



Euroopa Liit  
Euroopa  
Regionaalarengu Fond



Eesti  
tuleviku heaks



SOTSIAALMINISTEERIUM

# Aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanute epidemioloogiline ülevaade

Kokkuvõte

Tartu 2018

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

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

Uuringu autorid:

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

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

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

Uuringuga seotud küsimuste puhul palume pöörduda:

Liis Rooväli (e-post [liis.roovali@ut.ee](mailto:liis.roovali@ut.ee))

Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Ravila 19, 50411 Tartu

+372 737 4190, [dph@ut.ee](mailto:dph@ut.ee)

[www.tervis.ut.ee](http://www.tervis.ut.ee)

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

**Teaduskirjanduse andmetel** suurendab suitsiidiriski elukaaslasest lahkumine, vallalisus, halvad peresuhted, sotsiaalne isolatsioon, üksi elamine, väikesed või puuduvad toetusvõrgustikud perekonna või sõprade näol, ohvriks olek (füüsiline, verbaalne, suhte- või töövägivald; füüsiline, emotsionaalne või seksuaalne kuritarvitamine lapsepõlves), tugev füüsiline või vaimne sõltuvus (sh sõltuvusained, ravim-sõltuvus), tõsise vaimse häire esinemine endal või perekonnas, suitsiid perekonnaliikmete hulgas, varasem suitsiidikatse, krooniliste ja raskete haiguste põdemine<sup>1</sup>, hiljutine eluohtlik sündmus, töötamine kiiret reageerimist nõudvatel ametikohtadel, töökaotus, majandusliku olukorra halvenemine, võlgade olemasolu, migrantistaatus ja kuulumine vähemusrühmadesse, sh seksuaalvähemustesse. Vanemaealistel suurendab suitsiidi riski lootusetus ja üksi elamine, nägemishäirete, hallkae, kuulmise kaotuse, raske südamehaiguse, astma, peptilise haavandi, terminaalne neeruhaiguse esinemine, lastel aga vanemate toetuse puudumine.

**Varasemate Eestis läbi viidud teadusuuringute** põhjal on leitud, et enesetapuriski suurendasid osalemine Tšernobõli tuumajaama avariijärgsetel puhastustöödel, vähidiagnoosi saamine meestel, seljaaju vigastus, alkoholi või narkootikumide sõltuvuse olemasolu, madalam tervise enesehinnang, depressiooni esinemine, pikaajaline HIV-viiruse kandlus, majanduslik mitteaktiivsus, töötuks jäämine, majandusliku olukorra halvenemine, äsjane perekondlik lahkumine, kuulumine vene keelt emakeelena kõnelevasse kogukonda. Eestlastel on leitud, et olulisteks riskiteguriks on partneri puudumine ja töötus, mitte-eestlastel somaatiline haigus ja lahusus. Õpilastel kasvatas suitsiidimõtete riski varane suguelu algus, kuid rahulolu peresuhetega vähendas depressiivsete tunnete ja enesetapumõtete esinemist.

**Eestis hukkus surma põhjuste registri andmetel aastatel 2006–2016 enesetapu tagajärjel 2543 inimest** ehk keskmiselt 231 inimest aastas. Enesetapu sooritanutest 80% olid mehed, 4% olid alla 20-aastased noorukid. Noorim suitsiidi sooritanu oli 11- ja vanim 100-aastane. Enesetapu sooritamise tõenäosus suurenes vanuse kasvades nii meestel kui naistel. Meeste keskmine vanus oli 49 eluaastat ja naistel 60 aastat. Enesetapu sooritanud meestest 70% olid alla 60-aastased ja naistest 52% olid üle 60-aastased.

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

---

<sup>1</sup> HIV, pahaloomulised kasvaja, neuroloogilised häired, krooniline valu, krooniline kopsuhaigus, maksahaigused, meeste suguelundite haigused, liigeshaigused, krampidega seotud haigused, aju vereringe haigused, insult, hemiplegia, migreen, osteoporoos, lüüsisamba murrud, diabeet, sünnitusjärgne depressioon

**Suitsiidide arv vähenes meestel** aastatel 2006–2016 oluliselt **vanuserühmas 20–59**, kuid noorte (10–19 eluaastat) ja vanemaaliste (60 ja enam eluaastat) meeste hulgas muutusi ei toimunud. **Naiste hulgas vähenes suremus vanuserühmades 10–19 ja 40–79, kuid 20–39-aastaste hulgas toimus** vaadeldud perioodi jooksul **suitsiidisuremuse kasv keskmiselt 3,6% aastas**. 20–39-aastased naised elasid suitsiidi sooritanud naiste üldkogumiga võrreldes mõnevõrra sagedamini linnalistes asulates, olid rohkem kokku puutunud kriminaalsüsteemiga ja võlamenetlusega kohtus, pöördusid sagedamini erakorralise meditsiini osakonda (EMO) ja harvemini perearsti vastuvõtule.

