



SOTSIAALMINISTEERIUM

EESTI SUITSIIDIIENNETUSE TEGEVUSKAVA 2025–2028

Tallinn 2024



MÄRKUS LUGEJATELE

Abi on saadaval

Suitsiidiennetuse tegevuskava lugemine võib lugejale tekitada tugevaid emotsioone. Kui tunnete ärevust, kurbust või vajate abi, on oluline pöörduda toe ja abi saamiseks vastavate spetsialistide poole. Järgnevad ressursid on saadaval abi ja toe saamiseks:

Tugiliinid ja veebinõustamine:

- **116 111 – Lasteabi** infoliin lastele, noortele ja täiskasvanutele (24 h), eesti, vene ja inglise keeles
- **116 006 – Ohvriabi** kriisitelefoni (24 h), eesti, vene ja inglise keeles
- **116 123 – Emotsionaalse toe ja hingehoiu** telefon (iga päeva vahemikus 10-24), eesti, vene ja inglise keeles
- **655 8088 – Eluliin**, emotsionaalse toe telefon, eesti keeles, iga päev 19-07
- **655 5688 - Eluliin**, emotsionaalse toe telefon, vene keeles, iga päev 19-07
- **Veebinõustamist** pakuvad keskkonnad **peaasi.ee** ja **lahendus.net**

Abi saamiseks saab vaimse tervise murega pöörduda perearsti poole. Nõu saab küsida ka üleriigilisel tasuta perearsti nõuandetelefonil **1220**.

Psühhiaatrikliiniku **valvetuba**

- Psühhiaatrikliiniku valvetuba Tallinnas: 6 172 650 (24 h) Paldiski mnt 52
- Psühhiaatrikliiniku valvetuba Tartus: 731 8764 (24 h) Raja 31
- Psühhiaatriaosakonna valvetuba Pärnus: 516 0379 (24 h) Ristiku 1
- Psühhiaatrikliiniku valvetuba Viljandis: 435 4255 (24 h) Jämejala, Pargi tee 6

Erakorralise meditsiini osakond:

- Erakorralise meditsiini osakond Narvas: 357 1795 (24 h) Haigla 1
- Erakorralise meditsiini osakond Ahtmes: 331 1074 (24 h) Ahtme mnt 95

Kui sinu või kellegi teise elu on ohus, siis helista hädaabi numbril 112 (24 h)!

LÜHENDITE TÄHENDUSED

Lühend	Täendus
APME	Ravimitootjate Liit
ASQ	Tööriist Ask Suicide Screening Questions (küsimused suitsiidiriski hindamiseks)
ASSIP	„Attempted Suicide Short Intervention Programme“ (suitsiidikatsejärgse lühisekkumise programm)
BBP	Belgia parimad tavad
BSSA	Tööriist Brief Suicide Safety Assessment (suitsiidiriski lühihinnang)
C-SSRS	Tööriist Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Columbia protokoll ehk suitsiidiriski hindamiskaala)
EAAD	European Alliance Against Depression (Euroopa Depressioonivastane Liit)
EAAD-Best	EAAD programm (neljatasandiline sekkumismudel)
EAL	Eesti Apteekrite Liit
EFS	Eesti Farmaatsia Selts
EHIF	Tervisekassa
EK	Euroopa Komisjon
EL	Euroopa Liit
ELUS	Eesti Suitsiidiohvri Lähedaste Ühendus
EMIP	Programm vaimse tervise edendamise ja ennetustegevuse poliitika ning strateegiate rakendamiseks EL-i liikmes- ja kandidaatriikides
EMO	Erakorralise meditsiini osakond
ENAS	Eesti Noorte Ajakirjanike Selts
EPAL	Eesti Proviisorapteekide Liit
EPK	Eesti Proviisorite Koda
EPL	Eesti Psühholoogide Liit
EPS	Eesti Psühhiaatrite Selts
ERSI	Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut
EUROSTAT	Euroopa Liidu statistikaamet
GBS	Tööriist Gatekeeper Behaviour Scale (väravahoidja käitumise skaala)
GK	Tööriist Individual's willingness to intervene against suicide (üksikisiku valmisolek suitsiidiriski korral sekkuda)
HARNO	Haridus- ja Noorteamet
HM	Haridus- ja Teadusministeerium
IMHPA	Vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise Euroopa võrgustik
JA ImpleMENTAL	EL-i projekt „Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health“ (ühismeede parimate tavade rakendamiseks vaimse tervise valdkonnas)
KM	Kliimaministeerium
MENTBEST	„Protecting Mental Health in Times of Change“ (EL-i programmi „Euroopa horisont“ projekt vaimse tervise kaitsmiseks muutuste ajal)
MESUR	„Mental Health Support for Ukrainian Refugees“ (projekt Ukraina pagulaste vaimse tervise toetamiseks)
MHP-Hands	„Mental Health Promotion Handbooks“ (EL-i toetusega projekt – vaimse tervise edendamise käsiraamatud)
MONSUE	„Monitoring suicidal behaviour in Europe“ (EL-i toetusega projekt suitsiidikäitumise jälgimiseks Euroopas)
MOU	Mobiilne kriisiüksus
MTÜ	Mittetulundusühing
NATO	Põhja-Atlandi Lepingu Organisatsioon
NTF	Riiklik tööühm
NWG	JA ImpleMENTALi riiklik tööühm
OECD	Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsioon
OSPI	„Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe“ (EL-i toetusega projekt suitsiidienetuse programmide optimeerimiseks ja rakendamiseks Euroopas)
PDSA	„Plan-Do-Study-Act“ (planeeri-teosta-analüüsi-korrigeeri tsükkel)
PPA	Politsei- ja Piirivalveamet
PREDI-NU	„Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU“ (projekt depressiooni ennetamiseks ja teadlikkuse suurendamiseks EL-is võrgustikutöö kaudu)

Lühend	Tähendus
ProMenPol	„Promoting and Protecting Mental Health“ (EL-i toetusega projekt vaimse tervise edendamiseks ja kaitsmiseks)
PWLE	People with lived experience (suitsiidiga lähedalt kokku puutunud inimesed)
SAM	Raviamet
SANA	Situatsioonianalüüsi ja vajaduste hindamise töövahend
SDR	Standarditud suremuskordaja
SETK	Eesti suitsiidienetuse programm ja tegevuskava
SEYLE	„Saving and Empowering Young Lives in Europe“ (EL-i projekt „Säästame ja võimestame noori elusid Euroopas“)
SIM	Siseministeerium
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SKP	Sisemajanduse koguprodukt
SM	Sotsiaalministeerium
SPRC	Suitsiidienetuse ressursikeskuse (SPRC) strateegilise planeerimise lähenemisviis
SUPRA	Austria suitsiidienetuse programm (Suizidprävention Austria)
SWOT-analüüs	„Strength-weakness-opportunity-threat“ (tugevate ja nõrkade külgede, võimaluste ja ohtude analüüs)
T-MHP	„Training for Mental Health Promotion“ (EL-i toetusega projekt – vaimse tervise edendamise koolitus)
TAI	Tervise Arengu Instituut
TE	Tegevuseesmärk
TEHIK	Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus
TLÜ	Tallinna Ülikool
ToC	Muutuste teooria
TTJA	Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet
VATEK	Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon VATEK
WE-STAY	„Work Together to Stop Truancy Among Youth“ (EL-i toetusega projekt noorte koolist puudumise vähendamiseks)
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Suurt suitsiidsust on peetud Eestis rahvateravishoiu probleemiks juba aastaid. Süstemaatilised uuringud on näidanud, et 1980. aastatel paistis Eesti enesetappude suure hulga poolest Euroopa riikide seas silma. Seetõttu on hakatud kasutama mitmesuguseid ennetusmeetmeid ja tugisüsteeme, et pakkuda tõhusamat vaimse tervise abi ja enesetappe ära hoida.

Esimene suitsiidiennetuse tegevuskava on vers-
tapost pikal teekonnal süstemaatilise, tervikliku ja tõendus põhise suitsiidiennetuse poole. Hilise järgu isoleeritud sekkumiste asemel on eesmärk sekkuda varasemates etappides ning kaasata ühiskonna eri sektoreid ja tasandeid. Seda tehakse üldisemate suundumuste taustal, mida iseloomustab kogu ühiskonna suurem tähelepanu ja terviklikum lähenemisviis vaimsele tervisele. Aastal 2021 võttis Eesti valitsus vastu vaimse tervise strateegia (vaimse tervise roheline raamat). Aastal 2022 loodi Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakond ja võeti vastu vaimse tervise tegevuskava 2023–2026. Vaimse tervise uue poliitika eesmärk on parandada arusaamist vaimsest tervisest ning suurendada vastutust ühiskonna kõigis sektorites ja igal tasandil, tagada suurem hulk vaimse tervise teenuseid ning tuua abi vajajatele lähemale. Sellest mõttesuunast lähtudes on suitsiidiennetuse tegevuskavas järgitud kogu valitsemissektorit ja ühiskonda hõlmavat lähenemisviisi.

Hoolimata sellest, et Eestis on suitsiidisuremus endiselt üle Euroopa keskmise, on enesetappude hulk riigis olnud 21. sajandil langustrendis. Viimastel aastatel on see trend aga pidurdunud, mistõttu on Eesti võtnud eesmärgiks teha suitsiidiennetuses kvalitatiivsed muudatused. Aastal 2021 liitus Eesti Euroopa Komisjoni ühismeetmega JA ImpleMENTAL. Siinne tegevuskava on selle meetme kõige olulisem väljund. Eesti suitsiidiennetuse programm ja tegevuskava aastateks 2025–2028 (edaspidi: suitsiidiennetuse tegevuskava, SETK) keskendub kahele põhiprobleemile: enesetappude hulga samal tasemel püsimine ja riikliku suitsiidiennetusprogrammi puudumine. See terviklik kava hõlmab strateegiaid sellistes valdkondades nagu vaimse tervise teenuste tõhustamine, kriisisekkumise kättesaadavuse suurendamine, kogukonnapõhiste tugivõrgustike edendamine ja teavituskampaaniate tegemine kodanike hulgas, et vähendada vaimse tervisega seotud häbimärgistamist.

Et need algatused oleksid edukad, on äärmiselt oluline teha koostööd rahvusvaheliste organisatsioonide ja kohalike kogukondadega. Eesti jätkuv pühendumus näitab kindlat tahet keerulise suitsiidiprobleemiga tegeleda, inimeste vaimset heaolu edendada ja abivajajatele toetav keskkond luua.

Annikai Lai

Terviseala asekanstler
Sotsiaalministeerium

AUTORID

Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakond

Zrinka Laido
Anne Randväli
Triinu Täht

Riikliku töörühma liikmed

(tähestikulises järjekorras)

Anne Kleinberg
Kenn Konstabel
Eva Koženevski
Kristina Köhler
Reet Laidoja
Käthlin Mikiver
Anna-Kaisa Oidermaa
Liisa Otsak
Tiia Pertel
Mari Rull
Merike Sisask
Karmel Tall
Tiina Talusaar

Soovituslik viide

Suitsiidiennetuse tegevuskava 2025-2028. Sotsiaalministeerium (2024).

Autorid: Laido, Z., Randväli, A., Sisask, M., Mikiver, K., Täht, T., Kleinberg, A., Oidermaa, A.-K., Koženevski, E., Tall, K., Laidoja, R., Konstabel, K., Pertel, T., Rull, M., Talussaar, T., Köhler, K., & Otsak, L.

Tänuõnad

Täname kõiki eksperte ning arvukatel seminaridel, kvalitatiivsetel intervjuudel, dialoogides ja konsultatsioonides osalejaid. Ilma kogu ühiskonda hõlmava lähenemiseta ei oleks olnud võimalik teha neid ühiseid jõupingutusi ega selgitada välja enesetappude ennetamiseks vajalikke tegevusi Eestis. Samuti oleme tänulikud JA ImpleMENTALi partneritele silmapaistva koostöö ja toetuse eest kogu projektis.

SISUKORD

1. Sissejuhatus	9
2. Enesetapu olemus: põhjused, riskitegurid ja ennetamine	10
2.1. Suitsiidi ja suitsiidikäitumise määratlus	10
2.2. Enesetapu riski- ja kaitsetegurid	11
2.3. Suitsiidi üleilmne mõju: rahvatervishoiu probleem Euroopas ja mujal	12
2.4. Suitsiidiennetuse põhialused: teabe hankimine ja tõhusad strateegiad	12
2.5. Riiklik suitsiidiennetuse poliitika kui kasulik ja vajalik tööriist	15
2.6. Enesetapud Eestis: rahvatervishoiu probleemi suuruse hindamine	16
2.7. Suitsiidiennetuse edusammud: Eesti jõupingutused	20
3. Eesti suitsiidiennetuse programmi ja tegevuskava (SETK) väljatöötamine	22
3.1. Metoodika	22
3.2. SANA töövahendi ja SWOT-analüüsi tulemused	23
3.3. Muutuste teooria Eesti kontekstis	26
3.4. Planeeritud tegevuste faasid (PDSA tsüklid) JA ImpleMENTALis	27
4. Eesti suitsiidiennetuse programmi ja tegevuskava raamistik	29
4.1. Strateegiline eesmärk 1: teadlikkus ja teadmised	30
4.2. Strateegiline eesmärk 2: tugi ja ravi varajase sekkumise kaudu	31
4.3. Strateegiline eesmärk 3: sekkumine suure suitsiidiriskiga inimeste aitamiseks	34
4.4. Strateegiline eesmärk 4: järelsekkumine	36
4.5. Strateegiline eesmärk 5: suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine	38
4.6. Strateegiline eesmärk 6: suitsiidiennetuse lõimimine muudesse ennetustegevustesse	40
4.7. Strateegiline eesmärk 7: koordineerimine ja korraldus	42
4.8. Strateegiline eesmärk 8: seire ja hindamine	44
5. Tegevuskava rakendamine ja jätkusuutlikkus	46
6. Viited	47

TABELITE LOETELU

Tabel 1. Suitsiidikäitumise määratlused

Tabel 2. Riiklike suitsiidiennetuse tegevuskavade ühised komponendid

Tabel 3. Levinuimad suitsiidimeetodid vanuserühma ja soo järgi (2023)

Tabel 4. Registreeritud enesevigastamise juhtumid enesetapukavatsusega või ilma (2013–2023)

Tabel 5. Registreeritud enesevigastamise (enesetapukavatsusega või ilma) levinuimad meetodid (2013–2023)

Tabel 6. Strateegiline eesmärk 1: teadlikkus ja teadmised

Tabel 7. Strateegiline eesmärk 2: tugi ja ravi varajase sekkumise kaudu

Tabel 8. Strateegiline eesmärk 3: sekkumine suure suitsiidiriskiga inimeste aitamiseks

Tabel 9. Strateegiline eesmärk 4: järelsekkumine

Tabel 10. Strateegiline eesmärk 5: suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine

Tabel 11. Strateegiline eesmärk 6: suitsiidiennetuse lõimimine muudesse ennetustegevustesse

Tabel 12. Strateegiline eesmärk 7: koordineerimine ja korraldus

Tabel 13. Strateegiline eesmärk 8: seire ja hindamine

JOONISTE LOETELU

Joonis 1. Näited suitsiidi riski- ja kaitsetegurite kohta sotsioökoloogilises mudelis

Joonis 2. Suitsiidi riskitegurid ja sekkumise viisid

Joonis 3. Kogu valitsemissektorit hõlmav lähenemisviis suitsiidiennetusele

Joonis 4. Suitsiidikordajad Eestis ja EL-is

Joonis 5. Standarditud suitsiidikordajad aastatel 2000 - 2023

Joonis 6. Standarditud suitsiidikordajad soo ja vanuserühma järgi (2023)

Joonis 7. Muutuste teooria – Eesti kontekst

Joonis 8. Eesti suitsiidiennetuse programmi ja tegevuskava (2025–2028) raamistik

1. Sissejuhatus

Ühismeede parimate tavade rakendamiseks vaimse tervise valdkonnas („Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health“ ehk JA ImpleMENTAL) on Euroopa Liidu kaasrahastatud kolmeaastane algatus, mis viidi ellu aastatel 2021–2024. Selle eesmärk oli parandada osalevates riikides vaimse tervise tugisüsteeme, teenuseid, suutlikkust ja tulemusi, keskendudes järgmistele valdkondadele:

- vaimse tervise reform (kogukonna tervishoiuteenuste edendamine);
- suitsiidiennetus.

Eeskujuks olid valitud parimate tavade näited Belgiast (BBP) ja Austriast (SUPRA). Projekti

eesmärk oli muuta suitsiidiennetus 17 osalevas riigis tõhusamaks, analüüsides, jälgides, üle võttes ja katsetades SUPRA programmi (1) osi riiklikul ja piirkondlikul tasandil. Selle projekti nüüdne põhiväljund on suitsiidiennetuse programm ja tegevuskava (SETK), milles on esitatud Eesti riiklikud suitsiidiennetuse prioriteedid aastateks 2025–2028. See põhineb olukorra ja vajaduste hindamise riiklikul töövahendil (SANA), SWOT-analüüsil, kvalitatiivsetel intervjuudel, konsultatsioonidel ja aruteludel. Tegevuskava on heaks kiitnud riiklik tööühm ning see näitab riigi ja valitsuse pühendumist suitsiidiennetusele.

2. Enesetapu olemus: põhjused, riskitegurid ja ennetamine

2.1. Suitsiidi ja suitsiidikäitumise määratlus

Enesetapp ehk suitsiid on tuntud rahvatervis- hoiu probleem, mis mõjutab oluliselt nii üksik- isikuid kui ka ühiskonda tervikuna, põhjustades emotsionaalset stressi ja tootlikkuse vähenemist (2–3). Suitsiidikäitumise ja -meetodite levimus on eri riikides, kogukondades ja rahvas- tikurühmades erinev, kusjuures suundumused muutuvad aja jooksul (5, 6). Suitsiidi kirjelda- takse kui protsessi, mis algab suitsiidimõtete- ga, jätkub suitsiidikatse(te)ga ning lõppeb surmaga (7, 8).

Suitsiidi ja suitsiidikatsete liigitamine on aasta- kümneid olnud keeruline küsimus, mis sisaldab eetilisi, õiguslikke, meditsiinilisi ja sotsiaalseid kaalutlusi. Maailma Terviseorganisatsioon

(WHO) pakkus 1990. aastate lõpus välja enese- tappude määratluse, mis hõlmab tagajärge (surma) ja kavatsust surra: „Enda surmamist saab pidada suitsiidiks siis, kui inimene algatab ja viib selle teo läbi tahtlikult, teades, et tagajär- jeks on surm“ (9). Hiljutises suitsiidi ja suitsiidi- katsete määratluste süstemaatilises ülevaates jõuti järeldusele, et paljud suitsiidikäitumise määratlused sisaldavad oluliste elementidena tagajärge ja kavatsust (tahtlust) (10). Suitsiidi- käitumise üldine määratlus, mille eesmärk on luua ühtne liigitus, on esitatud tabelis 1 (11). Termin „suitsiidne“ või „suitsidaalne“ kirjeldab ennast kahjustavaid käitumisviise või mõtteid olenemata sellest, kas ja kui kindel on kavatsus surra (12). Neid termineid kasutatakse tavaliselt selliste omaduste kirjeldamiseks, mis aval- duvad suitsiidimõtete või -käitumisena.

