



World Health
Organization



EESTI - ROOTSI VAIMSE TERVISE JA SUITSIDOLOGIA INSTITUUT (ERSI)
ESTONIAN - SWEDISH MENTAL HEALTH AND SUICIDOLOGY INSTITUTE (ERSI)

ENESETAPPUDE ENNETAMINE: ENNETUSMEETMED TÖÖKOHAL

Juhendmaterjal

WHO väljaande Eestile kohandatud tõlge

Tallinn 2006

Originaali tiitel:

PREVENTING SUICIDE
A RESOURCE AT WORK

This document is one of a series of resources addressed to specific social and professional groups particularly relevant to the prevention of suicide.

It has been prepared as part of SUPRE, the WHO worldwide initiative for the prevention of suicide.

Keywords: suicide / prevention / resources / work / workplace / employers / employees / workers / job stress.

Department of Mental Health and Substance Abuse
Management of Mental and Brain Disorders
World Health Organization
Geneva
2006

© World Health Organisation 2006

Inglise keelest tõlkinud Margit Riit

Toimetanud Airi Värnik

© Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI) 2006

ISBN-13: 978-9985-9647-7-4

ISBN-10: 9985-9647-7-2

Brošüür on valminud Euroopa Komisjoni ja Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi poolt finantseeritud projekti EMIP *“Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in the EU Member States and Applicant Countries”* raames.

SISUKORD

EESSÕNA	4
TÖÖTAJATE VAIMNE TERVIS	7
TÖÖSTRESS	8
TÖÖVILJAKUS JA KULUD	11
SUIITSIID JA AMET	12
ABI OTSIMINE JA RAHULDAMATA VAJADUS	13
TÖÖTAJATE TERVISEARENDUS	14
MUUDATUSED ORGANISATSIOONIS	16
TÖÖTAJATE INFORMEERIMINE JA KOOLITAMINE	17
PSÜHHOSOTSIAALSE TERVISE TAGAMISE SÜSTEEM	18
KUIDA JUHT SAAB ABISTADA	
ENESETAPUMÕTETEGA TÖÖTAJAT	19
KUIDAS KOLLEEG SAAB AIDATA SUITSIDAALSET TÖÖTAJAT	22
MIDA TÖÖANDJAD SAAVAD TEHA TÖÖTAJATE VAIMSE	
TERVISE HEAKS	23
MIDA TÖÖANDJA SAAB TEHA, KUI TÖÖTAJA ON TEINUD	
ENESETAPU	24
KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED	25
KASUTATUD KIRJANDUS	26

EESSÕNA

Suitsiidid on keeruline nähtus, mis on köitnud filosoofe, teolooge, arste, sotsiolooge ja kunstnikke läbi sajandite. Prantsuse filosoof Albert Camus tõdes oma teoses "Sisyphose müüt", et suitsiidid on ainus tõsine filosoofiline probleem.

Tõsise rahvatervise probleemina nõuab suitsidaalne käitumine meie tähelepanu, kuid selle ennetamine ja selle üle kontrolli saavutamine pole kahjuks kerge ülesanne. Kõrgetasemelised teadusuuringud näitavad, et suitsiidide preventatsioon on võimalik, kuid see kätkeb endas tervet hulka tegevusi, alates lastele ja noortele pakutavatest parimatest võimalikest kasvutingimustest kuni tõhusa psüühiliste häirete ravini ning riskifaktorite kontrollimiseni. Asjakohase informatsiooni levitamine ja teadlikkuse tõstmine on ühe eduka suitsiidipreventsiooni programmi olulisimad osad.

1999. aastal käivitas Maailma Terviseorganisatsioon (*WHO*) SUPRE (*Suicide Prevention*), mis on ülemaailmne algatus suitsiidide preventiooniks. Käesolev brošüür on üks paljudest SUPRE raames väljatöötatud juhendmaterjalidest, mis on suunatud erinevatele suitsiidide preventioonil võtmeisiku positsiooni omavatele sotsiaalsetele ja professionaalsetele gruppidele. Suitsiidide preventiooni edukas elluviimine sõltub võrgustikust, kuhu kuulub terve hulk erinevaid inimesi ja inimgrupe – tervishoiutöötajad, haridustöötajad, sotsiaaltöötajad, valitsuseliikmed, seadusandjate kogu, kohalikud omavalitsused ja perekonnad. Igaühel neist on täita oma roll selles pikas ja mitmekesises ketis.

Võlgname erilise tänu Dr Heather Stuart'ile, Queen's University, Kingston, Kanada, kes töötas välja esmase versiooni sellest brošüürist. Järgnevalt vaadati tekst üle allpool nimetatud WHO Suitsiidipreventsiooni Rahvusvahelise Võrgustiku liikmete poolt, kes on samuti ära teeninud tänusõnad:

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Uus-Meremaa

Professor Robert Goldney, The Adelaide Clinic, Gilberton, Austraalia

Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, Lõuna-Aafrika

Professor Jean Pierre Soubrier, Chairman of the Section on Suicidology of the World Psychiatric Association, Paris, Prantsusmaa

Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Eesti

Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India

Professor Danuta Wasserman, Swedish National Centre for Suicide Research

& Prevention of Mental Ill-Health and Department of Public Health, Stockholm, Rootsi

Tahaksime tänada veel järgmisi inimesi nende panuse eest:

Ms Joannah Caborn, InFocus Programme on Safety and Health at Work and the Environment, International Labour Organization, Geneva, Šveits

Dr David Gold, InFocus Programme on Safety and Health at Work and the Environment, International Labour Organization, Geneva, Šveits

Ms Evelyn Kortum, Occupational and Environmental Health, Public Health and Environment, World Health Organisation, Geneva, Šveits

Professor Wolfgang Rutz, Uppsala University Hospital, Uppsala, Rootsi

Juhendmaterjale on praeguseks laialdaselt levitatud lootuses, et neid tõlgitakse ning kohandatakse vastavalt kohalikele oludele, mis on nende eduka toimimise eelduseks. Kommentaarid ja taotlused nende juhiste tõlkimiseks ja kohandamiseks on teretulnud.

Dr J. M. Bertolote

Koordinaator, vaimsete ja ajuhäirete juhtkond

Vaimse tervise ja ainete kuritarvitamise osakond

Maailma Terviseorganisatsioon

Suitsiid on tahtlik surmaga lõppenud (fataalne) enesevigastus. Enesetapukatse on mittefataalsete tagajärgedega enesevigastus, mille sagedane eesmärk on abi saada. Suitsidaaset käitumist peetakse üle maailma oluliseks rahvatervise probleemiks. Paljudes riikides, nii vaestes kui ka rikkastes, kasvab suitsiidide arv. Arenenud riikides on suitsiid esimese kümne surmapõhjuse hulgas ja esimese kolme surma põhjustaja hulgas 15-35-aastaste vanuserühmas. Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangu kohaselt tehakse igas minutis üks suitsiid ja iga kolme sekundi tagant üks suitsiidikatse. Järelikult sureb enesetappude tõttu rohkem inimesi kui relvakonfliktides¹.

Suitsiidide ja nendega kaasnevate vaimse tervise probleemide tõttu kannatab tõsiselt töötajate tööviljakus ja heaolu. Näiteks 1000 töötajaga ettevõttes kannatab igal aastal 200-300 inimest tõsise vaimse tervise probleemi tõttu (psüühikahäireks diagnoositavad probleemid) ja iga kümne aasta kohta teeb üks töötaja enesetapu. Arvestuste kohaselt kaotatakse kõigist tööpäevadest umbes 8% surmajuhtumite tõttu².