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

Kirjeldamaks enesetapu sooritanute sotsiaal-majanduslikku olukorda, sh töötamist ja sissetulekuid, tervislikku seisundit, kokkupuuteid seadusevastase tegevusega jm võimalike suitsiidi sooritamise riski suurendavate tunnustega, seoti isikupõhiselt andmed, mis olid pärit 14 riiklikust andmebaasist: surma põhjuste register; sotsiaalkaitse infosüsteem; sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister; ravi-kindlustuse andmekogu; riiklik kinnipeetavate ja vahistatute register; politsei infosüsteem; karistusregister; E-toimik; äriregister; kohtuekspertiisi infosüsteem; töötute register; töötuskindlustuse andmekogu; maksukohuslaste register ja kaitsevähkkooslaste register.

**Kvantitatiivsete analüüside tulemusena leiti**, et enesetapu sooritanud **meeste seas oli** kontrollrühmaga võrreldes **rohkem eestlasi, üksi elavaid ja töötuid isikuid ning neid, kes viimase eluaasta jooksul olid seotud mõne kuriteoga või olnud vanglas**.<sup>2</sup> Enesetapu sooritanud **naiste seas oli** kontrollrühmaga võrreldes **rohkem mitte-eestlasi, vallalisi ja töötuid isikuid. Meestel ja naistel esines rohkem ka vaimse tervise häireid, kuulmis- ja nägemishäired ning kroonilist valu**. Võrreldes kontrollrühmaga oli suitsiidi sooritanud **meeste ja naiste seas rohkem ka neid isikuid, kes käisid viimasel eluaastal EMOs**. Enesetapu sooritanud **lapsed ja noorukid käisid** kontrollrühmaga võrreldes **rohkem tööil**<sup>3</sup>, **olid rohkem seotud kuriteokahtlusega ja kuulusid toimetulekutoetust saanud leibkondadesse**. Samuti oli neil võrreldes kontrollrühmaga **rohkem diagnoositud meeleoluhäireid. Pensioniealiste hulgas esines** üldkogumist **vähem meeleoluhäireid, kuid rohkem orgaanilisi psüühikahäireid**, nad käisid rohkem arsti juures, kuid kasutasid vähem psühhiaatrilist abi.

Võrreldes perioodiga 2006–2013 on **aastatel 2014–2016 kasvanud** enesetapu sooritanute osakaal, kellel on **toimetulekuraskused ja hoolduskoormus, aga ka kuritegevusega seotus**. Meeste hulgas on suurenenud raskete terviseprobleemidega meeste arv ja mehed kasutasid ka rohkem erinevas vormis arstiabi. Nii enesetapu sooritanud meeste, naiste kui laste ja noorukite hulgas oli viimasel perioodil **kasvanud EMOsse pöördumine**. Pensioniealiste naiste ja meeste seas ei ole muutunud enesetappude sagedus ega riskitegurid

Uuringu teiseks (kvalitatiivseks) osaks olid **intervjuud enesetapu tõttu hukkunute lähedastega**. Kaasati 37 inimest, kes olid nõus rääkima aastatel 2012–2018 enesetapu läbi lahkunud lähedase isiku kaotusest. Intervjuueeritavad ei osanud öelda ühte konkreetset põhjust, mis viis lähedase suitsiidini. Süvaintervjuude alusel **oli enesetapu sooritanute päritolu- ja oma perekonnas suhteprobleeme**,

<sup>2</sup> Isik oli kas kuriteokahtluse tõttu kriminaaluurimise all, talle mõisteti karistus kriminaalkuriteo sooritamise eest, ta viibis vanglas või oli kriminaalhooldusel

<sup>3</sup> 24% (üks 14-aastane ja noorukid vanuses 16–19) said viimasel eluaastal Maksu- ja Tolliameti andmetel tulumaksuga maksustatavat sissetulekut (palk; töövõtu-, käsundus-, või muu lepingu alusel makstud tasu; juhtimis- või kontrollorgani liikme tasu; ajutise töövõimetuse hüvitis) vähemalt ühel kuul (sh kolm 18–19-aastast noorukit said sissetulekut kõigil 12 kuul)

