

Õenduse õppetool

Terviseteaduse õppekava

Anni Aasa

Gea Alas

**SUITSIIDIRISKIGA PATSIENDI JÄLGIMISE ÕENDUSTEGEVUSJUHEND
PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA PSÜHHIAATRIAKLIINIKU
MITTEPSÜHHOOTILISTE KRIISIDE OSAKONNA NÄITEL**

Arendusprojekt

Oleme koostanud arendusprojekti iseseisvalt. Kõik arendusprojekti koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Lubame Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Arendusprojekti autorid: Anni Aasa RN, Gea Alas RN

/allkiri/

/allkiri/

Kuupäev "..... " jaanuar 2022. a.

Juhendaja: Pirge Toms, MA

/allkiri/

Kuupäev "..... " jaanuar 2022. a.

Kaasjuhendaja: Liis Kristiin Vaher RN, MBA

/allkiri/

Kuupäev "..... " jaanuar 2022. a.

KOKKUVÕTE

Anni Aasa, Gea Alas (2022). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, terviseteaduse õppekava. Arendusprojekt teemal “Suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise õendustegevusjuhend Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonna näitel”. Arendusprojektil on 31 lehekülge, kasutatud on 34 kirjandusallikat ja 2 lisa.

Arendusprojekti eesmärgiks on toetada psühhiaatrikliiniku mittepsühhootiliste kriiside statsionaarse osakonna õdesid igapäevases töös koostades tõenduspõhise õendustegevusjuhendi suitsiidiriskiga patsiendi jälgimiseks. Arendusprojekti tulemiks on tõenduspõhiste kirjandusallikate põhjal koostatud õendustegevusjuhend suitsiidiriskiga patsiendi jälgimiseks statsionaarses osakonnas mittepsühhootiliste kriiside osakonna näitel.

Arendusprojekti raames töötati läbi erinevaid tõenduspõhiseid artikleid ja varasemalt koostatud juhendeid. Antud tulemustest järeltuste tegemine ei ole terviklik, kuna puudub vastav uuring antud osakonna õdede seas. Sellest tulenevalt on koostatud tegevusjuhend teaduskirjanduse põhiselt ning tehtud ettepanek Psühhiaatrikliiniku juhtkonnale jätkata projekti õdede seas läbiviidava uuringuga.

Võtmesõnad: suitsiidirisk, patsiendi jälgimine, statsionaarne suitsiid, õendustegevusjuhend.

SUMMARY

Anni Aasa, Gea Alas (2022). Tallinn Health Care College, Master's studies in Health Sciences. Development project entitled “Guidelines for nursing observation of patients at risk of suicide on the example of the Non-Psychotic Crises of the Psychiatric Clinic of the North Estonia Medical Centre Department”. The development project has 31 pages, 34 literature sources have been used and there are 2 annexes.

The development project aims to support the inpatient unit nurses of Non-Psychotic Crises of the Psychiatric Clinic in compiling research-based nursing guidelines for observation a patient at risk of suicide. The result of the development project is nursing guidelines for observation a patient at risk of suicide in an inpatient unit based on science-based literature, following the example of a non-psychotic crisis ward.

Within the framework of the development project, various research-based articles and guidelines were analysed. The conclusions drawn from these results are not exhaustive as there is no corresponding study among the nurses of the unit. As a result, guidelines based on the scientific literature have been prepared and a proposal has been made to the management of the Psychiatric Clinic to continue the project by carrying out a survey among nurses.

Keywords: suicide risk, patient observation, inpatient suicide, nursing guidelines.

SISUKORD

1.	ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK	9
2.	METOODIKA JA TEOSTUS	14
2.1.	Organisatsiooni diagnostika	14
2.2.	Arendusprojekti meetodika	14
3.	ARENDUSPROJEKT	17
3.1.	Projekti teostamise tegevused ja ajaline raamistik	17
3.2.	Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine	18
3.3.	Ressursside kaasamine, eelarve	20
3.4.	Riskijuhtimise plaan	20
3.5.	Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll	21
3.6.	Tulemus	23
4.	ARUTELU	25
	JÄRELDUSED	28
	KASUTATUD KIRJANDUS	29

LISAD:

Lisa 1. Õendustegevusjuhend

Lisa 2. Andmete väljavõtuleht

SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on aastaid pidanud oluliseks tegeleda suitsiidiennetuse ning suitsiidikäitumise registreerimise kvaliteedi parendamisega. Aastaks 2020 seadis WHO kaks olulist eesmärki – 80%-il maadest on olemas üleriigiline vaimse tervise edendamise ja ennetamise programm ning suitsiidikordaja on langenud riigiti 10%. Eestil ei ole õnnestunud neid eesmärke täita. (Enesetappude ja..., 2021: 6).

Tervise Arengu Instituudi andmetel sooritas 2020. aastal Eestis suitsiidi 212 isikut, registreeriti 2762 ravijuhtu seoses suitsiidikatsega ning 1915 erinevate enesetapukatsetega seotud isikut. Suitsiidikatsetega seotud isikute hulgas on psüühikahäirega inimeste osakaal suur. Vanusegrupis 18 ja vanemad ulatub see 74%-ni. (Enesetappude ja..., 2021: 17–18). Globaalselt on suitsiidid 15 – 29-aastaste inimeste enneaegse suremuse teine peamine põhjus ning kolmas enneaegse surma põhjus vanuserühmas 15 – 44 aastat. Suitsiidiriski kujunemine on keeruline protsess, hõlmates endas kombinatsiooni bioloogilistest, psühholoogilistest, kliinilistest, sotsiaalsetest ja keskkonnateguritest (Bachmann 2018: 2–5) seega vajab suitsiidiennetus läbimõeldud ja süsteemset lähenemist. (Vaimse tervise..., 2020: 15).

Arendusprojekti autorid esitasid Eesti suurematele psühhiaatrikliinikutele kirjaliku päringu statsionaarsetes osakondades toimepandud suitsiidide kohta, millest selgus, et aastatel 2019 – 2020 ei registreeritud Pärnu Haigla Psühhiaatrikliinikus ega Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatrikliinikus surmaga lõppenud suitsiidikatseid. Viljandi Haigla Psühhiaatrikliiniku erinevates osakondades registreeriti samal perioodil neli suitsiidi tagajärjel põhjustatud surmajuhtumit. Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku statistiliste andmete päringu vastuse saamine ei mahtunud arendusprojekti ajalistesse raamidesse.

Suitsidaalsus on üks peamistest psühhiaatrilise hospitaliseerimise põhjustest ning personali olulisemaks ülesandeks selles olukorras on tagada patsiendi igakülgne ohutus (De Santis jt, 2015: 190; Berg jt, 2017: 2; Bowers jt, 2011: 1459; Sakinowsky jt, 2014: 3). Kuigi statsionaarsetes osakondades on suitsiidide sooritamine Euroopas pigem harv, on paljudes maades võetud statsionaarsete patsientide suitsiidiennetusega tegelemine prioriteediks (Berg jt, 2017: 2; Punttil jt, 2013: 205; Deisenhammer jt, 2020: 2; Puskar ja Urda, 2011: 785). Statsionaarsetes osakondades toime pandud suitsiidide statistikat on keeruline leida ja hinnata, kuna mõningates riikides ja haiglates ei ole kohustust suitsiidisurmasid eraldi dokumenteerida (Dunn 2020: 2).

Teades, et enesevigastamine ja enesetapukatsed on patsientide seas sagedased (Awenat jt, 2017: 1), kuid ennetatavad, on haiglate ja teiste statsionaarseid tervise teenuseid osutavate asutuste jaoks oluline tegeleda nende ennetamise ja valmisolekuga sellisteks olukordadeks (Dunn 2020: 2). Patsiendi ohutus hõlmab kahjulike tagajärgede ja/või vigastuste vältimist, ennetamist ja pakutava tervishoiuteenuse parendamist (Berg jt, 2017: 2).

Eesti Õenduse ja Ämmaemanduse arengustrateegia 2021 – 2030 on ühena olulistest punktidest välja toonud patsiendiohutuse tagamise läbi õendustegevusjuhendite loomise ning praktikasse rakendamise, kindlustades seeläbi kvaliteetse ja tõendus põhise lähenemise õendusabile (Eesti õenduse ..., 2020: 13).

Arendusprojekti teema valikul lähtusid töö autorid teema aktuaalsusest ning isiklikust kokkupuutest suitsidaalsete patsientidega igapäevases töös, samuti praktilisest vajadusest luua asutusele tegevusjuhend, mida saaks kasutada õenduspersonal.

Uurimisprobleem tuleneb sellest, et statsionaarsete patsientide suitsiidide ära hoidmine on raskendatud (Bowers jt, 2011: 1460), kuna puudub suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise juhend. Psühhiaatria valdkonnas tööd alustavad õed tunnevad ebakindlust suitsiidiriskiga patsiendi jälgimisvajaduse hindamisel ja selle korrektsel teostamisel (Derblom jt 2021: 3).

Arendusprojekti eesmärgiks on koostada tõendus põhine õendustegevusjuhend suitsiidiriskiga patsiendi jälgimiseks mittepühhoofiliste kriiside osakonna näitel.

Eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised **uurimisülesanded**:

1. Koostada Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliiniku mittepühhoofiliste kriiside osakonna näitel õendustegevusjuhend suitsiidiriskiga patsiendi jälgimiseks.
2. Vastavalt ekspertarvamustele valmistada ette dokumendi esitamine haiglasiseseks kooskõlastusteks ja töösse rakendamiseks.

Arendusprojekti käsitletavat kesksed mõisted:

- Suitsiidirisk (*suicide risk*) – käitumine ja/või tahe, mis on suunatud oma elu lõpetamisele väljendudes näiteks vihjetes suitsiidile, suitsidaalsetele mõtetele, lootusetusele, abituse ja süütundele enda suhtes (Uurime suitsiidiriski..., 2021).

- Patsiendi jälgimine (*patient observation*) – vahelduv (juhuslike või plaaniliste ajavahemike järel) või konstantne, õe või muu tervishoiuteenuse osutaja poolne patsiendi pidev jälgimine (Slemon jt, 2017: 4), juhul kui patsient on sõltuvalt tema tervises seisundist endale või teistele ohtlik (Vaimse tervise..., 2012: 72).
- Statsionaarne suitsiid (*inpatient suicide*) – hospitaliseeritud patsiendi tahtlikult toimepandud enda elu lõpetamine, hõlmates endas ka aega, mil patsiendil oli luba osakonnast ajutiselt lahkuda (Deisenhammer jt, 2020: 2).
- Õendustegevusjuhend (*nursing practice guidelines*) – tõendus põhisele teabele, kliinilisele kogemusele ja patsiendi vaatekohtadele tuginev dokument, mis on kooskõlas riiklike ja rahvusvaheliselt tunnustatud kutsestandardite ja juhenditega, andes patsiendi ravi ja/või hoolduse kohta praktilisi soovitusi (Tervishoiu kvaliteedisüsteemi..., 2015: 3).