Tabel 1. Suitsiidikäitumise määratlused

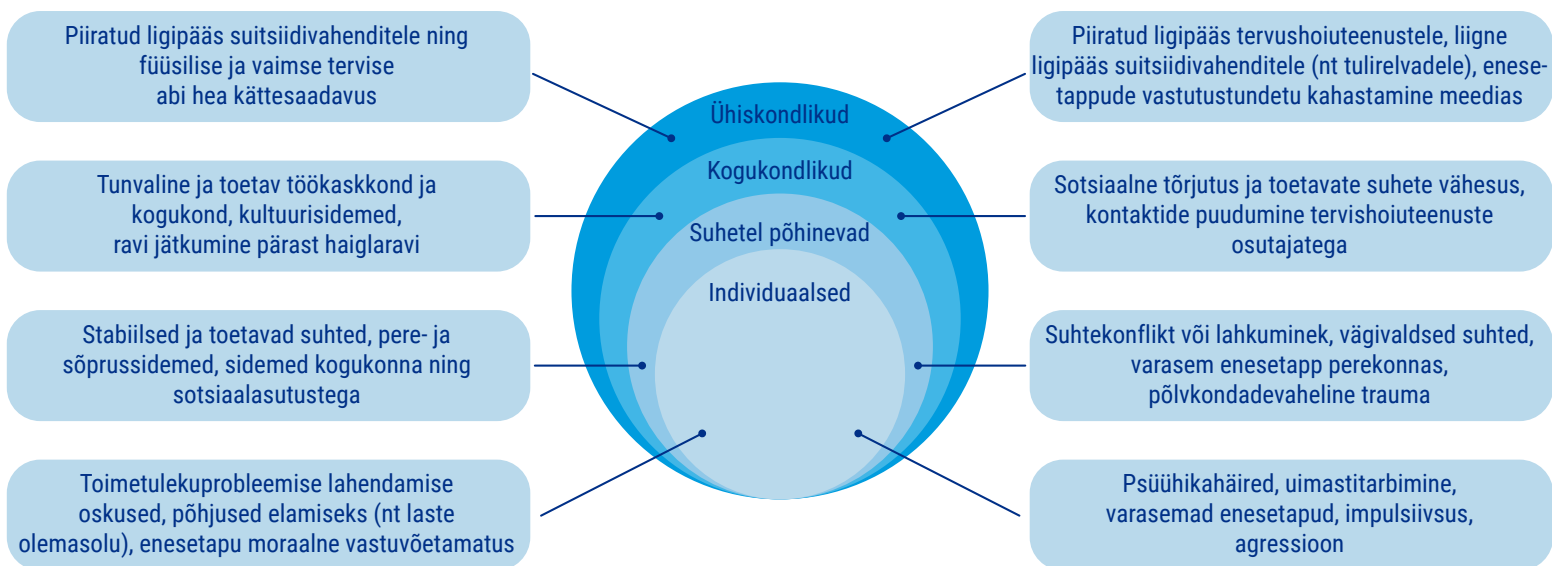
Termin/väljend	Tähendus
Enesetapp (suitsiid)	Surmaga lõppev tegu, mille inimene algatab ja viib lõpuni, olles teadlik, et tagajärg võib olla surm, ning mille puhul tahtlus võib olla mitmeti mõistetav või ebaselge. Kaasneda võib surmaoht, kuid inimesel ei pruugi olla ilmset kavatsust surra.
Enesetapukatse (suitsiidikatse)	Tegu, mille käigus inimene vigastab ennast kavatsusega surra, kuid jääb ellu.
Enesevigastamine	Mittesurmapuuduv tegu, mille käigus inimene vigastab ennast tahtlikult, kusjuures motiiv võib olla erinev (sh soov surra).
Enesetapumõtted (suitsiidimõtted)	Enesetapule mõtlemine kas enesetapukavatsusega või ilma, enesetappu tehes surra soovimine või enesetapukavatsusest rääkimine ilma tegeliku suitsiidikäitumiseta.
Katkestatud enesetapukatse	Tegu, mille käigus inimene alustab enesetapukatse tegemist (nt seisab või istub kõrge silla serval, seob koe ümber kaela), kuid loobub enne viga saamist.
Surmasoov	Soov surra, mõtlemata enda tapmisele.
Enesetapuplaan	Inimene on otsustanud, kuidas ja millal ta kavatseb enesetapu(katse) teha, kuid ei ole teinud aktiivseid ettevalmistusi.
Enesetapu ettevalmistused	Enesetapuks valmistumine (nt tablettide hankimine, relva ostmise, koe kinnitamine, sillal käimine) ilma tegeliku enesetapukatset tegemata ja end vigastamata.
Peatatud enesetapukatse	Tegu, mille käigus inimene alustab enesetapukatse tegemist (nt seisab või istub kõrge silla serval, seob koe ümber kaela), kuid keegi peatab ta, enne kui ta viga saab.

Allikas: De Leo jt. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*. 2021 (11)

2.2. Enesetapu riski- ja kaitsetegurid

Enesetapu tõttu surnud inimeste epidemioloogiline uurimine tähendab ulatuslikke uuringuid nn haiguse ja selle eri muutujate (nt sotsiaalsete või individuaalsete tegurite) vaheliste seoste kohta. Enesetappude epidemioloogias ei ole enesetapp haigus, vaid käitumisviis, mille puhul võib motiiv olla erinev. Tõhusaks ennetamiseks tuleb kõigepealt mõista probleemi tõsidust, selgitada välja suitsiidi riski- ja kaitsetegurid ning seejärel sihipäraselt sekkuda, et vähendada riski- või toetada kaitsetegureid (13, 14). Mõnda riskitegurit (sugu, vanust, rahvust, varasemaid suitsiidikatseid) peetakse püsivaks ehk muutumatuks teguriks. Seevastu teisi (nt ligipääsu suitsiidivahenditele, psüühikahäireid, sotsiaalset tõrjutust, ärevust ja lootusetust) peetakse potentsiaalselt muudetavateks teguriteks (13). Joonisel 1 on suitsiidikäitumist soodustavad riski- ja vältivad kaitsetegurid ning sekkumise viisid üksikisiku, suhte, kogukonna

ja ühiskonna tasandil. Teadlased on püüdnud selgitada riskitegurite ja suitsiidikäitumise vahelist seost. Selle tulemusena on loodud mitmesuguseid suitsiidikäitumise kujunemise teooriaid ja mudeleid (nt kliiniline või kognitiivne diatees-stressi mudel, stressi-haavatavuse mudel, neurobioloogiline meetod ning motiividel ja tahtlusel põhinev integreeritud mudel) (7, 8, 15). Enamik mudeleid sisaldab psühholoogilisi, kuid mõni ka keskkonna-, geneetilisi, bioloogilisi ja sotsiaalseid muutujaid (16). Eristada saab ka suitsiidi soodustavaid tegureid, mis jagunevad omakorda eelsoodumuslikeks, põhjustavateks ja vallandavateks teguriteks (16). Peale selle võetakse stressi-haavatavuse mudelis arvesse ligipääsu tervishoiuteenustele, suitsiidimõtetest rääkimise võimalust ning riski- ja kaitsetegurite olemasolu (sh kognitiivset stiili, isiksust, peremustreid, samuti kultuurilisi, sotsiaalseid ja keskkonnategureid) (7, 17).



Joonis 1. Näited suitsiidi riski- ja kaitsetegurite kohta sotsioökoloogilises mudelis (18)

2.3. Suitsiidi üleilmne mõju: rahvatervishoiu probleem Euroopas ja mujal

Suitsiidid on kogu maailmas 20 levinuima surmapõhjuse hulgas – enesetapuga sureb 703 000 inimest aastas (4). See on üks peamisi teismeliste ja noorte täiskasvanute (15–29-aastased) surma põhjusi (4). Kui 1990. aastate lõpus oli statistika kohaselt enesetapukatseid vähemalt kümme korda rohkem kui suitsiide, siis 20 aastat hiljem on iga enesetapu tagajärjel surnud täiskasvanu kohta üle 20 enesetapukatse (9, 19). See viitab suitsiidikäitumise märkimisväärsele suurenemisele kogu maailmas. Vanuse järgi standarditud suitsiidikordaja (suitsiidide hulk 100 000 inimese kohta) WHO liikmesriikides on piirkonniti väga erinev. Euroopas on see 10,5, Kagu-Aasias 10,2 ja Aafrikas 11,2, mis on suuremad kui maailma keskmine 9,0 (31). Peale selle on suitsiidikordaja 100 000 inimese kohta meeste seas kõrgem (12,6) kui naiste (5,4) WHO liikmeriikides (4).

EL-i riikides on enesetapud endiselt märkimisväärne rahvatervishoiu probleem: üldine suitsiidikordaja on 10,24 (standarditud suremuskordaja 2020. aasta seisuga), kusjuures meeste ja naiste standarditud suitsiidikordajad on siingi väga erinevad – vastavalt 16,85 ja 4,48 (19, 20). EL-is on suitsiidikordaja ka riigiti väga erinev. Kuigi enesetappude hulk on 19 aasta jooksul EL-i kõigis riikides üldiselt vähenenud, on mõnes riigis (sh Eestis) suitsiidikordaja EL-i keskmisest jätkuvalt kõrgem (21). Kui vaadelda EL-i riikide suitsiidisurmade hulka vanuserühmade ja sugude järgi, siis on see arv traditsiooniliselt suurem iga vanuserühma meeste seas ja suureneb vanuse kasvades kuni 45–54-aastaste vanuserühmani. Statistika kohaselt on kõige rohkem suitsiidisurmasid keskealiste meeste seas (45–54- ja 55–64-aastaste vanuserühmade) ning neile järgnevad 74-aastased ja vanemad inimesed, kelle hulgas on enesetappude hulk kasvanud (9,33).

Suitsiidimeetodid on kogu maailmas riigiti

erinevad, kuid uuringud näitavad, et kui mõni erand välja arvata, jäävad eelistatud suitsiidimeetodid riigis 15 aasta jooksul üldiselt samaks (4, 22). Laste ja teismeliste enesetapumeetodid järgivad tavaliselt riigi üldiseid suundumusi (23–26). Uuringud näitavad, et kõige levinum suitsiidimeetod kogu maailmas on poomine (4, 22, 24, 27–31). Isegi kõrge elutasemega riikides tehakse 50% enesetappudest puues, millele järgnevad teise eelistatud valikuna tulirelvad (18% enesetappudest) (21). Suitsiidimeetodi valikul maailmas on teise või kolmanda eelistuse puhul sageli soolisi erinevusi: mehed eelistavad tulirelvi ja mürgistamist, naised ravimite üledoosi ja kõrgustest alla hüppamist (31). Euroopas täheldatakse erinevat suundumust Šveitsis, kus tulirelvad on sageli esimene valik. Enesemürgistus näib olevat mõlema soo puhul teine kõige levinum suitsiidimeetod, kuid mürgistamiseks kasutatavad vahendid on erinevad.

Suitsiidikordaja hindamiseks kasutatavate registreerimisandmete kvaliteeti peetakse väga heaks ainult 80 WHO liikmesriigis. Lisaks on registreeritud surmade statistika kvaliteetsem kõrge elatustasemega riikides. Suitsiidisurmade kindlakstegemise kriteeriumid on riigiti erinevad ja seepärast jääb osa suitsiide statistikas kajastamata kas ametnike professionaalse tausta või usuliste veendumuste tõttu, kusjuures enesetapud liigitatakse valesti „ebaselge tahtlusega surmaks“ või „õnnetuseks“ (32). On kindlaks tehtud mudel, mis võib aidata suitsiidisurmade statistikat täpsemaks muuta. See sisaldab enesetapukavatsuse psühholoogilist hindamist (33). Suitsiidikordajate võrdlemist raskendavad ka riikidevahelised erinevused enesetapujuhtumite registreerimisel.

2.4. Suitsiidienetuse põhialused: teabe hankimine ja tõhusad strateegiad

Enesetappude ennetamiseks võetavad meetmed jagunevad üldiselt kas tervishoiu või rahvatervise valdkonda (17). Tervishoiul põhineva lähenemisviisi eesmärk on jõuda patsien-

tide, nende sugulaste ja tervishoiutöötajateni, parandades tervishoiuteenuste kättesaadavust, nende osutajate teadlikkust, varajast diagnoosimist, ravi, järelkontrolli ja selliste inimeste rehabilitatsiooni, kes on teinud enesetapukatseid ja kellel on esinenud psüühikahäireid (17). Siiski rakendatakse kogu süsteemis laiemalt rahvatervishoiul põhinevat lähenemisviisi, mis tähendab muudatuste tegemist konkreetsetes õigusaktides või poliitikas, keskkonnast tulenevate kaitsetegurite toetamist, üldsuse harimist, enesetappu ja psüühikahäiretesse suhtumise parandamist, suitsiidivahenditele ligipääsu piiramist ning vastutustundliku meediakajastuse edendamist (34). Varasemad uuringud on toetanud tõendeid tõhusate suitsiidienetuse strateegiate kohta (nt ligipääsu piiramine sellistele vahenditele nagu relvad, gaas ja alkohol või kaitsepiirete ehitamine sildadele, mis on tõenäoliselt suure riskiga kohad (35–38), samuti suuniste andmine enesetappude kajastamiseks meedias) (39–41). Peale selle on uuringud näidanud, et meedias kajastamise fookus võib mõjutada seda, kas inimesed otsivad abi või mitte (42). Süstemaatilistest ülevaadetest on selgunud, et kõige tõhusamad meetodid enesetappude hulga vähendamiseks on 1) suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine (alkohol, ravimid, gaas, relvad; kaitsepiirete rajamine), 2) teadlikkuse suurendamine ja harimine ning 3) aktiivne järelsekkumine enesetapukatse teinud inimeste abistamiseks (8, 43). Lisaks on olulisel kohal mitmetasandiline lähenemine suitsiidienetusele (44, 45). Suitsiidist tingitud koormust ühiskonnas aitab tõhusalt vähendada perearstide koolitamine, et nad oskaksid vaimse tervise probleeme ära tunda ja depressiooni ravida (43, 46).

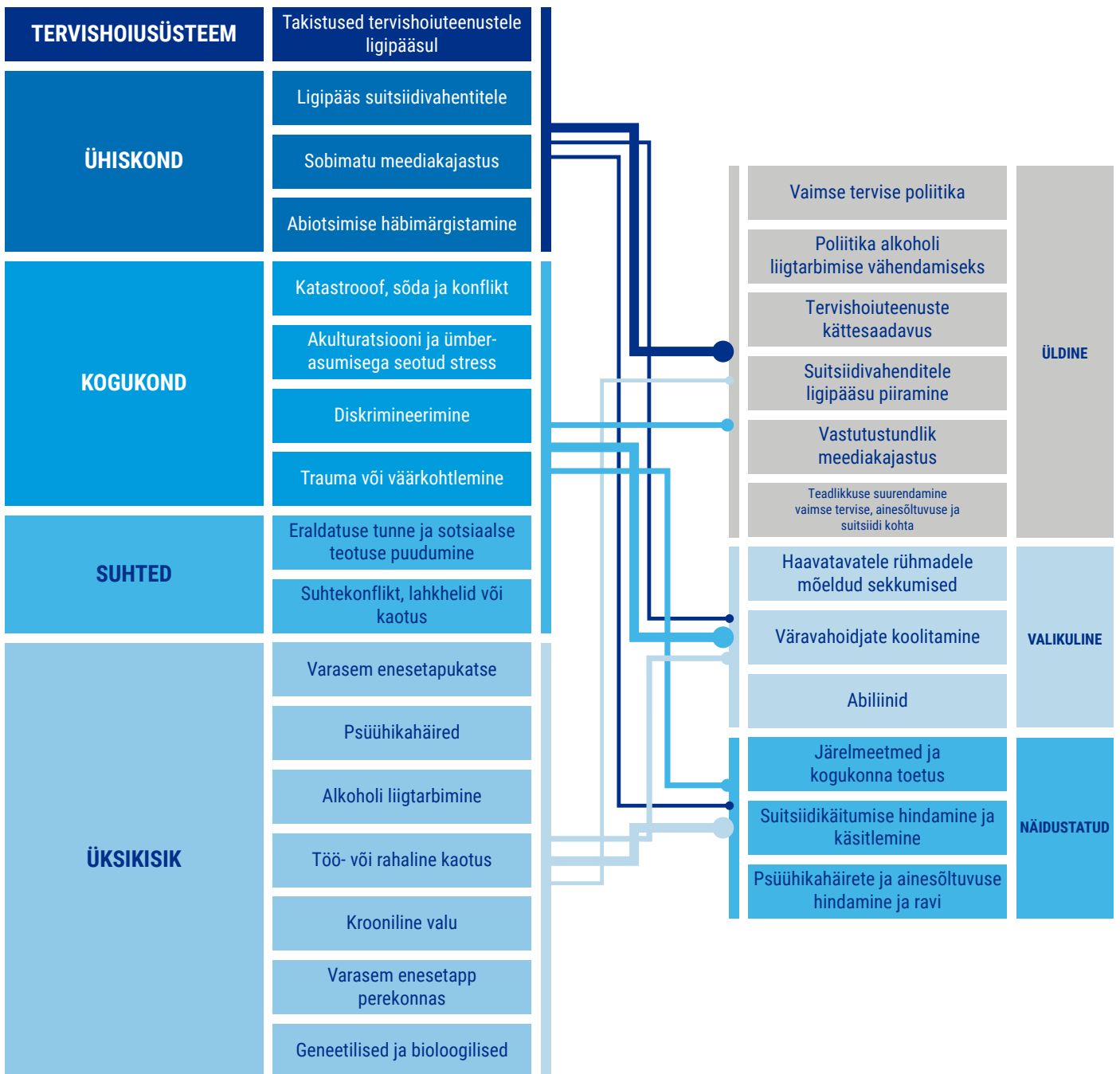
WHO on esitanud rahvatervishoiul põhineva suitsiidienetuse mudeli, kus on esile toodud eri tasandi riskitegurid alates üksikisikust kuni tervishoiusüsteemini. See mudel sisaldab mitmesuguseid üldiseid, valikulisi ja näidustatud sekkumisi, et riskitegureid vähendada (joonis 2) (5). Joonisel 2 näitab joone paksus seda, kui

suur on suitsiidienetuse sekkumismeetme tõendatud mõjus. Suitsiidienetuse terviklik programm peaks sisaldama mitmesuguseid ennetusstrateegiaid järgmisel kolmel tasandil: üldine (universaalne), valikuline ja näidustatud ennetus. Üldiste ennetusstrateegiate eesmärk on jõuda kogu elanikkonnani, parandada abi kättesaadavust ja füüsilist keskkonda ning suurendada sotsiaalset tuge. Mõni näide:

- uimastitele ja ravimitele (suitsiidivahenditele) ligipääsu piiramine;
- poliitika väljatöötamine ja täiustamine;
- tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamine;
- üldsuse teadlikkuse suurendamine;
- vastutustundliku meediakajastuse edendamine;
- haridus- ja/või kogukonnaprogrammide loomine.

Valikuline ennetus on mõeldud haavatavatele rühmadele ja põhineb teatud riskiteguritel (nt sool, ametil, varasemal enesetapul pere- või lähikonnas, psüühikahäiretel, kroonilistel haigustel, uimastitarbimisel, alkoholi või ravimite liigtarvitamisel, varasematel enesetapukatsetel). See tähendab näiteks vastastikuseid sekkumisi, värvahoidjate ja tugiliinitöötajate koolitamist ning keskendumist suurema riskiga haavatavatele rühmadele, kellel ei ole suitsiidikäitumist esinenud.

Näidustatud ennetus on mõeldud konkreetsetele haavatavatele isikutele, kellel on psüühikahäirete sümptomid, millega kaasneb suur suitsiidikäitumise risk. Niisugune ennetus tähendab tavaliselt suitsiidsete isikute seisundi hindamist, ravi ja rehabilitatsiooni.

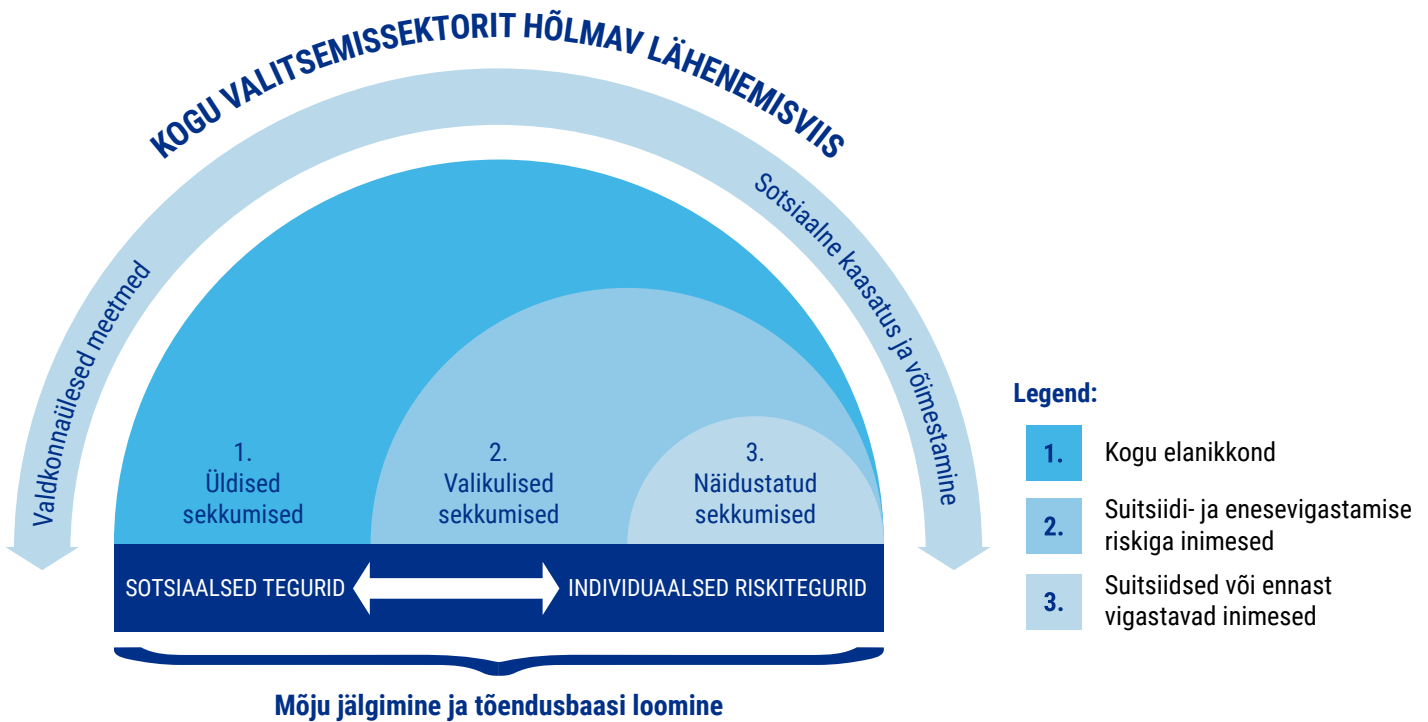


Joonis 2. Suitsiidi riskitegurid ja sekkumise viisid (5)

Uuringud näitavad, et riiklikus suitsiidiennetuse strateegias tuleks eesmärgiks seada kogu valitsemissektorit hõlmav lähenemisviis (joonis 3), nii et enesetappude ennetamine oleks lõimitud kõikidesse poliitikavaldkondadesse (sh kõikidesse sektoritesse kõigil tasanditel). Sektoritüüsed sekkumised (ei kuulu tervishoiu valdkonda, kuid mõjutavad tervisenäitajaid) peaksid olema iga ennetusstrateegia oluline osa (47). Peale selle vajavad kõik need tegevused tugevat alust (sh koordineerimist, seiret, järelevalvet ja hindamist), mis aitavad luua tõendusbaasi (47).

