

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas
Suicidologijos tyrimų centras

Mokslinio tyrimo

„Vilniaus miesto savižudybių, mėginimų nusižudyti, mirčių dėl neaiškių ir nepatikslintų priežasčių bei kreipimūsi į sveikatos priežiūros įstaigas prieš savižudybę analizė (už visą 2016-2019 m. strategijos laikotarpį).“

ATASKAITA

Mokslinio tyrimo vykdytoja: dr. Jurgita Rimkevičienė

2020 sausio 10 d.
Vilnius

Turinys

<i>Ivadas</i>	3
1. <i>Savižudybės Vilniaus mieste</i>	5
Metodas.....	5
Rezultatai.....	5
Išvados.....	9
2. <i>2016-2018 m. nusizudžiusiems asmenims sveikatos priežiūros įstaigose teiktos paslaugos per paskutinius metus iki mirties</i>	10
Metodas.....	10
Rezultatai.....	10
Išvados.....	19
3. <i>Sveikatos priežiūros įstaigose teiktos paslaugos dėl mėginimų nusizudyti ir/ar minčių apie savižudybę</i>	20
Metodas.....	20
Rezultatai.....	21
Išvados.....	32
4. <i>Rezultatų apibendrinimas ir išvados</i>	33
5. <i>Rekomendacijos sistemos tobulinimui</i>	37

Išvadas

Vilniaus mieste savižudybių prevencijos veiklos sistemai pradėtos vykdyti nuo 2015 m., kuomet 2015 m. gruodžio 17 d. buvo pasirašytas Vilniaus miesto savižudybių prevencijos memorandumas. Iš jo sekė tokie veiksmai:

- 2016 m. balandžio 19 d. patvirtinta Vilniaus miesto savižudybių prevencijos 2016–2019 metų strategija. Ji nuosekliai įgyvendinama iki pat dabar. Tarp kitų veiklų strategija apima mokymus įvairioms savižudybių prevenciją vykdančioms grupėms ir specializuotos pagalbos prieinamumo didinimą;
- 2016 rugsėjo – gruodžio mėnesiais buvo rengiamas Vilniaus miesto savižudybių rizikos valdymo algoritmas, vyko grupiniai susitikimai su specialistais, vykdančiais savižudybių prevenciją;
- 2017 m. gegužės 10 patvirtintas Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių rizikos valdymo algoritmas.

Šio tyrimo tikslas yra įvertinti Vilniaus miesto savižudybių prevencijos veiklų įtaką savižudybių rodikliams ir sveikatos priežiūros sistemos pokyčiams.

Šiam tikslui įgyvendinti išskirti tokie uždaviniai:

1. Išanalizuoti savižudybių, mirčių dėl nepatikslintų ir neaiškių priežasčių pokyčius Vilniaus mieste savižudybių prevencijos veiklų įgyvendinimo laikotarpiu.
2. Išanalizuoti Vilniaus miesto gyventojų, mirusių dėl savižudybės, kreipimuisi į sveikatos priežiūros sistemą metai iki mirties ir jų pobūdžio pokyčius Vilniaus m. savižudybių prevencijos veiklų įgyvendinimo laikotarpiu.
3. Išanalizuoti Vilniaus m. gyventojams ir Vilniaus m. įstaigose suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, esant su savižudybe susijusiems sunkumams, ir šių rodiklių pokyčius Vilniaus m. savižudybių prevencijos veiklų įgyvendinimo laikotarpiu

Reikia pažymėti, kad greta būtent Vilniaus mieste vykdomų savižudybių prevencijos veiklų, šiuo laikotarpiu vyko svarbūs ir visos Lietuvos savižudybių prevencijos sistemos pokyčiai:

- 2016 pradžioje pasirašyti susitarimai tarp Vilniaus regiono įstaigų ir Vilniaus teritorinės ligonių kasos dėl greito informacijos perdavimo į pirminę asmens

sveikatos priežiūros įstaigą, kai asmuo kreipiasi į priėmimo skyrių dėl mėginimo nusižudyti;

- 2018 m. lapkričio 1 d įsigaliojo 2018 m. liepos 26 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-856 „Dėl Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;
- 2019 m. vasario 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-859 „Dėl Pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

Tad svarbu įvertinti, kiek Vilniaus m. savižudybių prevencijos sistemos pokyčiai susiję su konkrečiai Vilniaus miesto vykdomomis savižudybių prevencijos veiklomis, o kiek su bendrai visos Lietuvos mastu vykdoma savižudybių prevencijos veikla, tad palyginimui analizėje naudoti visos Lietuvos duomenys. Atkreiptinas dėmesys, kad toks palyginimas tik iš dalies atsako į klausimą, kiek Vilniaus mieste matomi savižudybių prevencijos sistemos pokyčiai yra susiję su konkrečiai Vilniaus mieste vykdomomis veiklomis, o kiek su pokyčiais visos Lietuvos mastu, nes minėtu laikotarpiu buvo vykdomos ir lokaliai savižudybių prevencijos iniciatyvos, veikiančios bendrus visos Lietuvos rodiklius. Kituose Lietuvos regionuose 2016-2019 m. laikotarpiu taip pat buvo planuojamos ar įgyvendinamos įvairios savižudybių prevencijos veiklos, įskaitant „vartininkų“ ir specialistų mokymus, pagalbos teikimo esant savižudybės krizei algoritmų rengimą ir tvirtinimą.