1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK

Üle maailma on suitsiidide ning suitsiidikatsete arv tõusuteel, seda ka hospitaliseeritud patsientide hulgas (Berg jt, 2017: 2; Dunn 2020: 2). Uuringutes on leitud, et psühhiaatriliste patsientide suitsiidirisk on kuni 40 korda kõrgem võrreldes tavapopulatsiooniga (De Santis jt, 2015: 190; Hunt jt, 2012: 123; Meyfroidt jt, 2019: 4; Madsen jt, 2012: 2). Suitsiidide ärahoidmine võib osutada keeruliseks ka spetsialiseerunud psühhiaatrilistes osakondades (Meyfroidt jt, 2019: 3; Deisenhammer jt, 2020: 2) väljaõppinud personali ning pideva jälgimise all. Selle põhjuseks on suitsidaalsete patsientide impulsiivsus, seisundi muutused ajas ning alanenud võimekus oma tundeid väljendada. Lisaks võivad mõjutada omadused, mida ei ole võimalik ennetada, nagu varasemad suitsiidi katsed anamneesis, meessugu. (Deisenhammer jt, 2020: 2).

Võrreldes viit erinevat uuringut statsionaarsetes psühhiaatrilistes osakondades toimepandud suitsiididest selgus, et kahes uuringus sooritasid enam suitsiide naisterahvad (Deisenhammer jt, 2020: 2; Meyfroidt jt, 2019: 4) ning kolmes uuringus meesterahvad (Madsen jt, 2012: 3; Hunt jt, 2013: 125; Flinn jt, 2017: 2). Peamiseks suitsiidi sooritamise meetodiks oli nelja uuringu kokkuvõttes poimine. Enamasti kasutati vahenditena linu, rätikuid, riideid, aluspesu, kilekotte, juhtmeid. (Meyfroidt jt, 2019: 4; Madsen jt, 2012: 3; Hunt jt, 2013: 125; Flinn jt, 2017: 2). Deisenhammer jt, (2020: 3) poolt läbiviidud uuringus oli peamiseks suitsiidi sooritamise meetodiks kõrgustest alla hüppamine.

Vaadeldes suitsiidi toimumise kohta selgub, et üle poole statsionaarsetest suitsiididest sooritatakse väljaspool haiglat (Deisenhammer jt, 2020: 2; Meyfroidt jt, 2019: 4; Madsen jt, 2012: 3), sealhulgas oli 62%-l patsientidest oli luba haiglast ajutiselt lahkuda, ülejäänud oli suitsiidi hetkel haiglast põgenenud (Hunt jt 2013: 125). Erinevates uuringutes toodi väljaspool haiglat suitsiidi sooritamise meetoditena välja liikuva sõiduki ette hüppamist, ravimitega mürgitamist, harvem juhtus tahtliku uppumist, enese põlema süütamist, enesevigastamise tagajärjel tekkinud verekaotust (Deisenhammer jt, 2020: 2; Meyfroidt jt, 2019: 4; Madsen jt, 2012: 3; Hunt jt, 2013: 125).

Diagnoosipõhiselt esines suitsiidi sooritanute hulgas enim meeleoluhäired, millele järgnesid psühhootilised häired, mis esinesid peamiselt meespatsientide hulgas (Deisenhammer jt, 2020: 2; Meyfroidt jt, 2019: 4; Madsen jt, 2012: 3; Hunt jt, 2013: 125).

Ajaliselt sooritasid 33,3% patsientidest suitsiidi esimesel haiglas viibimise nädala jooksul (Deisenhammer jt, 2020: 2), 30% vahetult enne haiglast väljakirjutamist, 57% suitsiididest toimus nädalavahetusel (Meyfroidt jt, 2019: 4), 24% suitsiididest viidi läbi esmaste ja 62% korduvate patsientide poolt, 43%-l patsientidest oli anamneesis varasem suitsiidikatse (Madsen jt, 2012: 3).

Sarnaseid tulemusi näitas ka Inglismaal läbiviidud uuring, kus vaadeldi statsionaarses osakonnas suitsiidikatse teinud patsiente, kus 70% suitsiidikatse sooritanutest oli naised ning 21% meesterahvad, 9% isikutest jäi sugu tuvastamata. Suitsiidikatse teostamise meetodina kasutati 82,2% juhtudest poomist, lämmatamist 9,4% ja mürgitamist 2,9% -l juhtudest. 41% kordadest viidi suitsiidikatse läbi patsiendi palatis, järgnesid privaatsed ühiskasutatavad alad nagu tualett ja duširuum. Ajaliselt viidi enim suitsiidikatseid läbi öhtul kella 18.00 – 21.00 vahel. Nädala ega kuupäevade lõikes erinevusi ei täheldatud. (Bowers jt, 2011: 1461-1463).

Uuringute põhjal on varasem suitsiidikatse anamneesis, hiljutine raske elusündmus, osakonnast lahkumine/ära käimine ilma personali teavitamata, positiivse dünaamika puudumine seisundis ning lootusetus tuleviku suhtes, olulised aspektid, mis tõstavad kõige enam suitsiidiriski (Deisenhammer jt, 2020: 2; Bowers jt, 2010; 1463, Hunt jt, 2013; 127; Madsen jt, 2012; 4). Samuti erinevad psühhiaatriliste statsionaarsete patsientide suitsiidiriski faktorid väljaspool haiglat viibiva inimese omast (De Santis jt, 2015: 192). Sotsiodemograafiliselt olulised andmed, mis mängivad suurt rolli suitsiidide puhul väljaspool haiglat nagu meessugu, töötus ja üksik elamine, statsionaarsete suitsiidide puhul uuringutes tõestust ei ole leidnud (Hunt jt, 2013: 126; Meyfroidt jt, 2019: 7).

Õed on patsiendi statsionaarse ravi perioodil peamised seisundi hindajad ja jälgijad (Puntil jt, 2013: 205) seega on oluline, et õdedel oleks põhjalikud teadmised suitsiidiriski hindamisest ning oskus märgata riskifaktoreid (Derblom jt, 2021: 3). Suitsiidirisk on tingitud mitmete faktorite koosmõjust ning võib päevade lõikes erineda (Dunn 2020: 2). Patsiendi suitsiidiriski tuvastamisel peab sellele järgnema sihipärane sekkumine (Hagen jt 2017: 2). Statsionaarsete suitsiidide ennetuse alustala on patsientide jaoks keskkonna turvaliseks muutmine, eemaldades kõik vahendid, millega patsient võiks ennast potentsiaalselt vigastada või sooritada suitsiidi (Puntil jt, 2013: 206, Matarazzo jt, 2014: 221).

Suitsiidiriski hindamist peab tegema korduvalt individuaalsete vestluste käigus kogu statsionaarse ravi vältel (De Santis jt, 2015: 190). Statsionaarsetes osakondades töötavad õed

eelistavad suitsiidiriski skriinimiseks kasutada erinevaid skaalasiid ja teste, seda peamiselt nende lihtsuse ja kiiruse tõttu (De Santis jt, 2015: 190). Lisaks skriiningvahenditele on oluline jälgida ja märgata patsiendi kehakeelt ja käitumise muutumist haiglaravi jooksul (De Santis jt, 2015: 191), patsiendi tegevust (jälgitavad märgid) ning verbaalset väljendust (Hagen jt, 2017: 2). Eriti oluline on jälgimine kõrge suitsiidiriskiga perioodidel nagu esimesel haiglasoleku nädalal, patsiendi käsitusel või tema privileegide piiramisel toimuvad olulised muudatused, näiteks jalutusaja muutus, nutiseadmete kasutamise korra muutus ning enne haiglast väljakirjutamist. Oluline on jälgida, et kaetud oleks perioodid, millal personal on hõivatud muude tegevustega nagu näiteks vahetuse üleandmised ja ravimite jagamine. (De Santis jt, 2015: 190).

Päevase ja öise jälgimise erinevuse tihedust ja eesmärki on kirjanduses vähe uuritud. On välja toodud, et suuremal osal psühhiaatrilistest patsientidest on kaasuvalt unehäired. Unekvaliteedi parandamine on oluline osa ravis, kuna võib vastupidisel juhul patsiendi haigust süvendada. Suitsiidiohtlike patsientide jälgimine osakonnas öisel ajal ei soodusta patsientide und. Patsiendid on välja toonud, et öisel ajal palati ukse avamine ja valguse sisselülitamine või taskulambi kasutamine, on ehmatav ja häiriv ning tõstab nende ärevuse taset, vähendades võimet lõdvestuda ja uinuda. (Veale jt 2019: 4–6).

Paljudes psühhiaatrilistes osakondades on kasutusel patsientidega sõlmitav sõnaline või kirjalik kokkulepe suitsiidi mitte sooritamiseks (*no-suicide contract*) haiglas viibimise või teraapia kestuse jooksul (Stanley ja Brown, 2012: 257). Leping, mille patsient sõlmib koostöös arstiga ja/või õega ning nõustub sellega mitte sooritada suitsiidi ja otsida abi, kui enesetapumõtted jõuavad äärmuseni. Mitmed uuringud kinnitavad siiski, et suitsiidi ennetavad kokkulepped ei ole turvalised ning patsiendid ei pea nendest kinni. (De Santis jt, 2015: 192; Stanley ja Brown, 2012: 257; Puntill jt, 2013: 206; Matarazzo jt, 2014: 221). Vastupidiselt võib see anda personalile väärade turvatunde ning patsiendi suitsiidiriski hindamine võib jääda seetõttu teostamata, seades seeläbi patsiendi elu ohtu (Matarazzo jt, 2014: 221). Selle asemel on tõenduspõhised positiivsed mõjud näidanud kriisiplaani koostamine (*Safety Planning Intervention (SPI)*), mis sobib kasutamiseks nii statsionaarses osakonnas, kui ka hiljem ambulatoorse järeelravi ajal. Sellega koostatakse patsiendi ja tervishoiutöötajaga koostöös kriisiplaan, mis hõlmab endas: patsient oskab ära tunda hoiatusmärke, mis viitavad tema seisundi halvenemisele ja suitsiidiriski tõusule; patsient õpib kasutama oma sisemisi toimetulekustrateegiaid; sotsiaalsete kontaktide kasutamine suitsiidimõtetest eemaldumiseks; professionaalsete vaimse

tervise teenuste pakkujate kontaktid; keskkonna ohutuks muutmine. (Stanley ja Brown, 2012: 258; Matarazzo jt, 2014: 221; Weber jt, 2018: 8).