Oluline on meeles pidada, et sotsiaalsed tegurid ja individuaalsed riskitegurid on omavahel mõlemas suunas seotud, nagu on näidatud joonisel 3 (47). Kui puudub asjakohane riiklik sotsiaalpoliitika, võivad töötud, kindla eluase-meta või alkoholiprobleemidega inimesed olla ohustatud, kui nad kaotavad usu tulevikku, ei näe lahendust ja satuvad masendusse. Teisalt võib tõsiste psüühikahäiretega inimestel olla väga keeruline hoida töökohta või püsivat eluaset. Arvestades seda, kuidas sotsiaalsed tegurid mõjutavad suitsiidi ja enesevigastamist,

peame riiklike suitsiidiennetuse strateegiate väljatöötamisel keskenduma rohkem üldistele ning valikulistele sekkumistele.



Joonis 3. Kogu valitsemissektorit hõlmav lähenemisviis suitsiidiennetusele (47)

2.5. Riiklik suitsiidiennetuse poliitika kui kasulik ja vajalik tööriist

Tegevuskava on sobiv vahend, et selgitada välja tähelepanu vajavad valdkonnad, teha ettepanekuid konkreetsete tegevuste kohta, pakkuda võimalusi uuteks ennetusmeetoditeks ja tagada süstemaatiline planeerimine (48). On palju tõendeid selle kohta, kui tõhus on praktilisel lähenemisviisil põhinev riiklik suitsiidiennetuse poliitika (49). Mitu uuringut on näidanud, et selline poliitika toob kaasa enesetappude hulga vähenemise konkreetsetes vanuse- või haavatavates rahvastikurühmades (50, 51). Riiklikes suitsiidiennetuse programmides juhindutakse eelkõige riiklikest tegevuskavadest (52). Selleks et tehtud edusamme hinnata ja planeerimist juhtida, on vaja mõista strateegilisi kohustusi ja poliitikameetmeid, mis aitavad suitsiidiennetu-

sega seotud takistused riigi, piirkonna ja kogukonna tasandil ületada.

Suitsiidiennetuse programmid on sageli kõige tõhusamad, kui need hõlmavad mitut strateegiat ja põhinevad ühiskonna eri tasandite ühistel jõupingutustel (49, 52, 53). Enesetappude hulga ja suitsiidikäitumise vähenemine on selge tulemusnäitaja riikliku suitsiidiennetuse strateegia tõhususe kohta (21). Muud nn vahepealsed tulemusnäitajad hõlmavad suitsiidikatsete ja enesevigastamise seiresüsteemide loomist, suurenenud teadlikkust suitsiidi riskiteguritest, suitsiidiriski tõhusamat tuvastamist, paremat ligipääsu kvaliteetsetele tervishoiuteenustele, vähesemat ligipääsu suitsiidivahenditele ning pärast enesetapukatset haiglasse sattunute hulga vähenemist (54, 55). Üldjuhul on eesmärgid mitmetahulised ning seotud vaimse

tervise ja heaolu eri aspektidega.

Riiklikud suitsiidiennetuse strateegiad sisaldavad tavaliselt mitmesuguseid rahvatervishoiu (sh vaimse tervise) lähenemisviise, kuna suitsiid on keeruline nähtus (56). Platt jt (2019) on koostanud loetelu 12 komponendist, mis tavaliselt riiklikes suitsiidiennetuse strateegiates sisalduvad (tabel 2) (52). Nende komponentide

hulgas on nii üldised ennetusmeetmed (nt suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine ja vastutus-tundlik meediakajastus) kui ka valikulised ning näidustatud sekkumised (nt ligipääsu tagamine tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste, kriisisekkumine ning tegevused pärast eneseta-pukatset).

Tabel 2. Riiklike suitsiidiennetuse tegevuskavade ühised komponendid

Komponendid	
1	Suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine
2	Vastutustundliku meediakajastuse edendamine
3	Ligipääs tervishoiu- ja sotsiaalteenustele
4	Koolitus ja haridus
5	Psühhoterapeutilised sekkumised
6	Enesetapakatse teinud inimeste tõhusam ravi või järelevalve
7	Kriisisekkumine
8	Järesekkumine
9	Teadlikkuse suurendamine
10	Vaimse tervise probleemidesse ja suitsiidikäitumisse suhtumise muutmine, et võidelda häbimärgistamise vastu
11	Seire ja hindamine
12	Järelevalve ja koordineerimine

Allikad: Platt jt. National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges. Crisis. 2019; Platt ja Niederkrotenthaler. Suicide Prevention Programs: Evidence Base and Best Practice. Crisis. 2020 (52, 53)

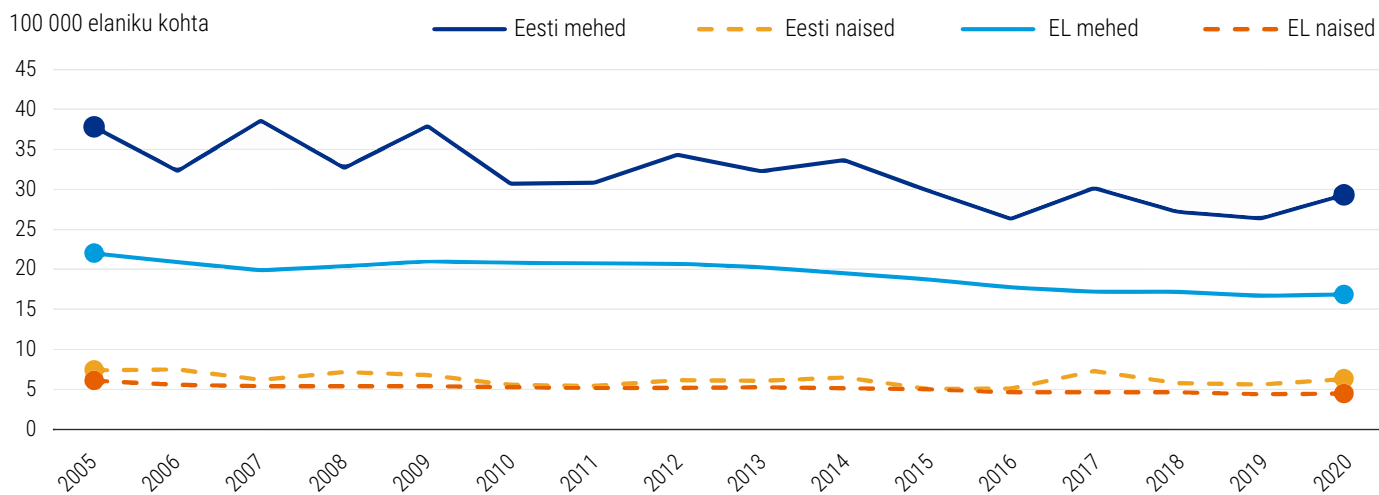
2.6. Enesetapud Eestis: rahvatervishoiu probleemi suuruse hindamine

2.6.1. Suitsiidisuremus ja -meetodid

Suitsiidide hulga kõikumise mõistmiseks on oluline võtta arvesse sotsiaal-majanduslikke ja poliitilisi muutusi, mis on Eesti riiki mõjutanud. Eesti kohta oli enesetappude statistika esimest korda kättesaadav 1980. aastate lõpus, mil üldine suitsiidikordaja oli suur, ulatudes 33–35 suitsiidini 100 000 elaniku kohta (57). Suremuse uuringud näitasid, et need ühiskondlikud muutused mõjutasid peamiselt keskealisi mehi, mille tagajärg oli enesetappude hulga kasv 1990. aastatel (58). Hiljutised epidemioloogilised analüüsid on esile toonud ka teisi suitsiidikäitumise riskiga rühmi (sh noori, vanemaealisi, inimesi, kellel on esinenud enesetapakatseid ja/või psüühikahäireid, kehvast sotsiaal-majanduslikus olukorras inimesi, töötuid, kinnipeetavaid,

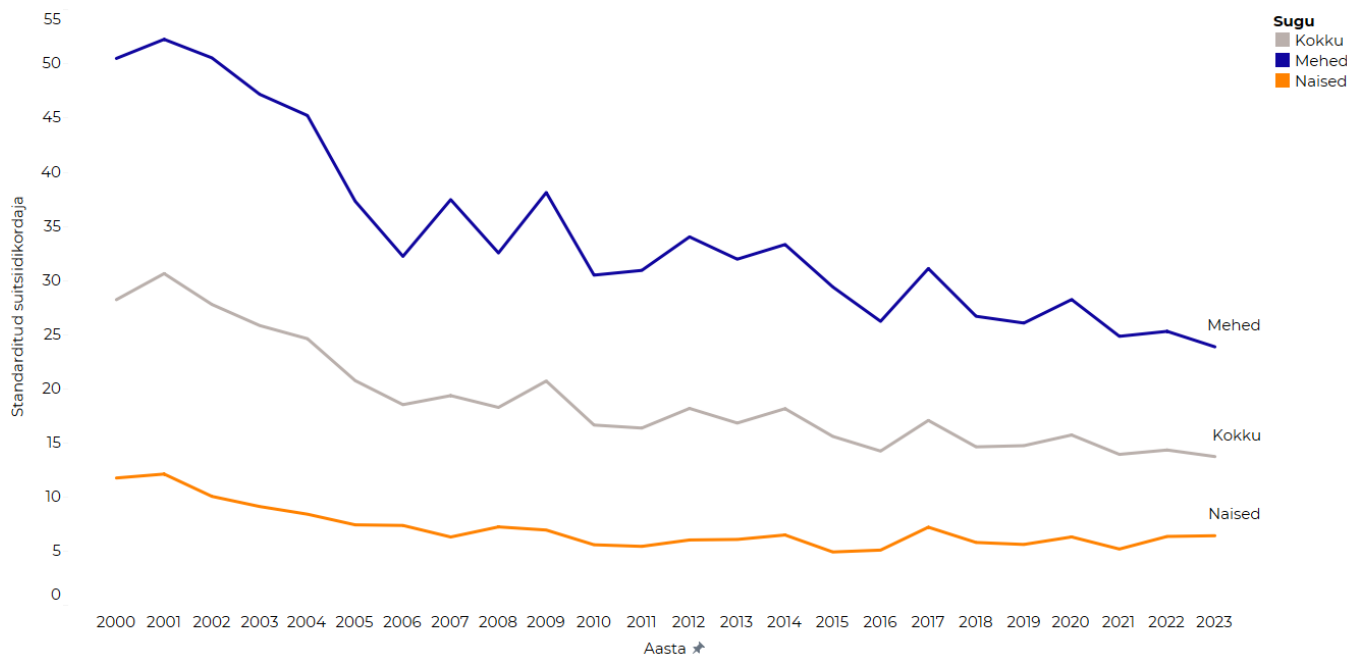
õigusrikkujaid ja krooniliste haigustega inimesi) (59, 60).

Joonisel 4 on esitatud meeste ja naiste suitsiidikordaja Eestis ning võrdlus sama näitaja keskmisega EL-is 15 aasta jooksul. Hoolimata püsivalt kõrgemast suitsiidisuremusest on enesetappude hulk 21. sajandil vähenenud, olles olnud haripunktis 2001. aastal (suitsiidikordaja 28,8) (56). Viimase kümne aasta jooksul on see langustrend peatunud ning enesetappude hulk on olnud püsivalt umbes 200 juhtumit aastas (20) (joonis 5). Aastal 2023 suri enesetapu tagajärjel 192 inimest, vanuse järgi standarditud suitsiidikordaja oli 13,7 suitsiidi 100 000 inimese kohta (mehi 23,9, naisi 6,4) (17, 58). Eesti suitsiidikordaja on EL-i keskmisest (10 suitsiidi 100 000 inimese kohta) suurem, kuid eriti murettekitav on, et see on viimastel aastatel samale tasemele jäänud, mistõttu vajame uusi suitsiidiennetuse algatusi.



Allikas: EC, OECD. State of Health in the EU Estonia: Country Health Profile 2023. European Observatory on Health Systems and Policies. 2023 (83)

Joonis 4. Suitsiidikordajad Eestis ja EL-is

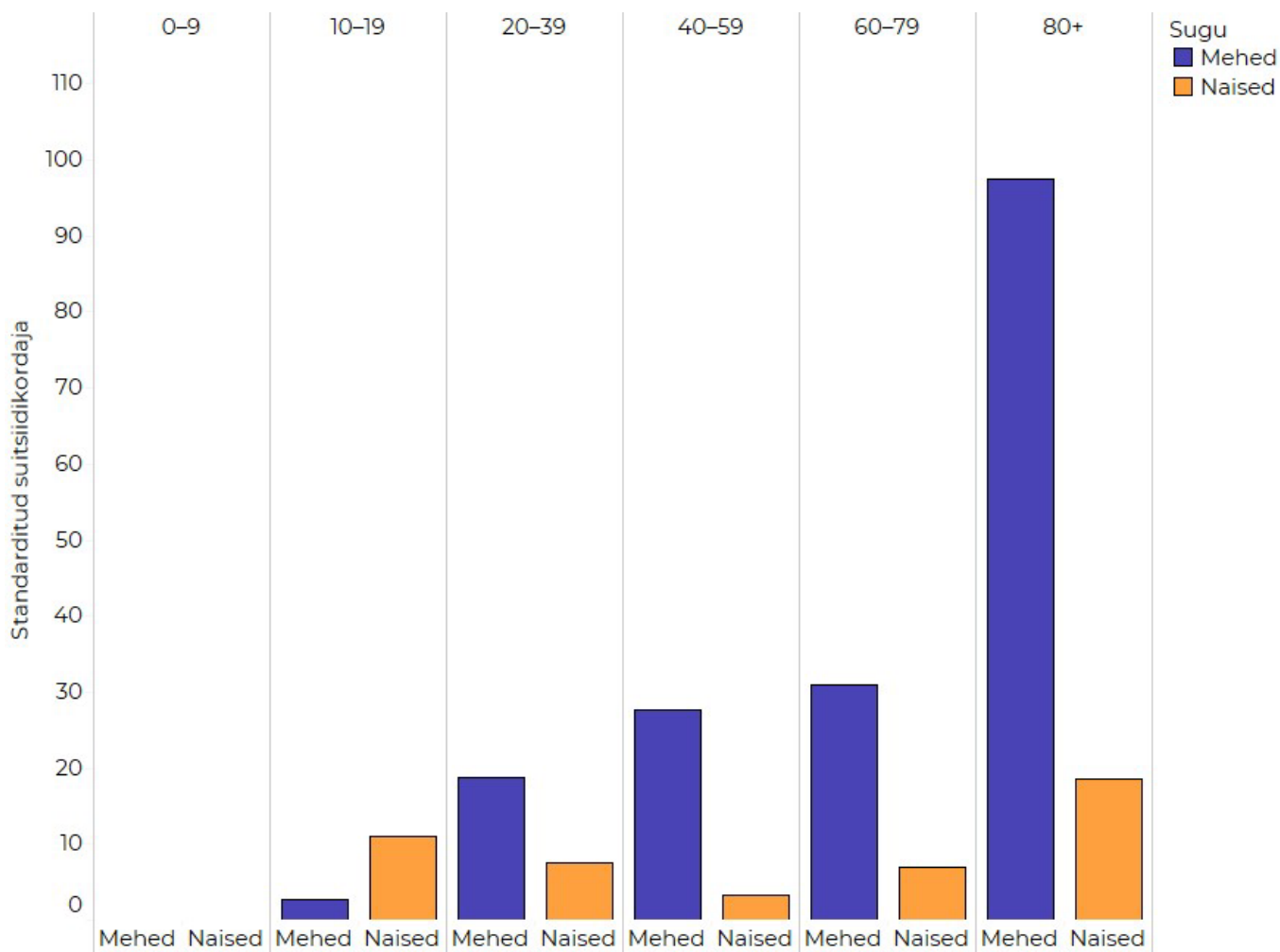


Allikas: Tervise Arengu Instituut (2024) (84)

Joonis 5. Standarditud suitsiidikordajad aastatel 2000–2023

Enesetappude hulk on eri vanuserühmades ja kummagi soo puhul väga erinev. Suurim standarditud suitsiidikordaja oli 2023. aastal 80-aastaste ja vanemate hulgas (39,0), millele järgnesid vanuserühmad 60–79 (16,7), 40–59 (15,3), 20–29 (13,4) ja 10–19 (6,7). 20–39-aastaste vanuserühmas on meeste suitsiidikordaja

suurem kui naistel, kusjuures vanuserühmades 40–59, 60–79 ja vähemalt 80-aastased on see pidevalt kasvanud (joonis 6). Naiste puhul on suurim suitsiidide hulk 10–19-aastaste vanuserühmas ning 80-aastaste ja vanemate seas.



Allikas: Tervise Arengu Instituut (2024); ei ole standarditud Euroopa elanikkonnale 2013 (84)

Joonis 6. Standarditud suitsiidikordajad soo ja vanuserühma järgi (2023)

Aastal 2023 oli tahtlik enesevigastamine poomise, kägistamise ja lämbumise teel (X70, 118 juhtumit) kõigis vanuserühmades ja mõlema soo puhul levinuim enesetapumeetod. Sellele järgnes tahtlik enesemürgistus ravimitega (X60–X64, 30 juhtumit), tahtlik enesevigastamine tulirelva või lõhkeainega (X72–X75,

15 juhtumit) ja kõrgustest alla hüppamine (X80, 12 juhtumit). Meetodi valikul on teise eelistuse puhul sugude ja vanuserühmade vahel märkimisväärsed erinevused (tabel 3). Naiste teine eelistus on valdavalt enesemürgistus ravimitega (X60–X64), samas kui mehed eelistavad pigem tulirelvi (X72–X75).

Tabel 3. Levinuimad suitsiidimeetodid vanuserühma ja soo järgi (2023)

Sugu/vanus	0–19	20–39	40–59	60–79	Min 80
Naised	1. Poomine 2. Enesemürgistus	1. Enesemürgistus 2. Poomine/tulistamine	1. Poomine 2. Enesemürgistus	1. Poomine 2. Enesemürgistus	1. Poomine 2. Enesemürgistus / kõrgustest hüppamine
Mehed	1. Poomine/ enesemürgistus 2. Hüppamine liikuva objekti ette	1. Poomine 2. Enesemürgistus	1. Poomine 2. Tulistamine	1. Poomine 2. Tulistamine	1. Poomine 2. Kõrgustest hüppamine

Allikas: Tervise Arengu Instituut (2024) (84)

2.6.2. Enesetapukatseted

Enesetapukatsete registreerimisel tuleb eristada ravijuhtude hulka ja enesetapukatse teinud isikute hulka. Ravijuhtude hulk aastas on suurem kui enesetapukatse teinud isikute oma, sest tahtlikult ennast vigastav inimene võib esmatasandi arstiabiga kokku puutuda rohkem kui üks kord aastas (korduvad enesetapukatsete) (59, 61, 62).

Aastal 2023 oli meditsiinisüsteemis registreeritud enesetapukatseid teinud inimeste hulk üle kümne korra suurem kui enesetappude hulk (63). Enesetapukatseid oli 2023. aastal 170 juhtumit 100 000 inimese kohta (63), mis on rohkem kui

2020. aastal (144 juhtumit 100 000 inimese kohta) (59). Hiljutine epidemioloogiline uuring, mis hõlmas andmeid aastatest 2000–2020, näitas enesetapukatsete hulga kasvusuundumust Eestis ning viimaste aastate andmete analüüs toetab selle uuringu järeldusi (59). 2023. aastal registreeriti 3518 ravijuhtu ja 2344 mitmesuguseid enesetapukatseid teinud isikut (63). Tabelis 4 on toodud tahtliku ja ebaselge tahtlusega enesevigastamise juhtumite absoluutarv ja osakaal kümne aasta jooksul (2013–2023). Kõnealusel ajavahemikul moodustas ebaselge tahtlusega vigastuste osakaal 27,5% enesevigastuste ravijuhtudest.