Šio tyrimo pabaigoje pateikiamos rekomendacijos tolesniam Vilniaus m. savižudybių prevencijos sistemos tobulinimui.

1. Savižudybės Vilniaus mieste

Metodas

Analizuojant savižudybių skaičiaus pokyčius Vilniaus mieste, remtasi Higienos instituto Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis. Tirti atvejai, pripažinti savižudybe, kai mirties priežastis yra aiški ir žymima kaip savižudybė (TLK – 10 AM kodais X60 – X84). Siekiant patikrinti duomenų apie savižudybes tikslumą, analizuotos ir kitos mirčių priežasčių kategorijos, galinčios slėpti savižudybes. Naudotos kategorijos, kurios dažniausiai naudojamos, analizuojant savižudybių klasifikavimo tikslumą ¹:

- mirtys, klasifikuotos prie „neaiškus ketinimas“ kategorijos (TLK-10 AM kodai Y10-Y34);
- neaiškios mirties priežastys: R98 (Mirtis be priežiūros (liudytojų); kai rasto mirusiojo mirties priežasties neįmanoma nustatyti) ir R99 (Kitos nepatikslintos ir neapibūdintos mirties priežastys; nežinoma mirties priežastis)

Mirčių dažniai 100 tūkstančiui gyventojų apskaičiuoti remiantis Lietuvos statistikos departamento Rodiklių duomenų bazėje pateikiamais duomenimis apie Lietuvos gyventojų skaičių.

