mõjutatud jne.

3. **AMPLIPHY** (*Advancing Mental Health Provision In Pharmacy*). Inglismaal spetsiaalselt kogukonna apteekide põhine teenus, toetamaks vaimse tervise probleemidega inimest. Teenus töötati välja koostöös klientide, apteekrite ja teadlastega. Tegemist on konsultatsioonide seeriaga (3 kuu jooksul), mille kaudu toetatakse inimest, kui nad on saanud uue retseptiravimi või ravimi annust on muudetud. Esimesele konsultatsioonile järgneb 7-14 päeva jooksul järgmine kohtumine ning seejärel järelkontroll iga kord kui patsient retsepti välja võtab.

[Kiirabi ja perearstide konsulteerimise võimalus](#)

Ideaal erinevate riikide jaoks oleks, kus parameedikud töötaksid lähemalt koos vaimse tervise teenus epakkujatega ning teiseks on oluline tõsta töötajate oskusi, et nad tunneksid end kindlalt teatud otsuste tegemisel. Hetkel ei ole üldiselt võimalik konsulteerida vaimse tervise spetsialistiga. Kõik otsused tuleb neil endil kohapeal teha. Mingit valmis lahendust veel ei ole, kuid see oleks kindlasti hinnatud parameedikute poolt. Ka perearstidel ei ole võimalik vajadusel konsulteerida psühhiaatriga. Eeldatakse, et nad on arstid ja oskavad ise hinnata suitsiidiriski või muus kriisis olevat inimest. Kui perearst muretseb kellegi pärast, siis nad saavad inimese EMOSse. Mõnes regioonis võib olla telefoninõustamine, kuhu nad saavad helistada.

[Erakorralise meditsiini osakond \(EMO\)](#)

National Clinical programme (Iirimaa). Mitmed prioriteedid seati paika ühe riikliku programmi alla. Üks neist oli seotud enesevigastamise ja suitsiididega, teine seotud psühhosidega ning kolmas toitumishäiretega. Programm tõi kokku kõrgetasemelise ekspertide ringi. Selle programmi alusel veendi valitsust, et iga haigla EMOLE on vaja kaks õde, kes on spetsiaalselt enesevigastamise hindamise ja järeltoe osas koolitatud. See programm on edasi liikunud väga hästi. Tehtud on mitmeid põhjalikke koolitusi (poolepäevased või 1-päevased), kus iga kord osales umbes 15-20 õde. Iirimaa eksperdi hinnangul ei peagi väikeses riigis koolitama palju spetsialiste. *Clinical nurse specialist*´idest enamik on saanud selle koolituse ja tulevikus saab see olema standardkoolitus.

[Psühhiaatria](#)

1. **3h koolitus kogu psühhiaatria meeskonnale** (alates 2021, kindlas regioonis Taanis). Eesmärkideks on spetsialistide teadmiste tõstmine suitsiidiriski hindamisest ning võimaluse loomine teemat ja valdkonna puudutavast ebakindlusest rääkimiseks .

2. **Kriisilahendus ja kodune ravi** (*Crises resolution and home treatment*, Inglismaa). Enamasti on tegu psühhiaatrilise teenusega, kuid ka kriiside puhul kasutatakse antud teenust. Tegemist spetsiaalse

kiirelt reageeriva ja olukorda hindava väljasõidu meeskonnaga, kes pakub igakülgset psühhiaatrilist abi kodus kuni kriisi lahendamiseni ja enamasti ilma haiglaravita. Teenus on suunatud vanusele 16+, osades piirkondades erandina 18+. Meeskonnas töötavad mitmed spetsialistid, sealhulgas õed, psühholoogid, tegevusterapeudid, sotsiaaltöötajad, tugitöötajad, arstid jne. Seega, kui perearst on mures mõne oma patsiendi pärast siis võib ta patsiendi saata EMOSse, helistada telefoninõustamisele või mõnes piirkonnas saab ta pöörduda kriisilahenduse meeskonna poole.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et võrreldes Eesti tervishoiusüsteemi võimalusi uuringusse valitud viie riigiga, on Eesti üleminekuperioodis ehk liikumas tugevalt eriarstibile suunatud vaimse tervise teenuste süsteemist (nagu Saksamaa ja Ungari) esmatasandi kui väravahoidja süsteemi (Iirimaa, Inglismaa, Taani) poole. Väravahoidja rolliks tuleb perearste ja nende laiendatud meeskondi vaimse tervise vaatest tugevalt ette valmistada. Seetõttu peaks Eesti vaatama rohkem Iirimaa, Inglismaa ja Taani poolt loodud teenusearendusi, mis on nii spetsialistide oskuste arendamine, ambulatoorsete teenuste tugevdamine kui ka n-ö silla ehitamine esmatasandi ja teisese tasandi tervishoiuteenuste vahele. Kõik intervjueritud riikide eksperdid rõhutasid, et esmatasandi jõustamine on vajalik suitsiidse inimesega tegelemisel, kuid kas seda teha läbi koolituste ja oskuste arendamise või uute teenuste väljatöötamise, mis saavad olla perearstile partneriks, oleneb nii riigi tervishoiusüsteemi võimekusest kui ühiskonna valmisolekust.

Eriolahendused, näiteks Taanis ja Iirimaa, mis on suunatud kitsamalt suitsiidse inimese raviteekonna parendamisele, võivad osutada Eesti jaoks liialt ressursimahukaks. Eesti võiks mõelda hübriidlahendustele lähtudes sellest, milline tee Eestis esmatasandil vaimse tervise teenuste arendamisel võetakse.

Vähendamaks häbimärgistamist spetsialistide hulgas ja pakkumaks kvaliteetsemat teenust, on kindlasti oluline kõigil tasemetel töötavate ja suitsiidse inimesega kokkupuutuvate spetsialistide teadmiste tõstmine ja oskuste arendamine. Uue suunana tuleks sisse tuua apteegid ja sealne personal, kes hetkel on vaimse tervise teenuste osutamise vaateväljast pigem kõrvale jäetud. Seejuures on oluline, et tagamaks järjepidevust ja kvaliteeti peaksid koolitusprogrammid olema ühtsed ja eri osapooltele tasuta kättesaadavad, mis eeldab ühe kindla eestvedaja valimist ja riigipoolset rahastust.

4. SUITSIIDSE INIMESE KÄSITLEMISE MUDEL

Projekti läbiviimise ja andmete analüüsi käigus selgus, et ei ole mõistlik käsitleda SUIPA IV ja V uurimisülesande täitmist eraldi, vaid koos. Suitsiidiriski hindamine ei ole eraldiseisev tegevus, see on suitsiidse inimese käsitlemise protsessi üks etapp (ehkki väga oluline etapp), mistõttu on mõttekas see integreerida suitsiide inimese käsitlemise mudelisse. Lisaks on suitsiidiriski hindamisest olulisemgi see, mis hindamisele järgneb – suitsiidse inimese ohutusplaan, informatsioon abivõimaluste kohta ja abi kättesaadavus ning võrgustikutööl põhinev järeltugi.

Mudeli pealkirjaks sai „Suitsiidse inimese käsitlemise mudel“ (mitte patsiendi), kuna mitmes mudeli aluseks olevas suitsiidiprotsessi staadiumis ja mitmete mudelisse kaasatud spetsialistide jaoks ei ole tegemist patsiendi rollis oleva inimesega. Mudeli ülesehitus järgib suitsiidiprotsessi kulgu (Wasserman, 2001) ja mudelis on käsitletud nelja suitsiidiprotsessi staadiumi:

- (1) Suitsiidimõtted ja -soovid
- (2) Suitsiidiplaan (inimene on mõelnud kus, kuidas ja millal ta suitsiidi teeks) ja tahtlik enesevigastus (ilma surmasoovita, ei vaja meditsiiniabi)
- (3) Suitsiidikatse ja meditsiiniabi vajav tahtlik enesevigastus
- (4) Suitsiid ning sellega kaasnev pere ja lähedaste lein

Suitsiidse inimese käsitlemise mudelisse on komponentidena kantud:

- Tegevused suitsiidse inimese käsitlemisel. Tegevustena on mudelisse kantud varajane märkamine, suitsiidiriski hindamine ja ohutusplaan, edasisuunamine, psühhosotsiaalne nõustamine, farmakoteraapia, psühhoteraapia, järeltugi, juhtumi dokumenteerimine. Tegevused on mudelis keskseteks komponentideks, musta raami ja kirjaga ning valge sisuga tekstikastid.
- SUIPA sihtrühma kuuluvad spetsialistid. Need on paigutatud vastavate tegevuste juurde, kus neil on täita oma roll, värvilise sisu ja musta kirjaga tekstikastid, igal sihtrühmal on oma värv.
- Muud võrgustikupartnerid. Need on samuti paigutatud vastavate tegevuste juurde, kus neil on täita oma roll SUIPA sihtrühma kuuluvate spetsialistide tegevuste toetamisel või täidavad nad neid tegevusi, mida SUIPA sihtrühmad ei kata. Need on tumesinise raami ja kirjaga ning valge sisuga tekstikastid.
- Juhtumi terviklik korraldaja. See roll on mudelisse kantud, kuid ei viita otseselt ühelegi konkreetsele spetsialistile. Juhtumi terviklikuks korraldajaks võib olla sõltuvalt konkreetsest juhtumist erinev vastava pädevusega (suitsiidse inimese käsitlemist puudutava spetsiaalse koolituse läbinud) spetsialist, näiteks vaimse tervise õde, kes võib töötada eri asutustes või eri tasanditel. Need on helesinise raami ja kirjaga ning valge sisuga tekstikastid.