**alkoholi liigtarvitamist, koduvägivalda, perekonna purunemist.** Enamikul suitsiidi läbi hukkunutel oli sõpru, kuigi sageli oli **sõpruskond** enne suitsiidi **kahanenud** ja vähe oli lähedasi sõpru. Enne suitsiidi **vähenes või lõppes enesetapu sooritanute tegelemine harrastustega. Esines haridustee katkemist, töökohtade vahetust, töötust ja majanduslikke raskusi.** Enesetapu sooritanutel **esines sageli varasemalt suitsiidimõtteid**, kuid väljendatud suitsiidimõtteid ei võetud lähedaste poolt alati tõsiselt. Väga paljud olid ka **varem suitsiidikatsed teinud**, osadel oli mõni **lähedane suitsiidi sooritanud**.

Üldistades uuringu tulemusi saab välja tuua, et **Eestis aastatel 2006–2016 enesetapu sooritanud mehi ja naisi iseloomustavad tunnused on kooskõlas teadusuuringutes avaldatuga ja ei ole muutunud võrreldes varasemate perioodidega.** Enesetapu olulisemateks riskiteguriteks lisaks meessoole, on **üksindus, raskused elus ettetulevate probleemide lahendamisel, vaimse tervise häired, suitsiidi-mõtted ja suitsiidikatsed.**

Lisaks lähedaste ja sõprade tähelepanelikkusele suitsiidimõtete esitamisel viitab tervishoiusüsteemi võimalustele aktiivsemaks sekkumiseks enesetapu sooritanud isikute **sagedasem sattumine EMOsse**, kus on võimalik paremini välja tuua suitsiidikatsel viitavaid pöördumise põhjusi.

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

## Poliitikasoovitused

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

### Koolid ja teised lastega kokku puutuvad spetsialistid

#### 1. Märgata üksinduse ja suitsiidimõtetega lapsi ning noorukeid

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

### Tervishoiusüsteem

#### 2. Avardada psüühikahäire all kannatavate inimeste abi saamise võimalusi

Psüühika või käitumishäire diagnoosi olemasolu (depressioon, ärevushäire, sõltuvushäire, psühhootiline häire, unehäired) on otsene suitsiidi riskitegur, mida kinnitasid ka käesoleva uuringu tulemused.

Tuleb tõhustada ja arendada psüühikahäiretega patsientide ravi kättesaadavust, ja ravisüsteemi, sh erinevate teenuste integreeritust ning inimese kui terviku käsitlust.

### **3. Tagada alkoholi liigtarvitavatele ja narkootikumide kasutatavatele isikutele ravi võimalused**

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

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

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

### **5. Suitsiidi riskiteguritega isikutele suurem tähelepanu tervishoiusüsteemis**

Varasem suitsiidikatse (viimase aasta jooksul) on kõige olulisem suitsiidi riskitegur ja kolmandik suitsiidimõtete isikutest jõuavad ka konkreetse plaanini. Vaid osad suitsiidikatse teostajad said peale suitsiidikatset arstiabi ja suitsiidikatsete tõttu ravi saamist tervishoiuasutustes sageli ei kodeerita. Tervishoiutöötajate koolituses (nii põhi- kui täiendõppes) tuleb pöörata senisest suuremat tähelepanu suitsiidi riskitegurite äratundmisele ning abi pakkumise tehnikatele. Vajalik on välja arendada ja töösse rakendada süsteem suitsiidiohtliku patsiendi märkamiseks ja professionaalseks abiks<sup>4</sup>. Täiendavate meetmete rakendamise prioriteetseteks rühmadeks tervishoiusüsteemis on perearstid, vaimse tervise häirete ravi osutajad ja erakorralise meditsiini osakonnad.

## **Rahvastik**

### **6. Elanike paremad teadmised suitsiidimõtete korral abi saamise võimalustest**

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

### **7. Suitsiidiohvrite lähedastele suurem tähelepanu ja tugivõrk**

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

## **Edasised teadusuuringud**

### **8. Tõenduspõhine informatsioon otsustusprotsessis**

---

<sup>4</sup> Näiteks analoogselt seksuaalvägivalla ohvri abistamise juhendi, protokoll ja abimaterjalidega: <https://www.ens.ee/ravijuhendid>

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