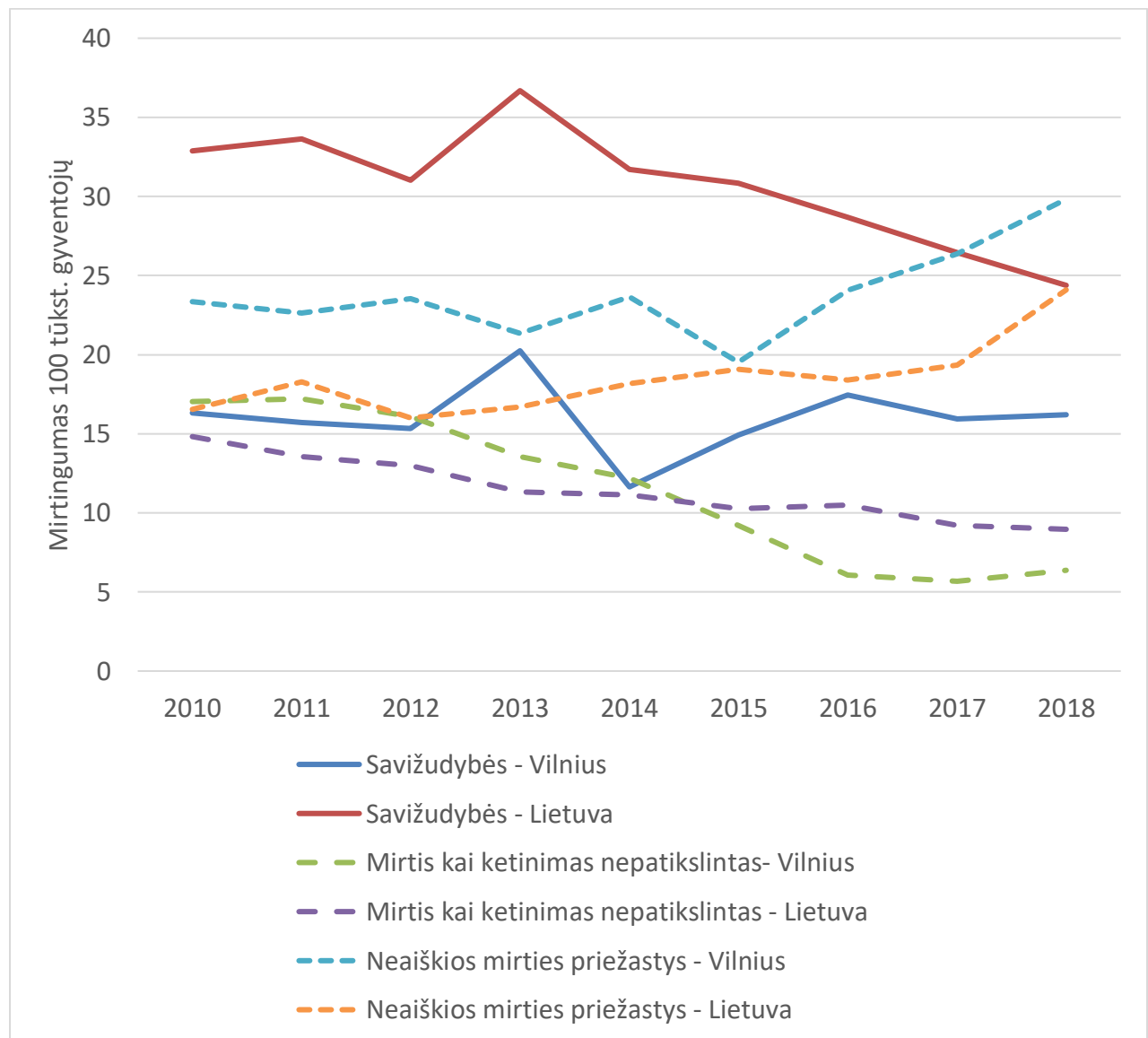
Rezultatai

Savižudybių dažnio pokytis Vilniaus mieste ir visoje Lietuvoje nuo 2010 iki 2018 m. atvaizduotas 1.1 pav. Iš grafiko matome, kad nuo 2014 iki 2016 Vilniaus mieste buvo stebimas savižudybių dažnio kilimas, po 2016 rodiklis šiek tiek sumažėjo ir lieka stabilus. Matome skirtumą nuo visos Lietuvos savižudybių rodiklio, kuris nuosekliai mažėja nuo 2013 m.

Iš 1 pav. esančio grafiko matome, kad tiek Vilniuje, tiek Lietuvoje nuo pat 2010 m. nuosekliai mažėja mirčių su nepatiksintu ketinimu. Nuo 2015 m. Vilniaus mieste mirčių su nepatiksintu ketinimu registruojama rečiau nei visos Lietuvos mastu. Tačiau Vilniaus mieste neaiškių mirties priežasčių nuo 2015 m. registruojama vis daugiau, jų dažnis didesnis nei visos Lietuvos mastu. Svarbu tai, kad 2018 m. ženkliai padaugėjo mirčių, registruotų kaip mirtis be priežiūros (liudytojų), kai rasto mirusiojo mirties priežasties neįmanoma nustatyti (R98). Iki 2018 m. jų Vilniaus m. buvo registruojama 0-1 per metus, o 2018 m. taip koduotos net 92 mirtys. Panaši tendencija matoma ir visos Lietuvos mastu – taip koduotų mirčių skaičius

¹ Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Hegerl, U. (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: Developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*, 18(5), 321–325.

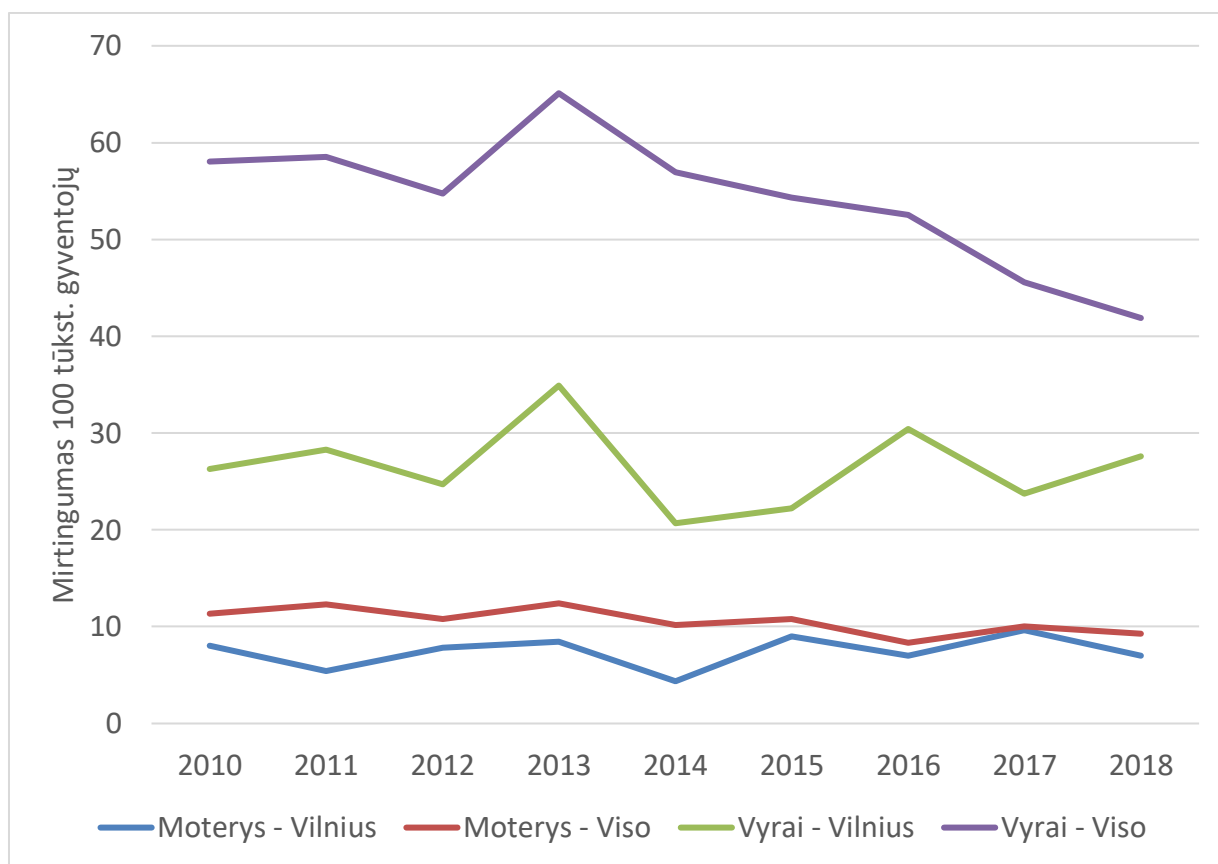
išaugo 100 kartų. Šios tendencijos rodo mirčių registravimo sistemos pokyčius. Nors mažiau mirčių priskiriama nepatikslingo ketinimo kategorijai, neaiškių mirčių dažnio didėjimas neleidžia teigti, kad šiek tiek sumažėję savižudybių rodikliai Vilniaus m. ir visos Lietuvos mastu atspindi realų savižudybių dažnio mažėjimą. Aiškiai matomas savižudybių statistikos patikimumo mažėjimas dėl didėjančios dalies mirčių, kai mirties priežastis koduojama kaip neaiški.