Töötajate enesetappe põhjustab keeruline individuaalse haavatavuse (näiteks

vaimse tervise häired) ja stressi tekitavate töö- ja elutingimuste (sh sotsiaalsed ja keskkonnast lähtuvad stressitegurid) koosmõju. Kuigi mitte igat suitsiidi või suitsiidikatset ei ole võimalik ära hoida, näitavad uuringud, et tööandjad saavad kasutusele võtta toimivaid abinõusid, et töötajate suitsiidide esinemissagedust vähendada. Suitsiidide preventatsioon töökohtadel on kõige edukam, kui ühendatakse (a) stressi vältimist ja vähendamist taotlevad muutused organisatsioonis (b) vaimse tervise probleemide käsitlemise ja abi otsimise tunnustamine ja nende negatiivse sildistamise vältimine (destigmatiseerimine), sh teadlikkuse tõstmine, (c) psüühikahäirete ja emotsionaalsete probleemide varane äratundmine ja avastamine (d) asjakohane sekkumine ja ravi töötajate tervise- ja tugiprogrammide kaudu, mis on seotud ettevõtteväliste avalike vaimse tervise teenustega. Vaatamata suurusel võivad ettevõtted välja töötada oma tervise ja tööturvalisuse põhimõtted ja programmid, mis toetavad töötajate vaimse tervise tugevdamisele ja aitavad ära hoida suitsiide.

Tänapäeva kiiresti muutuvus ühiskonnas ei tunnista töötajad meeleldi oma vaimse tervise probleeme, et mitte hädaohtu seada oma töökohta ja karjääri. Seetõttu peavad organisatsioonid käituma probleeme ennetavalt, et oma töötajate vaimse tervise probleemide mõju kindlaks teha ja see minimeerida. Kuna vaimse tervise probleemid on ühine nimetaja paljudele tööga seotud raskustele (alates alanenud tootlikkusest kuni vigastuste, vägivalla ja suitsiidini), käsitletakse käesolevas brošüüris enesetappude ennetustööd, lähtudes väljaatetest luua vaimselt terve töötajaskond üldise vaimse tervise arendamise kaudu. Sellist laia käsitlust aktsepteerivate programmide abil on edukalt vähendatud töötajate enesetappe ja samal ajal arendatud töötajate vaimset tervist ja tõstetud tööviljakust³.

See ennetusmeetmeid sisaldav brošüür on mõeldud tööandjatele, ametiühingutegelelastele, töötajate toetusprogrammide elluviijatele, personalijuhtidele ja töötajatele, kelle ühine eesmärk on panna alus vaimselt tervele töötajaskonnale.

TÖÖTAJATE VAIMNE TERVIS

Psüühikahäired tekivad isiku tunnetuslike, emotsionaalsete või tajufunktsioonide kahjustusest, mis põhjustab olulist tegevuse häiritust ühes või mitmes sotsiaalse või tööelu valdkonnas. Psüühikahäired on tõsiseid ja raskeid kannatusi tekitavad haigused, mis on seotud bioloogiliste kõrvalekalletega, näiteks aju keemilise tasakaalu häired. Ravita jäänud psüühikahäired kätkevad märkimisväärset invaliidistumise ja surmariski. Psüühikahäireid (või vaimuhaigusi) on tähtis eristada üldisematest ja vähem tõsistest vaimse tervise probleemidest, mis võivad kaasa tuua lühemaajalisi emotsionaalse häirituse perioode ja ajutisi toimetulekuprobleeme⁴.

Psüühikahäired on põhiline suitsiidi riskifaktor. Depressioon, ainete kuritarvitamine (nii alkohol kui narkootikumid), ärevushäired, isiksushäired (näiteks piirialane või antisotsiaalne isiksushäire) ja skisofreenia on vaimse tervise häired, mis on eriti selgelt seotud suitsiidiga. Mitme häire koosinemine on enesetapu sooritajate juures väga tavaline. Näiteks depressiooni koos alkoholi kuritarvitamisega esineb 80-90%-il suitsiidi sooritanud isikutel. Kui Lääne kultuuris on suitsiidi riskifaktor number üks just psüühikahäired, siis uuringud on näidanud, et teistes kultuurides, eriti Aasia riikides, ei pruugi psüühikahäiretel nii suurt kaalu olla.

Psüühikahäired esinevad sagedasti ja põhjustavad rohkem kannatusi kui mistahes teine haigusseisund. Neljateistkümnes riigis tehtud Maailma Terviseorganisatsiooni psüühikahäirete leviku uuringute kohaselt esineb 4,3%-il kuni 26,4%-il täiskasvanutest sõltuvalt riigist 12 kuu jooksul psüühikahäireid. Kõige suurema psüühikahäirete esinemissagedusega riigid on uuringu kohaselt USA (26,4%), Ukraina (20,5%), Prantsusmaa (18,4%) ja Kolumbia (17,8%). Kõige vähem esineb psüühikahäireid Hiinas (Šanghai) (4,3%), Nigeerias (4,7%), Itaalias (8,2%) ja Jaapanis (8,8%). Ülejäänud riikides (Mehhiko, Belgia, Saksamaa, Holland, Hispaania, Liibanon ja Hiina (Peking)) oli psüühikahäirete esinemissagedus 9,1-16,9%⁵.

Kogu maailmas prognoositakse psüühikahäirete tõttu tekkinud töövõimetuse kasvu 1990. aasta 10,5 protsendilt 14,7 protsendini aastal 2020 ehk kuni viis protsenti. 2020. aastaks kujuneb depressioon üle maailma tähtsuselt teiseks töövõimetuse tekkepõhjuseks. Arenenud riikides tõuseb depressioon haiguspäevade põhjustajate seas kolmandale kohale ja arengumaades esimesele kohale. Ennustatakse ka suitsiidide esinemissageduse suurenemist. 1990. aastal olid enesetapud üle maailma surmapõhjuste seas kaheteistkümnenadal kohal.

2020. aastaks prognoositakse suitsiidide tõusmist kümnendale kohale⁶. Viimase veerandsajandi jooksul on suitsiide arv maailmas kasvanud 60%¹.

Enamik psüühikahäiretega inimestest töötavad, mis teeb psüühikahäiretest töövõimetus kõige olulisema põhjuse. Kanadast pärit andmete kohaselt on 30-päevase perioodi jooksul 8,4%-il töötavast elanikkonnast depressioon, ärevushäired või ainete tarvitamise (sageli seotud alkoholi tarvitamisega) või nende kombinatsiooniga seotud terviserike. Ärevushäirete suurimat esinemissagedust täheldatakse kõrgetaseme spetsialistide (näiteks meditsiini ja õiguskaitsel) ja kõrgastme juhtide seas. Depressiooni esineb kõige sagedamini keskastme töötajatel. Ainete, eriti alkoholi kuritarvitamine on sagedasim põllumajanduses töötajate ja mitme häire koosinemine eriväljaõppeta kontoritöötajate seas⁷. Värsked uuringud on näidanud, et alkoholi tarvitamisest tingitud ja depressiivseid häireid on ka juhtidel ja kõrgetaseme professionaalidel, sealjuures alkoholi kuritarvitamist esines eriti just kõrgetasemel eriväljaõppega naiste seas⁸.

TÖÖSTRESS

Inimesed reageerivad stressile erinevalt. See sõltub nende psühholoogilisest vastupanuvõimest, toimetulekustrateegiast ja välise abi võimalustest.