Kuigi enesetapu riskitegurid ei tohi jääda tähelepanuta, on sama oluline tegeleda suitsiidiriskiga patsientide individuaalsete vajadustega (Derblom jt, 2021: 3). Patsiendid, kes tundsid, et pole tervishoiutöötajatega saavutanud head kontakti, loobusid abi otsimisest ning tundsid end osakonnas ebaturvaliselt, see omakorda tekitas patsiendis isoleerituse, lootusetuse ja väärtusetuse tunde. Mitmed uuringud on välja toonud õe-patsiendi terapeutilise suhte olulisusele ravi perioodil. (Sellin jt, 2018: 2, Derblom jt, 2021: 3, Hagen jt, 2017: 2, Berg jt, 2017: 3). Personali suhtumine võib patsiendi seisundit oluliselt mõjutada, parandada või põhjustada seisundi dekompanseerumist. Sellel perioodil on patsientide emotsioonidega toimetulek alanenud ning nad võivad tõlgendada neisse suhtumist ülemäära tundlikult. (Derblom jt, 2021: 3).

Häid tulemusi suitsiidiohtlike hospitaliseeritud patsientide psühhoterapeutiliste sekkumiste osas on näidanud Dialektiline Käitumisteraapia (DKT) kuigi selle kättesaadavus haiglates on tihti limiteeritud ning teraapia läbiviimine raskendatud patsientide haiglast lahkumise tõttu. Kognitiiv Käitumisteraapia (KKT) võtteid, vähendamaks patsientide suitsidaalsust võiks läbi viia haiglas grupiteraapia vormis. (De Santis 2015: 194).

Töötamine suitsidaalsete patsientidega on personalile suur väljakutse, tekitades ärevust ning olles emotsionaalselt väsitav (Hagen jt 2017: 2). Patsiendi suitsiid statsionaarses osakonnas mõjutab oluliselt nii patsiendi lähedasi, kaaspatsiente ja personali (Meyfroidt jt, 2019: 3; Deisenhammer jt, 2020: 2; Punttil jt, 2013: 207). Eriti raskelt mõjub see personalile, kes on sündmuse vahetuks tunnistajaks ning osalenud näiteks patsiendi elustamisel või leidnud patsiendi surnukeha (Bowers jt, 2011: 1459). See võib vallandada mitmeid isiklikke ja personaalseid reaktsioone. Peamiseks emotsionaalseks reaktsiooniks saab šokk, kurbus, süü, viha, abituse, ebaõnnestumise tunne, ärevus, hirm olla professionaalselt ebakompetentne, hirm süüdistuste ees. (Castelli jt, 2013: 318). Õed kirjeldavad, kuidas peale selliseid sündmusi on tunda osakonna atmosfääri muutust. Personali ülesanne on jätkata osakonna “normaalset tegevust” ning olla toeks nii patsientidele kui kolleegidele. Õdede sõnul on psühholoogilise abi ja toetuse saamine osakondades ja haiglates väga varieeruv. Tihti kardavad personaliliikmed süüdistamist võimaliku töökaotusega ning tunnevad, et nad on jäetud üksi. Näiteks puudub võimalus supervisiooniks, puudub info, kui asja uuritakse politsei poolt. (Awenat jt, 2017: 2–5)

Õed töid välja, et patsientide suitsiidiriski hindamine on tihti keeruline, kuna on patsientide grupp, kes pidevalt väljendavad suitsiidimõtteid, kuid pole kunagi teinud tõsisid suitsiidikatseid. Personalis võib tekkida frustratsioon ja lootusetus, kui patsient, keda on proovitud korduvalt aidata ja ravida, sooritab siiski suitsiidi. Personalil võib tekkida küsimus, kas nad on üldse võimelised sellises seisundis patsiente aitama, kas nende töö on mõte. (Awenat jt, 2017: 2–5). Eriti vähese töökogemusega õed tundsid ebakindlust, kuidas rääkida patsiendiga suitsiidist ja surmast, kas nad on suitsiidiriski hindamise ja sellest lähtuvalt patsiendi jälgimisvajadust hinnanud korrektselt. Õed töid välja ka ajapuudust ning hirmu, et ajalise nappuse tõttu tehtud hinnangul võis jääda midagi märkamata, mis tuleb välja alles hiljem ning siis võib olla juba liiga hilja, see omakorda tekitab õdedes stressi ja ärevust. Õed tundsid puudust suitsiidi alastest koolitustest ning juhenditest. Uued õed toetusid instinktidele ning õppisid vanematelt kolleegidelt vaatluse ja küsitluse teel, kuid ei olnud nende õppemeetoditega rahul ning tundsid, et neid on “visatud vette”, jäetud töökoha poolt üksi. Osutati kitsaskohtadele dokumenteerimise osas, kuna puudub üheselt mõistetav juhend. (Derblom jt 2021: 3–6).

2. METOODIKA JA TEOSTUS

2.1. Organisatsiooni diagnostika

Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliinik on Eesti suurim psühhiaatrilist abi pakkuv asutus, hõlmates kaheksat statsionaarset osakonda koos ambulatoorse teenust pakkuva polikliinikuga. Käesolev arendusprojekt on koostatud psühhiaatrikliiniku 2. osakonna ehk mittepsühhootiliste kriiside statsionaarse osakonna näitel, osakond moodustab koos polikliiniku ambulatoorse meeskonnaga meeleolu ja ärevushäirete valdkonna.

Osakonnas viibivad patsiendid, kelle hospitaliseerimise põhjuseks on peamiselt depressiivsed seisundid, ärevushäired, sõltuvushäired, bipolaarne häire, söömishäired ning isiksushäired. Tihti satuvad osakonda patsiendid, kes on suunatud psühhiaatrikliinikusse suitsiidkatse järgselt. Patsiendid on ravil peamiselt vabatahtlikult, väike osa patsientidest viibib osakonnas ravil kohtu poolt määratud, tahtest olenematu ravi otsusel. Keskmise ravipäevade arv on 20, kuid varieerub sõltuvalt patsiendi seisundist.

2020. aastal koostati Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliinikus Dr. Margus Lõökese juhtimisel moodustatud meeskonna poolt patsiendi suitsiidiriski hindamise juhend, mille juurde kuuluvad suitsiidiriski hindamise abimaterjal ja suitsidaalsuse hindamine MINI 5.0.0 intervjuu järgi (Psühhiaatrikliiniku patsiendi..., 2020). Juhend on loodud eesmärgiga tagada psühhiaatrikliinikus patsiendikeskne tõenduspõhine suitsiidiriski hindamine ambulatoorse ja statsionaarse ravi tõhustamiseks. Käesolevalt puudub statsionaarsetes osakondades õdedel suitsiidiriskiga patsientide jälgimise juhend. Sellest tekkis arendusprojekti autoritel idee luua suitsiidiriskiga patsientide jälgimise juhend psühhiaatrikliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonna näitel. Seda eelkõige diagnoosispetsiifiliste erisuste tõttu patsiendi käsitluses.

2.2. Arendusprojekti meetoodika

Arendusprojekt koosneb neljast etapist, millest esimesse (juuni – juuli 2021) kuulus autoritel idee leidmine ja tutvustamine mittepsühhootiliste kriiside osakonna juhatajale ning osakonna õendusjuhile, kes omalt poolt idee heaks kiitsid ja andsid nõusoleku projekt osakonnas läbi viia. Nõusolek projekti läbiviimiseks saadi ka psühhiaatrikliiniku endiselt õendusjuhilt. Arendusprojekti valmimise käigus saadeti see tutvumiseks psühhiaatrikliiniku uuele õendusjuhile. Osakonna õendusjuhile tegid arendusprojekti autorid ettepaneku osaleda

projektis meeskonnaliikme ja kaasjuhendajana. Samaaegselt toimus idee tutvustamine Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis, kus teema üle arutleti ja anti vajalikud suunitlused ning pandi paika konkreetsem tegevuskava.

Järgnes planeerimisetapp (juuli 2021), milles autorid tegelesid tõenduspõhise informatsiooni otsimise ja selekteerimisega. Eesmärgiks kaardistada õendustegevusjuhendis olulised alateemad, toetudes tänapäevasele lähenemisele suitsiidiriskiga patsientide ja nendega töötavate õdede vajadustest lähtuvalt.

Kolmandaks oli teostamisetapp (august – oktoober 2021), kus autorid analüüsisid tõenduspõhiseid kirjandusallikaid, millega loodi arendusprojekti teoreetiline raamistik. Arendusprojekti autorite vahel olid teemad võrdselt jaotatud, hiljem vaadati peatükid koos üle ja tehti vajalikud muudatused ja täiendused. Ühiselt koostati õendustegevusjuhend, mis arutati punkthaaval üle juhendajatega.

Viimaseks oli kontrolletapp (november – detsember), kus toimus arendusprojekti ülevaatamine koos juhendajatega ja vajalike parandus ettepanekute sisseviimine. Juhul kui õendustegevusjuhend saab ettevõttelt nõusoleku töösse rakendamiseks, sooviksid projekti autorid ideed tutvustada ka teistes Eesti psühhiaatrikliinikutes.

Õdedel on oluline koostada õendustegevusjuhendeid, sest nende puudumisel kasutavad õed teiste erialade meditsiinalaseid tegevusjuhendeid, mis ei pruugi sobida õenduses. Õdede osalemine tegevusjuhendite arendamisel aitab lisada õenduslikumat poolt, lisades ka holistilisemaid ja sotsiaalsemaid väärtusi. Tegevusjuhendite uudsuse ja tõhususe tagab erinevate spetsialistide koostöö. Väljakutseteks võivad olla õenduse ekspertide ning materiaalsete ressursside leidmine, samuti võib tekkida vastuolu tõenduspõhise materjali ja õdede reaalse töökogemuse vahel. (Õenduslaste tegevusjuhendite..., 2015: 4).

Tõenduspõhise suitsiidiriski jälgimise õendustegevusjuhendi väljatöötamise idee tekkis praktilisest vajadusest. Seda eelkõige alustava õe lähtekohast, kes võib osakonda tööle asuda otse kõrgkooli lõpetamise järgselt või mõnest teisest asutusest/osakonnast, mille spetsiifikas puudub suitsiidiohtlike patsientide käsitlemisega varasem kokkupuude. Psühhiaatrikliinikusse tööle asuv õde läbib koolitusprogrammi raames järgnevad koolitused: Psühhiaatrikliiniku õendus-hooldustöötaja koolitus ning Uue töötaja koolitus, millest esimeses käsitletakse ühe teemana suitsiidiriskiga patsiendiga töötamise aspekte, kuid koolitus võib olla koolituskalendris kuid hiljem, kui töötaja tööle asub ning samuti puudub koolituskeskusel suitsiidi temaline

eraldi koolitus. Seega on õendustegevusjuhend alustavale õele hea abivahend, millele toetuda, olles osakonnas alati kättesaadav.