Pastabos: Klasifikuota remiantis mirčiais priskirtais TLK-10 AM kodais: savižudybės – X60 – X84, mirtys kai ketinimas nepatikslingas – Y10 – Y34, neaiškios mirties priežastys - R98 ir R99

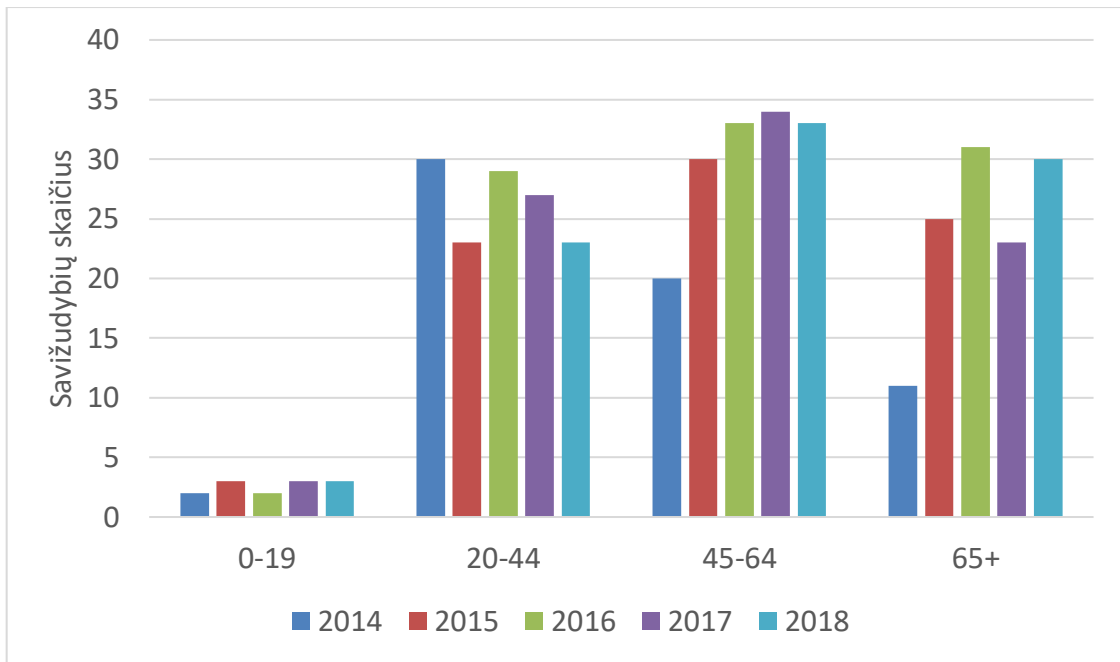
1.1 pav. Savižudybių ir nepatikslingų bei neaiškių mirties priežasčių dažnio pokyčiai Vilniuje ir Lietuvoje 2016 – 2018 m.

Moterų ir vyrų savižudybių dažnio pokyčiai 100 tūkst. gyventojų atvaizduoti 1.2 pav. Iš grafiko matome, kad Vilniaus m. moterų savižudybių dažnis itin artimas visos Lietuvos moterų mirčių nuo savižudybės vidurkiui. Tuo tarpu Vilniaus m. vyrų savižudybių dažnis beveik dvigubai mažesnis nei vyrų visos Lietuvos mastu. Taip pat matome, kad 2014-2016 m. ir 2018 m. stebimas savižudybių dažnio didėjimas Vilniaus m. susijęs su savižudybių dažnio didėjimu būtent tarp vyrų. Taigi nors visumoje Vilniaus m. vyrų savižudybių rodiklis mažesnis nei visos Lietuvos vyrų, tačiau Vilniaus miesto rodiklis nemažėja kartu su visos Lietuvos rodikliu. Atvirkščiai, jis svyruoja, ir 2018 m. vėl padidėjo.