Psüühikahäirete või psühholoogiliste probleemidega isikud võivad olla stressi negatiivsetele mõjudele eriti vastuvõtlikud oma vähenenud psühholoogilise vastupanuvõime, sotsiaalse toetuse puudumise või toimetulekuraskuste tõttu.

Tööstressi tingib ebakõla töö või töökeskkonna esitatud nõudmiste ja töötaja võimete, oskuste ja vajaduste vahel. Pikaajalist tööstressi seostatakse mitmesuguste kahjulike tagajärgedega tervisele, nagu luu- ja lihaskonnahaigused, läbi põlemine, depressioon, ruumiõhu sündroom, vigastused, vägivald töökohal ja suitsiid. Tööstress paigutub tööga seotud terviseprobleemide esikümnesse, sageli eelneb tööstress tõsistele vaimse tervise probleemidele ja seetõttu on tööstressi vähendamine tähtis tervise, sealhulgas vaimse tervise edendamise ja ennetustegevuse sihtmärk ning ühtlasi enesetappude ennetustöö osa.

Töötajate stress on kogu maailmas järjest kasvav mureallikas ja seda mitte ainult väljakujunenud majandusega Euroopa riikides või Põhja-Ameerikas, aga ka

kiiret industrialiseerimisprotsessi läbielavates piirkondades nagu Hiina, Taiwan või Korea vabariik. Suurbritannias on psüühikaprobleemid nagu stress, depressioon või ärevushäired tööga seotud haiguse tõttu kaotatud tööpäevade põhjuste seas teisel kohal². Uuringu järgi kogeb 31% Kanada töötajatest enamikul tööpäevadest stressi või tugevat stressi. Tööstressi all kannatavatel töötajad haigestuvad kaks korda suurema tõenäosusega psühhiaatrilistesse haigustesse⁷. Jaapanis esineb tööstressi 63%-il töötajatest, mis on 10% enam kui 15 aastat tagasi⁹. Taivani andmetel on 8% meestest ja 7% naistest väljaspool tööaega sageli või alati stressiseisundis, oletatavasti on neil töötajatel teiste töötajatega võrreldes väiksem tööstress¹⁰.

Aasia riikides on tööstressi seos kehalise ja vaimse tervise, töömoraali ja tööga rahuloluga sarnane lääneriikides täheldatuga. Siiski erinevad tööstressi tekitajad märkimisväärselt. Näiteks põhjustavad Hiina ja Taivani juhtide tööpinget põhiliselt nende töö tunnustamise vajadus ja nõudmised juhirollile, Suurbritannia juhtidel aga suhted organisatsioonis ja organisatsiooni sisekliima ning isiklik vastutus¹¹. Hiinas on võtmesõnaks samastumine organisatsiooniga ja pühendumine organisatsioonile - võib-olla selle tõttu, et need aspektid mängivad olulist rolli nii väliste (nagu palk ja muud ainelised hüved) kui ka psühholoogiliste hüvitiste (nagu tunnustus ja tööga rahulolu) saamisel¹².

Mõnikord on võimalik välja tuua ka otsene seos töökoha stressori ja suitsiidi vahel. Näiteks juhul, kui töötaja on saanud karistuse või vallandatud ja pärast seda sooritab ta suitsiidikatse või suitsiidi. Traumaatilised sündmused võivad olla seotud muutustega töösuhetes (näiteks pensionile jäämine, sundpuhkused või vallandamised), distsiplinaarkaristused või olukorrad, kus töötaja peab taluma alandamist või häbi või on seotud õigusvastaste tegudega (seksuaalne rünnak või ettevõtte vara seadusevastane omastamine). Veel sagedamini mängib krooniline tööstress taganttõukavat rolli nende töötajate puhul, kes on suitsiidialtimad oma psüühikahäire või muu isikliku probleemi tõttu ning kellel on juurdepääs surmatoovatele vahenditele¹³. Meetmetega, mis aitavad kõrvaldada töökeskkonnas stressi tekitavaid tegureid ja õigeaegselt ära tunda algavat stressi, toetavad tööandjad töötajate vaimset tervist, aitavad kaasa suitsidaalse käitumise vähendamisele ja tööviljakuse suurendamisele.

Stressi tekitavat töökeskkonda iseloomustab ajapuudus, kontrollimatu töögraafik, tähelepanu kõrvalejuhtiv taustamüra, tülid (mida põhjustavad halvad suhted töötajate vahel, türanniseerimine või ahistamine), ruumipuudus, üldine määramatus ja suuremate nõudmiste seadmine vahendeid lisamata. Töökeskkonna tegurid võivad vallandada stressreaktsiooni ja kaasa aidata vaimse tervise halvenemisele, näiteks¹⁴:

- organisatsioonilised muudatused, mis kaasnevad koondamiste, tellimustega väljastpoolt asutust ja kiire laienemise või töö ümberstruktureerimisega (kaasa arvatud ametikõrgendus või -alandus ning ümberpaigutused)
- määramatus või kontrolli puudumine tööülesannete üle (halvasti defineeritud rollid, selgete prioriteetide puudumine, ebakindel töökoht, perspektiivide piiramine, mis soodustab frustratsiooni)
- probleemsed juhid või kolleegid (kehv töötajate ja tööandjate vaheline infovahetus, küündimatu või paksunahkne juhtkond, kolleegide vaenulikkus, ahistamine, väärad juhtimis põhimõtted)
- äärmuslikud ametialased nõudmised (pikad tööpäevad, autonoomia puudumine, suur vastutus, jäägitu tööle pühendumine, ohtlikkus, traumatiseerivad sündmused)
- kehvad töötingimused ja füüsilised stressorid (müra, vilets valgustus, ruumi puudus, äärmuslikud temperatuurid, kehv ergonoomika, keemilised ohud, tervishoiuprogrammide kättesaadamatus)
- monotoonseid või korduvad tööülesanded või oskuste alarakendus
- ületunnitöö ja tükitöö vähemotiveeriv tasustamine
- organisatsioonikultuur, mis soodustab psüühiliste probleemidega inimeste häbimärgistamist ja diskrimineerimist.

Lisaks sellele on osa elukutseid loomu poolest rohkem stressi põhjustavad kui teised. Näiteks töö avalikkuse ees, õiguskaitseametid, kus puututakse kokku traumaatiliste või vägivaldajuhtumitega, korduvate tööoperatsioonidega montaažliinitöö, lennujuhtimine ja tervishoiuelukutsed^{13,15}. Naised kannatavad tööstressi all enam, kuna nad kannavad sageli põhivastutust laste eest hoolitsemise ja perekonnaelu korralduse eest, teevad sagedamini väikesepalgalist või madala staatusega ja vahetustega tööd, et sobitada kokku perekondlikke kohustusi ja tööd, ning kannatavad sagedamini tööalase diskrimineerimise ja ahistamise all¹⁶.

TÖÖVILJAKUS JA KULUD

Kogu maailmas sagenenud psüühikahäired on osutunud globaalselt oluliseks majanduslikuks koormaks. Äritegevuses jõutakse järjest enam äratundmisele, et vaimselt terved töötajad on produktiivsemad. Töökohal väljenduvad vaimse tervise probleemid töötulemustes: suurenenud töölt puudumiste arv, vähenenud tööviljakus, suurenenud tööjõu voolavus, suurenenud lühi- ja pikaajalise töövõimetuse päevade arv ja suurenenud töövõimetushüvitised. Seega on töötajate vaimsele tervisele ja tööstressile käegalöömine kulukas strateegia.