Õendustegevusjuhendi koostamisel on arendusprojekti autorid võtnud aluseks Põhja-Eesti Regionaalhaiglas kehtivat õendustegevusjuhendi põhjana kasutatava dokumendi ning lähtunud kehtivatest Sotsiaalministeeriumi määrustest. Tuginedes teoreetilisele raamistikule kerkisid esile seitse olulist alateemat, mida kasutati õendustegevusjuhendi koostamisel. Nendeks osutusid kontakti loomine, suitsiidiriski hindamine, turvalise keskkonna loomine, patsiendi jälgimine, psühhoedukatsioon, dokumentatsioon ning kommunikatsioon.

Statistiliste andmete kogumisel lähtusid arendusprojekti autorid Isikuandmete kaitse seaduse § 5 mis sätestab, et isikuandmeid võib andmesubjekti nõusolekuta töödelda akadeemilise, kunstilise ja kirjandusliku eneseväljenduse eesmärgil, eelkõige avalikustada, kui see ei kahjusta ülemäära andmesubjekti õigusi (Isikuandmete kaitse..., 2018:§5). Eelmainitud seadusele tuginedes väljastasid autoritele kolm psühhiaatriakliinikut oma statistilised andmed e-maili teel. Põhja-Eesti Regionaalhaigla nõuetest lähtuvalt esitasid arendusprojekti autorid haiglale ametliku päringu statistiliste andmete kogumiseks, kuid arendusprojekti ajaliste piirangute raames vastust ei laekunud.

3. ARENDUSPROJEKT

3.1. Projekti teostamise tegevused ja ajaline raamistik

Arendusprojekti teostamise tegevused ja ajaline raamistik on esitatud tabelina (vt tabel 1).

Tabel 1. Projekti teostamise tegevused ja ajaline raamistik

Aeg	Tegevused	Vastutajad, konsultandid
juuni – juuli 2021	Idee leidmine ja selle tutvustamine osakonna juhatajale ja õendusjuhile. Osakonnas meeskonna loomine. Esialgse plaani koostamine. Koolipoolsele juhendajale teema tutvustamine. Teema kinnitamine.	Vastutajad: autorid (projektijuhid). Konsultandid: mittepsühhootiliste kriiside osakonna õendusjuht, projekti juhendaja.
august – oktoober 2021	Teaduskirjanduse otsimine, selekteerimine ja analüüsimine. Arendusprojekti koostamine. Meeskonnaga kohtumised. Ekspertarvamuste kogumine.	Vastutajad: autorid (projektijuhid). Konsultandid: mittepsühhootiliste kriiside osakonna õendusjuht, projekti juhendaja.
november – detsember 2021	Arendusprojekti ülevaatamine, puuduolevate täienduste tegemine.	Vastutajad: autorid (projektijuhid).

jaanuar 2022	Projekti kaitsmine, juhendi esitamine haiglasiseseks kooskõlastusteks ja töösse rakendamiseks.	Vastutajad: autorid (projektijuhid). Konsultandid: mittepsühhootiliste kriiside osakonna õendusjuht.
--------------	--	---

3.2. Kommunikatsioonikava ja meeskonnatöö planeerimine

Arendusprojekti algset ideed tutvustati osakonna juhatajale, õendusjuhile, personalile ning koolipoolsele juhendajale. Osakonna juhataja ja õendusjuht kinnitasid projekti olulisust ning andsid suulise nõusoleku antud projekt osakonnas läbi viia. Sellest moodustus meeskond:

- arendusprojekti autorid: mittepsühhootiliste kriiside osakonna usaldusõde, akuutpsühhiaatria osakonna õde;
- mittepsühhootiliste kriiside osakonna juhataja - psühhiaater, projekti konsultant erialaspetsiifilistes küsimustes;
- mittepsühhootiliste kriiside osakonna õendusjuht - projekti konsultant ja nõustaja organisatsiooniga seotud küsimustes, projekti kaasjuhendaja;
- mittepsühhootiliste kriiside osakonna õed - nõustasid projektiga seonduvates küsimustes.

Lähtudes tervishoiu multidistsiplinaarse meeskonnatöö põhimõtetest palusid arendusprojekti autorid ekspertarvamust vaimse tervise valdkonna erialaspetsialistidelt. Selleks tutvustasid arendusprojekti autorid projekti ideed, eesmärgid ning lõppjärgus arendusprojekti ja õendustegevusjuhendit. Alljärgnevalt on esitatud ekspertide arvamused tsitaadina, muutmata kujul:

Dr. Ülle Võhma, mittepsühhootiliste kriiside osakonna psühhiaater-ülemarst-osakonna juhataja:

“Anni Aasa ja Gea Alase arendusprojekt „Suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise õendustegevusjuhend Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonna näitel“ on väga vajalik õenduse igapäevatöö edendusmeetmena psühhiaatrikliiniku osakonnas, kus ravitakse sageli suitsiidkatse teinud patsiente. Need patsiendid vajavad selles osas regulaarset jälgimist ning kindla teaduspõhise algoritmi alusel seisundi hindamist. Just õenduspersonalil, kes on patsiendiga tihedas suhtluses, on selles vallas seisundi dünaamika märkamisel oluline osakaal. Näen selle arendusprojekti olulisust mudelina, mille põhjal arendada teise spetsiifikaga psühhiaatrikliiniku osakonna jaoks vajalikud variandid. Perspektiivikas autorite ettepanek jätkata projekti õdede seas läbiviidava uuringuga.”

Helle Orumaa, RN, mittepsühhootiliste kriiside osakonna vaimse tervise õde:

“Õendustegevusjuhend on hea sissejuhatus, kuidas käituda osakonnas viibivate patsientidega. Juhendi ülesehitus on loogiline ning sõnastatud lihtsalt. Läbi lugedes saab hea ülevaate, kuidas käituda suitsiidiriskiga patsiendiga. Õendustegevusjuhend on vajalik, sest aitab alustavatel õdedel mõista riske ning annab soovitusi, kuidas käituda erinevatel olukordadel. See sobib hästi psühhiaatriaigla osakondadesse kasutamiseks.”

Projekti koostamise perioodil on toimunud koosolekud ja jooksvate küsimuste arutelud nii meeskonna kui juhendajatega regulaarsete kohtumistena või veebi vahendusel. Kohtumiste käigus pandi paika projekti valmimise ajakava, jaotati meeskonnasiseselt projektis osalemise ülesanded ning arutati töö valmimisega seotud kitsaskohti ja ettepanekuid. Projekti autorid soovisid kaasata ka organisatsioonipoolse kaasjuhendaja, kes omab laialdast ülevaadet osakonna spetsiifikast. Samuti on projekti autorid osalenud koolipoolsetel arendusprojekti seminaridel ning võtnud arvesse sealseid ettepanekuid ja soovitusi.

Huvigruppidega planeerivad arendusprojekti autorid kaasata: teised Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku osakonnad, Vaimse Tervise Õenduse Seltsingu ning teised Eesti psühhiaatrikliinikud. Lisaks tutvustada arendusprojekti Psühhiaatrikliiniku kliinilisel konverentsil.

3.3. Ressursside kaasamine, eelarve

Kõige ulatuslikum ressurss projekti koostamisel on autorite ja meeskonnaliikmete aeg. Kõige ajamahukamaks on projektijuhtide poolt teostatav süstemaatilise kirjanduse ülevaate koostamine, leitud kirjanduse analüüsimine ning edasine projekti koostamine.

Projekti teostamine esialgu materiaalseid ressursse ei vaja, kuna projektijuhid kasutavad teooria kokku kirjutamiseks tasuta andmebaase ja tõenduspõhist kirjandust. Projektijuhid tegelevad projekti koostamisega tasuta. Seega pole vajalik finantsplaani ja eelarve koostamine antud projekti kirjutamiseks. Hilisemaks kuluks saab mittepsühhoatiliste kriiside osakonna poolne õendustegevusjuhendi väljaprintimine.

3.4. Riskijuhtimise plaan

Riskide hindamiseks koostati riskijuhtimise plaan (vt tabel 2). Suurimaks riskiks kujunes arendusprojekti ajalisest raamistikust kinnipidamine ja lubade saamine. Lisaks valmis projekt COVID-19 pandeemia ajal, mille tõttu suurenes meeskonnaliikmete töökoormus ning sellega seonduvalt tuli kohaneda erinevate muutustega. Autorid planeerisid arendusprojekti ühe osana viia läbi mittepsühhoatiliste kriiside osakonna õdede seas lühikese tagasiside vormis küsitluse. Eesmärgiks õdede arvamuste väljaselgitamine antud õendustegevusjuhendi vajalikkuse ja osakonda adapteeritavuse osas. Lisaks paluda õdede tagasisidet ja ettepanekuid õendustegevusjuhendile. Autorite poolt esitati küsitluse läbiviimiseks Põhja-Eesti Regionaalhaigla arendus ja teaduskeskusele taotlus, kuid arendusprojekti läbiviimise ajaliste piirangute tõttu ei õnnestunud paika pandud ajalise raamistiku jooksul luba saada. Sellest tulenevalt ei olnud võimalik küsitlust läbi viia.

Tabel 2. Riskijuhtimise plaan

Risk	Riski tõenäosus (madal/keskmine/kõrge)	Riski ennetamine	Riski leevendamine selle ilmnemisel
Projekt ei saa valmis õigeaegselt	Kõrge	Ajagraafikust kinnipidamine, tööjaotuse jagamine/muutmine autorite vahel, enesejuhtimine. Vajaliku dokumentatsiooni/päringute	Ajagraafiku ümberkorraldamine autorite vahel ja enesejuhtimine, projekti mahu vähendamine.

		korrektne ja õigeaegne esitamine.	
Projekti oskamatu planeerimine	Keskmine	Aktiivne kommunikatsioon ja koostöö konsultantide ja meeskonnaga, ajalistest tähtaegadest kinnipidamine. Koolipoolset es projektiseminarides aktiivne osalemine.	Lisakohtumised konsultantidega ja nende soovitusel muudatuste ja täienduste tegemine. Koolipoolsetes projektiseminarides ühiselt kitsaskohtade arutamine.
Mittepsühhootiliste kriiside osakonna õdede vähene huvi	Keskmine	Meeskonnaliikmete aktiivne kaasamine projekti valmimisse, nende huvide ja vajadustega arvestamine.	Aktiivne kommunikatsioon meeskonnas ja lisakohtumised.
Covid pandeemia piirab meeskonnatööd	Kõrge	Aktiivne koostöö ja kommunikatsioon meeskonna ja koordinaatoritega veebi vahendusel.	Kohtumistele uute tähtaegade määramine.