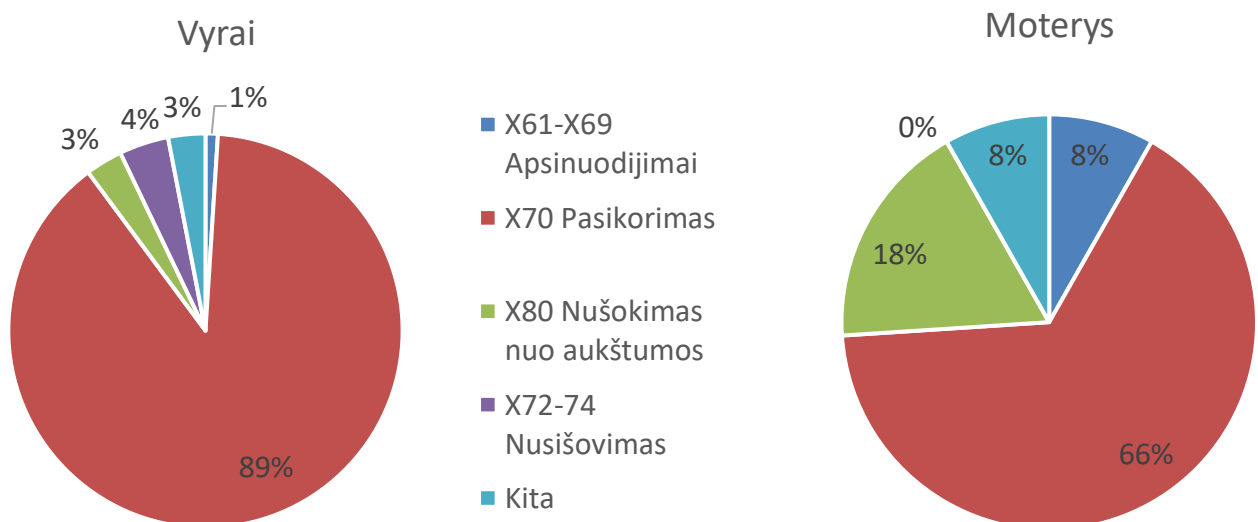
1.2 pav. Moterų ir vyrų savižudybių dažnio pokyčiai

Savižudybių skaičiaus pasiskirstymas skirtingose amžiaus grupėse parodytas 1.3 pav. Iš grafiko matome, kad savižudybių skaičius 20-44 m. amžiaus grupėje 2014-2018 m. šiek tiek mažėja. Tačiau 45-64 m. amžiaus grupėje stebima didėjimo tendencija; vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių tarpe ši didėjimo tendencija dar ryškesnė. Analizuojant dar smulkesnes amžiaus grupes matyti, kad ryškiausiai didėja savižudybių skaičius vyresnių nei 80 m. amžiaus žmonių grupėje: 2014 m. šioje amžiaus grupėje buvo tik 3 savižudybės, 2015-2017 skaičius gan nuosekliai didėjo ir 2018 – pasiekė 13.



1.3 pav. Savižudybių skaičius Vilniaus m. skirtingose amžiaus grupėse.

Savižudybių būdų skirtumai tarp vyrų ir moterų 2016-2018 m. Vilniaus m. atvaizduoti 1.4 pav. Kaip matosi iš grafiko, tiek vyrų, tiek moterų pagrindinis savižudybės būdas yra pasikorimas, tai sudaro absoliučią daugumą vyrų savižudybių ir du trečdalius moterų savižudybių. Kiti dažnesni savižudybės būdai tarp moterų buvo nušokimas nuo aukštumos ir apsinuodijimai.



1.4 pav. Savižudybės būdų skirtumai tarp vyrų ir moterų Vilniaus m. 2016-2018 m.

Šios ataskaitos rengimo metu buvo prieinami tik išankstiniai 2019 m. sausio-spalio mėnesių duomenys apie mirtis dėl savižudybės. Siekiant palyginti šiuos išankstinius duomenis su kitų metų duomenimis, naudoti pilni metai: 2018 m. lapkričio - 2019 m. spalio mėn. Šiuo laikotarpiu išankstiniais duomenimis nusižudė 68 asmenys, iš jų 58 vyrai ir 10 moterų. Tai rodytų, kad sumažėjo moterų savižudybių, tačiau vyrų savižudybių skaičius išlieka panašus: nors skaičius mažesnis nei 2018 m., jis toks pat kaip 2017m. Visgi, duomenys yra tik išankstiniai, tad gali būti tikslinami, nėra prieinami pilnų metų duomenys, be to, kol kas nėra prieinami kitų kategorijų, galinčių slėpti savižudybes, duomenys, tad negalime spręsti apie minimų duomenų patikimumą. Tačiau panašu, kad 2019 m. tendencija išlieka panaši kaip ir ankstesniais metais – mažėja moterų savižudybių skaičius, bet ne vyrų. Svarbu paminėti, kad per 2019 m. sausio-spalio mėnesius įvyko 5 jaunesnių nei 20 m. amžiaus žmonių savižudybės, visi jie buvo vyrai. 2014-2018 m. kasmet buvo stebimos po 2-3 savižudybes šioje amžiaus grupėje, tad svarbu atkreipti dėmesį ir toliau stebėti šį rodiklį dėl galimo savižudybių dažnio didėjimo tarp jaunimo.