Kuigi töötajate vaimse tervise probleemide kulusid alles hakatakse määrama, paistab, et juba praegu on need šokeerivad. Näites 2000. aastal hinnati vaimsete häiretega seotud kahjusid 15-s Euroopa Liidu riigis 3-4%-ile SKP-st¹⁷. Suur osa neist kuludest (töenäoliselt kolmandik või rohkem) olid otseselt seotud tootlikkuse vähenemisega². USA-s puudus psüühikahäirete tõttu töölt rohkem töötajaid kui kehalise haiguse või vigastuse tõttu. Depressiooni peetakse tähtsuset kolmandaks tööga seotud probleemiks perekriisi ja stressi järel. Ajavahemikul 1989-1994 kasvasid töövõimetushüvitised kaks korda⁷. Kanadas on psüühikahäiretest põhjustatud töövõimetushüvitiste maht arvestuste kohaselt 12% kõigist palgakuludest. Vaimse tervise häiretest põhjustatud töövõimetus on kõige kiiremini kasvav töövõimetuse liik ja prognoositakse selle kasvu jätkumist^{2,3}.

Vähem teatakse töötajate vaimse tervise probleemide ja tööstressi mõjust tööviljakuse vähenemisele arenguriikides. Siiski tundub, et probleemid on ühesuguse iseloomuga. Näiteks Taivani juhtide tööstress korreleerus vaimse ja kehalise tervisega, töölt puudumise, vähese tööga rahuloluga ja töökoha vahetamise kavatsustega. Sellele lisaks täheldati mittetraditsioonilisi rolle täitvatel ja samal ajal perekonnakohustusi kandvatel naisjuhtidel suuremat stressi kui nende meeskolleegidel¹¹.

SUITSIID JA AMET

Eri ametialade esindajate suitsiidide esinemissagedus erineb ja seda mõjutavad spetsiifiline igapäevane stress, sagedane kokkupuude ahistavate või vägivaldsete sündmustega, mis suurendavad posttraumaatilise stresshäire tekkimise võimalust, või kättesaadavad enesetapu vahendid nagu tulirelvad, surmavad ravimi- või pestitsiidide annused. Kõrge suitsiidiriskiga ametite hulka arvatakse ka arstid, mõned keemiliste ainetega kokkupuutuvad töötajad ja farmatseudid (surmavate kemikaalide või ravimite kättesaadavuse tõttu), juristid, õpetajad, nõustajad ja sekretärid (depressiooni suure esinemissageduse tõttu nendes gruppides), talupidajad (depressiooni kõrge esinemissagedus, rasked töötingimused, sotsiaalselt isolatsioonist ja majanduslikust survest tingitud tööstress, juurdepääs suurtele pestitsiidide kogustele ning kiirabi halb kättesaadavus) ja osa politseinikest (pensionile jäänud või psühholoogilise trauma all kannatavad). Peale selle osutavad mõned uuringud, et teatud ametites töötavad naisspetsialistid (naisarstid, medõed või sõjaväelased) võivad olla väga suure suitsiidiriskiga, võib-olla et ka perekonna ja karjääri ühitamatuse tõttu. Suurenenud suitsiidirisk on ka töötutel ja isikutel, kes ei ole kindlad oma töökoha säilimises¹³.

Hoolimata töötajate vaimse tervise probleemide suurest esinemissagedusest, tehakse töökohal harva suitsiide. Üks USA-s tehtud uuring näitas, et töö juures tehakse 1-3% suitsiididest, mis tähendab 2,3-2,5 suitsiidi miljoni töötaja kohta aastas. 90% töökohal suitsiidi teinutest on mehed ning vanemates vanusegruppides on suitsiide rohkem kui nooremates. Töökohal on relv sagedasim enesetapuvahend – 58% meestest ja 40% naistest teeb enesetapu relvaga.

ABI OTSIMINE JA RAHULDAMATA VAJADUS

Enamikul psüühikaprobleemiga või suitsidaalsetest inimestest ei õnnestu saada vajalikku ravi, isegi mitte riikides, kus on olemas väga mitmesugused kuluefektiivsed ravivõimalused. Näiteks ainult kolmandik depressiooniga töötajatest konsulteerib psühhiaatri, psühhoterapeudi või nõustaja ja arstiga või saab abi töötajate tugiprogrammi kaudu. Vähem kui üks kümnest tööst tingitud tervisekahjustusega töötajast kasutab asjakohast ravimit. Õiget depressiooniravi saanud töötajate enamiku töötulemused paranevad ja nende haiguspäevade arv väheneb niipalju, et korvab tööandja kulutused ravil¹⁸.

Töötajad ei otsi abi mitmel põhjusel. Levinud arvamuse kohaselt on häbimärgistuse hirm põhiline põhjus. Psüühikahäirega töötajad kogevad sageli tööalast diskrimineerimist. Nende iseseisvust võidakse piirata ja järelevalvet tõhustada, töökoha säilimine on ohus, edutamine piiratud, töökaaslased tõmbuvad eemale ja sotsiaalne toetus väheneb. Psüühikahäirega töötajad teevad sageli suuri jõupingutusi, et kaastöötajad ja ülemused ei saaks teada nende haigusest, seejuures välditakse ka tugiprogramme ja hoitakse kõrvale efektiivse ravi võimalustest¹⁹. Naised on emotsionaalsete ja psüühikaprobleemide ilmnemisel rohkem valmis abi otsima kui mehed. Noored madala haridustasemega mehed otsivad abi kõige vähem. Selline abiotsimise mudel on omane kõigile viiele uuringusse kaasatud riigile (Holland, Saksamaa, USA, Kanada ja Tšiili)²⁰. Meeste vastumeelsus abi otsimise vastu, mis korreleerub tõenäoliselt ka surmava enesetapumeetodiga, seletab osaliselt ka nende suurt suitsiidisurmade arvu.

Ravilemineku barjääri ületamiseks peavad organisatsioonid töötajate vaimse tervise probleemide kindlakstegemisel ja nendega toimetulekul käituma probleeme ennetavalt, eriti puudutab see kõrge riskiga grupe, kes võivad vajada eriteenuseid ja jõulist sekkumist. Organisatsioonid peavad edendama ka oma organisatsioonikultuuri, et muuta see psühhosotsiaalset taastumist toetavaks. Liiga paljudel juhtudel pidurdab ravi stigmatiseerimine ja kehva arusaamine psühhiaatrilise ravi efektiivsusest. See takistab organisatsioone välja arendamast vaimse tervise strateegiaid ja programme või kindlustamast, et psüühikaprobleemide tõttu töövõimetus isikud saaksid kasutada samu hüvesid, mida võimaldatakse kehalise haigusega isikutele².

TÖÖTAJATE TERVISEARENendus

Täiskasvanud veedavad kolmandiku või enam oma ärkveloleku ajast tööl. Tervise ja turvalisuse strateegiate ja programmide abil on töökohad oluliselt parandanud töötajate kehalist tervist ja töökäitumist. Praeguseks on selge, et probleemid, mis tekivad tööl vaimse tervise häirete tõttu, on võrreldavad või raskemad kui kehalised häired, tööandjad näevad vaimse tervise strateegiaid ja programme kui strateegilisi investeeringuid ärisse ja töökeskkonda kui vaimse tervise edendamise ja ennetustegevuse ideaalset objekti.