Suitsiidiriski hindamine on vajalik igas suitsiidiprotsessi staadiumis. Sõltuvalt hindamise tulemusest otsustatakse jätkutegevused (sh järeltugi). Sõltumata jätkutegevustest on vajalik iga juhtumi puhul üks terviklik juhtumi korraldaja (kriitilise tähtsusega keskmise või kõrge suitsiidiriski korral) ja ohutusplaan (sh info abivõimaluste kohta).

Hindamiseks on soovitatav kohandatuna võtta kasutusele sama mudel, mida on viimastel aastatel juurutatud mitmetes psühhiaatriakliinikutes, nn valgusfoorisüsteem (*Tabel 4*). Psühhiaatriakliinikutes välja töötatud head praktikad (abimaterjalid suitsiidiriski hindamiseks ja tegevusjuhiseid suitsiidse patsiendi käsitlemiseks) sobivad hästi SUIPA projekti sihtrühmade vajadusi silmas pidades. Valgusfoori süsteemi vajalikkust on tunnetanud mitmed SUIPA sihtrühmad.

Suitsiidse inimese käsitlemise mudelis on suitsiidirisk tähistatud „Suitsiidiriski hindamise abimaterjalis“ (Tabel 4) oleva värviga.



Erinevalt hindamisest psühhiaatrikliinikutes on SUIPA sihtrühmade puhul soovitatav ja vajalik kasutada lisaks vestlusele hindamisvahendeid (küsimustikke ja skaalaid). Käepärased ja usaldusväärsed hindamisvahendid on heaks tööriistaks neile SUIPA sihtrühmadele, kes puutuvad harvem kokku suitsiidsete inimestega ning on seetõttu väiksema kogemusega, aga ka neile sihtrühmadele, kellel oma töö iseloomust tulenevalt ei ole palju aega suitsiidse inimesega põhjalikumaks tegelemiseks. Seejuures tuleb alati meeles pidada, et hindamisvahendid ei asenda vestlust suitsiidse inimesega, need ei ole peamiseks vaid täiendavaks abivahendiks. Madala (roheline) ja mõõduka (kollane) riski puhul sobivad kasutamiseks mittespetsiifilised ehk üldised vaimse tervise küsimustikud ja skaalad (EEK-2, PHQ-9, WHO-5, BSAD). Mõõduka (kollane) ja kõrge (punane) riski puhul sobivad paremini spetsiifilised ehk suitsiidiriski raskusastet hindavad küsimustikud ja skaalad (ASQ, BSSA, C-SSRS). Eelpoolnimetatud skaalad on kasutusel nii laste kui täiskasvanute hindamiseks, kuid hindamisinstrumentide valikul ja valideerimisel peab siiski arvestama eraldi laste vajadustega ning soovitatav on kasutada neile kohandatud versioone.

Oluline on, et suitsiidiriski hindamise instrumendid valitakse lõpuks välja ja rakendatakse koos raviteekonda ja võrgustikutööd kirjeldavate tegevusjuhendite ning süsteemsete koolitustega, sest ilmselgelt ei aita abivajajat hindamisel saadud skoor, vaid oluline on edasine tegutsemine, muuhulgas abi ja toetussüsteemi kättesaadavus ja spetsialistide oskused, teadmised ja võimalused. Käesolevas SUIPA projekti lõppraportis pakutud suitsiidse inimese käsitlemise mudeli rakendamiseks on vajalik välja töötada juhendmaterjalid tegevusjuhiste ja võrgustikutöö detailsema kirjeldusega ning suitsiidoloogia koolitusmoodulid eri sihtrühmadele nende rakendamiseks.

Järgnevalt on esitatud pisut detailsem suitsiidse inimese käsitlemise mudeli kirjeldus nelja suitsiidiprotsessi staadiumi kaupa. Mudel on infograafiliselt esitatud lõppraporti lk 61-65.

(1) Suitsiidimõtted ja -soovid

Esimeses suitsiidiprotsessi staadiumis on suitsiidse inimese suitsiidirisk madal. See on peamine ja kõige olulisem tasand ennetustöök. Selle staadiumi tegevused on: varajane märkamine, suitsiidiriski hindamine ja ohutusplaan, edasisuunamine, psühhosotsiaalne nõustamine, farmakoteraapia, psühhoteraapia, järeltugi. Põhirõhk SUIPA sihtrühma liikmetest on esmatasandil (perearsti- ja tervisekeskused ning koolid). Oma roll selles staadiumis võiks olla töötervishoiul ja apteekidel, eelkõige varajase märkajana. Selles staadiumis on oluline käivitada võrgustik pikaajaliseks järeltoeks, et hoida suitsiidiprotsessi edasi arenemast.

(2) Suitsiidiplaan (inimene on mõelnud kus, kuidas ja millal ta suitsiidi teeks) ja tahtlik enesevigastus (ilma surmasoovita, ei vaja meditsiiniabi)

Teises suitsiidiprotsessi staadiumis on oluline pöörata tähelepanu nii suitsiidiplaaniga inimestele kui ka tahtlike enesevigastuste toimepanijatele. Suitsiidiplaani korral on suitsiidirisk mõõdukas või kõrge ning suitsiidne inimene on enamasti juba läbi mõelnud selle, kus, kuidas ja millal ta oma suitsiidiplaani

teoks teeks. Tahtlikud enesevigastused pole alati toime pandud suitsiidikavatsuse ja surmasooviga, mistõttu suitsiidiriski sellise käitumise korral on pigem madal või mõõdukas. Selle staadiumi tegevused on: suitsiidiriski hindamine ja ohutusplaan, edasisuunamine, psühhosotsiaalne nõustamine, farmakoteraapia, psühhoteraapia, järeltugi. Varajase märkamise võimalus on siin staadiumis juba enamasti mööda lastud, kuid siiski on siin võimalus ennetustööks ja hoida ära suitsiidikäitumist (suitsiidikatseni jõudmist) ning maandada suitsiidiriski. Põhirõhk SUIPA sihtrühma liikmetest on esmatasandil (perearsti- ja tervisekeskused ning koolid), kuid oma roll siin võiks olla ka töötervishoiul. Selles staadiumis on oluline käivitada võrgustik nii akuutseks (kõrge suitsiidiriski korral) kui ka pikaajaliseks järeltoeks.

(3) Suitsiidikatsed ja meditsiiniabi vajav tahtlik enesevigastus

Kolmandas suitsiidiprotsessi staadiumis on suitsiidne inimene toime pannud suitsiidikatsed või meditsiiniabi vajava tahtliku enesevigastuse (isegi kui selle taga ei ole selget surmasoovi). Selles suitsiidiprotsessi staadiumis on suitsiidiriski kõrge, vahel ka mõõdukas. Selle staadiumi tegevused on: suitsiidiriski hindamine ja ohutusplaan, edasisuunamine, farmakoteraapia, psühhoteraapia, järeltugi. Põhirõhk SUIPA sihtrühma liikmetest on EMOI ja kiirabil, järeltoe korraldamise on kaasatud esmatasand (perearsti- ja tervisekeskused, koolid). Siin on tähtis, et oleks kohti, kuhu edasi suunata, oluline on viivitamatult käivitada võrgustik akuutseks järeltoeks, aga valmistada ette ka pikaajaline järeltugi, et toetada taastumist ja ennetada korduvaid suitsiidikatsed.