Išvados

Vilniaus miesto savižudybių rodiklis išlieka mažesnis nei visos Lietuvos, tačiau šis atotrūkis mažėja. 2018 m. Vilniaus miesto rodiklis yra 1,5 karto mažesnis už visos Lietuvos rodiklį, kai tuo tarpu ankstesniais metais rodikliai skyrėsi dvigubai. Taip yra todėl, kad nors visos Lietuvos mastu vyrų savižudybių rodiklis nuosekliai mažėja, tokia pati tendencija nėra stebima Vilniaus mieste: vyrų savižudybių rodiklis svyruoja. Be to, tiek Vilniuje, tiek visoje Lietuvoje daugėja mirčių, priskiriamų neaiškios mirties priežasties kategorijai, kas mažina savižudybių statistikos tikslumą. 2014-2018 m. ryškiausiai stebimas savižudybių skaičiaus didėjimas vyresnio amžiaus žmonių grupėje (65+ ir ypač 80+). 2019 m. duomenys prieinami tik išankstiniai, tačiau jie rodo galimą savižudybių dažnio padidėjimą jaunesniems nei 20 m. žmonėms, tad šią tendenciją būtina stebėti.

2. 2016-2018 m. nusižudžiusiems asmenims sveikatos priežiūros įstaigose teiktos paslaugos per paskutinius metus iki mirties

Metodas

Aprašant nusižudžiusiems asmenims metai iki mirties teiktas paslaugas sveikatos priežiūros sistemoje, remtasi Higienos instituto suteiktais duomenimis iš Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos (SVEIDRA). Analizuoti tik pilni metai, t.y. 2016-2018 m., nes mirties priežasčių registro duomenys apjungiami su SVEIDROS sistemos duomenimis tik pasibaigus metams, todėl 2019 m. duomenys dar nėra prieinami. Tirti atvejai, pripažinti savižudybe, kai mirties priežastis yra aiški ir žymima kaip savižudybė (TLK – 10 AM kodais X60 – X84). Analizuotos tiek ambulatoriškai, tiek stacionare teiktos paslaugos.

Rezultatai

Per 2016-2018 m. Vilniaus mieste dėl savižudybės mirė 271 asmuo, iš jų per metus iki mirties sveikatos priežiūros sistemoje paslaugas gavo 229 asmenys (84,5%). Iš viso šiems asmenims fiksuoti 2334 gydymo epizodai. 2016-2018 m. nusižudžiusių asmenų dalis, gavusi paslaugas sveikatos priežiūros sistemoje per metus iki mirties, pateikta 1 lentelėje. Palyginimui pateikti ir visos Lietuvos duomenys. Moterys, tiek Vilniuje, tiek Lietuvoje dažniau nei vyrai prieš mirtį turi kontaktą su sveikatos priežiūros sistema. Vis tik iš lentelės matosi, kad Vilniaus m. 2018 metais sumažėjo nusižudžiusių asmenų dalis besikreipusių į sveikatos priežiūros sistemą metus prieš mirtį, ypač tai matyti vyrų atveju.

2.1 lentelė. Nusižudžiusių asmenų, turėjusių kontaktą su sveikatos priežiūros sistema metai iki mirties, skaičius 2016-2018 m. (skliausteliuose nurodytas procentas nuo visų tais metais nusižudžiusių asmenų)

Lytis	Regionas	2016	2017	2018
Vyrai	Lietuva	571 (82%)	477 (80%)	445 (82%)
	Vilnius	63 (85%)	48 (83%)	50 (74%)
Moterys	Lietuva	119 (92%)	141 (92%)	127 (91%)
	Vilnius	20 (95%)	29 (100%)	19 (90%)
Iš viso	Lietuva	690 (84%)	618 (83%)	572 (84%)
	Vilnius	83 (87%)	77 (89%)	69 (78%)

Asmenų dalis, *per paskutinius metus* iki savižudybės apsilankiusių pas atitinkamos specialybės gydytojus, pateikiama 2.2 lentelėje. Palyginimui pateikiami ir visos Lietuvos duomenys.

Duomenys apie vizitus *per paskutinį mėnesį* iki savižudybės pateikiami 2.3 lentelėje.

Iš 2.2 ir 2.3 lentelių matyti, kad 2017 m. Vilniaus mieste buvo padaugėję asmenų, kurie prieš mirtį gavo psichikos sveikatos specialisto konsultacijas. Nors psichologo konsultacijas gavusių asmenų skaičius 2017 m. buvo nedidelis, nesiekiantis 10%, vis tik psichologo konsultacijas metai iki savižudybės gavusių asmenų skaičius Vilniaus m. buvo padidėjęs daugiau nei pusantro karto. Tačiau 2018 m. Vilniaus m. gyventojų, gavusių psichikos sveikatos specialisto konsultacijas metai iki mirties, vėl sumažėjo. Kreipimūsi dažnis pagal lytį pateikiamas 2.1 pav. Iš jo matome, kad nuo savižudybės mirusių moterų dalis, konsultuotų psichikos sveikatos specialisto, didėjo tiek 2017, tiek 2018 m., tačiau būtent vyrų, konsultuotų psichikos sveikatos specialisto, procentas 2018 m sumažėjo. 2018 m. sumažėjo ir Vilniaus m. gyventojų dalis, metai prieš savižudybę turėjusių kontaktą su bendrosios praktikos gydytoju, nors visos Lietuvos mastu tendencija išliko nepakitusi. Tokia pati tendencija matoma ir su kitų specialybių gydytojų konsultacijomis. Iš 2.1 pav. pateikto grafiko matyti, kad šios tendencijos panašios abiem lytims. Šie rezultatai rodo, kad 2016-2018 m. savižudybės krizėje esančioms moterims psichiatrinio profilio pagalbos prieinamumas gerėja, tačiau, vyrams – atvirkščiai, blogėja; abiem lytims 2018 m. sumažėjo pagalbos suteikimo mastas pas kitų specialybių gydytojus