3.5. Arendusprojekti monitooring ja kvaliteedikontroll

Arendusprojekti koostamise eest vastutavad projekti autorid. Õendustegevusjuhendi täitmise ja edasise vajaduspõhise täiendamise eest Psühhiaatriakliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonnas hakkab edaspidi vastutama osakonna õendusjuht ning üks töö autoritest, kes antud osakonnas õena töötab.

Juhendi kvaliteedi analüüsimiseks kasutasid autorid William Edwards Demingi teooriat, mis põhineb pideval muutuse algatusel, mida süvendatakse ja mille tulemusi on võimalik hinnata ning vastavaid muudatusi kasutusele võtta. Demingi teooria sobivus õendustegevusjuhendi koostamiseks eeldab järjepidevalt teenuste kvaliteedi täiendamist, mis on tingitud õendus kvaliteedi arendamisest. Deming ring koosneb neljast omavahel seotud tsüklist: planeeri (*plan*), teosta (*do*), kontrolli (*check*) ja reageeri (*act*) (vt joonis 1). Plaan kinnitatakse või välistatakse tsükli kordamisega, mis annab meile uusi teadmisi, mille põhjal saame teha muudatusi ning protsessi pidevalt täiustada. (Pietzak & Paliszkievicz 2015: 152).



Joonis 1. Deming'i pideva parendamise tsükkel ehk PDCA (*Plan, Do, Check, Act*).

Planeeri (*Plan*) - määratleti arendusprojekti idee, püstitati eesmärk, perioodil august 2021 – oktoober 2021 teostati süstemaatilise kirjanduse ülevaade selgitamiseks välja projekti vajadus. Otsingud teostati PubMed, EBSCOhost (*MEDLINE, CINAHL Complete, Health Source: Nursing/Academic Edition, Cochrane Database of Systematic Reviews*) ja Google Scholar. Otsingute kitsenduseks seati kõikides andmebaasides, Inglise keel, artikli publikatsiooni ajavahemik 2010 – 2021. Andmed esitatud väljavõtulehel (vt lisa 2). Artiklid, mis sobisid vastavalt kriteeriumitele, kuid ei olnud andmebaasis tasuta kättesaadavad, leiti kasutades otsingumootorit Google. Eestikeelsed allikad leiti Google otsingumootorit kasutades.

Teosta (*Do*) - planeeritud tegevuste elluviimine, arendusprojekti eesmärgi ja selle ülesannete täitmine. Tõenduspõhist kirjandust analüüsisid koostatud õendustegevusjuhend mittepsühhootiliste kriiside õdedele.

Kontrolli (*Check*) - interdisiplinaarses meeskonnas töötamine, ekspertarvamuste kasutamine ja sellest tulenevalt arenguvajaduste hindamine ning puuduste kõrvaldamine. Väljaselgitamine, kas õendustegevusjuhend täidab oma eesmärgi.

Reageeri (*Act*) - mittepsühhootiliste kriiside osakonnas võetakse kasutusele (veebruar 2022) tõenduspõhise kirjanduse alusel koostatud õendustegevusjuhend suitsiidiriskiga patsiendi jälgimiseks, mida õed saavad oma igapäevatöös kasutada. Õendustegevusjuhendi täitmise ja selle edasise arendamise eest vastutab mittepsühhootiliste kriiside osakonna õendusjuht ning üks arendusprojekti autoritest. Kolme kuu möödudes tehakse õdede seas uuring õendustegevusjuhendi vajalikkuse ja parendusettepanekute osas.

SWOT (vt tabel 3) on tugevuste, nõrkuste, ohtude ja võimaluste analüüs, mis võimaldab tuvastada ja hinnata organisatsiooni tugevaid ja nõrku külgi, aga ka väljastpoolt tulenevaid ohte ja võimalusi (Olyaeemanesh 2018: 2)

Tabel 3. SWOT- analüüs

<p>S <i>(Strengths-tugevused)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • konkreetne tõenduspõhine õendustegevusjuhend; • õendustegevusjuhend on lihtsasti loetav/mõistetav; • osakonnale õendustegevusjuhendi koostamisega ei kaasne rahalisi kulutusi (va printimine); • õed saavad ühtemoodi suitsiidiriskiga patsiendi jälgimisest aru; • õendustegevusjuhend alati osakonnas kättesaadav tutvumiseks/meenutamiseks; • õenduspõhine, aga sobib ka hoolduspersonalile; • projektijuhtide suur huvi antud teema vastu; • spetsialistidest juhendajad. 	<p>W <i>(Weaknesses-nõrkused)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ajaline piirang projekti koostamiseks; • puuduv eelnev uuring mittepsühhootiliste kriiside osakonna õdede seas; • covid-19 pandeemiast põhjustatud meeskonnaliikmete töökoormuse tõus.
<p>O <i>(Opportunities-võimalused)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • õendustegevusjuhendit saab uute uuringute lisandudes täiendada; • saab edasi arendada koolituseks; • saab edasi arendada e-õppeks; • õendustegevusjuhend sobib kasutamiseks ka teistes Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliiniku osakondades; • õendustegevusjuhend sobib kasutamiseks ka teistes Eesti psühhiaatriakliinikute osakondades. 	<p>T <i>(Threats-ohud)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • osakonna õdede vähene huvi õendustegevusjuhendiga tutvumise vastu; • osakonna õdede vähene huvi õendustegevusjuhendi kasutamise vastu.

3.6. Tulemus

Arendusprojekti tulemusena valmis Suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise juhend Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonna näitel (vt lisa 1).

Juhend on loodud süstemaatilise kirjanduse ülevaate analüüsi põhjal, millest moodustus seitse alateemat.

Esimeseks alateemaks kujunes kontakti loomine, erinevad autorid on rõhutanud õe-patsiendi terapeutilise suhte tähtsust kui olulist raviprotsessi osa psühhiaatria valdkonnas. Teine alateema käsitleb suitsiidiriski hindamist, tagades patsiendi korrektse jälgimise ja õendussekkumise vastavalt suitsiidiriski tasemele. Kolmandaks alateemaks on turvalise keskkonna loomine, mis tagab patsiendi ohutuse statsionaarses osakonnas emotsionaalse kriisi perioodil. Neljandaks alateemaks on patsiendi jälgimine, aidates ennetada patsiendi ennastkahjustavat käitumist. Viienda alateemana käsitletakse psühhoedukatsiooni kui patsiendi enesetõhususe soodustamist. Kuuendaks alateemaks on dokumentatsioon, mis aitab ennetada ravivigade teket. Seitsmendaks alateemaks on personali omavaheline kommunikatsioon, tagades kogu personali informeerituse patsiendi seisundist.

Oodatav tulemus õendustegevusjuhendile on selle kasutuselevõtt mittepsühhootiliste kriiside osakonnas, olles õdedele toetavaks abimaterjaliks. Analüüsides tõenduspõhist kirjandust selgus, et tööd alustavad õed ei tunne ennast kindlalt ning seega oleks õendustegevusjuhend neile äärmiselt vajalik materjal, millele toetuda.

Arendusprojekti koostamise käigus paluti ekspertarvamus mittepsühhootiliste kriiside osakonna juhatajalt ja vaimse tervise õelt, kelle arvamustele tuginedes saab väita, et loodud juhend on osakonna õdede tööd toetavaks vahendiks, mis tagab suitsiidiriski jälgimise tõenduspõhistel alustel.

4. ARUTELU

Psühhiaatriahaiglates töötavad õed puutuvad igapäevaselt kokku suitsiidiriskiga patsientidega, kes võivad ennast osakonnas potentsiaalselt vigastada või sooritada suitsiidi. (Derblom jt 2021: 4; Awenat jt, 2017: 3). Õendustegevusjuhendi järgimine tagab tõendus põhise ja patsiendikeskse lähenemise.

Õdede töö võib olla igapäevaselt kiireloomuline ja stressi tekitav, töötades suitsiidiriskiga patsiendiga peab õde olema võimeline hindama korrektselt patsiendi suitsiidiriski taseme, valima riskitasemest lähtuvalt sekkumisviisid ja jälgimise intensiivsuse. See eeldab õdedelt häid baastadmisi suitsiidiriskiga patsientide riski ja kaitsvatest faktoritest, oskust kasutada skriiningvahendeid ning empaatilist suhtumist loomaks õe-patsiendi terapeutiline suhte. Samuti oskust eristada tõendus põhised sekkumised mitte tõendus põhistest.

Derblom jt (2021: 4) on oma õdede seisukohti uurivas töös toonud välja, et eriti vähese töökogemusega õed tunnevad ebakindlust ja hirmu ning kahtlevad enim oma otsustes seoses suitsiidohtliku patsiendiga. Awenat jt (2017: 2) toovad välja õdede hirmu seoses patsiendi suitsiidiga mõjutades neid emotsionaalselt, tekitades õdedes süütunnet seoses juhtunuga. Psühholoogilise abi ja supervisiooni võimalused sõltuvad tihti tööandja võimalustest ja initsiatiivist.

Suitsidaalsete patsientidega kontakti loomine võib olla keeruline Deisenhammer jt (2020: 3) on selle põhjusena välja toonud patsientide impulsiivsuse ja alanenud võimekuse oma tundeid väljendada. Ühe viisina saavutada parem kontakt on Derblom jt (2021: 3) ja Hagen jt (2017: 2) rõhutanud õe-patsiendi terapeutilise suhte olulisust, aidates seeläbi tekitada patsiendis väärtuse tunde ning soodustades nii patsienti enda tundeid ja emotsioone avama. Inimestevahelised suhted ja tervishoiutöötajate füüsiline kohalolek tekitavad patsiendis tunde, et temast hoolitakse, ta on oluline ja kuulub ühiskonda. See aitas vähendada patsientide enesetapumõtteid ning tekitas osakonnas viibimise ajal turvalisustunnet.

Arendusprojekti eesmärk oli koostada erialane kirjalik töö, mis aitaks panustada tervishoiuteenuste kvaliteeti ja parendada patsiendi ohutust, kaasates selleks valdkonna spetsialistid interdistsiplinaarse meeskonnana.