Tabel 4. Registreeritud enesevigastamise juhtumid enesetapukatsetusega või ilma (2013–2023)

Diagnoos	Kokku	Mehed	Naised	Kokku (%)	Mehed (%)	Naised (%)
Tahtlik enesevigastamine (X60–X84)	31 801	17 054	14 747	72,5	59,9	76,4
Enesevigastamine ilma selge kavatsuseta (Y10–Y34, Y87)	12 068	7525	4543	27,5	30,6	23,5

Allikas: Tervisekassa (2023) (63)

Kooskõlas varasemate uuringute tulemustega (59, 60) oli 2023. aastal kõige levinum enesevigastamise meetod ravimimürgistus (28,7%), millele järgnesid alkoholimürgistus (28%) ja vigastamine terava esemega (10,5%). Kasutatud meetodites esines soolisi erinevusi. Meeste puhul on kõige levinum enesevigasta-

mise meetod alkoholimürgistus (36,5%), millele järgneb ravimimürgistus (18,3%) ja vigastamine terava esemega (8,6%). Naiste hulgas on levinum ravimimürgistus (42%), millele järgneb alkoholimürgistus (17,2%) ja vigastamine terava esemega (13,1%).

Tabel 5. Registreeritud enesevigastamise (enesetapukatsetusega või ilma) levinuimad meetodid (2013–2023)

Diagnoos	RHK-10	Kokku	Mehed	Naised	Kokku (%)	Mehed	Naised (%)
Enesemürgistus ravimitega, tahtlik	X60–X64	12 607	4504	8103	28,7	18,3	42
Enesemürgistus ravimitega, ebaselge tahtlus	Y10–Y14	1104	570	534	2,5	2,3	2,8
Enesemürgistus alkoholiga, tahtlik	X65	12 273	8959	3314	28	36,5	17,2
Enesemürgistus alkoholiga, ebaselge tahtlus	Y15	1183	799	384	2,7	3,3	2,0
Terav ese, tahtlik	X78	4628	2109	2519	10,5	8,6	13,1
Terav ese, ebaselge tahtlus	Y28	2250	1490	760	5,1	6,1	3,9
Täpsustamata juhtum, ebaselge tahtlus	Y34	4765	2943	1822	10,9	12,0	9,5

Allikas: Tervisekassa (2024) (63)

2.7. Suitsiidiennetuse edusammud: Eesti jõupingutused

Viimastel aastakümnetel on suitsiidiennetustöö keskendunud ühiskonna teadlikkuse suurendamisele suitsiidi ja suitsiidiennetuse kohta, tugiliinide loomisele, suitsiidivahenditele ligipääsu piiramisele, psühhosotsiaalse ja psühhiaatrilise kriisiabi individuaalsete teenuste osutamisele ning vastutustundliku meediakajastuse edendamisele.

Valitsus teeb aktiivselt koostööd mittetulundusühingute ja vaimse tervise edendajatega, kellel on oluline roll kogukonna toetamisel, teavitamisel ja harimisel suitsiidiennetuse valdkonnas. Eestis on tugev suitsiidiennetusega tegelevate vabaühenduste kogukond. Riigil on pikaajaline suitsiidiuuringute traditsioon, mille eestvedaja on 1993. aastal asutatud valitsusväline uurimis- ja arendustööga tegelev asutus Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI, www.suicidology.ee) (59). ERSI on kaasa aidanud inimeste harimisele ja teadlikkuse suurendamisele suitsiidiennetuse teemal, rahvusvahelistele uuringutele, praktilise abi osutamisele (esimese tugiliini loomine Eestis) ning võrgustike loomisele riiklikul ja rahvusvahelisel tasandil (64). Instituut on osalenud paljudes projektides, mida on korraldanud WHO (mitmekeskuseline suitsiidikäitumise uuring SUPRE-MISS) ja Euroopa Komisjon (EAAD, ProMenPol, MONSUE, EMIP, IMHPA, OSPI, SEYLE, MHP-Hands, T-MHP, WE-STAY, PREDI-NU/iFightDepression, EAAD-Best, MESUR, MENTBEST) (59). Peale ERSI edendab vaimset tervist ja varajast sekkumist MTÜ Peaasjad (www.peaasi.ee). MTÜ jagab teavet suitsiidsuse, kriisisekkumise ja olemasolevate teenuste kohta. Sellel ühingul on oluline roll meediaseires, sest vaatab regulaarselt läbi suitsiiditeemalisi meediakajastusi ja vajaduse korral sekkub. Aastal 2023 loodi eraldi ühinguna Eesti Suitsiidiohvri Lähedaste Ühendus (EluS).

On tehtud palju jõupingutusi, et suurendada **teadlikkust suitsiidikäitumisest ja suitsiidist** kui rahvatervishoiu probleemist Eestis. Alates

2000. aastast on eesti keelde tõlgitud mitu WHO materjali (juhendmaterjalid esmatasandi tervishoiutöötajatele, õpetajatele ja muule koolipersonalile ning vanglaametnikele, ennetusmeetmed töökohal, suitsiidide vastutustundlik kajastamine meedias) (65-71). Lisaks on hiljuti läbi viidud epidemioloogilisi uuringuid, et saada ülevaade enesetappude hulgast ja enesetapukatsete suundumustest ning olukorda analüüsida (59, 60). Aastal 2022 toetas Sotsiaalministeerium rahaliselt ERSI ja TLÜ tehtud uuringut „Suitsiidse patsiendi käsitus esmatasandi tervishoius, kiirabis ja erakorralise meditsiini osakondades“.

Suitsiidikäitumise või -kavatsusega inimeste toetamise ja ravi teenuseid pakutakse palju. Eestis on ööpäev läbi saadaval **üleriigilised kriisiabi telefonid** (116 006 täiskasvanutele ja 116 111 alaealistele). Lisaks telefoniliinidele saab vestelda ka veebis. Neid teenuseid haldab Sotsiaalkindlustusamet. Tugiliinid tegelevad kriisisekkumisega laiemalt, kuid puudub spetsiaalne abitelefoni, mis oleks mõeldud ainult suitsiidiennetusele. Peale selle on mõnes suuremas linnas (Tallinnas, Tartus, Pärnus, Viljandis) olemas igas vanuses inimestele mõeldud psühhosotsiaalse ja psühhiaatrilise kriisiabi teenused, mis on saadaval ööpäev läbi. **Järeltugi** pärast erakorralist abi (haiglaravi või ambulatoorsed teenused) ei ole aga standarditud ega tavaks. **Värvahoidjate koolitust** (nt haridusasutustes, perearstidele) pakutakse aeg-ajalt, kuid oleneb projektide jaoks saadaolevatest vahenditest. See koolitus keskendub ka psüühikahäiretele (nt depressioonile) üldiselt.

Suitsiidivahenditele ligipääsu piiramiseks on Eestis kehtestatud relvaohutuse nõuded ning eeskirjad retseptiravimite reguleerimiseks, samuti mõni piirang alkoholimüügile. Kõrgelt kukkumise ärahoidmiseks on mõnda kohta rajatud kaitsepiirded, kuid seda tüüpi meetmeid ei ole veel süsteemselt võetud.

Meedias on hakatud viimasel ajal **suitsiide vastutustundlikumalt kajastama**. Septembris

2023 andis Eesti esimest korda välja Papageno preemia, millega tunnustatakse ajakirjanikke suitsiidikäitumise vastutustundliku kajastamise eest. Papageno preemiat hakati välja andma Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Noorte Ajakirjanike Liidu (ENAS) koostöös. Vastutustundliku meediakajastuse edendamiseks on ka tõlgitud WHO suuniseid enesetappude kajastamise kohta meedias, jälgitud meediakajastuste kvaliteeti ja vajaduse korral sekkunud. Koostöös rahvusvaheliste ekspertidega on loodud eelkõige ajakirjandustudengitele mõeldud vastutustundliku meediakajastuse veebikursus, ehkki seda ei ole veel süsteemselt kasutusele

võetud. Oluline roll meediaseires on MTÜ-l Peaasjad, kes jälgib, et suitsiiditeemat kajastataks meedias vastutustundlikult, ja vajaduse korral sekkub.

Aastal 2021 liitus Eesti Euroopa Komisjoni algatusega JA ImpleMENTAL, võttes kohustuse 2024. aasta septembriks töötada välja suitsiidiennetuse strateegia. Kõik see näitab Eesti kindlat pühendumist keerulise suitsiidiprobleemi lahendamisele ja elanikkonna vaimse heaolu edendamisele.

3. Eesti suitsiidiennetuse programmi ja tegevuskava (SETK) väljatöötamine

Seni ei ole Eestis suitsiidiennetuses põhjalikku riiklikku poliitikadokumenti ja väljakujunenud tavasid olnud. Eesti suitsiidiennetuse programmi ja tegevuskava 2025–2028 (SETK) eesmärk on see lünk täita ja enesetappude hulka Eestis vähendada. SETK on kooskõlas nelja riikliku strateegiaga: 1) riigi pikaajaline arengustrateegia „Eesti 2035“, 2) rahvastiku tervise arengukava 2020–2030, 3) vaimse tervise roheline raamat 2021 ja 4) vaimse tervise tegevuskava 2023–2026 (68–71). Ehkki ka vaimse tervise tegevuskavas on lühidalt mainitud suitsiidiennetuse tegevusi, on suitsiidiennetuse tegevuskava esimene valitsuse dokument, mis keskendubki enesetappude ennetamisele. Selles kirjeldatakse üksikasjalikult konkreetseid tegevusi strateegiliste eesmärkide saavutamiseks.

Suitsiidiennetuse tegevuskava peaks lahendama Eestis kaks pakilist probleemi ehk aitama vähendada samale tasemele jäänud enesetappude hulka ning looma suitsiidiennetuse riikliku programmi. Suitsiidiennetuses on oluline pidev lähenemisviis ja pikaajaline perspektiiv, mistõttu ongi vaja riiklikku programmi ning tegevuskava. Eestis on suitsiidiennetuse tähelepanuväärsed komponendid vaimse tervise teenuste süsteem, tugiliinid ja suurem teadlikkus suitsiidist kui rahvatervishoiu probleemist. Tegevuskava rakendamine on vaimse tervise toetamiseks väga tähtis, kusjuures peamine kasu on enesetappude hulga vähenemine. Tegevuskava on kooskõlas WHO strateegias „LIVE LIFE“ antud soovitusetega (5, 21).

Suitsiidiennetuse tegevuskavas on esitatud konkreetsed strateegilised eesmärgid, mis on omakorda jagatud kitsamateks eesmärkideks ja meetmeteks, kusjuures rollid ja vastutus- alad on selgelt piiritletud. Eesmärk on ennetada suitsiidikäitumist (sh enesetappukatseid ja

-mõtteid). Seda lähenemisviisi toetavad rahvusvahelised tõendid, mis näitavad, et enesetappukavatsusega enesevigastamine on lõpuleviidud enesetappu oluline riskitegur. Tegevuseesmärkide ja tegevuste edusammude jälgimiseks on kindlaks määratud peamised protsessinäitajad.

Suitsiidiennetuse tegevuskava koordineerimise ja hindamise üle teeb järelevalvet Sotsiaalministeerium, kes paneb samuti paika oma prioriteetid aastateks 2025–2028. Suitsiidiennetuse tegevuskaval on siiski ka mõni piirang: teatud strateegilised valdkonnad ja nendega seotud tegevuseesmärgid jäävad Sotsiaalministeeriumi otsesest pädevusest välja, kuna kuuluvad teiste ametiasutuste vastutusalasse. Kitsaskoha aitaks kõrvaldada probleemi tõstatamine valitsuse tasandil. See soodustaks eri ministereeriumide ja huvirühmade koostööd, mille keskne koordineeriv asutus oleks Sotsiaalministeerium.

3.1. Metoodika

Tegevuskava väljatöötamist juhtis Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakond koostöös JA ImpleMENTALi riikliku töörühma ja teiste asjaomaste organisatsioonidega. Suitsiidiennetuse ekspertidest ning huvirühmade ja partnerite esindajatest koosneva töörühma loomine oli JA ImpleMENTALi projekti üks esimesi ettevõtmisi Eestis. Riiklikku töörühma kuuluvad mitmesugused huvirühmad ja partnerid, nagu Sotsiaalkindlustusamet (SKA), Eesti Psühhiaatrite Selts (EPS), Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI), MTÜ-d Peaasjad ja Eesti Suitsiidiohvri Lähedaste Ühendus (EluS), WHO Eesti esindus, Tallinna Ülikool (TLÜ), Tervise Arengu Instituut (TAI), Eesti Psühholoogide Liit (EPL), Haridus- ja Noorteamet (HARNO), Haridus- ja Teadusministeerium (HM) ning perearstide esindaja. Koosolekud töörühmaga

toimused korrapäraselt iga paari nädala tagant ja liikmed arutasid jooksvalt kõiki esilekerkivaid küsimusi.

Siinse dokumendi alus on suitsiidikäitumise epidemioloogial ja Eestis kehtivatel suitsiidienetusmeetmetel põhinev olukorraanalüüs, mis korraldati SANA küsimustiku abil. Analüüs hõlmas andmete põhjalikku ülevaadet (sh avaldatud artikleid ja tasuta teabekirjandust suitsiidienetuse jõupingutuste kohta riigis). SANA küsimustiku tulemusi jagati riikliku töörühmaga, et kuulda seisukohti ja hinnata selle rahvatervise probleemi ulatust. Peale selle käsitleti ja analüüsi Tervise Arengu Instituudi (TAI) ning enesevõlgastamise tõttu haiglaravile sattunute riikliku registri (mida peab Tervisekassa) andmete kättesaadavust ja kvaliteeti. Suitsiidikäitumist käsitlevate andmete analüüs ning vestluste ja seminaride tulemused võeti kokku SANA töövahendi abil. Samuti tutvustati ja arutati suitsiidienetuse strateegilisi eesmärke ning soovitatud sekkumisi.

Tegevuskava väljatöötamisel lähtuti läbipaistvusest ja erapooletusest. Olulise teabe kogumiseks ning mitut valdkonda hõlmava ja mitmetasandilise lähenemise tagamiseks korraldati pidevalt vestlusi ning seminare teadus-, haridus-, sotsiaal- ja tervishoiusektori peamiste huvirühmadega. Konsultatsioone peeti ka paljude organisatsioonide ja valitsusasutustega, nagu Sotsiaalkindlustusamet (SKA), Haridus- ja Noorteamet (HARNO), Kliimaministeerium, Sise- ja Tervise Arengu Instituut (TAI), MTÜ-d (Peaasjad, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI), Eesti Suitsiidiohvri Lähedaste Ühendus (EluS), Tallinna Ülikool (TLÜ), Eesti Apteekrite Liit (EAL), Eesti Proviisorapteekide Liit (EPAL), Eesti Proviisorite Koda (EPK), Eesti Farmaatsia Selts (EFS), Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet (TTJA), MTÜ Operation Lifesaver, Eesti Noorte Ajakirjanike Selts (ENAS), Politsei- ja Piirivalveamet (PPA), Päästeamet, kohalike omavalitsuste ja maakondlike projektide esindajad. Seminaridel osalejad rääkisid oma rollidest ja organisatsioo-

nidest, keskendudes suitsiidikäitumise ja -ennetuse kriitilistele valdkondadele. Tegevuskava koostamisel lähtuti suitsiidienetuse ressursikeskuse (SPRC) strateegilisel planeerimisel põhinevast lähenemisviisist suitsiidienetusele ning WHO strateegiast „LIVE LIFE“. Suitsiidienetusega seotud tugevate ja nõrkade külgede, võimaluste ja ohtude väljaselgitamiseks kasutati SWOT-analüüsi. Selle põhjal töötati välja suitsiidienetuse tegevuskava meetmed. Kokkuvõttes hõlmas vajaduste analüüs järgmist:

- suitsiidikäitumist ja kehtivaid suitsiidienetuse tavaid käsitlevate andmete põhjal tehtud olukorraanalüüsi (SANA) läbivaatamine;
- tulemuste esitamine riiklikule töörühmale;
- Eesti suitsiidikäitumist ja -ennetust käsitlevate teabematerjalide (sh teadusartiklite ja uuringute) läbivaatamine;
- teiste riikide suitsiidienetustavade ja riikliku poliitikaga tutvumine;
- huvirühmadega konsulteerimine olemasolevate suitsiidienetusmeetmete teemal;
- kiireloomuliste vajaduste ja sekkumiste väljaselgitamine suitsiidienetuse valdkonnas (sihtrühmad, sekkumise tüüp).

3.2. SANA töövahendi ja SWOT-analüüsi tulemused

SANA tulemuste põhjal on Eesti suitsiidienetuse programmis ja tegevuskavas kindlaks määratud peamised suitsiidienetuse eesmärgid, sealhulgas:

- suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine;
- suitsiidikäitumise vastutustundliku meedia- kajastuse edendamine;
- suurenenud suitsiidiriskiga inimestele mõeldud teenustele parema ligipääsu tagamine;
- suitsiidienetuse hariduse ja koolituse täiustamine;

- kriisiabi kättesaadavuse tagamine;
- teenuste pakkumine enesetapukatse teinud inimestele;
- lähedase kaotanud perede, eriti laste ja noorte toetamine;
- suitsiidiennetuse võimaluste suurendamine;
- vaimse tervise probleemidega inimeste ja kriisilukorras abi otsimise häbimärgistamise vastu võitlemine;
- suitsiidi käsitlevate uuringute ja andmete kogumise edendamine;
- suitsiidiennetuse meetmete järgimine ja koordineerimine.

Nende eesmärkide saavutamiseks vajalike vahendite jaotamiseks kasutati SWOT-analüüsi ehk analüüsimeetodit, mis aitab välja selgitada ja liigitada peamised sisemised (tugevad ja nõrgad küljed) ning välised tegurid (võimalused ja ohud). SWOT-analüüs tehti koostöös huvirühmadega ning see koondas suitsiidiennetuse sekkumisi soodustavad ja takistavad tegurid. SWOT-analüüs annab kokkuvõtliku ülevaate teabest ja teadmistest, mis saadi Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakonna ning JA ImpleMENTALi riikliku töörühma konsultatsioonide käigus. Järgnevalt on esitatud SWOT-analüüsi tulemuste kokkuvõte, lähtudes peamistest sisemistest ja välistest teguritest.

SISEMISED TEGURID

Tugevad küljed

Eestis on suitsiidiennetuse valdkonnas mitu tugevat külge. Hoolimata piiratud võimalustest on Sotsiaalministeerium selle kriitilise probleemiga lahendamiseks eraldanud märkimisväärsed vahendid. Aktiivsete meetmetena on ministeeriumis loodud vaimse tervise osakond ja lisaametikoht suitsiidiennetusega tegelemiseks. Vaimse tervise tegevuskava aastateks 2023–2026 sisaldab suitsiidiennetust käsitlevat osa, mis näitab, et riik on võtnud strateegiliseks kohuseks vaimse tervise probleemidega põhja-

likult tegeleda. Seda kinnitab ka Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon VATEK-i loomine. Tänu spetsialistide valmisolekule võtta suitsiidiennetuses aktiivne roll ning tugevale esmatasandi tervishoiusüsteemile on ka üldine tervishoiuraamistik tõhusam. Tervise infosüsteem loob hädavajaliku aluse tulemuslikuks andmete jagamiseks ja tagab olukorrast tervikliku ülevaate.

Andmete laialdane kättesaadavus ja pikaajaline uurimistraditsioon suitsiidiennetuses näitab, et Eesti pooldab tõenduspõhist lähenemisviisi. Meediatöötajatele mõeldud e-õppe programmide korraldamine tähendab terviklikku lähenemist, pidades silmas meedia olulist rolli üldsuse arusaamade kujundamisel ja teabe levitamisel. Kõik need tugevad küljed toetavad Eesti jätkuvaid jõupingutusi enesetappude ennetamiseks ja vaimse tervise edendamiseks.

Eestis viiakse vaimse tervise valdkonnas ellu mitmesuguseid sekkumis- ja ennetusprogramme (sh koolipõhiseid algatusi ja selliseid vanemlusprogramme nagu „Imelised aastad“), samuti on olemas vanemlusteemalised veebisaidid (72). Koolides rakendatakse ka niisuguseid programme nagu „Käitumisoskuste mäng“, mis aitab õpetajatel luua toetavat õpikeskkonda (73), ja kiusamisvastane programm „KiVa“ (74).

Riigi tasandil töötatakse välja ja propageeritakse tõenduspõhiseid ennetustöö abivahendeid ja suuniseid ning strateegiliste partnerluste kaudu toetatakse teavitamistegevust. Kohalikel omavalitsustel on väga oluline roll kogukondades tugiteenuste ja toetavate tegevuste pakkumisel.