Maaailma Terviseorganisatsioon ja Rahvusvaheline Tööorganisatsioon peavad vaimselt terve töötaja kujunemiseks vajalikuks kolme asja. Esiteks, tööandjad ja juhid peavad jõudma äratundmisele, et vaimse tervise probleemidega tegelemine lähtub põhjendatud tööalasest huvist ning et tuleb välja arendada nendega tegelemise strateegia ja meetodid, hoolimata sellest, mis faktorid neid psüühikahäireid ka põhjustavad. Teiseks, tööandjad peavad aru saama seadusega tagatud töötervishoiu nõudmistest ja vajadusest kohandada töötingimused psüühikahäirete tõttu vähenenud töövõimega inimestele. Kolmandaks, tööandjad peavad välja töötama asjakohased ennetus- ja tervise edendamise strateegiad ja programmid. Edukas preventatsioon ja terviseedendus hõlmab ka muudatusi, mida organisatsioon teeb töötingimuste parandamiseks ja tööstressi vähendamiseks, töötajate ja juhtide koolitust ning väljaõpet, mis käsitleb vaimse tervise tähtsust ja ravivõimaluste kasutamist, ja mitmekülgseid psühholoogilisi teenuseid⁹.

Kolme eespool nimetatud vajaduse rahuldamiseks on Rahvusvaheline Tööorganisatsioon välja arendanud programmi SOLVE²¹. SOLVE on interaktiivne koolitusprogramm, mis on loodud, et toetada psühhosotsiaalsete probleemide lahendamise tegevuspõhimõtete ja tegevuste väljatöötamist töökohtadel. Strateegia baaskursus on tehtud juhtide jaoks ja see aitab mõista psühhosotsiaalseid probleeme, sealhulgas suitsiidiga seotud sõlmküsimumi, nagu stress ja ainete kuritarvitamine ning seda, kuidas töökoht soodustab nende probleemide vähendamist või teravdamist. Seda mõistvatel juhtidel on eeldused kasutusele võtta terviklik psühhosotsiaalseid küsimusi hõlmav tegevuskava. See on firma üks põhilisi vahendeid niisuguse organisatsioonikultuuri loomisel, mis on orienteeritud ennetusele ja toetab probleemidega töötajaid. Lisaks tegevusstrateegia väljatöötamisele peavad ettevõtted kõigi taseme töötajaid pidevalt koolitama. Sellist võimalust pakub samuti SOLVE'i 1,5-tunnine koolitus MicroSOLVES. Selline kombinatsioon arukast,

teadmistel põhinevast tegevuskavast ja informeeritud töötajatest loob toetava töökeskkonna, kus ennetustöö laabub edukalt ja töökaaslased toetavad üksteist. Ühe osana SOLVE programmist on Rahvusvaheline Tööorganisatsioon lõpule viimas töökaaslastest nõustajate koolituskursust. Kursuse eesmärk on ennetustegevus ja töökohtadel esinevate psühhosotsiaalsete probleemide leevendamine. Selle koolitusprogrammi põhielement on teadlikkus suitsiidi preventsiioonist. SOLVE efektiivsus, eriti suitsiidi ennetuse vallas, ootab kinnitust.

USA Õhujõudude kogemused tõestavad, kui oluline on laiaulatuslik ja organisatsiooniline lähenemine suitsiidide preventsiioonile. Järjest kasvavale suitsiidide arvule reageerisid Õhujõud mitmetasemelise riskivähenduse programmi kasutusele võtmisega, mis oli suunatud hulga organisatsiooniliste, kultuuriliste ja individuaalsete riskifaktorite kõrvaldamisele organisatsioonis. Programmiga läheneti suitsiidide vähendamisele vaimse tervise probleemidesse varase sekkumise ja kaitsvate sotsiaalsete ja keskkonnafaktorite mõju tugevdamise kaudu, näiteks kuuluvustunde toetamise, häbimärgistamise vähendamise ja abiotsimise soodustamisega. Juhid läbisid kontsentreeritud koolituse ja hakkasid tegutsema kui järelevaatajad, kes tegid kindlaks riskirühma kuluvad inimesed ja suunasid nad vastavatesse institutsioonidesse. Kogu teenistuse ulatuses ringlesid elektronkirjad, mis tunnustasid inimesi, kes otsisid professionaalset abi näiteks oma paari- ja perekonnaprobleemide või juriidiliste küsimuste lahendamiseks, vaimse tervise või muude raskuste puhul. Sõjaväeüksuste juhtidele anti ülesandeks kindlaks teha, kas märkimisväärset stressi tekitavas olukorras viibivad isikud saavad vajalikku tähelepanu ja toetust oma alluvatel ja kas organisatsiooni eeskirjadega kindlustatakse, et juhid täidavad oma järelevaataja rolli korralikult. Selliselt toimides muutis see programm kogu militaarkogukonna kultuuri ja vähendas suitsiidi riskifaktoreid. Aastatel 1994-1998 vähenes suitsiidide arv 100 000 inimese kohta 16,4-lt 9,4-le. 1999. a esimese kaheksa kuuga vähenes suitsiidide arv 100 000 inimese kohta veel 2,2 võrra – see on 80% vähenemist, võrreldes suitsiide kõrgeima tasemega 1980. a. Samuti fikseeriti õnnetussurmade, tapmist ja perevägivalla märkimisväärset vähenemist²².

MUUDATUSED ORGANISATSIOONIS

Töötajate tervise edendamise võtmestrategia on tööga seotud stressifaktorite vähendamine. Stressifaktorid on näiteks:

- rollide ebamäärasus, mille tõttu on töötajal ebaadekvaatne või eksitav info selle kohta, mida ta peab tegema
- rollikonflikt, st töötaja tajub vastuolulisi nõudmisi või survet käituda selliselt, et see tekitab temas ebamugavust
- ületöötamine, kui töötajal on liiga palju tööd või kui tal ole vajalikke oskusi, et antud ülesandeid täita
- alakoormus või oskuste alakasutamine või korduvad igavad tööülesanded
- autoritaarsed juhtimisstruktuurid, mis ei kaasa töötajaid probleemide lahendamisse ja otsuste tegemisse
- kindlusetus töökoha või ainelise kindlustatuse suhtes
- organisatsiooni- või juhtimiskultuur, mis tekitab vaenulikkust, tagarääkimist, kellegi alusetut soosimist või mittevajalikku konkureerimist
- füüsilise tervise või turvalisuse kaotamise oht või kahjulike tegurite mõju
- seksuaalne või emotsionaalne ahistamine või diskrimineerimine.

Stressirohkete ametitega kaasnevaid tööstressi tekitavaid keskkonnategureid on võimalik muuta, näiteks arenenuma tehnoloogia või turvalisemate seadmete kasutusele võtmine, mis vähendavad kahjulike tegurite mõju, või sõbralikuma või perekondlikuma töökeskkonna loomine, mis kaitseb töötavaid naisi. Paljudes maades on sellele lisaks kehtestatud seadusi, mis parandavad töötajate kindlustunnet, reguleerivad vallandamisprotseduure ja sätestavad töövõimetuse menetlemise korda.

Kuna tööstress on keskkonnategurite ja individuaalse haavatavuse koosmõju tagajärg, peavad töötajad ja organisatsioonid tegema koostööd, et tööga seotud stressoreid vähendada. Töötajatega tervise ja heaolu programmide toetusel ainuüksi üksikisikutele keskendudes ja organisatsioonilised stressifaktorid arvestamata jättes ei ole võimalik vältida ei stressiga seotud probleeme ega nendest tingitud potentsiaalseid fataalseid tagajärgi.