Arendusprojekt sisaldab praktilist lähenemisviisi, milleks on õendustegevusjuhend suitsiidiriski jälgimiseks mittepsühhootiliste kriiside osakonnas, mis eelnevalt antud osakonnas

puudus. Teoreetiline osa koosneb tõenduspõhisest kirjandusest, vajaduse antud õendustegevusjuhendi kohta tõi välja üks autoritest, kes osakonnas õena töötab. Lisaks kinnitasid arendusvajadust osakonnas töötavad õed, õendusjuht ning osakonna juhataja.

Eesmärgiks oli koostada mittepsühhoatiliste kriiside osakonna näitel tõenduspõhine juhend õdedele, millest tulenevalt uurimisülesannetena õendustegevusjuhendi valmis kirjutamine ning selle dokumendina ettevalmistamine haigla siseseks kooskõlastuseks ja töösse rakendamiseks vastavalt ekspertide arvamusele. Autorid peavad antud eesmärgi täidetuks, kuid sooviksid arendustegevusega jätkata, teostades kolme kuu möödudes pärast õendustegevusjuhendi kasutuselevõttu õdede seas uuringu, mis hõlmaks küsimusi, kas juhend on õdede tööd toetav ning lisada juhendisse õdede parandusettepanekud. Üks autoritest töötab igapäevaselt antud osakonnas, seega on edasine huvi õendustegevusjuhendi kasutuselevõtu ja selle soovitude kasutamise osas jälgitav. Tagasisidest tulenevalt koostaksid autorid õendustegevusjuhendist täiendatud versiooni, kaasates teisi eksperte, näiteks psühholooge, kellelt saada täpsemaid soovitusi suhtlemiseks, nõustamiseks ja sotsiaaltöötajaid, kellelt saada praktilisi nõuandeid haiglaravi lõppemise järgseks perioodiks.

Kogudes Eesti suurematelt psühhiaatriakliinikutelt statistilisi andmeid statsionaarsetes osakondades aset leidnud suitsiidide kohta, selgus, et ka teised psühhiaatriakliinikud oleksid suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise õendustegevusjuhendist huvitatud. Käesoleva arendusprojekti raames koostatud juhend sobib kasutamiseks teistesse psühhiaatriakliinikute osakondadesse, mis annab arendusprojektile lisaväärtuse. Samuti saab õendustegevusjuhendile teha osakonnaspetsiifilisi täiendusi ning seda kohandada vastavalt osakonna vajadustele.

Arendusprojekti planeerimine oli autoritele huvitav ja arendav kogemus, mis koosnes erinevatest väljakutsetest. Suurimaks väljakutseks sai arendusprojekti ajaline piirang, mis tulenes arendusprojekti tähtajast, kuid oli seotud autorite esmakordse kogemusega arendusprojekti koostamisel. Tulenedes vähesest kogemusest aja planeerimisel, mis on seotud meeskonnatöö juhtimise, arendusprojektiks vajaliku loa taotlemise ja enesejuhtimisega olles esmakordselt projektijuhtide rollis ning vastutada kogu arendusprojekti eest. Näiteks sooviksid autorid lisada arendusprojekti õendusteooria, mille kasutamine jäi hetkel arendusprojektis ajapuuduse tõttu õendustegevusjuhendi koostamise prioriteetidest välja. Järgnevates arendusprojektides oskavad autorid kindlasti sellele kogemusel tuginedes planeerida aega paremini arvestades erinevad arendusprojekti koostamise osad.

Autorid teevad ettepanekud:

- iga mittepühhiotiliste kriiside osakonna õele on kohustatud õendustegevusjuhendiga tutvuma;
- õendustegevusjuhendi lisamine Psühhiaatrikliiniku siseveebi uue töötaja e-õppesse, mille läbimine on kohustuslik;
- koostada suitsiidiohtliku patsiendi jälgimise tegevusjuhend hooldustöötajatele;
- võtta juhend kasutusele teistes psühhiaatrikliiniku osakondades, kohandades õendustegevusjuhendis jälgimisvajadused vastavalt osakonna profiilile;
- tutvustada juhendit teistele Eesti psühhiaatrikliinikutele.

JÄRELDUSED

- Arendusprojekti teoreetilisele raamistikule tuginedes selgub, et psühhiaatriliste patsientide seas on suitsiidirisk oluliselt kõrgem võrreldes tavapopulatsiooniga ning psühhiaatrilistes osakondades töötavad õed tunnevad ebakindlust suitsiidiriskiga patsientide jälgimisel, sellest lähtuvalt tekib vajadus õendustegevusjuhendite loomiseks.
- Arendusprojekti raames koguti ekspertarvamused mis toetavad projekti vajalikkust ja kinnitavad süstemaatilise kirjanduse ülevaate tulemusi seoses suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise juhendi koostamise olulisus.
- Arendusprojekti tulemusena valmis Suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise juhend Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonna näitel, mille projekti autorid planeerivad pärast arendusprojekti kaitsmist esitada õendustegevusjuhend haigla siseseks kooskõlastuseks ja kasutuselevõtuks.

Arendusprojekti käigus püstitatud eesmärk ja uurimisülesanded said täidetud.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Awenat, Y., Peters, S., Shaw-Nunez, E., Gooding, P., Pratt, D., Haddock, G. (2017). Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis. *British Journal of Psychiatry*, 211(02), 103–108. doi:10.1192/bjp.bp.116.191817
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. doi:10.3390/ijerph15071425
- Berg, S. H., Rørtveit, K., Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17(1). doi:10.1186/s12913-017-2023-8
- Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., Aase, K. (2017). Safe clinical practice for patients hospitalised in a suicidal crisis: a study protocol for a qualitative case study. *BMJ Open*, 7(1), e012874. doi:10.1136/bmjopen-2016-012874
- Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B., James, K. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1459–1465. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05
- Castelli Dransart, D. A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann Didisheim, N., Séguin, M. (2013). Patient Suicide in Institutions: Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals. *Death Studies*, 38(5), 315–321. doi:10.1080/07481187.2013.7666
- Deisenhammer, E. A., Behrndt-Bauer, E.-M., Kemmler, G., Haring, C., Miller, C. (2020). Suicide in Psychiatric Inpatients— A Case–Control Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. doi:10.3389/fpsyt.2020.591460
- De Santis, M. L., Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C., York, J. (2015). Suicide-specific Safety in the Inpatient Psychiatric Unit. *Issues in Mental Health Nursing*,
- Derblom, K., Lindgren, B.-M., Johansson, A., Molin, J. (2021). Engagement, Responsibility, Collaboration, and Abandonment: Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(8), 776–783. doi:10.1080/01612840.2020.1864
- Dunn, C. (2020). Patient Suicide and Self-Harm Prevention Strategies in Hospitals. <https://iahssf.org/assets/Patient-Suicide-and-Self-Harm-Prevention-Strategies-in-Hospitals.pdf> (21.08.2021).
- European alliance against depression. 2021. <https://ifightdepression.com/et/muudele-spetsialistidele/opetajad/suitsiidirisk> (28.11.21)
- Flynn, S., Nyathi, T., Tham, S.-G., A. Williams, A., Windfuhr, K., Kapur, N., Appleby, N.L., Shaw, J. (2017) Suicide by mental health in-patients under observation. *Psychological Medicine*. 1-8. doi:10.1017/S0033291717000630

- Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 31–37. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.018
- Hunt, I. M., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N. (2013). Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 144(1-2), 123–128. doi:10.1016/j.jad.2012.06.019
- Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Nordentoft, M. (2012). Predictors of Psychiatric Inpatient Suicide: A National Prospective Register-Based Study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 73(2):144-51. doi: 10.4088/JCP.10m06473. Epub 2011 Aug 23.
- Matarazzo, B. B., Homaifar, B. Y., Worzel, H. S. (2014). Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 220–224. doi:10.1097/01.pra.0000450321.
- Manister, N. N., Murray, S., Burke, J. M., Finegan, M., & McKiernan, M. E. (2017). Effectiveness of Nursing Education to Prevent Inpatient Suicide. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(9), 413–419. doi:10.3928/00220124-20170816
- Meyfroidt, N., Wyckaert, S., Bouckaert, F., Wampers, M., Mazereel, V., Bruffaerts, R. (2019). Suicide in Belgian psychiatric inpatients. A matched case-control study in a Belgian teaching hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*. doi:10.1016/j.apnu.2019.12.004
- Olyaeemanesh, A., Behzadifar, M., Mousavinejad, N., Behzadifar, M., Heydarvand, M., Azari, S., Martini, M., Bakhtiari, A., Bragazzi, N. (2018). Iran's Health System Transformation Plan: A SWOT analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.39>
- Pietzak, M., Paliszkievicz, J. (2015). Framework of Strategic Learning: The PDCA Cycle. *Management* 10 (2):149 –161.
- Puntil, C., York, J., Limandri, B., Greene, P., Arauz, E., Hobbs, D. (2013). Competency-Based Training for PMH Nurse Generalists: Inpatient Intervention and Prevention of Suicide. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(4), 205–210. doi:10.1177/1078390313496275
- Puskar, K., Urda, B. (2011). Examining the Efficacy of No-Suicide Contracts in Inpatient Psychiatric Settings: Implications for Psychiatric Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(12), 785–788. doi:10.3109/01612840.2011.599476
- Sakinofsky, I. (2014). Preventing Suicide among Inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 131–140. doi:10.1177/070674371405900304
- Sellin, L., Kumlin, T., Wallsten, T., Wiklund Gustin, L. (2018). Caring for the suicidal person: A Delphi study of what characterizes a recovery-oriented caring approach. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi:10.1111/inm.12481
- Slemon, A., Jenkins, E., Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), e12199. doi:10.1111/nin.12199

Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. doi:10.1016/j.cbpra.2011.01.0

Vaimse tervise roheline raamat. (2020). Sotsiaalministeerium. Tallinn [vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf \(sm.ee\)](https://www.vaimse-terviseinfo.ee/images/VTTK_17022012.pdf) (01.11.2021)

Vaimse tervise teenuste kasutamine ja analüüs. (2012). https://www.terviseinfo.ee/images/VTTK_17022012.pdf (11.11.21)

Veale, D., Ali, S., Papageorgiou, A., Gournay, K. (2019). The psychiatric ward environment and nursing observations at night: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi:10.1111/jpm.12583

Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A (2021). Enesetappude ja enesetapukatsete epidemioloogiline ülevaade Eestis. Uuringu raport. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341893/WHO-EURO-2021-2573-42329-58594-est.pdf> (15.09.2021)

Weber, A. N., Michail, M., Thompson, A., & Fiedorowicz, J. G. (2018). Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Medical Clinics of North America*, 101(3), 553–571. doi:10.1016/j.mcna.2016.12.006

Worzel, H. S., Matarazzo, B., Homaifar, B. (2013). A Model for Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(4), 323–326. doi:10.1097/01.pra.0000432603.