Specialistai, kurie dažniausiai konsultavo asmenis metai iki savižudybės, yra radiologas ir chirurgas. Vilniaus miesto gyventojai metai iki mirties taip pat dažnai konsultuojami neurologo ir traumatologo. Didžioji dalis radiologo konsultacijų (77% visų konsultacijų per metus iki mirties) buvo dėl radiologinio ištyrimo, neklasifikuojamo kitur (TLK-10 AM kodas Z01.6), kas rodytų, jog tai profilaktiniai ištyrimai. 36% vizitų pas chirurgą ir 60% vizitų pas traumatologą Vilniaus miesto gyventojams yra dėl įvairių traumų ir susižalojimų (S00-T98), atitinkamai pas neurologą – nervų sistemos ligos (G00-G99), tačiau konkretnės diagnozių kategorijos neišsiskiria.

2.2 lentelė. 2016-2018 m. nusižudžiusių asmenų skaičius, besikreipusių į sveikatos priežiūros specialistus metai iki mirties (skliausteliuose nurodytas procentas nuo visų nusižudžiusių asmenų)

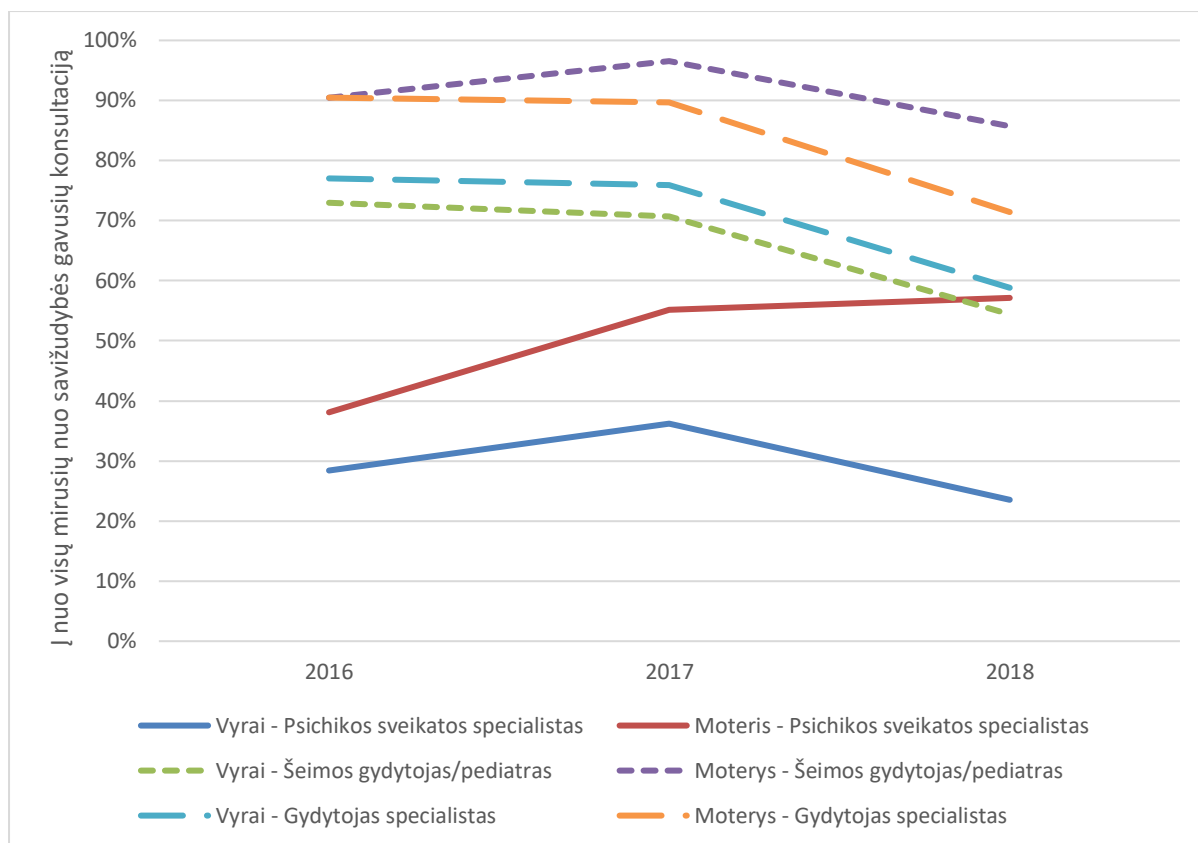
Specialistas	2016		2017		2018	
	Vilnius	Lietuva	Vilnius	Lietuva	Vilnius	Lietuva
Psichikos sveikatos specialistas	29 (30.5%)	231 (28.1%)	37 (42.5%)	223 (29.8%)	29 (32.6%)	218 (31.9%)
Psichiatras	28 (29.5%)	228 (27.7%)	37 (42.5%)	222 (29.7%)	29 (32.6%)	217 (31.8%)
Psichologas/psichoterapeutas	4 (4.2%)	15 (1.8%)	6 (6.9%)	25 (3.3%)	3 (3.4%)	29 (4.2%)
Psichikos sveikatos slaugytoja	(0.0%)	8 (1.0%)	2 (2.3%)	13 (1.7%)	6 (6.7%)	35 (5.1%)
Bendrosios praktikos gydytojas/pediatras	73 (76.8%)	587 (71.3%)	69 (79.3%)	536 (71.7%)	56 (62.9%)	497 (72.8%)
Pediatras	2 (2.1%)	8 (1.0%)	1 (1.1%)	9 (1.2%)	2 (2.2%)	7 (1.0%)
Bendrosios praktikos gydytojas*	71 (74.7%)	586 (71.2%)	68 (78.2%)	531 (71%)	55 (61.8%)	494 (72.3%)
Gydytojas specialistas	76 (80.0%)	579 (70.4%)	70 (80.5%)	533 (71.3%)	55 (61.8%)	458 (67.1%)
Radiologas	46 (48.4%)	339 (41.2%)	37 (42.5%)	312 (41.7%)	27 (30.3%)	272 (39.8%)
Chirurgas	32 (33.7%)	213 (25.9%)	31 (35.6%)	186 (24.9%)	17 (19.1%)	158 (23.1%)
Neurologas	27 (28.4%)	156 (19.0%)	25 (28.7%)	141 (18.9%)	15 (16.9%)	123 (18.0%)
Traumatologas	19 (20.0%)	127 (15.4%)	15 (17.2%)	107 (14.3%)	18 (20.2%)	101 (14.8%)
Urologas	16 (16.8%)	93 (11.3%)	9 (10.3%)	82 (11.0%)	11 (12.4%)	70 (10.2%)
Oftalmologas	15 (15.8%)	94 (11.4%)	14 (16.1%)	74 (9.9%)	10 (11.2%)	69 (10.1%)
Vidaus ligos	14 (14.7%)	191 (23.2%)	12 (13.8%)	156 (20.9%)	12 (13.5%)	123 (18.0%)
Otorinolaringologas	14 (14.7%)	72 (8.7%)	10 (11.5%)	59 (7.9%)	9 (10.1%)	54 (7.9%)