(4) Suitsiid ning sellega kaasnev pere ja lähedaste lein

Neljandas suitsiidiprotsessi staadiumis on suitsiidse inimese jaoks kõrge suitsiidiriski realiseerunud letaalse tulemusega suitsiidikäitumiseks. Samas võib täheldada, et suitsiidiprotsessi tagajärjed inimese surmaga ei lõpe, tema pere ja lähedaste suitsiidiriski on lähedase kaotuse järel sageli suurenenud, olles madal või mõõdukas. Selle staadiumi tegevused on: suitsiidijuhtumi dokumenteerimine ning järeltugi perele ja lähedastele. SUIPA sihtrühmadest on kaasatud kiirabi, vajalik on koostöö politseiga ja ohvriabiga.

Suitsiidiprotsessi tervikvaates on kõigis staadiumides vajalik teha koostööd spetsialistidega väljaspool SUIPA sihtrühmi, eelkõige vaimse tervise spetsialistidega (psühhosotsiaalseks nõustamiseks, väheintensiivseks psühholoogiliseks sekkumiseks, psühhoteraapiaks, farmakoteraapiaks), aga ka sotsiaalvaldkonna spetsialistidega (sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja). Edasisuunamisel võiks võtmeisikuks ja koordinaatoriks olla spetsiaalselt koolitatud vaimse tervise õde. Tema oleks sobilik spetsialist ka järeltoes juhtumi tervikliku korraldajana. Suitsiidse inimese vaatest ei ole vahet, kes täpselt tema juhtumi puhul selle terviklik korraldaja on – oluline on see, et vastaval spetsialistil oleks selleks vajalikud pädevused ning et suitsiidisel inimesel oleks üks konkreetne kontaktisik, kes koordineerib nii valdkonnasisest kui ka valdkondade vahelist võrgustikutööd. Järeltoe pakkumisel on väga tähtis kaasata ka suitsiidse inimese lähedased.

Tabel 4. Suitsiidiriski hindamise abimaterjal⁵

Suitsiidimõtted ja -käitumine	
<ul style="list-style-type: none"> • Elutüdimismõtted • Perioodiliselt esinevad ja mööduvad suitsiidimõtted • Suitsiidiplaan • Suitsiidikavatsus • Madala või kõrge letaalsusega suitsiidikatse 	<p>Hinda suitsiidimõtete intensiivsust:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kas on viimase 48 tunni jooksul • kas on tehtud konkreetseid ettevalmistusi • kui reaalne tundub suitsiidiplaan hinnanguliselt
Riskitegurid	
<ul style="list-style-type: none"> • Sotsiaalne isolatsioon (ka hiljutine lein, lahutus) • Meessugu • Töötus • Vahendite kättesaadavus suitsiidiks • Krooniline haigus • Rahalised probleemid • Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine • Hiljutine muutus ravis (haiglast väljakirjutamine) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suitsiidikatse anamneesis ja/või suitsiid lähisugulasel • Psühhiaatriline häire (psühhoos, raske depressioon, põhihaigusele kaasuv paanikahäire, posttraumaatiline stressihäire, bipolaarne häire, isiksushäire) • Vaimne ja/või füüsiline vägivald lapsees • Impulsiivne ja/või agressiivne käitumine anamneesis
Kaitsetegurid	
<p>Välised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hea usalduslik kontakt vestlusel • Toetavad lähedased • Elukaaslase/pereliikmete olemasolu • Laste või lemmiklooma olemasolu 	<p>Sisemised:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oskused elukorralduseks (paindlikkus, probleemilahendusoskused, frustratsioonitaluvus) • Adekvaatne enesehinnang ja adekvaatsed plaanid lähituleviku elu korraldamisel • Kultuuriline ja religioosne taust
Riskitase	Sekkumine
<p>MADAL RISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elutüdimismõtted • Episoodilised suitsiidimõtted • Suitsiidiplaani, -kavatsust ei ole • Muutlikud riskitegurid • Olulised kaitsvad tegurid 	<ul style="list-style-type: none"> • Anda soovitus/kontakttelefon/vajadusel vastuvõtu aeg esma- või kogukonnatasandi spetsialisti või vaimse tervise õe vastuvõtule • Koostada ohutusplaan, sh anda hädaabitelefoni numbrid • Vajadusel alustada psüühikahäire ravi • Käivitada võrgustik pikaajaliseks järeltoeks (sh sotsiaalsete probleemide lahendamiseks)
<p>MÕÕDUKAS RISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pidevad suitsiidimõtted • Suitsiidiplaani, -kavatsust ei ole • Mitmed riskitegurid • Vähe kaitsvaid tegureid 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsulteerida vaimse tervise spetsialisti või psühhiaatriga edasise käsitluse osas, vajadusel suunata vastuvõtule või leppida kokku vastuvõtu aeg • Erilist tähelepanu pöörata juhul, kui on tegemist korduva suitsiidikäitumisega • Koostada ohutusplaan, sh anda hädaabitelefoni, vajadusel nõustamine elukriisi suhtes • Suunata haiglaravile juhul, kui esineb rohkelt riskitegureid • Käivitada võrgustik nii akuutseks kui pikaajaliseks järeltoeks
<p>KÕRGE RISK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pidevalt tugevad suitsiidimõtted • Suitsiidiplaan, -kavatsus • Psühhiaatriline häire raskete sümptomitega • Tegi potentsiaalselt letaalse suitsiidikatse • Suitsiidivahendid olemas • Kaitsetegurid ebaolulised 	<ul style="list-style-type: none"> • Suunata haiglaravile <ul style="list-style-type: none"> ○ Vajadusel tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise ravi otsus ○ Ettevaatusabinõud (takistada surmavale vahendile juurdepääs, vajadusel jääda patsiendi juurde abi tulekuni) • Käivitada võrgustik nii akuutseks kui pikaajaliseks järeltoeks

⁵ SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku ja Pärnu Haigla Psühhiaatrikliiniku abimaterjali kohandatud versioon. Sobib kasutamiseks nii laste kui täiskasvanute suitsiidiriski hindamisel, kuid laste puhul tuleb erilist tähelepanu pöörata vanemate / hooldajate ning koolides töötavate spetsialistide kaasamisele järeltuge pakkuvas võrgustikutöös.

1
SURMAMÕTTED JA -SOOVID



2
SUITSIIDIPLAAN

Kus? Kuidas? Millal?