TÖÖTAJATE INFORMEERIMINE JA KOOLITAMINE

Väga vähestel juhtidel on piisavalt teadmisi ja oskusi, et töökohal ära tunda vaimse tervise probleemid ja nendega toime tulla või õigesti tegutseda suitsidaalse töötajaga kokku puutudes⁹. Ka on vähestel organisatsioonidel ettevõttesisene plaan, kuidas toimida töötaja psüühilise kriisi või suitsiidiohuga, või personali koolituse programm, mis tagab, et juhtivad võtmeisikud on informeeritud suitsiidiennetusest, vaimse tervise probleemide mõjust töötajate töövõimkusele, aga ka faktoritest, mis aitavad kaasa tervisliku töökeskkonna loomisele ja neist, mis annavad märku probleemidest. Näiteks võib tuua värske Kanada ettevõtjate uuringu tulemused:

- 91% märkisid, et töötajate töökoormus on kasvanud.
- 72% ütlesid, et nende töötajate tööülesanded on muutunud.
- 68% märkis suurenenud töölt puudumist.
- 64% ütles, et töötajate enamik tunneb emotsionaalset pinget.
- 61% märkisid vähenenud töövõimkust.
- 44% märkis töötajate soove kasutada paindlikku tööaegu.

Vaatamata neile ilmsetele ohumärkidele, ei olnud paljudes ettevõtetes ikka tegevuskava, kuidas toetada töötajate vaimset tervist. Alla 10% oli juhte, keda oli koolitatud kindlaks tegema vaimse tervise probleeme ja nendega tegelema²³. Samamoodi näitas Suurbritannias Briti tööstuse konföderatsiooni 800 ettevõtte uuring, et 98% tööandjatest arvab, et töötajate vaimne tervis peaks olema ettevõtte mure ja 81% arvas, et see peaks olema ettevõtte poliitika osa. Sellele vaatamata oli vähem kui 10%-il ametlik vaimse tervise poliitika²⁴.

PSÜHHOSOTSIAALSE TERVISE TAGAMISE SÜSTEEM

Töötajate tugiprogrammid on ettevõtete rahastatud programmid, mis pakuvad mitmesuguseid toetavaid, diagnostika, nõustamise ja ravile suunamise ning ravi-teenuseid. Algselt olid need välja töötatud selleks, et tegelda ainete kuritarvitamise probleemidega, sageli alkoholi kuritarvitamisega, kuid praeguseks on paljud neist programmidest oma tegevusvälja laiendanud ja hõlmavad ka teisi vaimse tervise probleeme.

Kuigi töötajate tugiprogrammid on ilmselt kuluefektiivsed (eriti siis, kui arvestatakse nii otseseid kui ka kaudseid kulusid), on töötervishoiu valdkond paljudes riikides ikka veel vähearenenud. Töötajate tugiprogrammide teenused on sagedasti piiratud (eriti väikeettevõtetes) või ei ole kättesaadavad programmidesse kaasatud vaimse tervise spetsialistid ja programmidel puudub side avaliku tervishoiusüsteemiga. USA-s tehtud tööandjate rahastatud terviseprojektide uuring näitas, et 2001. aastal pakkus vähem kui 20% firmadest töötajatele tugiprogramme. Tugiprogrammid on levinud suurtes, üle 20 000 töötajaga firmades (80%), aga suhteliselt vähe on neid väikestes, 50-100 töötajaga ettevõtetes (20%), eriti vähe aga alla 50 töötajaga ettevõtetes (10%). Umbes kaks kolmandikku programmidest pakuvad käitumisprobleemide ja ainete kuritarvitamise lühiteraapiat, vabatahtlikke sõeluuringutes osalemist ja ravile suunamist²⁵. Paljudes maailma paikades on kogu töötervishoid ja eriti töötajate abiprogrammid vähearenenud või täiesti kättesaadamatud.

Isegi kui töötajate tugiprogrammid on kättesaadavad, võib tekkida teine probleem: organisatsioonikultuur võib olla selline, et töötajad kasutavad neid võimalusi vastumeelselt konfidentsiaalsuse puudumise, kaastöötajate häbimärgistamise hirmu või juhtide surveabinõusid kartes. Vähesed firmad tegelevad aktiivselt sellega, et vähendada häbimärgistamist ja julgustada töötajaid kasutama pakutavaid teenuseid. Oma parima funktsioneerimise huvides peavad töötervishoid ja töötajate tugiprogrammid olema kombineeritud asjakohaste üldiste raviteenustega (näiteks töötajate tugiprogrammide kaudu suunamine vaimse tervise spetsialistide juurde ja raviasutustesse). Selle juurde kuuluvad teadlikkus vaimse tervise probleemidest ja destigmatiseerimise strateegiad, mis on välja töötatud, et kõrvaldada ravi kasutamise takistused ja jõuliselt laiendada kõrge riskiga ja alaravitud gruppidele mõeldud teenuseid¹⁹. Mõned ettevõtted pakuvad praegu ametiühin-

gute korraldusel funktsioneerivad töötajate tugiprogramme, kuna nende poole võib töötajatel olla kergem pöörduda. Teised pakuvad programme, mis on välja-töötatud ettevõtte ja ametiühingute koostöös.

Üks hea näide programmist, mille eesmärk on häbimärgistamise vähendamine ja mis on seotud vaimse tervise edendamise ja suitsiidiennetusega teenuste laiendamise kaudu, on eespool kirjeldatud Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni programm SOLVE.

Quebeci Tööföderatsioon viib Kanadas ellu uuenduslikku programmi, milles kasutatakse töökaaslaste abi. Ametiühingu liikmed saavad aktiivse kuulamise oskuste baasväljaõppe ja neid informeeritakse abivõimalustest, mille ametiühing on välja töötanud ja mille kasutamist korraldab. Need, kes on asjast enam huvitatud, saavad süvendatud väljaõppe, näiteks suitsiidiennetuses. Sellel programmil on eeliseid pakkuda informeeritud kaaslaste abi ja juhtida abivajaja professionaalse aitaja juurde. Töökaaslastest nõustajate poole on kerge pöörduda ja nende juurde pääseb hõlpsasti, selline lähenemine võibki olla suitsiidiennetuse võti.

KUIDAS JUHT SAAB ABISTADA ENESETAPUMÕTETEGA TÖÖTAJAT

Ei ole olemas mingisuguseid kindlaid reegleid, kuidas ära tunda enesetapu mõtetega töötajat. Suitsiidimõtetega inimesed on sageli depressiivsed, tüdinud ja võivad rääkida, et nad ei tea, mida teha. Siiski on inimesed erinevad ja erineb ka nende valmisolek avada oma probleeme teistele, eriti töökaaslastele või ülemusele. Sellest hoolimata annab enamik enesetapu sooritanutest eelnevalt, juba nädalaid või kuid enne surma selgeid märke oma enesetapukavatsusest. Need ei ole mitte süütud tähelepanu püüdmise avaldused, vaid valjud appihüüded, mida peab tõsiselt võtma. Ohumärgid on näiteks^{26,27}:

- omaette hoidumine ja võimetus suhelda sõprade ja töökaaslastega
- isoleerituse ja üksinduse tunnetest rääkimine
- ebaõnnestumise, kasutuse, lootusetuse tunnete või enesehinnangu lan-guse väljendamine

- suurenenud rahutus, ärrituvus või rahuldustunde puudumine
- impulsiivsus või agressiivsus
- ebaühtlane uni
- pidev takerdumine probleemidesse, millel ei näi lahendust olevat
- toetuse või süsteemi vastu usalduse puudumise väljendamine
- rääkimine suhete klaarimisest
- mingi muu märk lahkumise plaanist või kui sellekohane küsimus esitada, siis selge plaan, kuidas enesetapp teha.