Eestis on suitsiidiennetusele kaasa aidanud ulatuslik võrgustikutöö nii rahvusvahelisel kui ka riigi tasandil, teadustööd ja uuringud ning valdkondadevaheline koostöö valitsemissektori, vabaühenduste ja teadlaste vahel. Nii riiklikul kui ka piirkondlikul tasandil on olnud prioriteet mitmetasandiline koostöö, suurem teadlikkus suitsiidikäitumisest kui tõsisest rahvatervise probleemist, valdkonnaülene koolitus suitsiidiriskiga inimestega tegelemiseks ning suitsii-

diennetuse lõimimine riiklikesse vaimse tervise strateegiatesse ja tegevuskavadesse. Need ühised jõupingutused on nurgakivi Eesti terviklikule lähenemisele suitsiidiennetuses ja vaimse tervise toetamises.

Nõrgad küljed

Eesti lähenemine suitsiidiennetusele toob esile mitu probleemi. Eelkõige ei pöörata ennetustegevuses kõigile vanuserühmadele piisavalt tähelepanu – valdavalt kavandatakse noortele mõeldud tegevusi, jättes vanemad inimesed pigem tähelepanuta. Peale selle ei ole ligipääs koolipõhiste programmidele üldine ja vaimse tervise teenuste kvaliteet on erinev. Kuigi koolid peavad laste vaimse tervise toetamiseks pakkuma mitmesuguseid teenuseid, on nende teenuste kvaliteet ja kättesaadavus väga ebaühtlane.

Asjaolu, et värvahoidjatele ei ole standarditud koolitusi ja puuduvad esmase sekkumise suunised, võib negatiivselt mõjutada olulist rolli täitvate isikute valmisolekut. Esmatasandi tervishoius on puudu vaimse tervise spetsialistidest, mis mõjutab vaimse tervise teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti. Kohalike omavalitsuste piiratud vastutus tervishoius ja suitsiidiennetuses võib takistada kooskõlastatud jõupingutusi kogukonna tasandil. Lisaks takistab terviklikku ja lõimitud lähenemist see, et eri sektorite (sotsiaalteenused, tervishoid ja haridus) vahel ei jagata andmeid. Infot, mis on saadaval sellistes asutustes nagu koolid, ei pruugita täielikult ära kasutada ja puuduvad vajalikud töötajad (sh vaimse tervise õed). On ka kultuurilisi ja keelelisi probleeme (nt ei suudeta pakkuda teenuseid eri keele- ja kultuuritaustaga inimestele). Tugirühmi kasutatakse teenuse vormina liiga vähe ja nende kvaliteet võib olla kehv. Praegu kiputakse keskenduma kallitele ja süsteemselt keerukatele lahendustele (sh digitaalsetele sekkumistele), kuid pole kindel, kas need on kulutasuvad ja kõikidele rahvastikurühmadele ligipääsetavad.

Nende nõrkade külgede kõrvaldamine on ülioluline, et muuta suitsiidiennetus Eestis tõhusamaks ja edendada vaimse tervise igakülgselt toetamist.

VÄLISED TEGURID

Võimalused

Eestil on mitu võimalust suitsiidiennetuse strateegiate tõhustamiseks. Võimalike suure enesetapuriskiga kohtade, nagu sildade, jõgede, raudteejaamade ja tornide, tuvastamine võimaldab võtta sihipäraseid ennetusmeetmeid.

Oluline viis, kuidas suitsiidiriski tuvastamist ja juhtimist eri sektorites tõhustada, on korraldada koolitusprogramm värvahoidjatele (sh perearstidele, kiirabi-, tugiliini-, koolitöötajatele ja koolide meditsiiniõdedele).

Vaimse tervise toetamisse panustavate spetsialistide võrgustiku laiendamiseks tasub uurida proviisorite kaasamise võimalusi ja kasutada ära töötervishoiutöötajate eriteadmisi.

Kooli meditsiiniõdede olemasolev süsteem võimaldab suurendada nende rolli ja neid laiemalt tervishoiusüsteemi lõimida.

Eestis on tugev poliitiline tahe, suitsiidiennetust peetakse oluliseks ning vaimne tervis on poliitiline ja institutsiooniline prioriteet. Kohalikele omavalitsustele antavad toetused, kogukonna tegevuse potentsiaal ja vanemaealiste üksilduse mõistmine pakuvad võimalusi sihipäraseks algatusteks.

Võimalik on ka tugevdada perede toetavat rolli ning vähendada vaimse tervise probleemide ja suitsiidikäitumise häbimärgistamist, soodustades seeläbi abiotsijatele avatuma ja kaastundlikuma keskkonna loomist. Nende võimaluste ärakasutamine võib Eesti suitsiidiennetuse algatusi oluliselt tõhustada ja üldist vaimset heaolu edendada.

Ohud

Eesti suitsiidiennetuse algatused põrkavad

olulisele probleemile. Püsivalt suur enesetappude hulk noorte seas näitab tungivat vajadust sihipärase sekkumise ja paremate tugisüsteemide järele.

Kuna puudub organiseeritud struktuur, mis tagaks noorte jätkuva ligipääsu teenustele ja toimetulekumehhanismidele ka siis, kui nad saavad täiskasvanuks, ei pruugi vaimse tervise teenused olla kriitilistel eluetappidel piisaval määral kättesaadavad. Inimestele, kellel on esinenud suitsiidikäitumist, ei pakuta peaaegu üldse järeltoetuseid, mis on murettekitav, sest praktiline tugi ja rehabilitatsioonistrateegiad pärast selliseid vahejuhtumeid on väga olulised. Projektipõhiselt on ellu viidud mitmesuguseid tegevusi suitsiidi tõttu lähedase kaotanute ja suitsiidiga lähedalt kokku puutunud inimeste toetamiseks. Need tegevused vajavad aga pidevat rahastamist, et olemasolevad teenused saaksid jätkuda ja tugirühmadel oleks võimalik uutesse piirkondadesse laieneda. Praegu toimuvad sellised tegevused Tallinnas, Pärnus ja veebis (korraldajad on MTÜ Peaasjad ja ERSI).

Lisaks võib tuvastamise ja hindamise ületähtsustamine, selle asemel et keskenduda aktiivsele sekkumisele ja abile, soodustada vastutuse vältimist.

Ebapiisav ligipääs ravile ja teraapiale, teenuste killustatus ja järelmeetmetega seotud probleemid vähendavad pakutava vaimse tervise abi üldist tõhusust. Peale selle ohustavad vaimse tervise programmide jätkusuutlikkust ja järjepidevust ka tervishoiusüsteemi rahalised piirangud, inimeste nappus ja kogukondlike teenuste sõltumine projektipõhisest rahastamisest.

Väljaõppeta spetsialistide tegevus ja sõltumine mitteametlikest vaimse tervise tugivõrgustikest teevad olukorra veelgi keerulisemaks. Nende ohtudega on ülimalt oluline tegeleda, et Eesti suitsiidienetuse strateegiad ja vaimse tervise tugiteenused tõhusamaks muuta.

Prioriteetsed rakendusmeetmed

Olukorraanalüüsist (SANA) ja SWOT-analüüsist saadud teabe põhjal selgitati välja Eesti suitsiidienetuse programmi ja tegevuskava strateegilised prioriteedid ning kiired tulemused, mida on projektiga võimalik saavutada. Need on esitatud teabekastis 1.

3.3. Muutuste teooria Eesti kontekstis

JA ImpleMENTALi partnerid valisid rakendusprotsessi hindamiseks muutuste teooria raamistiku. See meetod aitab selgitada, kuidas konkreetne sekkumine toob kaasa muutused suundumustes, kuna annab ülevaate programmi kavandatud toimimisest, selle tõhususe põhjustest, kasusaajatest ja edu saavutamiseks vajalikest tingimustest (75, 76). See põhineb tõendite, uskumuste ja eelduste kombinatsioonil. Muutuste teooria on esitatud diagrammidena, mis sisaldavad üksikasjalikku kirjeldust muutusi ja soovitud tulemusi soodustavate strateegiate, tegevuste, tingimuste ja vahendite kohta (77). JA ImpleMENTALi puhul selgitatakse muutuste teooria abil, kuidas parimate tavade rakendamine võib viia oodatud tulemusteni.

Eesti muutuste teooria töötati välja koostööprojekina, mille käigus korraldati kolm seminari projekti eri etappides: rakendamiseelses, rakendamise ja rakendamisjärgses etapis. Rakendamiseelses etapis toimunud esimese seminari eesmärk oli tagada muutuste teooria vastastikune mõistmine, koostada vooskeemi esialgne kavand ja koguda teavet muutuste teooria kõigi tasandite kohta. Selle teabe põhjal, millele lisati täiendav sisend, koostati hindamiseks muutuste teooria mudeli esialgne versioon (joonis 7). Teises seminaris sai riiklik töörühm ülesandeks sõnastada SUPRA programmi alusel näitajad, mis võimaldaksid hinnata muutuste teooriat iga osaleva riigi ainulaadsetest tingimustest lähtuvalt. Rakendamisjärgses etapis andis viimane seminar võimaluse hinnata iga rakendusprotsessi, uurida tulemuste ahelat ja arutada, kuidas tagada jätkusuutlikkus pikemas perspektiivis.

Teabekast. Prioriteetsed rakendusmeetmed

- Tegevused inimeste teadlikkuse suurendamiseks suitsiidist kui rahvatervishoiu probleemist ja enesetappude ennetamisest
- Väravahoidjate (abiliini-, hädaabitöötajate, kriisimeeskondade) koolitamine, et nad oskaksid suitsiidikriisile reageerida ja riske ära tunda
- Suitsiidide ja massivägivalla meediakajastuse parandamine
- Rehabilitatsiooni- ja järeltoesüsteemide loomine, et aidata enesetapukatse teinud inimesi

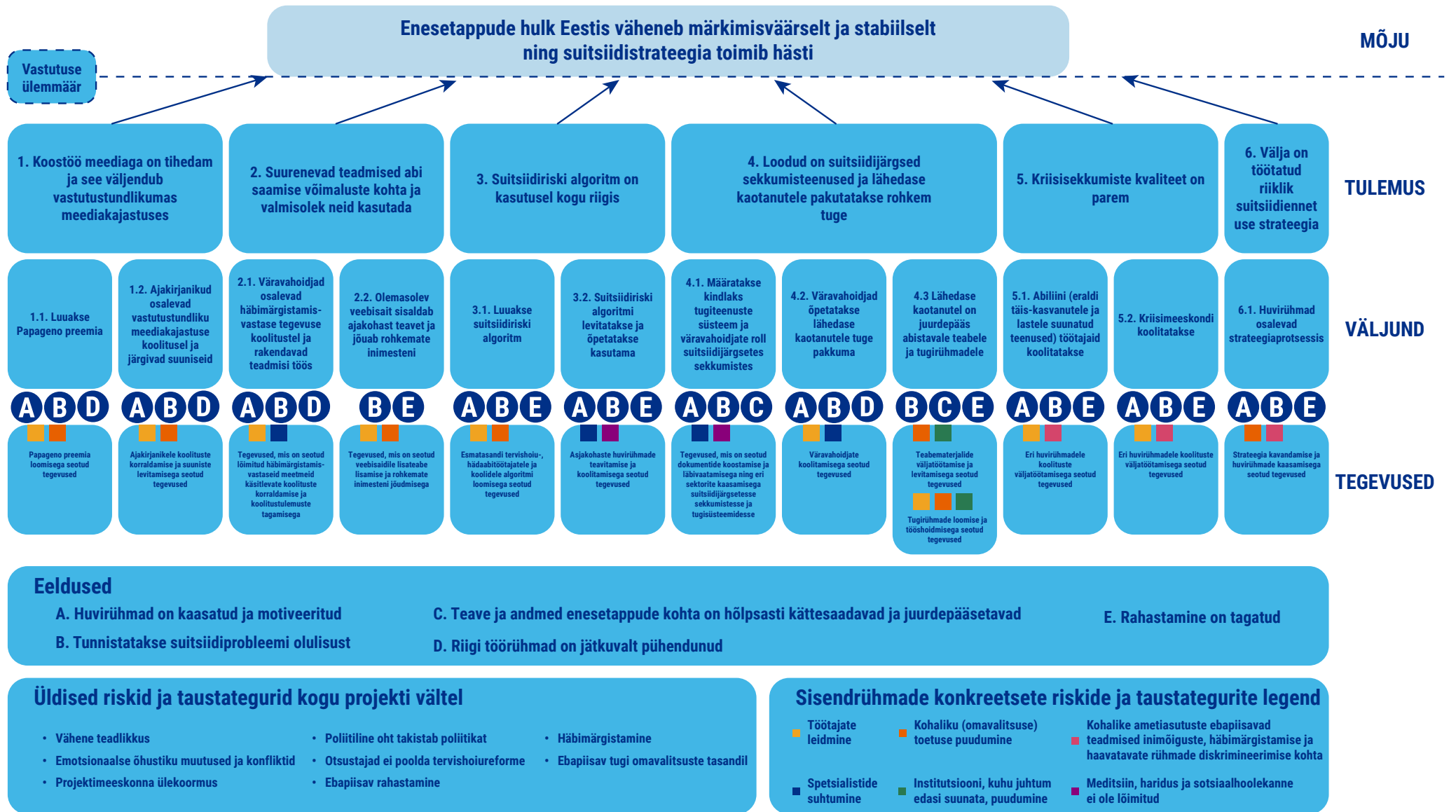
KIRED TULEMUSED

- Algoritmi väljatöötamine suitsiidikäitumisega inimeste käsitlemiseks esmatasandi tervishoius ja esmakontakti ajal
- Abiliinitöötajate ja esmatasandi tervishoiutöötajate koolitamine, et nad oskaksid suitsiidiriski ära tunda
- Papageno preemia loomine (suitsiidi vastutustundliku kajastamise eest meedias)
- Suitsiidikäitumise statistika regulaarne avalikustamine

3.4. Planeeritud tegevuste faasid (PDSA tsüklid) JA ImpleMENTALis

Planeeri-teosta-analüüsi-korrigeeri (PDSA) tsükkel on praktiline teaduslik meetod, mis hõlbustab keerulistes süsteemides toimuvate muutuste hindamist (78). Tsükli neli etappi järgivad teadustöö tavapärast kulgu: luuakse hüpoteese, kogutakse andmeid nende kontrollimiseks, analüüsitakse ja tõlgendatakse tulemusi ning vajaduse korral muudetakse hüpoteese (79). See võimaldab kiiret hindamist ja paindlikkust: sekkumisi saab tagasiside põhjal kohandada, et lahendused vastaksid eesmär-

gile. Väga oluline on PDSA meetodi paindlikkus, mis võimaldab ülesandeid kohandada ja keskendada väikestele, mõõdetavatele muudatustele. See annab kindlustunde, et protsess vastab projekti vajadustele. PDSA meetodi etapid on 1) planeerimine, 2) elluviimine, 3) analüüsimine ja 4) korrigeerimine. PDSA tsükleid kasutati pidevalt kogu JA ImpleMENTALi projekti vältel, et hinnata suitsiidiennetuse strateegilistes valdkondades kavandatud tegevusi. Selline lähene mine aitas hoida ülevaadet nii kavandatud kui ka ellu viidud meetmetest, samuti kõigist rakendusprotsessis tehtud muudatustest.



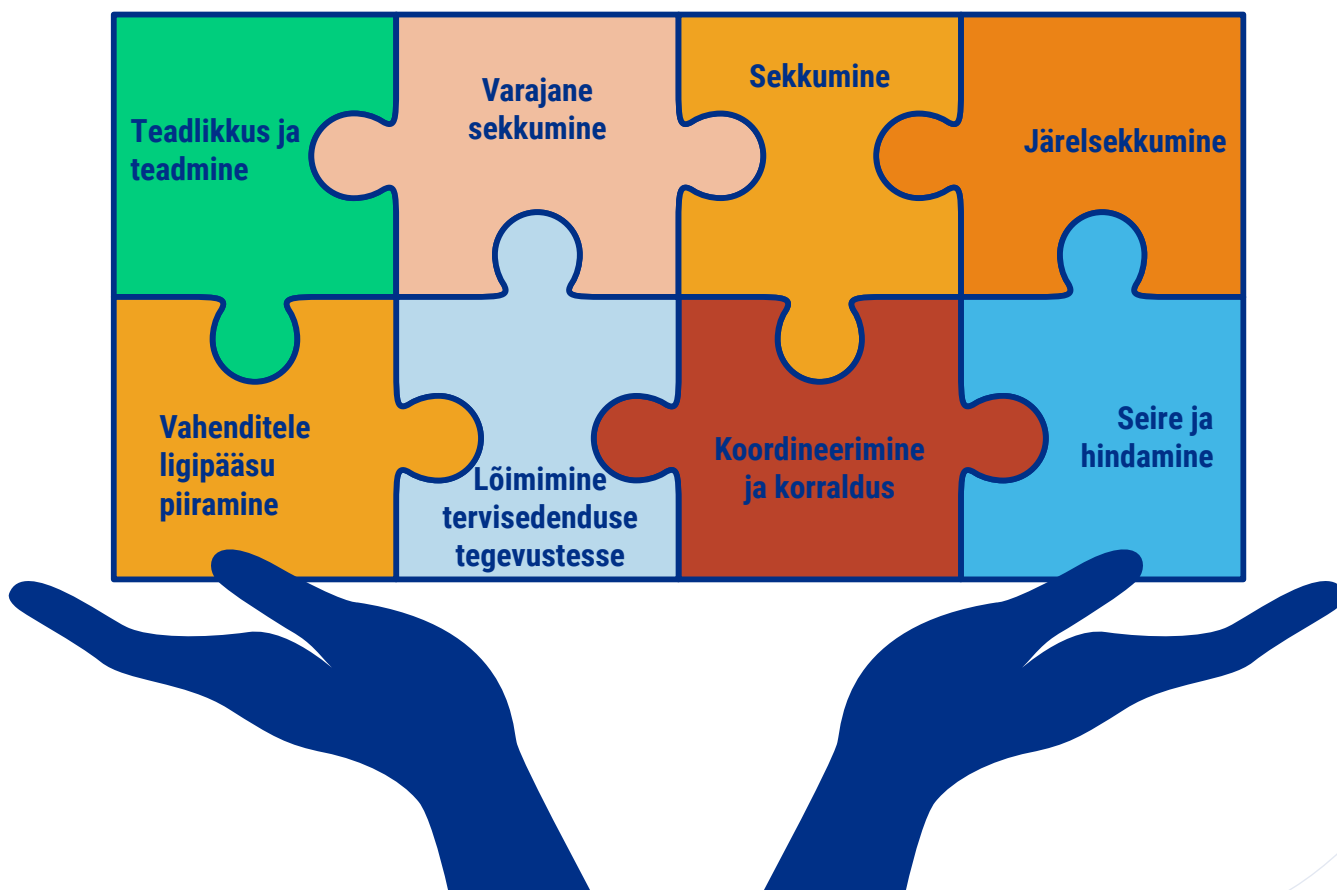
Joonis 7. Muutuste teooria – Eesti kontekst

4. Eesti suitsiidiennetuse programmi ja tegevuskava raamistik

Suitsiidiennetuse tegevuskava raamistik põhineb enesetappude ennetamise olulistel eeldustel, nagu on näidatud joonisel 8. Raamistikus on määratud Eesti suitsiidiennetuse programmi kaheksa üliolulist strateegilist eesmärki:

- teadlikkus ja teadmised;
- tugi ja ravi varajase sekkumisega;
- suure suitsiidiriskiga inimeste aitamiseks sekkumine;
- suitsiidikatsejärgne ehk järelsekkumine – abivõimaluste arendamine;
- suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine;
- tervisedenduse tegevustesse lõimimine;
- koordineerimine ja korraldamine;
- seire ja hindamine.

Kuigi varajane sekkumine, sihipärane sekkumine ja järeltugi on tervikliku ravi ning toe strateegia lahutamatud osad, on täheldatud, et nii varajase sekkumise kui ka järeltoe strateegiate kasutamist tuleb Eestis oluliselt tõhustada. Seetõttu on tehtud strateegiline otsus suurendada jõupingutusi nendes valdkondades, määratledes need eraldiseisvate strateegiliste eesmärkidena. See lähenemine keskendub peamiselt ennetusstrateegiate tõhustamisele (sh igakülgetele rehabilitatsiooniteenustele enesetapukatse teinud inimeste jaoks pärast erakorralist arstiabi), samuti toe pakkumisele enesetapukatse teinu peredele ja enesetapu tõttu lähedase kaotanutele.