TAHTLIK ENESEVIGASTUS

Ilma surmasoovita, ei vaja meditsiiniabi



3
SUITSIIDIKATSE

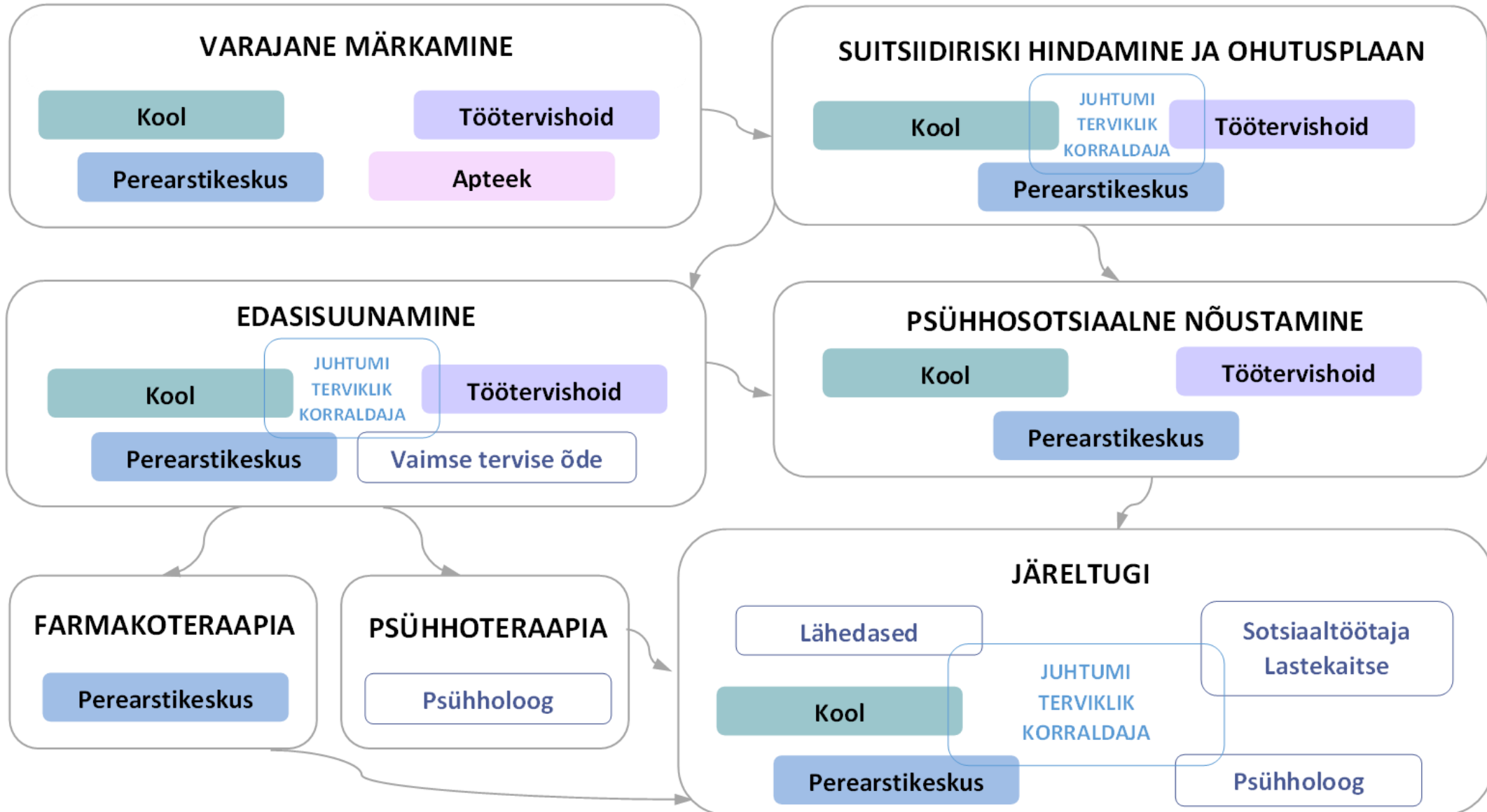
+ meditsiiniabi vajav enesevigastus



4
SUITSIID

PERE JA LÄHEDATE LEIN

SURMAMÕTTED JA -SOOVID



SUIISIIDIPLAAN

Kus? Kuidas? Millal?

TAHTLIK ENESEVIGASTUS

Ilma surmasoovita, ei vaja meditsiiniabi

Version 10.04.2023

SUIISIIDIRISKI HINDAMINE JA OHUTUSPLAAN

Kool

JUHTUMI
TERVIKLIK
KORRALDAJA

Töötervishoid

Perearstikeskus

EDASISUUNAMINE

Kool

JUHTUMI
TERVIKLIK
KORRALDAJA

Töötervishoid

Perearstikeskus

Vaimse tervise öde

FARMAKOTERAAPIA

Perearstikeskus

Psühhiaater

PSÜHHOTERAAPIA

Psühhiaater

Ohvriabi

Psühholoog

PSÜHHOSOTSIAALNE NÕUSTAMINE

Sotsiaaltöötaja
Lastekaitse

Töötukassa

Kool

Töötervishoid

Perearstikeskus

JÄRELTUGI

Sotsiaaltöötaja
Lastekaitse

Lähedased

Kool

Ohvriabi

Perearstikeskus

JUHTUMI
TERVIKLIK
KORRALDAJA

Psühholoog

SUITSIIDIKATSE

+ meditsiiniabi vajav enesevigastus



SUITSIIDIRISKI HINDAMINE JA OHUTUSPLAAN

Kiirabi

JUHTUMI
TERVIKLIK
KORRALDAJA

Vaimse tervise õde

EMO

EDASISUUNAMINE

Kiirabi

JUHTUMI
TERVIKLIK
KORRALDAJA

Vaimse tervise õde

EMO

FARMAKOTERAAPIA

Perearstikeskus

Psühhiaater

PSÜHHOTERAAPIA

Psühhiaater

Psühholoog

JÄRELTUGI

Sotsiaaltöötaja
Lastekaitse

Lähedased

Kool

JUHTUMI
TERVIKLIK
KORRALDAJA

Ohvriabi

Perearstikeskus

Psühholoog

4

SUITSIID

PERE JA LÄHEDASTE LEIN

JUHTUMI DOKUMENTEERIMINE

Kiirabi

Politsei

JÄRELTUGI

Ohvriabi

5. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED

Kõiki SUIPA sihtrühmi puudutavad

Koolitused, supervisioon ja enesehoid

Kõikides uuringusse kaasatud SUIPA sihtrühmades tunnetatakse eelkõige vajadust selgete sihtrühma spetsiifikat arvesse võtvate tegevusjuhendite, hindamisvahendite ja (veebi)koolituste järgi. Koolituste osas soovitakse teadmisi ja oskusi nii suitsiidiriski hindamisest kui ka sellest, kuidas suitsiidikäitumise teemal noorte ja täiskasvanutega rääkida. Lihtsad oskuslikud muudatused viisis, kuidas spetsialistid koolides ja esmatasandi tervishoius küsivad enesevigastamise ja enesetapumõtete kohta (avatud küsimused, sõnastus jne), kuidas nad sellest räägivad ning oskus hinnanguvabalt kuulata vähendavad suitsiidikäitumisega seotud häbimärgistatust. See aitab pidada avameelseid vestlusi haavatavate inimestega ning aidata neid vajaliku abi ja toeni. Seega on vajalik välja töötada ja rakendada suitsiidikäitumise spetsiifiline, süsteemne ja korralduslikult paindlik koolitusprogramm (sisaldab koolitajate koolitust ja veebilahendusi) kohandatuna eri valdkondade spetsialistidele, et parandada teadmisi ja oskusi suitsiidse inimese märkamisel ja käsitlemisel, suitsiidiriski hindamisel ja ohutusplaani koostamisel ning võrgustikutööna järeloet korraldamisel.

Samuti on puudus supervisioonidest ja enesehoiuvõimalustest. Spetsialistid leidsid, et selleks, et supervisioonid oleksid tõesti kättesaadavad, peavad need olema osa kutsest ja kohustuslikud, et tekiks harjumus neid regulaarselt korraldada ja nendel osaleda nii tööandjal kui ka töötajatel. Siis oleks vähem takistusi ja häbimärgistatust spetsialistide poolt endale abi ja toe otsimisel ning saamisel.

Usaldusväärne info, hindamisvahendid ja ohutusplaan

Kuigi uuringus osalejad leidsid, et infot (koolituste, regulatsioonide, testide jne) kohta on soovi korral võimalik internetist leida ja see on oskuslikele otsijatele kättesaadav, oleks vajalik ühe konkreetse veebikeskkonna olemasolu, kuhu koonduks kogu usaldusväärne ja regulaarselt uuendatav info nii koolituste, juhendite kui ka Eestis kasutusel olevad suitsiidiriski hindamisvahendite kohta. Selles veebikeskkonnas peaks inimene saama vajadusel ise teste eeltäita ja ennast regulaarselt skriinida (nt saades selleks automaatseid meeldetuletusi) ning edastada oma testi tulemused nt perearstile. Vajadusel saaks perearst inimese selle alusel edasi suunata mõne vaimse tervise spetsialisti juurde. Eestis on sobiv keskkonnad selleks patsiendiportaali digilugu.ee .

Ohutusplaani koostamine suitsiidse inimese abistamiseks peab olema üks osa suitsiidiriski hindamise protsessist ning selle käigus tuleb suitsiidse inimesega läbi rääkida ja kirja panna vähemalt järgmine – millised on konkreetselt tema puhul varajased suitsiidikäitumise ohumärgid (emotsionaalsed, tunnetuslikud, käitumuslikud), millised on enesehoole ja suitsiidse impulsi maandamise soovitused, millised on abivõimalused (olulised lähedased inimesed ja spetsialistid koos kontaktandmetega).

Teenuste kättesaadavus (suitsiidsetele inimestele ja nende lähedastele, spetsialistidele)

Psühholoogiliste teenuste osas toodi välja nende teenuste keskine kättesaadavus (nii väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised kui ka psühhiaatria), kallidus ning teatud teenuste puudus. Ühe toetava lahendusena nähakse 24/7 toimivat suitsiidse inimese käsitlemise nõustamistelefoni, kuhu spetsialistid saavad helistada saamaks pädevat nõu ja tuge inimese suitsiidiriski taseme üle otsustamisel ning edaspidiste tegevuste osas (sarnaselt mürgistusinfo telefonile, mida meedikud oma töös vajadusel kasutavad). Puudust tuntakse nõustamisteenusest, mis oleks suunatud suitsiidse inimeses lähedastele info, nõu ja abi pakkumiseks. Eriti karjuv on vajadus toetada suitsiidsete laste ja

noorte lähedasi, et nad oskaksid ise oma last toetada ja suudaksid selle olukorraga võimalikult hästi toime tulla. Lapsevanemate toetamiseks on vajalikud spetsiifilised veebiloengud (kursused) ja tugigrupid, kuidas märgata ja toetada suitsiidset noort. Neid teadmisi võiks pakkuda ka olemasolevate vanemlike oskuste koolituse osana.