Peale selle suurendab ohumärke ilmutava isiku suurt suitsiidiohtu, kui lisaks selgub:

- äsjane lähedase suhte kaotus
- muutus (või on oodata muutust) tööl, näiteks vallandamine, enneaegne pensionileminek, ametialandamine või mõni muu tööga seotud muudatus
- tõsine ja piinlikkust tekitav tööga seotud sündmus, näiteks ametialane noomitus, distsiplinaarkaristus või raha ebaseadusliku omastamise või sündsusetu seksuaalkäitumise ilmsiks tulek
- tervise halvenemine
- alkoholi või narkootikumide kuritarvitamise suurenemine
- suitsidaalne minevik või perekonnas esinenud enesetapud
- depressioon, läbipõlemine või seletamatu väsimus.

Juht, kes arvab, et tema alluv võib sooritada enesetapu, võib aidata^{14,26,27}:

- väljendades arusaamist ja muret
- inimest rääkima julgustades. Paljud enesetappu plaanitsevad inimesed tunnevad surma suhtes kahetisi tundeid. Peab teadma, et kui küsida kellegi käest, kas sa kavatsed enesetappu, või mõnel muul viisil enesetapust rääkides ei tõuka see suitsiidi tegema, vaid annab kergendustunde ja lahenduse leidmise alguspunkti
- küsides, kas tal on keegi, kellega ta tahaks ühendust võtta, või on ta seda juba teinud
- delikaatselt tunnistades, et antud olukorras ei saa konfidentsiaalsusest kinni pidada, et teatamine tema seisundist asjaomastele inimestele organisatsioonis, nagu töötervishoiu või personaliosakonna esindajatele (sõltuvalt ettevõtte sisekorras) on hädavajalik. Juht ei tohiks sellisel juhul kunagi

nõustuda saladust hoidma

- võttes otsekohe asjakohaseid meetmeid, et suunata inimene töötervishoiu või vaimse tervise spetsialisti juurde. Väikeses ettevõttes võib see olla vaimse tervise tugiprogrammi töötaja või perearst. Eelnevad kokkulepped raviasutustega aitavad selles protsessis toime tulla. Suitsiidi võib ära hoida, kui inimesed saavad otsekohe ja asjakohast abi
- inimesele abi osutades, tehes kindlaks perekonnaliikmed, sõbrad või lähedased kaastöölised, et suitsidaalne inimene üksi ei jääks
- järgides ettevõttes kehtivat delikaatsete andmete dokumenteerimise korda; võib osutada vajalikuks juhtum töötaja isiklikus või tervisetöimikus fikseerida
- tagades, et töötervishoiuspetsialist või personalidirektor või keegi teine töökoha esindaja külastab töövõimetut töötajat niipea kui võimalik, et näidata hoolimist ja julgustada peatselt tööle tagasi tulema. On tähtis töötaja tema vana töö juurde tagasi tuua, kohandades tööolusid, näiteks võimaldades paindlikku tööaega ja kõrvaldades tööga seotud ebasoodsad mõjud (näiteks ahistamine, konfliktid töökaaslastega, kehvad töötingimused või väga suur tööstress), et need tööle naasmist ei takistaks
- teavitades töötaja perearsti või psühhiaatrit meetmetest, mis puudutavad tööalaseid nõudmisi, võimalikke muudatusi ja kohandusi.
- suurendades töötajate teadlikkust vaimse tervise probleemide olemusest ja tagajärgedest
- luues toetava keskkonna töötajale, kes naaseb pärast suitsiidikatset tööle.
- kõrvaldades või vähendades tööstressi ja teised tööga seotud psühhosotsiaalseid ohutegureid.

KUIDAS KOLLEEG SAAB AIDATA SUITSIDAALSET TÖÖTAJAT

Kui kellelgi töötajatest on psüühikahäire, võivad tema töökaaslased temast distantseeruda, uskudes, et eemale hoidev hoiak on parim. Kaastöötajad võivad mitte soovida sekkuda, kuna nad kardavad sattuda ise raskustesse või on mures, et panevad ohtu oma head töösuhted. Järelikult võivad nad mööda lasta kriitilise hetke, kui oleks veel võimalik edastada informatsiooni organisatsiooni võtmeisikutele, mis võimaldaks midagi konstruktiivset ette võtta^{27,28}.

Kui saadakse teada, et kolleeg on teinud enesetapukatse, võivad kaastöötajad tunda piinlikkust ja nõutust, sest nad ei tea, mida öelda ja teha. Kuid sündmusest mitte rääkides või seda mitte nagu märgates võivad nad tekitada suitsiidikatse sooritanus isoleerituse ja sotsiaalse distantsi tunde. Suitsidaalse psüühikahäirest paraneja jaoks on kaaslaste tugi kriitilise tähtsusega. Ta ei taha²⁶:

- tunda end tõrjutuna kolleegide ja sõprade poolt
- et muudetakse kõneainet, kui tema vestlejatega liitub
- kuulda loengut või jutlust, või kuulda, et on vale või rumal tunda või käituda nii, nagu tema tegi
- tunda enda suhtes üleolekut, kritiseerimist, analüüsimist või lahterdamist
- kuulda võltsilt ergutavaid jutte, et ta ennast rõõmsamana tunneks või aitaks tal toimunud kergemalt võtta.

Julgustamine, toetus ja lugupidamine sõprade ja kaastöötajate poolt aitavad enesehinnangut tõsta ja taas sulada töökeskkonda.

MIDA TÖÖANDJAD SAAVAD TEHA TÖÖTAJATE VAIMSE TERVISE HEAKS

Tööandjad hoolitsevad töötajate vaimse tervise eest, kui:

- luuakse töökeskkond, mis on toetav, harmooniline ja lugupidav töötajate tööpanuse ja saavutuste suhtes
- töökonfliktid lahendatakse avaliku diskussiooni abil, efektiivse kommunikatsiooni ja konfliktide juhtimise kaudu
- arendatakse ja viiakse ellu efektiivset vaimse tervise poliitikat, mis hõlmab põhimõtteid, kuidas käsitleda töötajate suitsiide, st suitsiidiennetust, sekumist ja tagajärgede käsitlemist
- töötatakse välja õiglased ja efektiivsed kaebuste käsitlemise, töötulemuste hindamise ja organisatsiooniliste muudatuste tegemise protseduurid
- seatakse sisse tööstressi ja teiste psühhosotsiaalsete ohutegurite varase kindlakstegemise ja vähendamise protseduurid
- korraldatakse nõustamine või selle teenuse saamine mujalt töötajatele, kes on koondatud, vallandatud või muul viisil seotud traumaatilise tööga seotud sündmusega
- kindlustatakse, et juhid on piisavalt koolitatud, et nad oskavad kindlaks teha ja toime tulla töötajate psühhosotsiaalsete raskustega
- võetakse meetmeid, et vähendada vaimsete probleemidega töötajate häbi-märgistamist ja parandatakse töötajate abi saamise võimalusi
- hinnatakse regulaarselt vaimse tervishoiu juhendeid, protseduure ja programme, et oleks kindlustatud nende vastavus organisatsiooni ja töötajate vajadustele.

MIDA TÖÖANDJA SAAB TEHA, KUI TÖÖTAJA ON TEINUD ENESETAPU

Kuigi töökohal toime pandud suitsiid on harv nähtus, on neil tugev psühhosotsiaalne mõju kaastöötajatele. Kui väljaspool töökohta tehtud enesetapp võib tõsiselt mõjutada keskmiselt kuut lähedast inimest, perekonnaliiget või sõpra, siis töökohal tehtud enesetapp võib raskelt mõjuda sadadele. Ja see mõju võib organisatsioonis aastaid tagasi peegelduda. Töökohal tehtud enesetapud suurendavad ka suitsiidide kuhjumise (kobarsuitsiidide) ohtu.