Joonis 8. Eesti suitsiidiennetuse programmi ja tegevuskava (2025–2028) raamistik

4.1. Strateegiline eesmärk 1: teadlikkus ja teadmised

Elanikkonna suurem teadlikkus ja paremad teadmised suitsiidikäitumise ennetamisest

Teadlikkusel ja teadmistel on tõhusas suitsiidiennetuses ülioluline roll. Vaimse tervise ja suitsiidiprobleemi keerukuse mõistmine on tähtis nii üksikisikutele kui ka kogukondadele. Teadlikkuse suurendamine on eeldus, et jõuda muutusteni käitumises. Hoiatavatest märkidest ja riskiteguritest teadlik olemine võimaldab riskirühma kuuluvaid inimesi varakult tuvastada ja õigel ajal sekkuda. Teavitamisalgatused koolides ja töökohtades aitavad kaasa teadlikuma ühiskonna loomisele ning annavad vajalikud teadmised eakaaslaste ja lähedaste toetamiseks. Suurem teadlikkus aitab kogukondadel vaimse tervise eest hoolitsemist takistavaid tegureid vähendada ning empaatilist ja mõistvat suhtumist soodustada.

Kokkuvõttes on teadlikul ühiskonnal vaimse tervise probleemidega tegelemiseks, häbimär-

gistamise vähendamiseks ja aktiivseks suitsiidiennetuses osalemiseks paremad eeldused. Meediakajastusel on enesetappude ennetamisel oluline roll, kuna selle kaudu saab näidata, kuidas inimesed on suutnud raskest olukorrast välja tulla (Papageno efekt), ning näited selle kohta, kuidas teised on keerukustega toime tulnud, võivad olla innustavad. Tegevuseesmärgid tähendavad konkreetseid tegevusi üldeesmärgi saavutamiseks.

Tabelis 6 on esitatud 1. strateegilise eesmärgiga seotud tegevuseesmärgid ja meetmed.

Tegevuseesmärgid:

- suitsiidiennetust käsitlevate koolitusprogrammide pakkumine;
- meedia kaasamine ja sotsiaalmeedia kasutamine;
- häbimärgistamisvastane tegutsemine ja abivõimaluste info levitamine.

Tabel 6. Strateegiline eesmärk 1: teadlikkus ja teadmised)

Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 1 Kõiki vanuserühmi puudutavate suitsiidiennetust käsitlevate koolitusprogrammide pakkumine	Kohalik omavalitsus, maakonna terviseedendajad, mittetulundusühingud, tugiorganisatsioonid, Haridus- ja Teadusministeerium, Haridus- ja Noorteamet, Sotsiaalministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, Tööinspeksioon	2025–2028	Üldine, valikuline
TE 2 Meedia kaasamine ja sotsiaalmeedia kasutamine	Mittetulundusühingud, Sotsiaalministeerium	2025–2028	Üldine
Papageno preemia jätkuv väljaandmine, et tunnustada suitsiidikäitumise vastutustundlikku kajastamist meedias			
Suitsiidikäitumise meediakajastuste seiramine	Mittetulundusühingud	2025–2028	Üldine

Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
Eeskirja väljatöötamine meediakanalitega suhtlemiseks juhtudel, kui suitsiidikäitumist on kõmuliselt kajastatud	Sotsiaalministeerium, riiklik suitsiidienetuse tööruhm, mittetulundusühingud, tugiorganisatsioonid	2025	Üldine
TE 3 Häbimärgistamisvastane tegutsemine ja abivõimaluste kohta teabe levitamine			
Tugiteenuste teabematerjalide (nt infobrošüüride, veebimaterjalide) koostamine, et levitada teavet tugiliinide kohta	Sotsiaalkindlustusamet, mittetulundusühingud, kohalikud omavalitsused, maakonna ametiasutused	2025–2028	Üldine, valikuline
Haridusasutustega koostöö tegemine, et lõimida suitsiidienetuse teema õppekavasse ja soodustada toetavat koolikeskkonda	Haridus- ja Teadusministeerium, Haridus- ja Noorteamet, kohalikud omavalitsused	2025–2028	Üldine
Koostöö tegemine tervishoiuteenuste osutajatega (nt töötervishoiuarstide, perearstide, apteekritega), et lõimida suitsiidienetus nende igapäevategevusse	Sotsiaalministeerium, Tervisekassa, töötervishoiu keskused, Eesti Töötervishoiuarstide Selts, Eesti Perearstide Selts, Eesti Apteekrite Liit, Eesti Proviisorapteekide Liit, Eesti Farmaatsia Selts, Eesti Proviisorite Koda	2025–2028	Üldine

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 1. Esimene prioriteet on parandada kõigis vanuserühmades suitsiidienetust käsitleva koolituse kvaliteeti ja kättesaadavust. Selleks otsib ja jälgib Sotsiaalministeerium pakutavaid koolitusi ning teeb partneritega koostööd, et nende kvaliteeti ja kättesaadavust parandada.

TE 2. Teine prioriteet on meedia kaasamine, et suitsiiditeemat kajastataks vastutustundlikult. Selle eesmärgi saavutamiseks teeb Sotsiaalministeerium strateegilise partnerluse mehhanismi kaudu koostööd asjaomaste mittetulundusühingutega ning delegerib neile ajakirjanike teadlikkuse suurendamiseks mõeldud meetmed, nagu vastutustundliku meediakajastuse auhinna (Papageno preemia) väljaandmine ja meediaga suhtlemise eeskirja koostamine juhtudeks, kui suitsiidikäitumist on kõmuliselt kajastatud. Samuti tagab Sotsiaalministeerium nendeks tegevusteks rahalised vahendid.

TE 3. Kolmas prioriteet puudutab häbimärgistamisvastast tegevust. Sotsiaalministeerium jätkab partnerite sellise tegevuste rahalist ja

tehnilist toetamist, kaasates suitsiidiga lähedalt kokku puutunud inimesed teavitus- ja koolitus-tegevusse ning luues (häbimärgistamisvastaseid) tugivõrgustikke.

PEAMISED PROTSESSINÄITAJAD:

- värvahoidjatele, kes on suitsiidide ennetamisel peamised kontaktisikud, on saadaval koolitajate koolitused;
- igal aastal antud Papageno meediapremia;
- suhtlusplatvorm (veebisait), mis sisaldab teavet enesetappude ennetamise, suitsiidiriski hindamise ja abivõimaluste kohta, hoitakse ajakohasena.

4.2. Strateegiline eesmärk 2: tugi ja ravi varajase sekkumise kaudu

Värvahoidjate oskuslikkus suitsiidiriskiga inimeste ja riskirühmadega suhtlemisel

Suitsiidienetuse puhul tähendab varajane sekkumine sihipäraste strateegiatega ja meetmete rakendamist, et tuvastada suitsiidiriskiga inimesed ning pakkuda riski vähendamiseks õigel ajal tuge ja vajalikke vahendeid. Strate-

giline eesmärk on tagada ohumärkide täheldamine ja tegutsemine enne kriisi eskaleerumist. Siia arvatakse kodanike teavitamise programmid, eri keskkondades tegutsevate värvahoidjate koolitamine, kiire ligipääs vaimse tervise vahenditele, üldsuse teadlikkuse suurendamise kampaaniad ning algatused koolides ja töökohtades.

Värvahoidjate strateegiline positsioon võimaldab neil märgata kriisis olevat inimest, tuvastada käitumises suitsiidiriskile viitavaid ohumärke, suunata inimene spetsialistide juurde abi saama ja kasutada muid oskusi, mis võivad raskustesse sattunud aidata (80). **Kogukondlikud värvahoidjad** on näiteks õpetajad, vaimulikud ja kolleegid. **Professionaalsete värvahoidjate** hulka kuuluvad aga tervishoiutöötajad ja muud spetsialistid, kes puutuvad tööülesannetes kokku ohustatud inimestega. Peale selle näitavad uuringud, et värvahoidjate koolitamise mõju (teadmised ja enesetõhusus) jääb aja jooksul püsima (81). Värvahoidjate teoreetilises mudelis on esitatud neli tegurit, mis võivad mõjutada sekkumispõhist otsuste tegemist ja mida saab koolitamisega parandada. Nende hulka kuuluvad teadmised suitsii-

dist, uskumused ja hoiakud suitsiidiennetuse kohta ning vastumeelsus sekkuda (vastutuse puudumine, häbimärgistamine, enesetõhusus) (80). Planeeritud käitumise teooria kohaselt on sekkumiskavatsus korrelatsioonis suhtumisega sekkumisse (82). Mõni tuntud hindamisvahend võib aidata hinnata koolituse mõju värvahoidjate käitumisele – need on GBS (Gatekeeper Behaviour Scale – värvahoidja käitumise skaala) ja GK (üksikisiku valmisolek suitsiidiriski korral sekkuda). Värvahoidjate koolitustelt saadavad miinimumpädevused on teadmised, oskused, suutlikkus, hoiakud ja enesetõhusus ning need võimaldavad programme võrrelda.

Tegevuseesmärgid:

- professionaalsete värvahoidjate (nt tugiliini-, esmatasandi, tervishoiu- ja EMO töötajate ning kriisimeeskondade) koolitamine;
- kogukondlike värvahoidjate koolitamine;
- ohustatud inimeste turvalisuse planeerimine;
- suure riskiga rühmade toetamine.

Tabel 7. Strateegiline eesmärk 2: tugi ja ravi varajase sekkumise kaudu

Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 4 Professionaalsete värvahoidjate suutlikkuse suurendamine			
Tugiliinitöötajate koolitusprogrammi väljatöötamine ja rakendamine, samuti toetamine ning juhendamine interaktiivsete rollimängudega e-koolituse väljatöötamisel	Sotsiaalkindlustusamet, tugijorganisatsioonid	2025–2026	Üldine, valikuline
Professionaalsete värvahoidjate suutlikkuse suurendamine depressiooni ja suitsiidiriski äratundmisel	Riiklik suitsiidiennetuse töörühm, Sotsiaalministeerium, mitmesugused arstide ühendused, haiglad, Tartu Ülikool	2027–2028	Üldine
Suitsiidiennetuse lõimimine esmatasandit puudutavatesse strateegilistesse dokumentidesse	Sotsiaalministeerium, Eesti Perearstide Selts, Eesti Õdede Liit, Eesti Töötervishoiuarstide Selts	2027–2028	Üldine

	Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 5	Kogukondlike värvahoidjate koolitamine			
	Olemasolevatele eneseabivahenditele ligipääsu tagamine (ohumärkide äratundmine, abivõimalused)	Riiklik suitsiidienetuse töörühm, mittetulundusühingud, Sotsiaalministeerium, tugijorganisatsioonid	2025–2028	Üldine
	Kogukondades (haridus- ja töökeskkonnas) spetsialistide koolitamine värvahoidjateks, kes oskavad ära tunda ängistuse märke ning juhatavad inimesi sobivate vahenditeni	Mittetulundusühingud, kohalikud omavalitsused, maakonna ametiasutused	2025–2028	Üldine, valikuline
	Haridusasutuste ja kohalike kogukondade kriisijuhtidele koolituste korraldamine kriisiplaani ning suitsiidi(katse) järgsete sekkumiste kohta	Haridus- ja Noorteamet, kohalikud omavalitsused	2025–2028	Üldine
	Veebipõhise ligipääsu loomine suitsiidiriski hindamise töövahenditele, kust professionaalsed ja kogukondlikud värvahoidjad saaksid teavet suitsiidikriisi korral tegutsemise kohta (nt https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale)	Sotsiaalministeerium, Sotsiaalkindlustusamet, teadusasutused, tugijorganisatsioonid	2025–2028	Üldine, valikuline
TE 6	Ohustatud inimeste turvalisuse planeerimine			
	Olemasolevate ohutusplaanide (eri vanuserühmade ja keskkondade jaoks) ning nende rakendamise läbipaistvuse tagamine, teadlikkuse suurendamine neist.	Riiklik suitsiidienetuse töörühm, tugijorganisatsioonid, kohalikud omavalitsused	2025–2028	Üldine
	Kohalikud kogukonnad peaksid tagama, et väljatöötatud plaan jõuaks kõikidesse koolidesse (kriisijuhtide koolitamine)			
TE 7	Suure riskiga rühmade (depressiooni all kannatajad, varem enesetapukatse teinud, noored, sisserändajad, perevägivalda ohvrid) toetamine			
	Depressiooniriskiga inimeste jaoks eneseabivahenditele või -tööriistadele (nt iFightDepressionile) ligipääsu hõlbustamine	Mittetulundusühingud, tugijorganisatsioonid, Sotsiaalministeerium, riiklik suitsiidienetuse töörühm	2025–2028	Üldine, valikuline
	Enesetapukatse teinud inimeste abistamiseks mõeldud erimudeli või programmi (nt ASSIP-i/Linity) kasutuselevõtu analüüsimine	Riiklik suitsiidienetuse töörühm, Sotsiaalkindlustusamet, Sotsiaalministeerium, Tervisekassa, mittetulundusühingud, tugijorganisatsioonid	2025–2027	Valikuline

Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
Selliste toetusprogrammide loomine, mis keskenduksid mitmetasandiliste kogukonnapõhiste sekkumiste ja uuenduslike tehnoloogiate (nt MENTBEST-i) kasutamisele, eriti haavatavate rühmade abistamiseks	Sotsiaalministeerium, mittetulundusühingud, tugijorganisatsioonid, riiklik suitsiidiennetuse töörühm, kohalikud omavalitsused	2025–2028	Üldine, valikuline
Enesetapukatse teinud noortele mõeldud kooliprogrammide ja õppekavade toetamine	Riiklik suitsiidiennetuse töörühm, Haridus- ja Noorteamet, Sotsiaalministeerium, tugijorganisatsioonid	2025–2028	Valikuline

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 4. Esimene prioriteet on suurendada suitsiidiriski varajast tuvastamist kõikidel tasanditel (sh tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussektoris).

Selle eesmärgi saavutamiseks lõimib Sotsiaalministeerium suitsiidiennetust tervise- ja sotsiaalpoliitika strateegilistesse dokumentidesse (nt esmatasandit puudutavatesse), juhivad tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussektori ning riigi, kohalike omavalitsuste ja kolmandate asutuste koostööd suitsiidiennetuses, samuti vastutab värvahoidjate ja esmareageerijate koolitamise eest.

PEAMISED PROTSESSINÄITAJAD:

- algoritm suitsiidiriski hindamiseks esmatasandi tervishoius, kiirabis ja koolides on välja töötatud ning see on huvirühmadele kasutamiseks saadaval;
- suitsiidiriski algoritmi on kasutamiseks saadaval ja huvirühmi on õpetatud seda kasutama;
- haridusasutuste kriisiplaane ja -sekkumisi tutvustatakse ning huvirühmad on nendega kursis ja võtnud need kasutusse;
- olemas on programmid, mis keskenduvad mitmetasandiliste kogukonnapõhiste sekkumiste ja uuenduslike tehnoloogiate kasutamisele, eriti haavatavate rühmade abistamiseks;
- kasutusel on enesetapukatseid teinud noor-

tele loodud kooliprogrammid ja õppekavad.

4.3. Strateegiline eesmärk 3: sekkumine suure suitsiidiriskiga inimeste aitamiseks

Õigeaegse ja asjakohase sekkumise esma- tähtsus suitsiidikriiside korral

Sekkumine on suitsiidiennetuse seisukohalt ülimalt oluline, kuna see on raskustes olevatele inimestele kriitilise tähtsusega päästerõngas. Õigeaegne ja asjakohane sekkumine võib kallutada kaalukaussi elu ja surma vahel positiivses suunas, pakkudes enesetappu kaalujale kohest tuge. Tugiliinitöötajatel, vaimse tervise spetsialistidel ja hädaabimeeskondadel on kriisilukordades sekkumisel äärmiselt tähtis roll ning hooliva suhtumisega saavad nad palju ära teha. Kiire ja delikaatne tegutsemine vahetult pärast kriisi võib aidata inimese meeolu stabiliseerida ja suunata abivajaja õigesse kohta. Sekkumisstrateegiade eesmärk ei ole tegeleda ainult vahetute riskidega, vaid luua kogukonnades turvavõrgustik, edendades vastupanuvõimet ja kollektiivset vaimse tervise toetamist. Tõhusa sekkumise esikohale seadmine aitab ühiskonnas tagada, et kriisis olevad inimesed saaksid neile vajalikku tuge. Nii on võimalik päästa elusid ning luua kaastundlikum ja mõistvam ühiskond. Suitsiidiennetuse kriisistrateegiad hõlmavad nii sihipärast reageerimist kui ka tugimeetmeid (Tabel 8).

Tegevuseesmärgid:

- kriisisekkumise tõhususe suurendamine ja

- koordineerimise parandamine;
- riikliku tugiliini tõhustamine;
- ööpäevaringsete üleriigiliste kriisiabiteenuste tagamine, laiendamine ja koordineerimine;
- õiguskaitseasutustega koostöö tegemine;
- mobiilse kriisiüksuse tegevusulatuse laiendamine.

Tabel 8. Strateegiline eesmärk 3: sekkumine suure suitsiidiriskiga inimeste aitamiseks

	Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 8	Kriisisekkumise tõhususe ja koordineerimise parandamine			
	Suitsiidikriisidele reageerimise töövahendite (sh riskihindamise ja esmareageerimise töövahendite, nagu ASQ/BSSA, C-SSRS-i) ühtlustamine	Sotsiaalkindlustusamet, riiklik suitsiidienetuse töörühm, Sotsiaalministeerium, mittetulundusühingud	2025–2028	Üldine, valikuline
	Kvalitatiivse uuringu tegemine suitsiidiriski hindamiseks laialdaselt kasutatava vahendi (nt C-SSRS-i) kohta	Teadusasutused, mittetulundusühingud, tugorganisatsioonid, Sotsiaalministeerium, riiklik suitsiidienetuse töörühm	2025	Üldine
	Suitsiidiriski hindamise töövahendi (nt C-SSRS-i) lisamine esmareageerimise protokollidesse, millest lähtutakse ägedas suitsiidikriisis inimestega tegelemisel	Sotsiaalkindlustusamet, riiklik suitsiidienetuse töörühm, Sotsiaalministeerium, mittetulundusühingud	2025–2026	Üldine, valikuline, näidustatud
TE 9	Riikliku tugiliini tõhustamine			
	Tugiliinide ja kriisivestlusteenuste kättesaadavuse suurendamine ööpäevaringseks	Sotsiaalkindlustusamet, riiklik suitsiidienetuse töörühm	2025–2028	Valikuline
	Ühtse keskse tugiliini loomise kaalumine, et see toimiks esmase kontaktpunktina ja suunaks helistajad vajadust mööda eriteenustele	Sotsiaalkindlustusamet, riiklik suitsiidienetuse töörühm	2025–2028	Üldine, valikuline
TE 10	Ööpäevaringsete üleriigiliste kriisiabiteenuste tagamine, laiendamine ja koordineerimine			
	Operatiivmeeskondade koolitamine, et neil oleksid vajalikud oskused suitsiidikriisis inimeste vajadustega tegelemiseks	Sotsiaalministeerium, Tervisekassa, Terviseamet, Sotsiaalkindlustusamet	2025–2028	Valikuline, näidustatud
TE 11	Koostöö tegemine õiguskaitseasutustega			
	Õiguskaitseasutustega partnerlussuhete edendamine, et tagada terviklik lähenemisviis ja turvalisus	Riiklik suitsiidienetuse töörühm, Siseministeerium, Politsei- ja Piirivalveamet, Sotsiaalkindlustusamet	2028–2030	Üldine
TE 12	Mobiilse kriisiüksuse tegevusulatuse laiendamine			
	Kriisiüksuse, mis suudab kriisi sattunute abistamiseks kiiresti reageerida ja kohapeal sekkuda, tegevuse laiendamise võimaluste analüüsimine	Sotsiaalministeerium, Sotsiaalkindlustusamet, Terviseamet, Tervisekassa, riiklik suitsiidienetuse töörühm	2028–2030	Valikuline

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 8. Esimene prioriteet on ühtlustada suitsiidikriisidele reageerimise (sh riskihindamise ja esmareageerimise) vahendeid. See tähendab esmareageerijatele riskituvastamise tõhusa töövahendi pakkumist ja selle kasutamise edendamist partnerite seas. Sotsiaalministeeriumi ülesanne on juhtida huvirühmade arutelusid neist töövahenditest ning levitada kokkulepitud töövahendeid, algoritme ja suuniseid.

TE 10. Teine prioriteet on tagada ööpäevaringne suitsiidikriisidele reageerimise suutlikkus. Sotsiaalministeeriumi ülesanne on veenduda, et Sotsiaalkindlustusamet suurendaks reageerimisvalmidust ning edendaks koostööd kohalike omavalitsuste ja politseiga.

PEAMISED PROTSESSINÄITAJAD:

- suitsiidikriisidele reageerimise hindamisvahendid (nt ASQ/BSSA, C-SSRS) on lõimitud riskihindamise ja esmareageerimise tegevustesse;
- tugiliinitöötajaid ja kriisimeeskondi koolitatakse, et neil oleksid paremad oskused suitsiidikriisis inimeste vajadustega tegelemiseks;
- kriisiüksuse tegevusulatus laiendamise võimalust on analüüsitud.