Eestis tuleks kaaluda kriisikeskuste loomist, kus teenus oleks kättesaadav 24/7 ning kaasatud nii spetsialistid kui ka vabatahtlikud abistajad. Selleks tuleks esmalt analüüsida olemasolevate struktuuride (nii riiklik kui ka mittetulunduslik) potentsiaali, praegu on Eestis erinevaid algatusi (nt SKA väljareageerimise rühm, Eluliin), kuid puudu on kvaliteedisüsteem ning mõju-uuringud. Üheks võimaluseks on luua põhjapiirkonna ja lõunapiirkonna kompetentsikeskused.

Järeltugi ja jälgimine

Eestis on hetkel puudulik süsteem, kuidas pakutakse järeltuge suitsiidse käitumisega inimestele. Vajalik on perearstide aktiivne teavitamine juhul, kui tema nimistusse kuuluv inimene on suitsiidkatse tagajärjel sattunud EMO või kiirabi vaatevälja. Selline teavitamine on vajalik, et oleks võimalik korraldada selle inimese taastumisperioodil aktiivne jälgimine ja toetamine võrgustikutööna. Protsessi saaks formaliseerida patsiendiportaali digilugu.ee kaudu, kus EMO või kiirabi spetsialist saaks saata pärast suitsiidiriski hindamist esmase lahendusena automaatse teavituse perearsti töölauale. Edasiarendusena on vaja lahendada probleem, kuidas liigub taoline informatsioon valdkondade üleselt (näiteks perearsti ja lastekaitsespetsialisti vahel).

Võrgustikutöö ja praktilised lahendused sotsiaalsetele probleemidele

Võrgustikutööd peetakse oluliseks, kuid selle sisuline mõistmine on väga erinev ning seetõttu on ka ootused erinevad. Kõik osapooled näevad enda rolli võrgustikutöös eelkõige edasisuunajana mitte juhtumi eestvedaja või lahendajana. Edasisuunamise süsteem, vastavad tegevusjuhised ja osapoolte vastutuste kirjeldus võiksid olla selgemad ja põhjendatud – kuhu suunatakse ja millisel eesmärgil (nt kui on vaja kaasata täiendavat kompetentsi).

Praegu üksteise rolle ei teata (eriti sotsiaal- või haridusvaldkonna spetsialistide ülesandeid) ning puudub ülevaade, milliseid teenuseid piirkonnas pakutakse (nt ohvriabi, seltsidaamid, sotsiaal- ja seltsimajad huvitegevustega jne) ning kellega oleks vajalik koostööd teha. Seetõttu on vajalik koostada soovituslik nimekiri võrgustikutöö partneritest, kellega tuleks erinevatel sihtrühmadel koostööd teha. Selgelt ja lühidalt tuleks välja tuua, kellel milline roll ja vastutus võrgustikus on. Üldiselt võib öelda, et suitsiidse inimese käsitlemine on praegu tugevalt tervisevaldkonna keskne, seega senisest enam tuleb kaasata teisi valdkondi, eelkõige sotsiaal- ja haridusvaldkonda. Samuti tuleb kaasata tervisevaldkonnas rohkem sotsiaaltöötajaid, kes saavad tegeleda inimese sotsiaalsete probleemidega, vabastades seeläbi meditsiinipersonali täiendavatest ja nende valdkonda mitte kuuluvatest ülesannetest. Näiteks võiks mõelda, kuidas lahendada transpordiprobleem nende suitsiidsete inimeste jaoks, kes saavad öösel EMOsse, kuid hospitaliseerimist ei vaja ning kel puudub võimalus iseseisvalt turvaliselt koju tagasi või mujale ööbimispaika liikuda, sh alaealised.

Võrgustiku toimimise eesmärgil on äärmiselt oluline pakkuda koolitusi võrgustikutöö partneritele, sh lähedastele, et muuhulgas ei pisendatakse inimeste probleeme ja kannatusi ning osataks pakkuda vajalikku tuge ja abi. Selleks, et eri osapooli paremini siduda, tuleks mõelda suitsiidse inimesega tegelemisel PAIK projekti⁶ ehk tervisetoe teenuse põhimõtete rakendamisele, mis paneb inimeste jaoks üheskoos tööle eri spetsialistid (perearst, pereõde, eriarst, sotsiaaltöötaja, apteeker) ning kogukonna ja lähedased.

⁶ <https://paik.vmh.ee/>

Juhtumi terviklik korraldaja suitsiidse inimese käsitlemisel

Suitsiidse inimese käsitlemiseks on Eestis vajalik defineerida selgelt juhtumi tervikliku korraldaja roll ning tema pädevused. Selleks võib olla mis tahes valdkonna spetsialist, kellel on omandatud vajalikud lisapädevused. Kogukondades kohapeal peab kohalikest oludest lähtuvalt olema tegevusjuhistes selgelt fikseeritud ja laiemalt teavitatud, kes see juhtumikorraldaja on. Üheks võimalikuks võtmeisikuks on vaimse tervise õde, kuid selleks tuleks ta integreerida juhtumikorraldajana esmatasandi tervishoiu meeskonda (sh läbi mõelda rahastus). Juhtumikorralduse tööriist võiks olla patsiendiportaal digilugu.ee, kus on omavahel lingitud andmed suitsiidse inimese kohta valdkondade üleselt (tervishoid, sotsiaal, haridus).

Spetsiaalsel koolitusel on suitsiidse inimese käsitlemise juhtumikorralduseks vajalik omandada vähemalt järgmised lisapädevused: suitsiidiriski hindamine nii vesteldes kui hindamisvahendeid kasutades, ohutusplaani koostamine ning selleks vajalikud teadmised suitsiidikäitumise olemusest ja võrgustikutööst, teiste spetsialistide nõustamine suitsiidse inimese käsitlemiseks ja jätkutegevusteks.

Erinevused alaealiste ja täiskasvanud suitsiidsete inimeste käsitlemisel

Uuringu tulemuste põhjal suitsiidsete laste, täiskasvanute ja vanemaealiste käsitlemisel ning nende suitsiidiriski hindamisel suuri erinevusi välja ei tulnud. Eestis tuleb abivajavast lapsest teatada, mistõttu võrgustikutöö tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel on laste puhul mitte valiku küsimus vaid seadusest tulenev kohustus. Laste puhul tuleb teravamalt esile ka lapsevanemate ja teiste pereliikmete jätkutegevustesse kaasamise olulisus ja samas ka selle komplitseeritus juhul, kui tegemist on düsfunktsionaalse perega.

Eesti inimeste (sh spetsialistide) üldine elujärg

Ehkki see on Eesti üldine tervishoiusüsteemi probleem, mitte suitsiidse inimese käsitlemise spetsiifiline probleem, kerkis intervjuude käigus teemana korduvalt üles Eesti inimeste üldiselt madal elatustase ja mõnede tervisevaldkonna spetsialistide (nt kiirabitöötajate) palgavaesus, mis sunnib neid töötama mitmes vahetuses, mitmes asutuses, mitmel ametikohal või ka suunduma tööle erasektorisse kõrgema töötasu tõttu. See viitab muuhulgas vajadusele aidata vaimse tervise valdkonda järele riiklikust ravikindlustusest hüvitatavate teenuste hindade ülevaatamisega.