Õendusalaste tegevusjuhendite väljatöötamise korraldus. (2015). Taru Ülikooli Tervishoiu Instituut. <https://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/6106/1/Oendustegevusjuhendid2015-5.pdf> (11.11.21)

Ühised sammud terviseni. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2021-2030. (2020). Eesti Õdede Liit. <https://www.ammaemand.org.ee/eesti-oenduse-ja-ammaemanduse-arengustrateegia-2021-2030/> (21.08.2021).

ÕENDUSTEGEVUSJUHEND

Suitsiidiriskiga patsiendi jälgimise juhend Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonna näitel

1. Eesmärk

- 1.1 Õendustegevusjuhend annab soovitusi suitsiidiohtliku patsiendi jälgimiseks mittepsühhootiliste kriiside osakonnas.
- 1.2 Õendustegevusjuhend vähendab suitsiidiriski mittepsühhootiliste kriiside osakonnas.

2. Kehtivus

Õendustegevusjuhend kehtib Regionaalhaigla psühhiaatrikliiniku mittepsühhootiliste kriiside osakonnas.

3. Vastutus

- 3.1 Õendustegevusjuhendi täitmise eest vastutavad kõik mittepsühhootiliste kriiside osakonnas töötavad õed.
- 3.2 Õendustegevusjuhendi tutvustamise ja täitmise eest vastutab mittepsühhootiliste kriiside osakonna õendusjuht.

4. Ülevaatus

- 4.1 Õendustegevusjuhend vaadatakse üle mittepsühhootiliste kriiside osakonna õendusjuhi poolt vastavalt vajadusele, kuid mitte vähem kui kord kolme aasta jooksul.

5. Mõisted

Suitsiidirisk- käitumine ja/või tahe, mis on suunatud oma elu lõpetamisele väljendudes näiteks vihjetes suitsiidile, suitsidaalsetele mõtetele, lootusetusele, abituse ja süütundele enda suhtes.

6. Tegevuskirjeldus

- 6.1. Õde lähtub oma töös arsti korraldustest ja patsiendi heaolust.

6.2. Õendustegevus suitsiidiriskiga patsiendi jälgimisel

Tegevus	Mõju
<p>Õde:</p> <p>1) Kontakti loomine:</p> <ul style="list-style-type: none">• esimesel kohtumisel tutvustab ennast ja identifitseerib patsiendi;• varub vestluseks piisavalt aega ja privaatselt ruumi, et taustmüra ei segaks;• jälgib suheldes oma hääletooni ja kehakeelt, vesteldes vaatab patsiendile silma;• suhtub patsienti lugupidavalt, ei anna hinnanguid, on rahulik ja toetav;• kasutab aktiivse kuulamise tehnikat (peegeldamist), vajadusel suunab küsimustega;• jälgib patsiendi kehakeelt.	<p>Süveneb patsiendi turvatunne ja tekib koostööks usaldusväärne õhkkond. Patsient on identifitseeritud.</p> <p>Sobivate suhtlusviiside kasutamine aitab vähendada negatiivsust ja on patsiendile toetav.</p> <p>Patsient tunnetab õe toetavat suhtumist. Tagatud on patsiendi väärikas kohtlemine.</p> <p>Patsient julgeb suitsiidimõttest rääkida.</p>
<p>2) Suitsiidiriski hindamine:</p> <ul style="list-style-type: none">• määrab skriiningvahendite abil kindlaks patsiendi suitsiidiriski taseme kasutades SA PERH Psühhiaatrikliiniku suitsiidiriski hindamise juhendit;	<p>Patsiendile on tagatud tõenduspõhine sekkumine lähtuvalt tema suitsiidiriski tasemest.</p> <p>Suitsiidiriski hindamisel on arvestatud</p>

<ul style="list-style-type: none"> • selgitab välja, kas patsiendil on suitsiidi sooritamiseks kindel plaan, (aeg, koht); • kaardistab patsiendi riski ja kaitsvad faktorid; • jälgib patsiendi kehakeelt, näoilmeid, kõnetooni; • hindab regulaarselt haiglaravi jooksul suitsiidiriski. 	<p>suitsiidiplaani tõsiseltvõetavust (nt suitsiidiplaanis kasutatavate vahendite olemasolu).</p> <p>Õendusabi on planeeritud ja osutatud lähtuvalt patsiendi suitsiidiriski tasemest.</p>
<p>3) Turvalise keskkonna loomine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eemaldab osakonnast kõik elemendid, millega patsient võiks ennast vigastada või sooritada suitsiidi; • kontrollib regulaarselt (kord päevas) palateid ja üldkasutatavaid ruume, eemaldab potentsiaalselt ohtlikud esemed; • paigutab kõrge suitsiidiriskiga patsiendi võimalusel personaliruumile lähemal asuvasse palatisse; • võtab hoiule osakonda saabunud patsiendi isiklikud ravimid (lisaks vitamiinid, toidulisandid) ning teravad ja torkavad esemed (hoiustab lukustatud ruumi); 	<p>Patsienti ümbritsev keskkond on muudetud turvaliseks.</p> <p>Kõrge suitsiidiriskiga patsiendile on tagatud pidev jälgimine.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • põhjendatud kahtlusel teostab patsiendi isiklike asjade läbivaatuse vähemalt kahe personaliliikme juuresolekul; • hindab patsiendile jalutusloa andmist koostöös ravimeeskonnaga. 	
<p>4) Patsiendi jälgimine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jälgib kõrge suitsiidiriskiga patsienti regulaarselt, seda eriti kõrge suitsiidiohtlikkusega aegadel (statsionaarse ravi esimene nädal, patsiendi ravikäsitluses on raviskeemi muutus või privileegides, nt jalutusaja piiramises või nutiseadmete kasutamises toimub muudatus); • veendub, et patsiendi ohutus on tagatud ka aegadel kui õenduspersonal on hõivatud muude tegevustega (ravimite jagamine, vahetuse üleandmine); • veendub, et patsient võtab korrektselt talle määratud ravimid; • jälgib patsiendi meeleolu muutusi; • jälgib patsienti austavalt, põhjustades talle minimaalselt ebamugavust. 	<p>Patsiendile on tagatud tema suitsiidiriskist lähtuv jälgimise intensiivsus.</p>
<p>5)Psühhoedukatsioon:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • õpetab patsiendile eneseabivõtted ärevuse ja hirmuga toimetulekuks (Ärevuse töövihik); • õpetab patsiendile hingamisharjutusi; • õpetab patsiendile teadvelolekuharjutusi; • õpetab patsiendile lõdvestusharjutusi; • tutvustab patsiendile vastavalt tema individuaalsetele vajadustele internetipõhiseid vaimse tervise teenuseid (peaasi.ee, selge.ee, valik.ee, alkoinfo.ee, sütik.ee); • tutvustab patsiendile sõltuvalt probleemist vaimse tervise abi osutavaid teenuseid (AA, Tallinna Vaimse Tervise keskus, svtugigrupp, Ohvriabi, Vaiter, Söömishäirete liit jne.); • motiveerib ja julgustab patsienti suitsiidimõtete korral pöörduma personali poole; • nõustab patsienti, kuhu peale haiglaravi kriisisitustasioonis pöörduda (vaimse tervise kriisi ja nõuandeliinid, Psühhiaatriakliiniku valvetoa kontaktid); • kaardistab koos patsiendiga turvavõrgustiku ning julgustab patsienti nendega suhtlema ja koostööd tegema. 	<p>Patsient oskab kasutada vajadusel erinevaid eneseabivõtteid.</p> <p>Patsiendil on vajalikud probleemilahendamisoskused.</p> <p>Õde on teadlik patsiendi käitumisest ja probleemidest.</p> <p>Patsient on teadlik jätkuravi ja erakorralise abi võimalustest.</p> <p>Lähedased on patsiendi tervises seisundist teadlikumad ning oskavad seeläbi pakkuda paremat toetust, oskavad tunda ära hoiatusmärke patsiendi vaimse tervise seisundi halvenemisel.</p>
---	--

<p>6) Dokumentatsioon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kogub andmed patsiendilt ja tema lähedastelt elu- ja õendusanamneesi; • dokumenteerib esimeses sissekandes patsiendi varasemad suitsiidkatsed, määratud suitsiidiriski taseme, riski ja kaitsvad faktorid; • dokumenteerib patsiendi lähedastelt saadud info; • dokumenteerib turvalisusega seotud sekkumised (ravimite, teravate, torkavate esemete patsiendi käest hoiule võtmine, jalutusaja piirangud); • dokumenteerib patsiendi käitumise kirjelduse kogu statsionaarse ravi perioodi jooksul; • dokumenteerib patsiendi enesevigastamise ja sellega toimetuleku; • dokumenteerib psühhoedukatsiooni kirjelduse; • dokumenteerib haiglaravi lõppedes uuesti patsiendi suitsiidiriski taseme. 	<p>Elu- ja õendusanamnees on ravi jaoks vajalik infoallikas.</p> <p>Ravimeeskond on teadlik patsiendi terviseseisundist ja planeeritud ravisekkumistest.</p> <p>Kogu õendustegevus on dokumenteeritud ja kontrollitav. Võimaldab jälgida patsiendi terviseseisundit kogu osakonnas viibitud aja jooksul. Aitab hinnata sooritatud õendustegevust ja planeerida täiendavaid sekkumisi.</p>
<p>7) Kommunikatsioon</p> <ul style="list-style-type: none"> • teavitab uue patsiendi osakonda saabumisel kolleege patsiendi 	

<p>suitsiidiriski tasemest (vahetuse üleandmine, hooldajate infomapp);</p> <ul style="list-style-type: none"> • teavitab ravimeeskonda patsiendi suitsiidiriski taseme muutustest; • märgib kõrge suitsiidiriskiga patsiendi nime juurde tahvlile hoiatuse. 	<p>Kogu ravimeeskond teab vajalikku informatsiooni patsiendi maksimaalse ohutuse tagamiseks.</p> <p>Patsiendi väljendatud suitsiidimõtted on efektiivseks raviks jagatud kõigi ravimeeskonna liikmetega.</p>
---	--

7. Viited

7.1 Juhend. Psühhiaatrikliiniku patsiendi suitsiidiriski hindamine. (2020)

7.2 Psühhiaatrikliiniku patsiendi suitsiidiriski hindamine- lisa 1. (2020)

7.3 Õendustegevusjuhend. Usaldusõe tegevus psühhiaatrikliiniku statsionaarse ravi osakonnas. (2018)

7.4 Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C. M. (2013) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. USA: Elsevier

7.5 De Santis, M. L., Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C., York, J. (2015). Suicide-specific Safety in the Inpatient Psychiatric Unit. *Issues in Mental Health Nursing*,