4.4. Strateegiline eesmärk 4: järelsekkumine

Igakülgne järeltugi

Järelsekkumisel (postvention) on enesetappude ennetamises märkimisväärne osa, kuna see katab enesetapu tagajärgedega tegelemist ning hädavajaliku toe pakkumist inimestele ja kogukondadele, keda traagiline sündmus mõjutab. Tavaliselt seisneb see kiires kriisile reageerimises, kriisijärgse pideva abi tagamises, leinaga toimetuleku tugivõrgustike (sh tugirühmade) ning professionaalsete nõustamisteenuste pakkumises. Lisaks püütakse järelsekku-

misega vähendada vaimse tervise probleemide häbimärgistamist ning edendada kogukonnas mõistmist ja kaastunnet. See tähendab terviklikku ja organiseeritud lähenemisviisi üksikisikute ja kogukondade toetamiseks pärast enesetappu. Selleks töötatakse välja mitmesugused meetmed ja algatused ning rakendatakse neid, et kriisidele kiiresti reageerida, vastupanuvõimet suurendada ja häbimärgistamist vähendada. See strateegiline eesmärk keskendub suitsiidist mõjutatud inimeste konkreetsete vajaduste rahuldamisele, traagilise sündmuse mõju vähendamisele ning paranemise ja taastumise soodustamisele pikemas perspektiivis. Üldine eesmärk on luua toetav keskkond, mis soodustab lähedase kaotanute emotsionaalse heaolu taastumist, võttes arvesse leina keerukust.

Tegevuseesmärgid:

- igakülgne järelsekkumine;
- lähedase kaotuse ja leinaga toimetuleku tugivõrgustiku toetamine;
- kogukondlike haridusalgatuste laiendamine, et tagada tõhus kriisidele reageerimine;
- professionaalsetele nõustamisteenustele parema ligipääsu võimaldamine.

Tabel 9. Strateegiline eesmärk 4: järelsekkumine

	Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 13	Igakülgne järelsekkumine			
	Kriisiteenuste osutamise tagamine suitsiidist mõjutatud inimestele ja kogukondadele (psühhosotsiaalse kriisiabi andmine)	Sotsiaalkindlustusamet, kohalikud omavalitsused, mittetulundusühingud, vaimse tervise spetsialistid	2025–2028	Valikuline, näidustatud
	Kriisimeeskonna (väljareageerimismeeskonna) võimekuse suurendamine	Sotsiaalkindlustusamet, tugiorganisatsioonid, Sotsiaalministeerium	2025	Üldine
	Kriisi või kaotuse läbi elanud inimeste aktiivse jälgimise ja toetamise süsteemi loomine	Riiklik suitsiidiennetuse tööühm, Sotsiaalministeerium, Sotsiaalkindlustusamet, TEHIK, mittetulundusühingud, kohalikud omavalitsused, vaimse tervise spetsialistid	2027–2028	Valikuline, näidustatud
TE 14	Lähedase kaotuse ja leinaga toimetuleku tugivõrgustiku toetamine			
	Lähedase kaotanud inimestele tugirühmades osalemise võimaluse tagamine, et nad saaksid suhelda teistega sarnases olukorras ning vahetada kogemusi ja toimetulekustrateegiaid	Mittetulundusühingud, tugiorganisatsioonid	2025–2028	Valikuline, näidustatud
	Väljaõppega töötajate (nt vaimse tervise esmaabi andjate) võrgustike laiendamine, et pakkuda suitsiidi tõttu lähedase kaotanud inimestele kohest abi	Riiklik suitsiidiennetuse tööühm, Sotsiaalkindlustusamet, Sotsiaalministeerium, tugiorganisatsioonid	2025–2028	Valikuline, näidustatud
TE 15	Kogukondlike haridusalgatuste laiendamine, et tagada tõhus kriisidele reageerimine			
	Kaastundekultuuri, mis vähendab kriisi ajal ja järel abi otsimise häbimärgistamist, edendamine	Mittetulundusühingud, kohalikud omavalitsused, tugiorganisatsioonid	2025–2028	Üldine, valikuline, näidustatud
TE 16	Parema ligipääsu tagamine nõustamisteenustele			
	Parema koostöö saavutamise kogemusnõustajate, kogukonna, tervishoiutöötajate ja sotsiaalasutuste vahel, et suitsiidist mõjutatud inimesi toetada	Sotsiaalkindlustusamet, Tervisekassa, tugiorganisatsioonid, mittetulundusühingud, Sotsiaalministeerium, kohalikud omavalitsused	2025–2028	Valikuline, näidustatud

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 14. Esimene prioriteet on toetada lähedase kaotuse ja leinaga toimetuleku tugivõrgustikku. Selleks algatab Sotsiaalministeerium strateegilise partnerluse ning pakub partnerorganisatsioonidele rahalist ja tehnilist tuge tugirühmade ja võrgustike loomiseks.

TE 13. Teine prioriteet on järelsekkumise tõhustamine. Sotsiaalministeeriumi ülesanne on toetada olemasolevate teenuste arendamist, uurida uute teenuste (nt Linity) juurutamise võimalusi ning juhtida arutelusid tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järeltoesüsteemi loomise üle.

PEAMISED PROTSESSINÄITAJAD:

- välja on töötatud järelsekkumise algoritmid;

- suitsiidiga lähedalt kokku puutunud inimesi aidatakse järeltoe ja võrgustike loomisega;
- olemasolevaid järelsekkumisteenuseid arendatakse.

4.5. Strateegiline eesmärk 5: suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine

Suitsiidivahenditele ligipääsu oluline piiramine

Suitsiidide ennetamise tähtis ja tõhus meede on suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine. Suitsiidi(katse) tegemiseks kasutatakse sageli tulirelvi, ravimeid ja alkoholi, seega tuleks võtta meetmed nendele ligipääsu vähendamiseks (tabel 10). Praegu pole teada, kas Eestis on suure riskiga asukohti. Seetõttu on oluline teha analüüs ja rajada takistavaid kaitsepiirdeid, kuna see meede on aidanud maailmas suitsiide tõhusalt ennetada.

Tegevuseesmärgid:

- Eesti võimalike suure riskiga kohtade analüüsimine;
- tulirelvaohutuse nõuete ülevaatamine;
- ravimite kättesaadavuse reguleerimine ja vajaduse korral piiramine, et vältida väärkasutust;
- kõrgehitistele ja looduslikele järsakutele kaitsepiirete rajamine;
- ehitusohutuse nõuete ja füüsilise turvalisuse nõuete ülevaatamine kliinikute puhul (EMO);
- alkoholipoliitika- ja sõltuvusmeetmete vastavusse viimine suitsiidiennetuse eesmärkidega.

Tabel 10. Strateegiline eesmärk 5: suitsiidivahenditele ligipääsu piiramine

	Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 17	Võimalike suure riskiga asukohtade analüüs			
		Suure riskiga asukohtade asjus huvirühmadega konsulteerimine	Sotsiaalministeerium, Siseministeerium, Kliimaministeerium, Politsei- ja Piirivalveamet, Päästeamet, Transpordiamet, Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet (riiklik raudteeohutusasutus), MTÜ Operation LifeSaver Estonia, raudteetaristu-ettevõtjad, haiglate kvaliteedijuhid	2025
	Meetmete võtmine (sh kaitsetõkete paigaldamine) kindlaksmääratud suure riskiga asukohtades (nt raudteedel)	Kohalikud omavalitsused, maakonna ametiasutused, Siseministeerium, Kliimaministeerium, Politsei- ja Piirivalveamet, Päästeamet, Transpordiamet, Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet, MTÜ Operation LifeSaver Estonia, raudteetaristu-ettevõtjad, Sotsiaalministeerium	2026–2028	Üldine
TE 18	Tulirelvaohutuse nõuete ülevaatamine			
		Relvalubade väljaandmise, pikendamise või peatamise eeskirjade läbivaatamise teemal konsulteerimine	Riiklik suitsiidiennetuse töörühm, Sotsiaalministeerium, Siseministeerium, Politsei- ja Piirivalveamet, Päästeamet, Kaitseliit, Eesti Jahimeeste Selts	2025–2026

	Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
	Sporditürelvade kättesaadavuse ja kasutamise hindamine	Riiklik suitsiidienetuse tööühm, Siseministeerium, Politsei- ja Piirivalveamet, Päästeamet, Kaitseliit, Eesti Jahimeeste Selts	2026–2028	Üldine
TE 19	Ravimitele ligipääsu reguleerimine ja vajaduse korral piiramine, et vältida väärkasutust			
	Aptekrite motiveerimine nõustama ravimite ohutus hoiustamises ja hävitamises	Ravimiamet, Sotsiaalministeerium, Eesti Aptekrite Liit, Eesti Proviisorapteekide Liit, Eesti Proviisorite Koda, Eesti Farmaatsia Selts	2026–2028	Üldine
	Teadlikkuse suurendamine ravimite ohutust hoiustamisest ja hävitamisest (nt teabematerjalid apteekidesse)	Ravimiamet, Sotsiaalministeerium, Eesti Aptekrite Liit, Eesti Proviisorapteekide Liit, Eesti Proviisorite Koda, Eesti Farmaatsia Selts	2026–2028	Üldine
	Klientide ohutuse suurendamiseks võimaluse analüüsimine, et paigutada teatavad sageli ostetavad ravimid müügisaali asemel leti taha	Ravimiamet, Sotsiaalministeerium, Eesti Aptekrite Liit, Eesti Proviisorapteekide Liit, Eesti Proviisorite Koda, Eesti Farmaatsia Selts	2026–2028	Üldine
TE 20	Rajatised ja protokollid suitsiidide ennetamiseks – kaitsepiirded ehitistel ja looduslikes kohtades, ohutusprotokollid kliinikutes			
	Ehitiste ja looduslike alade (sildade, pilvelõhkujate, kaljude) ohutusnõuete ülevaatamine suure riskiga kohtade tuvastamisel	Tehnilise Järelevalve Amet, Eesti Standardimis- ja Akrediteerimiskeskus, Keskkonnaamet, Transpordiamet, Eesti Ehitusinseneride Liit	2026–2028	Üldine
	Protokollide läbivaatamine suitsiidsete patsientide ohutuse tagamiseks kliinikutes, eriti erakorralise meditsiini osakondades (mitte psühhiaatrikliinikutes)	Sotsiaalministeerium, Tervisekassa, haiglate kvaliteedijuhid, erakorralise meditsiini osakonna juhatajad suuremates haiglates	2026–2028	Üldine
TE 21	Alkoholipoliitika meetmete vastavusse viimine suitsiidienetuse eesmärkidega			
	Alkoholile ligipääsu reguleerivate eeskirjade rangem jõustamine, piirates müügiaegu ja alkohoolsete jookide väljapanekut	Sotsiaalministeerium, Tervise Aregu Instituut, Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet, Eesti Tubaka- ja Alkoholikahjude Vähendamise Koda, tugiorganisatsioonid, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium	2025–2028	Üldine

Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
2018. aasta reklaamiseaduse artiklis 28 sätestatud alkoholireklaami eeskirjade jõustamise taotlemine	Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut, Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet, Eesti Tubaka- ja Alkoholikahjude Vähendamise Koda, tugiorganisatsioonid, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium	2025–2028	Üldine
Alkoholi ostmisel ja tarbimisel kehtivate vanusepiirangute jõustamise toetamine	Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut, Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet, Eesti Tubaka- ja Alkoholikahjude Vähendamise Koda, tugiorganisatsioonid, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium	2025–2028	Üldine

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 21. Esimene prioriteet on alkoholipoliitika tõhustamine. Sotsiaalministeerium uuendab alkoholipoliitika rohelist raamatut, teeb ettepaneku alkoholipoliitika tõhustamiseks ning on vastu ettepanekutele leevendada alkoholi reklaamimist ja kättesaadavust.

TE 18. Teine prioriteet on tulirelvaohutus. Sotsiaalministeerium jätkab koostööd Siseministeeriumi ja teiste osalistega, et vaadata üle tulirelvade ohutuseeskirjad.

PEAMISED PROTSESSINÄITAJAD:

- alkoholipoliitika roheline raamat on uuendatud;
- tulirelvaohutuse nõuded on läbi vaadatud;
- võimalikke suure riskiga asukohti Eestis on uuritud.

4.6. Strateegiline eesmärk 6: suitsiidienetuse lõimimine muudesse ennetustegevustesse

Suitsiidienetuse lõimimine teistesse ennetustegevustesse, programmidesse ja poliitikavaldkondadesse

See strateegiline eesmärk lõimib suitsiidienetuse meetmed teistesse tervise-, vaimse tervise ja kogukonnaalgatusesse (nt olemasoleva-

tesse programmidesse, poliitikavaldkondadesse ja rahvatervise kampaaniatesse), et luua terviklikum ja ühtsem lähenemisviis. Niisugune lõimimine muusse ennetustöösse võimaldab kasutada olemasolevat taristut, vahendeid ja kogukonnavõrgustikku, et riskitegureid vähendada ja kaitsetegureid toetada. See lähenemisviis põhineb arusaamal, et vaimse tervise edendamiseks ja suitsiidienetuseks on rahvatervise ja kogukonna heaolu huvides vaja sektoritevahelist koostööd, mis võimaldab jõupingutused ühendada, vahendeid jagada ja kollektiivselt pühendada.

Tegevuseesmärgid:

- vaimse tervise edendamine ja kiusamisvastase kultuuri loomine töökohtades;
- vaimse tervise hariduse andmine koolides;
- vanemaealiste vaimse tervise tagamine;
- kogukonna pikaajalise säilenõtkuse tagamine.

Tabel 11. Strateegiline eesmärk 6: suitsiidienetuse lõimimine muudesse ennetustegevustesse

	Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 22	Vaimse tervise edendamine töökohal			
	Tervisedenduse toetamine töökohtades, keskendudes vaimsele tervisele (sh mitmesuguste algatuste, nagu tervist edendavate töökohtade võrgustiku, peresõbraliku töökoha jätkuv toetamine)	Tööinspeksioon, Tervise Arengu Instituut, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, tugiorganisatsioonid	2026–2028	Üldine
TE 23	Vaimse tervise haridus koolides			
	Küber- ja koolikiusamisvastaste programmidega jätkamine	Haridus- ja Teadusministeerium, Haridus- ja Noorteamet, kohalik kogukond, kohalikud omavalitsused	2025–2028	Üldine
TE 24	Vanemaealiste vaimse tervise tagamine			
	Sotsiaalse kaasatuse soodustamine programmide kaudu, mis toovad kokku vanemad ning nooremad põlvkonnad (mentorlusprogrammid, huviklubid ja ühiskondliku töö projektid)	Kohalikud ja piirkondlikud omavalitsused, tugiorganisatsioonid, mittetulundusühingud	2026–2028	Üldine
	Heaolu arengukavas olevate vanemaealistele mõeldud meetmete (sh strateegilise partnerluse algatuste) rakendamine	Kohalikud ja piirkondlikud omavalitsused, tugiorganisatsioonid, Sotsiaalministeerium, mittetulundusühingud	2025–2028	Üldine
TE 25	Kogukonna pikaajalise säilienõtkuse tagamine			
	Kogukonna mitmetasandiliste sekkumismudelite (nt EAAD programmi) toetamine	Sotsiaalministeerium, kohalikud omavalitsused, tugiorganisatsioonid, mittetulundusühingud	2026–2028	Üldine

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 23. Esimene prioriteet on tagada turvaline keskkond koolides. Sotsiaalministeerium teeb koostööd Haridusministeeriumi ning Haridus- ja Noorteametiga, et ennetada kiusamist, viia koolides ellu suitsiidienetuse programme, edendada sotsiaalseid, emotsionaalseid oskusi ja vaimse tervise haridust ning suurendada laste ja koolitöötajate heaolu, mis on haridus-süsteemi oluline osa.

TE 22. Teine prioriteet on vaimse tervise edendamine töökohal. Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut jätkavad koostööd Majandus-

ja Kommunikatsiooniministeeriumi, Tööinspeksiooni ning tööturu osalistega, et lõimida vaimse tervise teemad töötervishoiu strateegiasse ja tegevustesse ning suurendada teadlikkust vaimsest tervisest ja heaolust töökohal.

TE 24. Kolmas prioriteet on vanemaealiste vaimne tervis. Sotsiaalministeerium jätkab vanemaealiste heaolu arengukava 2023–2030 tegevuste elluviimist (sh toetab strateegilist partnerlust mittetulundusühingutega, mis edendavad aktiivset eluviisi vanemas eas).

PEAMISED PROTSSESSINÄITAJAD:

- koolides on vaimse tervise, kiusamisvastased ja suitsiidiennetuse programmid;
- vaimne tervis on lõimitud töotervishoiu strateegiatesse ja tegevustesse;
- heaolu arengukavas vanemaealistele ette nähtud meetmeid rakendatakse.

4.7. Strateegiline eesmärk 7: koordineerimine ja korraldus

Suitsiidiennetuse koordineerimine ja kõigil tasanditel suhtluse tagamine

Strateegilise eesmärgi 7 abil soovitakse tagada kogu ühiskonda ja valitsemissektorit hõlmav lähenemisviis suitsiidiennetusele. Tõhus suitsiidiennetus nõuab ühendatud lähenemisviisi, mis sisaldab poliitika väljatöötamist, kogukonna kaasamist, haridust ja tervishoiu sekkumisi. Edendades tõhusat koordineerimist ja suhtlust kõigi valitsustasandite ja ühiskonna vahel, on võimalik luua terviklik tugisüsteem, mis võib enesetappude esinemist oluliselt vähendada ning abivajajatele lootust ja abi anda. Suitsiidiennetuse strateegiad põhinevad tõhusal mitmetasandilisel koordineerimisel ja selgetel suhtlusliinidel, mis tagavad kriisidele õigeaegse ja ühtse reageerimise ning pikaajaliste ennetusmeetmete rakendamise. Selline koordineerimine on oluline eri sektorite ja geograafiliste piirkondade vahendite, teadmiste ja poliitika lõimimiseks, et tegeleda enesetappude keeruliste põhjustega ja toetada inimesi kriisis.

Riigi tasand

Riigi tasandil on suitsiidiennetuse tegevuskava kehtestamisel keskne roll valitsusel. See tähendab põhjalike riiklike strateegiate väljatöötamist, milles esitatakse eesmärgid, poliitika ja suunised enesetappude ennetamiseks. Riigiasutustel on ka oluline roll andmete kogumisel ja analüüsimisel, enesetappude hulga jälgimisel ja riskirühmade tuvastamisel, et oleks võimalik sekkumisi tõhusalt kohandada.

Piirkondlik tasand

Piirkondlikul tasandil tuleks määrata vastutus riiklike strateegiate kohandamise eest kohalike olude, probleemide ja vajadustega. See võib olla näiteks sihipäraste sekkumiste eesmärgil tervishoiuteenuste osutajate, koolide, töökohade ja kogukonna organisatsioonide koordineerimine. Piirkondlikud jõupingutused on olulised, et ületada lõhe riikliku poliitika ja kohaliku tasandi vahel. Selleks tuleb tagada, et algatustes võetaks arvesse kultuurilisi erinevusi ja suitsiidi mõjutavaid kohalikke tegureid.

Kogukonna tasand

Kogukonna tasandil osalevad suitsiidiennetuses koolid, töökohad, tervishoiuteenuste osutajad, usuorganisatsioonid ja vabavõltsed. Kogukonnapõhised algatused on väga tähtsad ohustatud isikute varajaseks tuvastamiseks ja tugivõrgustike pakkumiseks, mis võivad aidata sekkuda enne kriisi eskaleerumist. Sellised algatused võivad hõlmata kogukonnaliikmete koolitamist suitsiidi(ennetuse) alal, sarnases olukorras olevate inimeste tugirühmade loomist ja parema ligipääsu tagamist vaimse tervise teenustele. Kogukondadel on suur roll keskkonna loomisel, mis vähendab vaimse tervise probleemide korral abi otsimise häbimärgistamist, julgustades nii tuge otsima.

Suhtluskanalid eri tasandite vahel

Selged ja väljakujunenud suhtluskanalid riikliku, piirkondliku ja kogukonna tasandi vahel on olulised, et suitsiidiennetust saaks tõhusalt koordineerida. Need kanalid hõlbustavad teabevahetust, võimaldades tekkivate suundumustega kursis püsida, vahendeid jagada ja kriisidele reageerimist koordineerida. Suhtlemine tagab ka poliitika ja strateegiate järjepideva kohandamise ning rakendamise kõigilt tasanditelt saadud tagasiside põhjal, võimaldades enesetappude ennetamisel dünaamilist ja reageerimisvõimelist lähenemist.

Tegevuseesmärgid:

- suitsiidiennetuse koordineerimine;
- suitsiidiennetuse tegevuskavas planeeritud tegevuste koordineerimine;
- tasanditevahelise suhtluse kanalite loomine;
- valdkonnaülese koostöö edendamine.