Perearsti- ja tervisekeskused

- Paremini toimivad perearstikeskused kus on laiendatud perearsti meeskond (vaimse tervise õde, psühholoog jt) ning psühhiaater koostööpartnerina toetamas
- Vajalik analüüsida Klaabu projekti laiendamist teistesse Eesti piirkondadesse
- Vajalik lihtne ja ühtne hindamisvahend perearsti meeskonna liikmetele, mille alusel saab suitsiidse inimese edasi suunata vajaliku intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste, psühhiaatri meeskonna vm vaimse tervise spetsialisti juurde
- Vajalik vaimse tervise õe õppe kaasajastamine valdkonna vajadustele vastavaks
- Koolitused ja kursused
- Puudus supervisioonidest ja üldisest toetatud enesehoiust

Perearsti- ja tervisekeskused on üks ligipääsetavamaid elukoha lähedasi tervishoiuteenuste osutamise kohti ning seetõttu on perearstipraksistel oluline roll suitsiidse inimese käsitlemisel. Intervjueeritud perearstide esindajad tõid samas välja, et perearstide nimistud on liiga suured, kahest pereõest perearsti kohta ei piisa ning see takistab neil kvaliteetse vaimse tervise teenuse pakkumist. Tugevamas positsioonis tunnevad end tervisekeskused, kus on laiendatud vaimse tervise meeskond (psühholoog,

vaimse tervise õde jne) või toimib koostöö oma piirkonna vaimse tervise spetsialistidega (sageli vastuvõetud samas majas). Uute teenuste arenduseks tuleks lähemalt vaadata näiteks lirimaa nõustamisteenust CIPC (üldisem nõustamine kergete kuni mõõdukate vaimse tervise probleemide korral), SCAN (suitsiidsetele patsientidele mõeldud sekkumine, mida viivad läbi spetsialiseeritud õed) või IAPT (astmeline ravimudel). Kõigist kolmest mainitud sekkumisest annaks kohandada Eestile sobiliku, võimalustele vastava hübriidprogrammi.

Alates 2015. aastast on rakendatud teraapiafondi kui üldarstiabi kättesaadavust parandavat meetet, kuid uuringus osalejad sooviksid, et perearstidel oleks laiema kasutusõigusega vaimse tervise teenuste fond praeguse teraapiafondi asemel, mille kaudu nad saaksid vajadusel võimaldada laiemas valikus väheintensiivseid psühholoogilisi sekkumisi. Lisaks soovitakse, et laieneks Eesti Psühhiaatrie Seltsi poolt ellu kutsutud Klaabu projekt, mille abil soovitakse parendada vaimse tervise abi kättesaadavust. Seda just eelkõige esmaste abivajajate hulgas, kus on eesmärk tagada vastuvõtt 28 päevaga. Klaabu projekt on näidanud häid tulemusi, sh nähakse, et läbi Klaabu võtavad perearstid rohkem vastutust. Klaabu projekti raames on loodud e-koolitus esmatasandile, mis võiks Eesti väiksust arvestades olla kätte saadav kõigile esmatasandi spetsialistidele, mitte ainult projektis osalejatel.

Pereõed soovivad, et neid väärtustataks rohkem ja nende tööülesanded vaadataks üle (sh soovitakse retseptide väljastamise õigust) ning arvestades nii meditsiinitöötajate kui ka vaimse tervise spetsialistide puudust ja teenuste ebaühtlast kättesaadavust piirkonniti, tuleks juba töötavaid pereõdesid koolitada kui potentsiaalseid vaimse tervise spetsialiste. Hetkel on võimalik vaimse tervise õeks õppida läbides vastava magistriõppe programmi, kuid praktiline vajadus oleks ka lühemate (veebipõhine, hübriid jne) tsükliõppe või kursuste järele, mis annaks juba praktiseerivatele õdedele süvendatud teadmised, oskused ja julguse toetada ja/või ravida suitsiidset inimest. Teiseks töid uuringus osalejad välja, et olemasolev vaimse tervise õe õpe tuleks üle vaadata ning kaasajastada vastavalt valdkonna vajadustele praktilisemaks. Siin võiks vaadata CME tuutor süsteemi, mis on lirimaal perearstidele suunatud täiendõpe ning mõelda sarnase süsteemi rakendamisele Eestis, kaasates sinna pereõed.

Perearstide ja -õdede poolt toodi välja vajadus kindlate, ühtsete testide kohta, mida saaks nii pereõde kui -arst kasutada suitsiidse patsiendi hindamiseks. Lisaks tuleks luua juhendmaterjal infoga, kuidas töötada just suitsiidsete lastega, sh keda peab kindlasti võrgustikutöösse kaasama ja kelle poole pöörduma.

Koolitervishoid

- Koolitervishoid on kohati kasutamata potentsiaal
- Tallinnas selgemad regulatsioonid kui mujal Eestis, kaaluda SA Tallinna Koolitervishoiu mudeli rakendamist üle Eesti
- Vajalikud suitsiidikäitumise ennetuse teemalised koolitused kooliõdedele, lapsevanematele ja õpilastele
- analüüsida saatekirja vajadust psühhiaatriasse suunamisel
- Puudus supervisioonidest

Eesti koolitervishoiu kvaliteedijuhise⁷ järgi on kooliõe roll vaimse tervise probleemide ennetamisel koostöös teiste koolitöötajatega õpilaste vaimse tervise ning koolikeskkonna hindamine; õpilaste ja nende vanemate nõustamine õpilase tervisekäitumise osas; osalemine õpilaste vaimset tervist mõjutavate otsuste langetamisel. Vaimse tervise probleemide ennetamisel on oluline varajane

⁷ <https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/koolitervishoid/K6KS/K%C3%95KS%20kvaliteedijuhis.pdf>

märkamine ja sekkumine. Kooliõe ülesandeks on läbi viia esmane hindamine ja vastavalt ilmnenuid probleemidele suunata õpilane edasi õpilasnõustaja, psühholoogi või perearsti vastuvõtule. Vajadusel saab ta pöörduda kooli sotsiaalpedagoogi või lastekaitse spetsialisti poole.

Koolitervishoiu esindajad leidsid, et koolitervishoid on kohati kasutamata potentsiaal, eriti arvestades, et kooliõde on õpilaste tervise eest hoolitsemisel n-õ eesliin või suure tõenäosusega esmane kontaktisik, kelle poole noor pöördub. Neil on ainulaadne positsioon õpilaste vaimse tervise probleemide varajaseks avastamiseks, sest neil on läbi tervisekontrollide otsene juurdepääs õpilastele. Õpilased vastavad tervisekontrolli käigus muuhulgas psühhosotsiaalsele küsimustikule, mis aitab märgata ja tuvastada neid õpilasi, kellel on võimalikud vaimse tervise probleemid. Vaimse tervise probleemide hindamine ja sõeluuringute läbiviimine on kooliõe igapäevatöö oluline osa ning see võiks toimida sarnaste indikaatorite alusel ühtlaselt kõikides koolides.

Kooliõed teevad tihedat koostööd üle-eestilise võrgustikuga Rajaleidja, mis pakub tasuta õppenõustamist. Koostöö küll varieerub piirkonniti, kuid Rajaleidja on üks tugiteenuseid, mida kasutatakse ka suitsiidsete noortega tegelemisel. Rajaleidjas tehakse erinevaid hindamisi ning seejärel suunatakse õpilane perearsti vastuvõtule, et perearst saaks vormistada vajalikud edasi suunamised. Osa spetsialiste leiab, et selline süsteem ei ole efektiivne ja koormab asjatult perearstisüsteemi, samal ajal kui nii kooliõdedel kui ka Rajaleidja meeskonnal oleks ressursi teha suunamised otse. Seetõttu oleks vajalik üle vaadata kooliõdede ja Rajaleidja keskuste spetsialistide tööülesanded ja kompetentsid ning analüüsida nende võimekust ja valmisolekut neid laiendada või võrdsustama nende ülesanded perearsti õdedega. Oluline on siinkohal märkida, et kuigi Eestis võib igas vanuses patsient pöörduda otse psühhiaatri juurde, siis ekspertide sõnul eelistatakse haiglates saatekirjaga lapsi, sest see tähendab, et sellisel juhul on lapse abivajadust juba hinnatud ning see säästab psühhiaatrite aega ja raha.

Koolitervishoid on suhteliselt hästi kaetud mitmesuguste regulatsioonide ja juhistega, kuid nende rakendamine on ebaühtlane. Tallinna koolid on SA Tallinna Koolitervishoiu eestvedamisel ja oma üldise tugeva koordineerimise tõttu paremini juhiste ja efektiivse töökorraldusega kaetud kui üle jäänud Eesti. Näiteks on SA Tallinna Koolitervishoiu mudelisse kaasatud kolm vaimse tervise õde, kelle ülesandeks on anda nõu ja abi õpilastele ning vajadusel toetada kooliõdesid. Samuti kasutatakse ühtseid teste. Intervjuudest selgus, et väiksemates kohtades tegutsevad kooliõed tunnevad end sageli üksi ning tegutsedes FIE-na on koolitused ja supervisioonid neile kallid, mida nad ei saa endale lubada. Seega oleks vajalik riigi poolt pakkuda teatud mahus tasuta (täiend)koolitusi suitsiidiennetuse teemal.