7.6 European alliance against depression. 2021. <https://ifightdepression.com/et/muudele-spetsialistidele/opetajad/suitsiidirisk> (kuvatud: 28.11.21)

7.7 Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, & Hirdes JP (2011). Suicide Risk Assessment Inventory: A Resource Guide for Canadian Health care Organizations. Toronto, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute [Suicide Risk Assessment Guide.pdf](https://patientsafetyinstitute.ca) (patientsafetyinstitute.ca) (20.10.2021)

7.8 Weber, A. N., Michail, M., Thompson, A., & Fiedorowicz, J. G. (2017). Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Medical Clinics of North America*, 101(3), 553–571. doi:10.1016/j.mcna.2016.12.006

Lisa 2. Andmete väljavõtuleht

Autorid, aasta, pealkiri	Allikas, Usaldusväärsus	Meetod, Valim	Õdedele vajalikud andmed suitsiidiriskiga patsiendiga töötamiseks statsionaarses osakonnas
<p>Awenat, Y., Peters, S., Shaw-Nunez, E., Gooding, P., Pratt, D., Haddock, G. (2017). Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis.</p>	<p><i>The British Journal of Psychiatry</i>, Impact factor 7,233, Eetikakomitee luba, Esitatud töö kitsaskohad</p>	<p>Kvalitatiivne, poolstruktureeritud intervjuud n=20 personal</p>	<p>Personal tunneb vajadust juhendi järgi mis sätestaks punktid suitsidaalse patsiendi dokumenteerimise käsitluse osas. Personal tunneb vajadust supervisioonide järele.</p>
<p>Berg, S. H., Rørtveit, K., Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies.</p>	<p><i>BMC Health Services Research</i>, Impact factor 1,987 Esitatud töö kitsaskohad</p>	<p>Süsteemaatiline kirjanduse ülevaade kvalitatiivsetest uuringutest.</p>	<p>Õe-patsiendi terapeutilise suhte olulisus patsiendi seisundi paranemisel.</p>
<p>Bowers, L., Dack, C., Gul, N., Thomas, B., James, K.</p>	<p><i>International Journal of Nursing Studies</i></p>	<p>602 haiglas sooritatud suitsiidkatse analüüs</p>	<p>Suitsidaalsete patsientide jälgimine peab olema korrapärane ning kõrgema riski korral rakendada pidevat jälgimist. Kontrollida alasi nagu tualett, dushiruum.</p>

<p>(2011).</p> <p>Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency.</p>	<p>Impact factor 4,778</p> <p>Esitatud töö kitsaskohad</p>		<p>Sotsiodemograafiliselt olulised andmed, mis mängivad suurt rolli suitsiidide puhul väljaspool haiglat ei kehti statsionaarses osakonnas.</p>
<p>Castelli Dransart, D. A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann Didisheim, N., Séguin, M.</p> <p>(2013).</p> <p>Patient Suicide in Institutions: Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals.</p>	<p><i>Death Studies Journal</i></p> <p>Impact Factor 2,245</p> <p>Eetikakomitee luba, Esitatud töö kitsaskohad</p>	<p>Anonüümne küsimustik, n=258</p> <p>personal</p>	<p>Õed vajavad suitsidaalsete patsientidega töötamiseks rohkem koolitusi ja toetust nt. supervisioonid, psühholoogiline abi.</p>
<p>Deisenhammer, E. A., Behrndt-Bauer, E.-M., Kemmler, G., Haring, C., Miller, C.</p> <p>(2020).</p> <p>Suicide in Psychiatric Inpatients— A Case–Control Study.</p>	<p><i>Frontiers in Psychiatry</i></p> <p>Impact factor 4,157</p> <p>Eetikakomitee luba. Esitatud töö kitsaskohad</p>	<p>juhtumikontrolli uuring</p> <p>30 statsionaarse suitsiidi juhtumit võrdluses 54 kontroll patsiendiga</p>	<p>Õdedele olulised hoiatusmärgid suitsiidiriski tuvastamiseks nt. varasemad suitsiidkatsed anamneesis, ähvardamine suitsiidiga jne.</p>

<p>De Santis, M. L., Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C., York, J.</p> <p>(2015).</p> <p>Suicide-specific Safety in the Inpatient Psychiatric Unit.</p>	<p><i>Issues on Mental Health Nursing</i></p> <p>Impact factor 1,332</p>	<p>Süsteemaatiline kirjanduse ülevaade</p>	<p>Suitsiidiriski hindamine. Haiglateskkonna ohutus. Õdedele vajalik dokumentatsioon seoses patsiendi suitsiidiriskiga. Patsiendi jälgimisega seotud olulised faktorid.</p>
<p>Derblom, K., Lindgren, B.-M., Johansson, A., Molin, J.</p> <p>(2021).</p> <p>Engagement, Responsibility, Collaboration, and Abandonment: Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Psychiatric Inpatient Care.</p>	<p><i>Issues on Mental Health Nursing</i></p> <p>Impact factor 1,332</p> <p>Eetikakomitee luba</p>	<p>Kvalitatiivne, poolstruktureeritud intervjuud</p> <p>n=10</p> <p>õenduspersonal</p>	<p>Õe-patsiendi terapeutilise suhte olulisus Oluline kolleegide toetus ja nõu Hirm teha valesid otsuseid. Õed vajavad enam koolitusi, juhendeid ja toetust suitsiidohtlikuga patsiendiga töötamiseks.</p>
<p>Flynn, S., Nyathi, T., Tham, S.-G., Williams, A., Windfuhr, K., Kapur, N., Applby.,L, Shaw, J.</p> <p>(2017).</p> <p>Suicide by mental health</p>	<p><i>Psychological Medicine</i></p> <p>Impact factor 7,723</p> <p>Eetikakomitee luba Esitatud töö kitsaskohad</p>	<p>juhtumikontrolli uuring (case-control study)</p> <p>statsionaarses osakonnas suitsiidi sooritanud patsiendid</p>	<p>Nõuetekohaste protokollide täitmine aitab vältida inimlikke vigu. Multidistsiplinaarne patsendikeskne lähenemine parandab suitsiidohtliku patsiendi ravikäsitlust. Regulaarne patsiendi suitsiidiriski hindamine ja jälgimine</p>

in-patients under observation.			
Hagen, J., Knizek, B. L., Hjelmeland, H. (2017). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor.	<i>Archives of Psychiatric Nursing</i> Impact factor 2,218 Eetikakomitee luba Esitatud töö kitsaskohad	Kvalitatiivne, poolstruktureeritud intervjuud n=8 Vaimse tervise õed	Oluline jälgida mida patsient teeb (jälgitavad märgid) või ütleb (väljendatud sümptomid) Nooremad ja väiksemate kogemustega õed töid välja vajaduse koolituste ja juhendite järele.
Hunt, I. M., Bickley, H., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., Kapur, N. (2013). Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: A case-control study.	<i>Journal of Affective Disorders</i> Impact factor 4,839 Eetikakomitee luba Esitatud töö kitsaskohad	juhtumikontrolli uuring (case-control study) n=107 suitsiidi sooritanud patsienti võrrelduna 107 kontrollisikuga	Esimene haiglasoleku nädalal pöörata erilist tähelepanu suitsiidohtliku patsiendi suitsiidiriski hindamisele ja jälgimisele. Negatiivne elusündmus enne haiglasse sattumist oluline suitsiidiriski hindamise komponent.
Madsen, T., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Nordentoft, M. (2012). Predictors of Psychiatric	<i>Journal of Clinical Psychiatry</i> Impact factor 4,384	riiklik retrospektiivne registripõhine uuring (national prospective register-based study) 1997-2006 aastatel 1997-2006	Vahetult enne statsionaarset haiglaravi toimepandud suitsiidkatse tõstis statsionaarse suitsiidi riski 5 korda. Statsionaarse suitsiidi sooritanud isikutes enim olid kõrgharidusega.

Inpatient Suicide: A National Prospective Register-Based Study.		statsionaarses psühhiaatrilises osak. suitsiidi sooritanud patsiendid	
Manister, N. N., Murray, S., Burke, J. M., Finegan, M., McKiernan, M. E. (2017). Effectiveness of Nursing Education to Prevent Inpatient Suicide.	<i>The Journal of Continuing Education in Nursing</i> Impact factor 1,224 Esitatud töö kitsaskohad	Anonüümne eel ja järeltest Eeltest n=304 Järeltest n=92 Õenduspersonal	Peale koolitust tõusis õdede enesekindlus vestlemaks patsientidega suitsiidist, rääkima ja küsima nende tunnete kohta. Õdede teadmisest suitsidaalse patsiendi jälgimise ja sekkumisvõimaluste osas tõusid.
Meyfroidt, N., Wyckaert, S., Bouckaert, F., Wampers, M., Mazereel, V., Bruffaerts, R. (2019). Suicide in Belgian psychiatric inpatients. A matched case-control study in a Belgian teaching hospital.	<i>Archives of Psychiatric Nursing</i> Impact factor 2,218	juhtumikontrolli uuring (case-control study) 2007-2015 n=37 statsionaarses osakonnas suitsiidi sooritanud patsiendid võrdluses 37 kontrollisikuga	Tugev seos lootusetuse ja statsionaarse suitsiidi vahel. Viimase aasta jooksul aset leidnud negatiivne elusündmus tõstab oluliselt statsionaarse suitsiidi riski(lahutus, lähedase surm). Õel oluline teada ja märgata suitsiidiriski tegureid.
Puntil, C., York, J., Limandri, B., Greene, P., Arauz, E., Hobbs, D.	<i>Journal of the American Psychiatric Nurses Association</i>	Süsteemaatiline kirjanduse ülevaade	Õed vajavad suitsidaalsete patsientidega töötamiseks rohkem koolitusi, tõendus põhiseid juhendeid.

<p>(2013).</p> <p>Competency-Based Training for PMH Nurse Generalists.</p>	<p><i>Impact factor 2,385</i></p>		
<p>Veale, D., Ali, S., Papageorgiou, A., & Gournay, K.</p> <p>(2019).</p> <p>The psychiatric ward environment and nursing observations at night: A qualitative study.</p>	<p><i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i></p> <p>Impact factor 1,131</p> <p>Eetikakomitee luba Esitatud töö kitsaskohad</p>	<p>Kvalitatiivne, poolstruktureeritud intervjuud</p> <p>n=12</p> <p>Psühhiaatrikliiniku patsiendid</p>	<p>Patsientide jälgimine öösel, (palati ukse avamine, tulede sisse ja väljalülitamine) ehmatab patsiente ja segab nende und.</p> <p>Öine jälgimine süvendab unehäireid ja mõjutab negatiivselt haiguse dünaamikat.</p>