Kaastöötajad otsivad toimunule tähendust ja võivad selle juures tunda, et nad on kuidagi suitsiidile kaasa aidanud või süüdistavad ennast, et nad seda ära ei hoidnud. Ülemused võivad tunda, et nad oleksid pidanud alluvatega paremas kontaktis olema, et nende juhtimisstiilis on võib-olla midagi suitsiidile tõukavat (eriti siis, kui suhted alluvaga olid keerulised või oli äsja tegeldud alluva distsipliinaarküsimusega) või tunnevad nad liiga suurt vastutust tööstressorite mõju pärast. Juhid võivad tunda, et teised töötajad süüdistavad neid töötaja endast välja viimises ja arvavad, et nad on pahatahtlikult tagaräägitavad isikud. Lähedased kolleegid ja sõbrad võivad tunda viha ja hüljatust või reedetuna oma kolleegi saladuse katte all tehtud fataalse või peaaegu fataalse teo tõttu.

Õigeaegne reageerimine töökohal toimunud enesetapule võib vähendada edaspidist kahjulikku mõju mahajäänud töökaaslastele ja sõpradele. Kui töökohal on toimunud suitsiid (või suitsiidikatse) on tööandjatel võimalik teha järgmist:

- kindlustada, et midagi ei puudutata surmapaigas ja otsekohe kutsutakse välja kiirabi või politsei
- küsitleda töötajailt avatud ja ausas suhtlemises enesetapu kohta infot, seejuures ei ole hädavajalik ja mitte alati kohanegi küsida detaile kasutatud meetodi kohta
- anda kõigile töötajatele täpset infot suitsiidi ja selle erinevate riskifaktorite kohta
- korraldada lahkunule kohane ärasaatmine
- tagada, et elujäänud töökaaslased tulevad piisavalt hästi toime leinamisega
- kindlaks teha ja suunama abi saama haavatavad või kõrge riskiga töötajad, kes võivad vajada professionaalset abi töötajate tugiprogrammi kaudu või

meditsiinasutuses (arvestades suitsiidi nakkamise võimalust)

- korraldada organisatsioonisisene uuring (kriitiline sündmus) potentsiaalsete vallandavate faktorite kohta, mida saab parandada muudatustega organisatsioonis
- kasutada seda infot, et parandada töötervishoidu ja ennetusstrateegiaid.

KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED

Töötajate enesetappe põhjustab keeruline individuaalse haavatavuse (näiteks vaimse tervise häired) ja stressi tekitavate töötingimuste koosmõju. Suitsiidide ennetamine töökohtadel õnnestub kõige paremini, kui kombineeritakse (a) tööstressi ennetamist ja vähendamist taotlemaid muutusi organisatsioonis ja (b) vaimse tervise probleemide käsitlemist (sh teadlikkuse tõstmine) ja abi otsimise tunnustamine ning negatiivse sildistamise vältimine (destigmatiseerimine) (c) psüühikahäirete ja emotsionaalsete probleemide varane äratundmine ja avastamine (d) asjakohane sekkumine ja ravi töötajate tervise ja abiprogrammide kaudu, mis on seotud ettevõtteväliste avalike vaimse tervise teenustega. Põhieesmärk peaks olema sellise töökeskkonna loomine, mis on lugupidav-arvestav töötaja suhtes, toetab töötaja isikupuutumatus ja minimeerib või neutraliseerib stressi mõju ning samal ajal toetab sotsiaalseid suhteid, positiivset firma identiteeti, kokkuvõlvustunnet, selle tähendust ja delegeerimist ning kus hinnatakse individuaalset panust. Olenemata suurusest võivad ettevõtted välja arendada toetava keskkonna, tervise- ning turvalisusstrateegiad ja programmid, mis aitavad kaasa vaimselt terve töötajaskonna kujunemisele ja hoiavad ära suitsidaalse käitumise. Suures ettevõttes võib see tähendada tugeva ametialase tervise infrastruktuuri väljaarendamist, mis hõlmab töötajate tugiprogramme ja on seotud avaliku tervishoiuteenusega. Väikestes firmades võib see tähendada terviseteeenustuse korraldamist avalike tervishoiuasutuste toel. Kõik ettevõtted saavad kasu töötajate vaimse tervise toetamise abinõude kasutusele võtmisest.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. World Health Organisation. *Figures and facts about suicide*. Geneva, 1999.
2. Liimatainen MR. *Mental health in the workplace*. Geneva: International Labour Office, 2000.
3. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal* 2003;327(7428):1376.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
5. The WHO World Health Organization Mental Health Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-2590.
6. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498-504.
7. Dewa C, Lesage A, Goering P, Caveen M. Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *HealthcarePapers* 2004;5(2):12-25.
8. Bromet EJ, Parkinson DK, Curtis EC, Schulberg HC, Blane H, Dunn LO, et al. Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional work force. *Journal of Occupational Medicine* 1990;32(10):989-95.
9. Harnois G, Bagriel P. *Mental health and work: Impact, issues and good practice*. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization, 2000.
10. Cheng Y, Guo YL, Yeh WY. A national survey of psychosocial job stressors and their implications for health among working people in Taiwan. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2001;74(7):495-504.
11. Lu L, Kao SF, Cooper CL, Spector PE. Managerial stress, locus of control, and job strain in Taiwan and UK: A comparative study. *International Journal of Stress Management* 2000;7(3):209-226.
12. Siu O. Occupational stressors and well-being among Chinese employees: The role of organisational commitment. *Applied Psychology: An International Review* 2002;51(4):527-544.
13. Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 1995;37(4):442-52.
14. Von Onciul J. ABC of work related disorders: Stress at work. *British Medical Journal* 1996;313:745-748.
15. Sharif BA. Understanding and managing job stress: a vital dimension of workplace violence prevention. *The International Electronic Journal of Health Education* 2000;3(2):107-116.
16. Michie S. Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine* 2002;59:67-72.
17. Levi L. Working life and mental health - A challenge to psychiatry? *World Psychiatry* 2005;4(1):53-57.
18. Zhang M, Rost KM, Fortney JC, Smith GR. A community study of depression treatment and employment earnings. *Psychiatric Services* 1999;50(9):1209-1213.
19. Stuart H. Stigma and work. *HealthcarePapers* 2004;5(2):100-111.
20. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, et al. The Prevalence Of Treated And

Untreated Mental Disorders In Five Countries. *Health Affairs* 2003;22(3):122-133.

21. Di Martino V, Gold D, Schaap A. *Managing health-related problems at work (SOLVE)*. Geneva: International Labour Organization, 2002.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide prevention among active duty Air Force personnel - United States 1990-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1999;48(46):1053-1057.
23. Mercer Human Resource Consulting Group. Few Canadian employers addressing workplace mental health issues. <http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1148145> (accessed 2005-02-03), 2004.
24. Gray P. *Mental health in the workplace: Tackling the effects of stress*. London, UK: The Mental Health Foundation, 2000.
25. Teich JL, Buck JA. Mental Health Services in Employee Assistance Programs, 2001. *Psychiatric Services* 2003;54(5).
26. Spiers C. Suicide in the workplace. *Occupational Health* 1996;48(7):247-9.
27. Wasserman D. *Suicide: An unnecessary death*. London: Dunitz, 2001.
28. Mohandie K, Hatcher C. Suicide and violence risk in law enforcement: practical guidelines for risk assessment, prevention, and intervention. *Behavioural Sciences and the Law* 1999;17(3):357-376.