Koolitervishoid on oluline lüli nii vaimse tervise tugevdamise kui ka suitsiidiriskide ennetuse osas. Just kooliõed on tihti see ressurss koolides, kes viivad läbi tervisealaseid infotunde nii õpilastele, vanematele kui ka koolipersonalile. Samas tunnetatakse, et neil endil on teadmistest puudu ning soovitakse just kooliõdedele spetsiifiliselt mõeldud suitsiidiennetuse koolitusi. Igasugune tervisealane kirjaoskus mängib olulist rolli ka oma tervise eest hoolitsemisel.

Töotervishoid

- Töotervishoid ei tunneta endal väga suurt rolli suitsiidse inimese käsitlemisel
- Töotervishoid ei ole riikliku tervisekindlustuse poolt rahastatud, vaid oleneb tööandja teadlikkusest ja võimalustest
- Töotervishoid sooviks pakkuda rohkem ennetusalast tegevust kui praegu võimalik
- Analüüsida töotervishoiu valdkonna võimalusi panustada inimeste vaimse tervise ennetusse läbi Tervisekassa rahastuse
- Puudust tuntakse spetsiifilistest koolitustest ja osaliselt ka juhistest

Töotervishoid on tööandja poolt rahastatav teenus ning inimestele pakutavate teenuste maht ja mitmekülgsus oleneb tööandja panusest. Peamise kriitikana saab välja tuua, et töotervishoiu teenus enamasti ei ole vajaduspõhine, vaid eelkõige koosneb kohustuslikust tervisekontrollist ning võib juhtuda, et töötaja vajadused konsultatsiooni või uuringute osas on tegelikult teised, kui tööandja poolt ette nähtud. Eelduslikult paljuski sellest tulenevalt leidsid enamik töotervishoiu esindajaid, et neil puudub roll suitsiidse inimese käsitlemisel. Suitsiidseid inimesi juhtub töotervishoidu harva või siis tuvastatakse neid harva. Lisaks toodi välja, et sagedasti need töötajad, kellel on mõni vaimse tervise probleem, ei soovi seda avaldada oma tööandjale ning sellisel juhul ei saa töotervishoiuarst teha muud, kui anda inimesele soovitus pöörduda perearsti poole ravi ja toe saamiseks. See, kas inimene abi saamiseks sinna ka pöördub, on inimese enda otsus.

Töotervishoiu süsteemil on võimalus oluliselt enam panustada tööealise elanikkonna (sh meeste) tervise edendamisse ja haiguste ennetamisse läbi inimeste toetamise ja uute oskuste/teadmiste andmise. Küll aga nähakse, et selleks on vajalik teha töotervishoiu valdkonna rahastamises muudatus – ennetusalast tööd peaks rahastama Tervisekassa mitte tööandja. Nii saaks töotervishoid panustada tugevamalt ennetusse ja töötajate tervisedendusse, mis küll osaliselt tõstaks riigi kulutusi, kuid pikemas perspektiivis hoiaks riigi kulused kokku (haigushüvitised, ravikulud jne).

Kiirabi

- Vajalik lühike, konkreetne suitsiidiriski hindamisevahend ja võimalus telefoni teel riski osas konsulteerida vaimse tervise spetsialistiga
- Vajalik konkreetne ja teiste osapooltega kokkulepitud hospitaliseerimise kord suitsiidiriskiga inimese osas
- Vajalik ühtne tegevusjuhised kiirabile, politseile ja päästjatele, kuidas toimida akuutselt suitsiidse inimesega, leppides kokku osapoolte täpsemad vastutused ja rollid
- Kiirabitöötajatele vajalik esmase nõustamise, läbirääkimiste ja motiveerimise koolitus
- Vajalik informatiivne ülevaatlik koolitus/infotund/materjal kiirabitöötajatele vaimse tervise süsteemi toimimisest – kuhu tuleks abi saamiseks pöörduda, millised on võimalused, kas ja millised teenused on tasulised jne
- Puudus supervisioonidest ja üldisest toetatud enesehoiust

Kõrge suitsiidiriskiga inimese käsitlemisel saab hetkel ühe suurima koormuse kiirabimeeskond, kes sõidab välja suitsiidse inimese juurde. Kiirabitöötajad töid uuringus välja, et kuigi nad eesliini töötajatena puutuvad suitsiidse inimesega sagedasti kokku, puudub neil koolitus või väljaõpe, kuidas suitsiidse inimese ja tema lähedastega suhelda, kuidas neid toetada jne. Lisaks puuduvad hindamisvahendid, mis aitaks kiirabitöötajatel vajadusel hinnata inimese suitsiidiriski ja täpsustada inimese abivajadust. Vajalikud oleksid spetsiifiliselt kiirabitöötajatele mõeldud koolitused suitsiidse inimese käsitlemisest. Töötajate (l)ootus on ka eraldi nõuandeliin, kus vastaksid suitsidoloogid või vaimse tervise spetsialistid, kes saaksid kiirabitöötajaid suitsiidiriski hindamise osas toetada. Samuti on vajalik välja töötada lühikesed ja konkreetsed hindamisvahendid ning suitsiidse inimese hospitaliseerimise kord. Kiirabi ja EMO töötajad töid intervjuudes välja, et valvepsühhiaatritel on erinevad lähenemised hospitaliseerimise vajaduse osas, mis tekitab pingeid ja konflikte haigla ja kiirabimeeskondade vahel.

Kiirabi ei ole praegu kaasatud võrgustikutöösse suitsiidse inimese käsitlemisel, küll aga tunnetatakse, et enesetapukatsetele reageerides oleks vajalik täpsustada eri osapoolte (PPA, Päästeamet, kiirabi) ülesandeid. Kiirabitöötajad tunnetavad, et nii politseinikel kui päästjatel on sündmuskohtadel sagedasti ootus, et kiirabi peab vajadusel suitsiidse inimesega läbirääkimisi ning juhib kogu protsessi.

Samas kiirabitöötajatel puudub selleks igasugune ettevalmistus. Sujuvamaks koostöök vajavad sellised erakorralised kriisijuhtumid osapoolte kokkuleppeid.

Selleks, et kõik osapooled teaksid mis on kellegi ülesanded, on meditsiinipersonalile vajalikud koolitused ja täpne info eri osapoolte võimaluste ja piiride osas, et osataks inimesi vajadusel õigesse kohta suunata. Nii kiirabile kui EMO töötajatele võiks sobida lirmaal välja töötatud SAMAGH programm haiglatele. Tegemist on simulatsioonitreeningutest koosneva koolitusmooduliga (kaks simulatsioonipäeva + e-õpe).

Vaatamata sellele, et see ei olnud intervjuude teema, kerkis intervjuudest probleemina üles kiirabisüsteemi üldine ülekoormus, kiire kaadri vahetus ja töötajate puudusest tulenev ülekoormus ning palgavaesus ja rasked töötingimused (pikad vahetused, õine töö jne).

EMO

- EMO ei tunnetata endal väga suurt rolli suitsiidsete inimeste käsitlemisel
- Kaasata 24/7 vaimse tervise spetsialist ja/või sotsiaaltöötaja EMO spetsialistide hulka
- Alaealistele ja nende lähedastele kohustuslik järelkonsultatsioon
- Vajalikud juhendid suuremate haiglate, eri osakondade jaoks, et oleks selge ülevaade, mis on kellegi ülesanne seoses suitsiidse patsiendiga
- Vajalikud erinevad koolitused, treeningud, kuidas suhelda suitsiidse inimese ja tema lähedastega
- Vajalikud supervisioonid ja enesehoid

EMO juhid ei näe EMOdel väga suurt rolli suitsiidse inimese käsitluses järeltoena, sest EMO eesmärk on vältimatu abi osutamine ägedate haiguste, traumade ja mürgistuste korral, kus on oht inimese elule. Eelkõige keskendutakse EMOs füüsilisele tervisele. See teeb keerulisemaks olukorrad, kus EMOsse jõuavad inimesed, sh alaealised, kes on teinud enesetapukatse või end tahtlikult vigastanud ning vajaksid lisaks füüsilistele vigastustele vaimse tervise alast abi. Kui inimene oma füüsiliste vigastuste tõttu hospitaliseerimist ei vaja, küll aga näeb kiirabi või EMO meeskond, et patsient vajab vaimse tervise abi, siis sellistes olukordades oleneb hospitaliseerimine valvepsühhiaatri otsusest. Valvepsühhiaatrile antakse edasi info (sagedasti telefoni teel), mida kiirabi või EMO töötajad inimese juures on märganud, st et eelnevalt ei tehta patsiendile ühtegi psühholoogilist hindamist. Nii võib juhtuda, et kiirabi/EMO töötajate ja valvepsühhiaatri hinnangud hospitaliseerimise vajaduse osas lähevad lahku ning patsient saadetakse koju soovitusel pöörduda järgmisel päeval perearsti poole vms. EMO ja kiirabitöötajate soov on, et seadustega oleks ära reguleeritud psühhiaatrilise abi kiirem kättesaadavus, eriti alaealistele. Arvestades Eesti tervishoiusüsteemi võimekust, ei tundu selline soov siiski täidetav. Seega saaks ehk selliseid olukordi vältida, kui EMOs oleks eraldi hindamisvahend suitsiidiriski hindamiseks, mis annaks suurema kindlustunde kiirabi ja EMO töötajatele ning oleks aluseks valvepsühhiaatriga konsulteerimisel.