Tabel 12. Strateegiline eesmärk 7: koordineerimine ja korraldus

Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 26 Suitsiidiennetuse koordineerimine			
Riikliku suitsiidiennetuse töörühma loomine	Sotsiaalministeerium, Sotsiaalkindlustusamet, mittetulundusühingud, tugiorganisatsioonid	2025	Üldine
TE 27 Suitsiidiennetuse tegevuskavas kavandatud tegevuste koordineerimine			
Meetmete rakendamise jälgimine tegevuskava ajakava kohaselt	Sotsiaalministeerium, riiklik suitsiidiennetuse töörühm	2025–2028	Üldine
TE 28 Eri tasandeid hõlmavate suhtluskanalite loomine			
Koordinaatorite süsteemi toetamine kohalikul ja piirkondlikul tasandil, et juhtida kohalikku suitsiidiennetuspoliitikat	Riiklik suitsiidiennetuse töörühm, kohalikud ja piirkondlikud omavalitsused	2025–2026	Üldine
TE 29 Valdkonnaülese koostöö			
Suitsiidide ennetamiseks koostöö loomine erisektoritega (sh tervishoiu, hariduse ja kogukondlike organisatsioonidega)	Riiklik suitsiidiennetuse töörühm, riiklikud ametiasutused (nt asjaomased ministeeriumid), piirkondlikud ja kohalikud omavalitsused, tugiorganisatsioonid	2025–2028	Üldine
Poliitika ühtlustamiseks poliitikavaldkondade läbivaatamine, et lõimida suitsiidiennetuse komponendid tervishoiu-, haridus- ja kogukonnapoliitikasse ning tagada süsteemne ja jätkusuutlik lähenemisviis	Suitsiidide ennetamine lõimitakse teistesse programmidesse (tervishoid, sotsiaaltoetused, töökeskkond, haridussektor)	2025–2028	Üldine

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 26, TE 27. Esimene prioriteet on tagada Sotsiaalministeeriumi juhtroll ja vastutus suitsiidiennetuse valdkonnas, võttes vastu suitsiidiennetuse tegevuskava, kehtestades korrapärase aruandluse selle rakendamise kohta ning luues riikliku töörühma ja koostööorgastikud.

TE 29. Teine prioriteet on vaadata läbi Sotsiaalministeeriumi pädevuses olevad poliitikavald-

konnad ja viia need suitsiidiennetuse tegevuskavaga kooskõlla ning innustada ka partnereid oma poliitikat ja/või tegevust selle järgi plaanida.

PEAMISED PROTSESSINÄITAJAD:

- loodud on riiklik suitsiidiennetuse töörühm;
- suitsiidiennetuse on lõimitud muudesse poliitikavaldkondadesse (nt tervishoiu-, haridus- ja kogukonnapoliitikasse)

4.8. Strateegiline eesmärk 8: seire ja hindamine

Suitsiidi ja suitsiidikäitumist käsitlevate andmete kvaliteedi tagamine

Strateegilise eesmärgiga 8 soovitakse tagada, et enesetappude ennetamiseks tehtavad jõupingutused põhineksid kvaliteedikontrollil ja usaldusväärsetel andmetel, edendades samal ajal ka teabe ja teadmiste vahetust. Selle eesmärgi saavutamiseks tuleb eelkõige edendada teadusuuringute tegemist. Uurimisalgatuste prioriseerimisega saame suurendada eriteadmisi ja tõhustada meetmeid suitsiidiennetuse heaks

Tabel 13. Strateegiline eesmärk 8: seire ja hindamine

	Tegevuseesmärgid ja tegevused	Vastutus	Ajavahemik	Sekkumise tüüp
TE 30	Nii esmaseid (enesetapp ja enesevigastamine) kui ka teiseseid (depressioon, häbimärgistamine, hoiakud, arvamused) tulemusi käsitlevate andmete kättesaadavuse parandamine			
	Iga-aastane aruandlus suitsiidide ja suitsiidikäitumise andmete kohta	Tervise Arengu Instituut, Sotsiaalministeerium, Tervisekassa	2025–2028, igal aastal	Üldine
	Teiseseid tulemusi (depressioon, suhtumine vaimse tervise probleemidesse, häbimärgistamine, suitsiidikriis) käsitlevate andmete parem kättesaadavus	Tervise Arengu Instituut, Tervisekassa, tugijorganisatsioonid, riiklik suitsiidiennetuse tööriühm	2028	Üldine
TE 31	Suitsiidi ning selle riski- ja kaitsetegurite uurimise edendamine			
	Olemasolevate uurimisrühmade suitsiidi uurimise koostöö soodustamine	Sotsiaalministeerium, riiklik suitsiidiennetuse tööriühm, tugijorganisatsioonid, teadusasutused, mittetulundusühingud	2025–2028	Üldine
	Suitsiidide ja suitsiidikäitumise andmetest epidemioloogilise ülevaate regulaarne tegemine	Sotsiaalministeerium, Tervise Arengu Instituut	2025–2028	Üldine

kvaliteediks. Järjekindel tõenduspõhine lähenemine ja tugev teadmiste baas on ülioluline, et oleks võimalik luua suitsiidide ja suitsiidikäitumise vähendamiseks tõhusad strateegiad.

Tegevuseesmärgid:

- nii esmaseid (enesetapp ja -vigastamine, katsed) kui ka teiseseid (depressioon, häbimärgistamine, hoiakud, arvamused) uurimistulemusi käsitlevate andmete kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine;
- suitsiidi ning selle riski- (nt depressiooni) ja kaitsetegurite uurimine.

Sotsiaalministeeriumi prioriteetid aastateks 2025–2028

TE 30. Esimene prioriteet on tagada andmete kättesaadavus suitsiidisuremuse ja -käitumise kohta. Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut tagavad, et iga-aastased andmed suitsiidide kohta avaldatakse Tervise Arengu Instituudi veebisaidil. Teine prioriteet on teha suitsiidide ja suitsiidikäitumise andmete põhjal regulaarselt epidemioloogilisi ülevaateid. Siseministeerium taotleb rahastamist järgmise epidemioloogilise uuringu jaoks.

TE 31. Kolmas prioriteet on tõhustada suitsiidide, suitsiidikäitumise ja suitsiidiennetuse teadusuuringuid. Sotsiaalministeerium toetab partnereid uuringute tegemisel võimaluste piires.

PEAMISED PROTSESSINÄITAJAD:

- iga-aastast suitsiidisuremuse aruannet koostatakse ja avaldatakse regulaarselt;
- suitsiidi, suitsiidikäitumise ja -ennetuse riskitegurite kohta tehakse uuringuid.

5. Tegevuskava rakendamine ja jätkusuutlikkus

Eestis on vaja suitsiidiennetust tõhustada. See on võimalik läbi riigi ja erinevate huvirühmade koostöö. Tegevuskavas on kirjeldatud strateegilisi eesmärke, tegevusi nende saavutamiseks, sekkumise tasandeid ja vastutust. Kirjeldatud tegevusi on kaugelt enam kui neid, mida on võimalik olemasolevate vahenditega lähiaastate jooksul teostada. Seepärast on võtmetähtsusega valikute tegemine, tehtud tegevuste tulemuslikkuse seiramine ning kohandamine. Seejuures on oluline mõista, et ühte õiget lahendust ei ole, oluline on järjepidevus tegevuste elluviimisel.

Tegevuste planeerimine: tegevuskava rakendamiseks lõimitakse tegevused Sotsiaalministeeriumi iga-aastasessse tööplaani. See tähendab, et igal aastal määratakse kindlaks konkreetsed tegevused, mis on kooskõlas tegevuskavas seatud eesmärkide ja suundadega.

Rahastamine: suitsiidiennetuse tegevusi teostatakse eeskätt olemasolevate eelarveliste vahendite ja tegevuste raames, samuti strateegilise partnerluse kaudu. Vastavalt riigieelarve võimalustele tehakse ettepanekuid veel mitte-rahastatavate tegevuste rahastamiseks riigieelarve koostamise käigus.

Iga-aastane ülevaatamine: tegevuskava elluviimise tulemusi vaadatakse koos huvirühmadega üle kord aastas. Selle eesmärk on tagada, et kõik huvirühmad oleksid kaasatud ning tegevuskava rakendamise tulemuste ja ka valdkondadega, kus on arenguruumi, kursis. See aitab tagada, et tegevuskava oleks muutuvate oludega kohanev.

Seos riiklike arengukavadega: suitsiidiennetuse tegevuste elluviimisel lähtutakse valdkonnaülese lähenemise tagamiseks riiklikest arengukavadest ning nende uuendamisel jälgitakse, et suitsiidiennetust toetavad meetmed saaksid piisava tähelepanu. Nii on suitsiidiennetuse tegevuskava kooskõlas riiklike eesmärkide ja strateegiatega ning tagatud valdkonnaüleline lähenemine suitsiidiennetuses.

6. Viited

1. Grabenhofer-Eggerth A, Gaiswinkler S, Gruber B, Ladurner J, Pichler M. SUPRA Handbook An experience-based guidance document for implementing a national suicide prevention program [Internet]. 2022 May. Available from: <http://ja-implementational.eu/>
2. Łyszczarz B. Production losses attributable to suicide deaths in European Union. *BMC Public Health*. 2021 Dec;21(1):950.
3. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Every life matters: Time for action – What each of us can do [Internet]. New Delhi: World Health Organization. Regional Office for South-East Asia; 2021 [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341801>
4. World Health Organization. Suicideworldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 May 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>
5. World Health Organisation. Preventing suicide: a global imperative. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2014. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
6. World Health Assembly 68. Implementation of Programme budget 2014–2015: mid-term review: report by the Secretariat [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2022 May 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252814>
7. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: *Suicide: an unnecessary death*. London: Dunitz Martin; 2001.
8. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):181–9.
9. Bille-Brahe U. Suicidal behaviour in Europe : the situation in the 1990s [Internet]. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe; 1998. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108117>
10. Goodfellow B, Kölves K, de Leo D. Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide Life Threat Behav*. 2018 Jun;48(3):353–66.
11. De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman E, et al. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*. 2021 Feb;11(2):e043409.
12. Giannakis AD, Leo DD. Managing suicidal patients in clinical practice. *OJPsych*. 2012;02(01):49–60.
13. Bertolote JM. Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry*. 2004 Oct;3(3):147–51.
14. Silverman MM. Preventing suicide: a call to action. *World Psychiatry*. 2004 Oct;3(3):152–3.
15. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Phil Trans R Soc B*. 2018 Sep 5;373(1754):20170268.
16. Laido Zrinka. Aspects of suicide epidemiology and suicide prevention. Medical University of Vienna. 2022.
17. Wasserman D, Durkee T. Strategies in suicide prevention. In: *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention A global perspective*. New York: Oxford University Press; 2009.

18. Please, S Leske, G Adam, I Schrader, A Catakovic, B Weir, et al. Suicide in Queensland Annual Report 2020 Suicide in Queensland: Annual Report 2020 National Library of Australia Cataloguing-in- Publication entry Title: Suicide in Queensland: Annual Report 2020. 2020 [cited 2024 Feb 24]; Available from: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.29919.28321>
19. Global Health Observatory Data Repository. Suicide rate estimates, age-standardized. [Internet]. World Health Organisation; 2023 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRv>
20. Eurostat. Number of deaths per age group and gender [Internet]. Eurostat Database; 2017. Available from: <https://stat.link/r67ypb>
21. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jun 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>
22. Wu Y, Schwebel DC, Huang Y, Ning P, Cheng P, Hu G. Sex-specific and age-specific suicide mortality by method in 58 countries between 2000 and 2015. *Inj Prev*. 2021 Feb;27(1):61–70.
23. Lahti A, Räsänen P, Riala K, Keränen S, Hakko H. Youth suicide trends in Finland, 1969-2008: Youth suicide trends in Finland. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011 Sep;52(9):984–91.
24. Värnik A, Kõlves K, Allik J, Arensman E, Aromaa E, van Audenhove C, et al. Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*. 2009 Mar;113(3):216–26.
25. Kõlves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Feb;26(2):155–64.
26. Laido Z, Voracek M, Till B, Pietschnig J, Eisenwort B, Dervic K, et al. Epidemiology of suicide among children and adolescents in Austria, 2001–2014. *Wien Klin Wochenschr*. 2017 Feb;129(3–4):121–8.
27. Beautrais AL. Methods of Youth Suicide in New Zealand: Trends and Implications for Prevention. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000 Jun;34(3):413–9.
28. Bose A, Konradsen F, John J, Suganthy P, Muliylil J, Abraham S. Mortality rate and years of life lost from unintentional injury and suicide in South India. *Trop Med Int Health*. 2006 Oct;11(10):1553–6.
29. De Leo D, De Leo D, Evans R, Neulinger K. Hanging, Firearm, and Non-Domestic Gas Suicides Among Males: A Comparative Study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002 Apr;36(2):183–9.
30. Ojima T, Nakamura Y, Detels R. Comparative Study about Methods of Suicide between Japan and the United States. *Journal of Epidemiology*. 2004;14(6):187–92.
31. Värnik A, Kolves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression.” *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008 Jun 1;62(6):545–51.
32. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372–81.
33. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Laido Z, Meise U, Ibelshäuser A, et al. Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*. 2010 Oct;202(1–3):86–92.
34. Wasserman D. Strategies in suicide prevention. In: *Suicide: an unnecessary death*. London: Martin Dunitz; 2001.

35. Leenaars A. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*. 1998;4:7–24.
36. Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013 Dec;13(1):214.
37. Leenaars A. Controlling the environment to prevent suicide. In: *Suicide - an unnecessary death*. Martin Dunitz; 2001.
38. Wasserman D, Värnik A. Perestroika in the former USSR: history's most effective suicide preventive programme for men. In: *Suicide: an unnecessary death*. Martin Dunitz; 2001.
39. Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. A Dose–Response Relationship of Imitational Suicides with Newspaper Distribution. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Apr;35(2):251–251.
40. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science & Medicine*. 1994 Feb;38(3):453–7.
41. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. 2010 Sep;197(3):234–43.
42. Niederkrotenthaler T, Laido Z, Gould M, Lake AM, Sinyor M, Kirchner S, et al. Associations of suicide-related media reporting characteristics with help-seeking and suicide in Oregon and Washington. *Aust N Z J Psychiatry*. 2023 Jul;57(7):1004–15.
43. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *AJP*. 2021 Jul;178(7):611–24.
44. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):646–59.
45. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies: A Review of Systematic Reviews. *Crisis*. 2011 Nov 1;32(6):319–33.
46. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064.
47. Pirkis J, Gunnell D, Hawton K, Hetrick S, Niederkrotenthaler T, Sinyor M, et al. A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*. 2023 Mar;44(2):85–92.
48. Patel J, Harant A, Fernandes G, Mwamelo AJ, Hein W, Dekker D, et al. Measuring the global response to antimicrobial resistance, 2020–21: a systematic governance analysis of 114 countries. *The Lancet Infectious Diseases*. 2023 Jun;23(6):706–18.
49. Sinyor M, Ming Chan PP, Niederkrotenthaler T, Scott V, Platt S. The Development, Progress, and Impact of National Suicide Prevention Strategies Worldwide. *Crisis*. 2024 Feb 14;0227-5910/a000948.
50. Collings S, Jenkin G, Stanley J, McKenzie S, Hatcher S. Preventing suicidal behaviours with a multilevel intervention: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2018 Dec;18(1):140.
51. De Leo D, Evans R. *International suicide rates and prevention strategies*. Hogrefe & Huber Publishers; 2004.
52. Platt S, Arensman E, Rezaeian M. National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges. *Crisis*. 2019 Mar;40(2):75–82.
53. Platt S, Niederkrotenthaler T. Suicide Prevention Programs: Evidence Base and Best Practice. *Crisis*. 2020 Mar 1;41(Supplement

- 1):S99–124.
54. Rezaeian M, Khan MM. Suicide Prevention in the Eastern Mediterranean Region. *Crisis*. 2020 Mar 1;41(Supplement 1):S72–9.
 55. Schlichthorst M, Reifels L, Spittal M, Clapperton A, Scurrah K, Kolves K, et al. Evaluating the Effectiveness of Components of National Suicide Prevention Strategies: An Interrupted Time Series Analysis. *Crisis*. 2023 Jul;44(4):318–28.
 56. Stack S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine*. 2021 Nov;152:106498.
 57. Värnik A, Wasserman D, Dankowicz M, Eklund G. Marked decrease in suicide among men and women in the former USSR during perestroika. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998 Dec;98(S394):13–9.
 58. Värnik A, Sisask M, Värnik P, editors. *Baltic suicide paradox*. Tallinn: TLU Press; 2010. 62 p. (Vita salubris).
 59. Värnik P, Sisask M, Värnik A. Enesetappude ja enesetapakatsete epidemioloogiline ülevaade Eestis. Uuringu raport. Kopen: WHO Euroopa Regionaalbüro; 2021.
 60. Roováli L, Pisarev H, Suija K, Aksen M, Uusküla A, Kiivet R. Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2018.
 61. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Child Psychology Psychiatry*. 2014 Apr;55(4):337–48.
 62. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of Suicide Attempts: Data from Emergency Care Settings in Five Culturally Different Low- and Middle-Income Countries Participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. 2010 Jul;31(4):194–201.
 63. Tervisekassa. Välispõhjustel haigestunute andmed (retseptide ja arvete põhjal) (2024) [Internet]. Tervisekassa; Available from: https://www.tervisekassa.ee/valispohjustel-haigestunute-andmed-retseptide-ja-arvete-pohjal?fbclid=IwAR3oma2OEnWn-cswNUWABaK3z9647o_v8caLzzlNXLT7_NC08zUWkE0-iI0
 64. Värnik A, Wasserman D. Suicide prevention in Estonia. In: *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. 1st ed. Oxford University Press; 2009. p. 791–2.
 65. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut. Enesetappude ennetamine: Abiks esmatasandi tervishoiutöötajatele. Tallinn, Estonia: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut; 2008.
 66. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut. Enesetappude ennetamine: Ennetusmeetmed töökohal. Tallinn, Estonia: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut; 2006.
 67. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut. Enesetappude ennetamine: Abiks õpetajatele ja muule koolipersonalile. Tallinn, Estonia: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut; 2008.
 68. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut. Enesetappude ennetamine: Abiks nõustajatele. Tallinn, Estonia: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut; 2008.
 69. Anion L. Politseinike ja nende klientide vaimsest tervisest. Tallinn: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut; 2005.
 70. Tihaste M. Suitsidaalse käitumise ennetamine ja vaimse tervise edendamine militaarses süsteemis. Tallinn: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut; 2005.

71. Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut. Enesetappude ennetamine: Suitsiidide kajastamine meedias. Tallinn, Estonia: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut; 2005.
72. Tervise Arengu Instituut. Tarkvanem [Internet]. Available from: <https://tarkvanem.ee/>
73. Ulla T, Poom-Valickis K. Contextual factors contributing to quality implementation of the PAX good behaviour game in Estonia: the view of experienced coaches. *EHA*. 2023 May 1;11(1):130–58.
74. Kiusamisest vabaks. Kiusamisest vabaks. [cited 2023 May 5]. Programm “Kiusamisest vabaks!” Available from: <https://kiusamisestvabaks.ee/programmist/kiusamisest-vabaks/>
75. Weiss CH. Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. *New Approaches to Evaluating Community Initiatives: Concepts, Methods, and Contexts*, 1, 65–92. *New Approaches to Evaluating Community Initiatives: Concepts, Methods, and Contexts*. 1995;1:65–92.
76. Reinholz DL, Andrews TC. Change theory and theory of change: what’s the difference anyway?. *International Journal of STEM Education*, 7(1), 1-12. *International Journal of STEM Education*. 2020;7(1):1–12.
77. Jones C, Hacker D, Meaden A, Cormac I, Irving CB, Xia J, et al. Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 Nov 15 [cited 2022 Feb 6];2019(6). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008712.pub3>
78. Konte V, Profitou V, Giannopolous G, Stamous M, Maragkakis A. JA on implementation of Best Practices in the Area of Mental Health (JA ImpleMENTAL) [Internet]. 2023 May. Available from: <https://ja-imental.eu/>
79. Coury J, Schneider JL, Rivelli JS, Petrik AF, Seibel E, D’Agostini B, et al. Applying the Plan-Do-Study-Act (PDSA) approach to a large pragmatic study involving safety net clinics. *BMC Health Serv Res*. 2017 Dec;17(1):411.
80. Burnette C, Ramchand R, Ayer L. Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature. *Rand Health Q*. 2015 Jul 15;5(1):16.
81. J. Holmes B, Henrich N, Hancock S, Lestou V. Communicating with the public during health crises: experts’ experiences and opinions. *Journal of Risk Research*. 2009 Sep;12(6):793–807.
82. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991 Dec;50(2):179–211.
83. EC, OECD. State of Health in the EU Estonia: Country Health Profile 2023. *European Observatory on Health Systems and Policies*; 2023.
84. Usberg K, Laido Z, Täht T, Ader M, Lepnurm M, Idavain J. Suitsiidide statistika: epidemioloogiline ülevaade Eestis 2000–2023. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2024