Teiseks on oluline, et EMO töösse oleks kaasatud sotsiaaltöötaja ja/või vaimse tervise spetsialistid (psühholoog, vaimse tervise õde jne), kes oleksid muuhulgas kohapeal kätte saadavad ka öisel ajal. Üheks ülesandeks kaasatud spetsialistil peab olema nõustamiseks ühendust võtta inimestega (kindlasti alaealistega) ja nende lähedastega, kes on eelneval päeval või öösel on viibinud EMOs, aga koju tagasi saadetud. Selline jälgimine tagab, et suitsiidset alaealised ei jää süsteemi jaoks kadunuks ning jõuavad vajaliku abini. lirmaal *National Clinical programm*'i raames näiteks toodi kõigi haiglate EMOsse juurde kaks õde, kes on spetsiaalselt enesevigastamise hindamise ja järeltoe osas koolitatud. Eestis võiks alustada ühe koolitatud spetsialistiga vähemalt kõigis suuremates haiglates.

Kokkuvõtteks

Praegune süsteem suitsiidse patsiendi teekonna vaatest on konarlik ja piirkonniti väga ebaühtlane ning suuresti tervishoiusüsteemi keskne praktika. Suurima koormuse suitsiidsete inimestega saavad EMO ja kiirabi, mis on niigi üle koormatud. Vaimse tervise õe pädevus ja roll võiks suitsiidse inimese käsitlemisel (nt juhtumi tervikliku korraldajana) ja teiste spetsialistide konsulteerimisel olla suurem sõltumata sellest, millise asutuse koosseisu ta kuulub. Et oluliselt tugevdada suitsiidikäitumise ennetustööd, on rohkem vaja kaasata sotsiaal- ja haridusvaldkonda ning tugevdada võrgustikutööd, kus partneritel on selged rollid. Kogu süsteemi tuleb vaadata tervikuna – nii perearstisüsteemi, kiirabi kui ka eriarste, ja lisaks väheintensiivseid psühholoogilisi sekkumisi ning haridus- ja sotsiaalvaldkonda. Täiendavalt analüüsida tuleb apteekrite võimekust ja võimalusi panustada suitsiidsete inimeste varajasse märkamisse. Uuring näitas, et positiivseid näiteid teistest riikidest ja põhimõtteline valmisolek Eesti apteekritel on olemas, kuid nad vajaksid põhjalikku ettevalmistust ja n-õ uue süsteemi loomist.

Oluline on riigil hinnata, millist suitsiidsele inimesele osutatavat teenuste taset me Eesti tervishoiuvaldkonnas oleme valmis ja võimelised pakkuma ning millist valdkonna sisest ja valdkondade vahelist võrgustikutööd soodustama. Süsteemsed muutused saavad toimuda eelkõige algatustega riiklikul tasandil, nende sisseviimine ei ole paraku ühe asutuse või kohaliku omavalitsuse võimuses. See tasakaal võib olla siiski sihtrühmiti erinev, näiteks EMO ja kiirabi puhul on tulemuslikum teenuste korraldus riiklikul tasandil, koolide puhul aga olulisem kohapealne ja kogukondlik initsiatiiv. Igal juhul peavad kõik osapooled ja tasandid süsteemis andma oma panuse ja teadma väga selgelt enda ja teiste vastutust, et suitsiidne inimene n-õ kahe süsteemi vahele ei kukuks. Vaimse tervise teenuste kättesaadavus, konkreetsed hindamisvahendid ja ohutusplaanid ning võrgustikutöö ja vastavad koolitused on ühed olulisemad komponendid suitsiidsele inimesele pakutavast teekonnast.

VIIDATUD ALLIKAD

- Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., & Elicer, B. (2018). Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting. *Medwave*, *18*(5), e7246. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246>
- Bryan, C. J., Allen, M. H., Thomsen, C. J., May, A. M., Baker, J. C., Bryan, A. O., Harris, J. A., Cunningham, C. A., Taylor, K. B., Wine, M. D., Young, J., Williams, S., White, K., Smith, L., Lawson, W. C., Hope, T., Russell, W., Hinkson, K. D., Cheney, T., & Arne, K. (2021). Improving Suicide Risk Screening to Identify the Highest Risk Patients: Results From the PRImary Care Screening Methods (PRISM) Study. *The Annals of Family Medicine*, *19*(6), 492–498. <https://doi.org/10.1370/afm.2729>
- Dueweke, A. R., & Bridges, A. J. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Families, Systems, & Health*, *36*, 289–302. <https://doi.org/10.1037/fsh0000349>
- Eesti 2035. (2021). <https://valitsus.ee/strateegia-eeesti-2035-arengukavad-ja-planeering/strateegia>
- Eesti Haigekassa. (2021). *Depressiooniga tööealise inimese raviteekond—Kaardistamise ja analüüsi tulemused*. Eesti Haigekassa. <https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Depressiooniga%20t%C3%B6%C3%B6ealise%20inimese%20raviteekond.pdf>
- Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A., & Reich, H. (2021). The 4-Level Approach: Prevention of Suicidal Behaviour Through Community-Based Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 760491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.760491>
- Linskens, E. J., Venables, N. C., Gustavson, A. M., Sayer, N. A., Murdoch, M., MacDonald, R., Ullman, K. E., McKenzie, L. G., Wilt, T. J., & Sultan, S. (2022). Population- and Community-Based Interventions to Prevent Suicide. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000873>
- Pärna, K., Laisaar, K.-T., Suija, K., Kallavus, K., Rimmel, M.-L., Kiisk, E., Sisask, M., Kiive, E., & Jürjen, T. (2022). *Koolipõhiste ennetusprogrammide võrdlev analüüs. Lõpparuanne*. Tartu Ülikool / TAI.
- Rooväli, L., Pisarev, H., Suija, K., Aksen, M., Uusküla, A., & Kiiwet, R. A. (2018). *Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade*. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rahvatervis/suitsiid_lopparuanne_pikk.pdf
- Sisask, M., Kõlves, K., & Hegerl, U. (2021). Intervention studies in suicide research. In K. Kõlves, M. Sisask, P. Värnik, A. Värnik, & D. De Leo (Eds.), *Advancing Suicide Research* (pp. 99–120). Hogrefe Publishing.
- Sisask, M., Värnik, A., Värnik, P., & Värnik, H. J. (2018). *Veteranide suitsidaalsuse kaitse- ja riskitegurid: Teadus- ja arendusprojekti lõppraport*. ERSI.
- Sotsiaalministeerium. (2020a). *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*. Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/rta_2020-2030_22.01_visioonidokument.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2020b). *Vaimse tervise roheline raamat*. Sotsiaalministeerium. <https://www.sm.ee/media/1345/download>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, *5*(1), 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Vainre, M., Akkermann, K., Laido, Z., Veldre, V., & Randväli, A. (2021). *Kroonviiruse epideemia psühhosotsiaalsete tagajärgedega toimetulek. 2. Ekspertiarvamus*.
- Värnik, P., Sisask, M., & Värnik, A. (2021). *Enesetappude ja enesetapukatsete epidemioloogiline ülevaade Eestis. Uuringu raport*. WHO Euroopa Regionaalbüroo. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341893>
- Wasserman, D. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 13–27). Martin Dunitz.

LISAD

Lõppraporti juurde on lisatud eraldi failidena:

Lisa 1. SUIPA vaheporti täistekst (I ja II uurimisülesande põhjalik käsitus)

Lisa 2. Küsitlusuuringu kutse saanud tervishoiuasutused / organisatsioonid

Lisa 3. Küsitlusuuringu informeeritud nõusoleku vorm (eesti ja vene keeles)

Lisa 4. Küsitlusuuringu küsimustik (eesti ja vene keeles)

Lisa 5. Poolstruktureeritud intervjuu informeeritud nõusoleku vorm (eesti ja vene keeles)

Lisa 6. Poolstruktureeritud intervjuu kava (eesti ja vene keeles)