Fizinės reabilitacijos gydytojas	13 (13.7%)	61 (7.4%)	15 (17.2%)	68 (9.1%)	9 (10.1%)	56 (8.2%)
Odontologas	12 (12.6%)	106 (12.9%)	14 (16.1%)	125 (16.7%)	14 (15.7%)	107 (15.7%)
Kardiologas	10 (10.5%)	84 (10.2%)	8 (9.2%)	57 (7.6%)	8 (9.0%)	58 (8.5%)
Endokrinologas	10 (10.5%)	43 (5.2%)	5 (5.7%)	36 (4.8%)	4 (4.5%)	36 (5.3%)
Toksikologas	8 (8.4%)	15 (1.8%)	8 (9.2%)	17 (2.3%)	4 (4.5%)	12 (1.8%)
Dermatovenerologas	5 (5.3%)	41 (5.0%)	10 (11.5%)	46 (6.1%)	5 (5.6%)	45 (6.6%)
Anesteziologas	4 (4.2%)	26 (3.2%)	4 (4.6%)	26 (3.5%)	2 (2.2%)	23 (3.4%)
Gastroenterologas	4 (4.2%)	24 (2.9%)	5 (5.7%)	22 (2.9%)	2 (2.2%)	17 (2.5%)
Pulmonologas	3 (3.2%)	32 (3.9%)	4 (4.6%)	34 (4.5%)	1 (1.1%)	19 (2.8%)
Akušeris-ginekologas	2 (2.1%)	21 (2.6%)	6 (6.9%)	32 (4.3%)	1 (1.1%)	26 (3.8%)
Onkologijos srities gydytojas	2 (2.1%)	33 (4.0%)	3 (3.4%)	24 (3.2%)	(0.0%)	13 (1.9%)
Kita	6 (6.3%)	46 (5.6%)	8 (9.2%)	41 (5.5%)	3 (3.4%)	38 (5.6%)
Socialinis darbuotojas	(0.0%)	4 (0.5%)	8 (9.2%)	19 (2.5%)	2 (2.2%)	14 (2.0%)

*Įtraukti ir apsilankymai pas apylinkės terapeutą

2.2 lentelė. 2016-2018 m. nusižudžiusių asmenų skaičius, besikreipusių į sveikatos priežiūros specialistus mėnuo iki mirties (skliausteliuose nurodytas procentas nuo visų nusižudžiusių asmenų)

Specialistas	2016		2017		2018	
	Vilnius	Lietuva	Vilnius	Lietuva	Vilnius	Lietuva
Psichiatrinio profilio paslaugos	11 (11.6%)	80 (9.7%)	15 (17.2%)	77 (10.3%)	6 (6.7%)	90 (13.2%)
Psichiatras	11 (11.6%)	78 (9.5%)	15 (17.2%)	76 (10.2%)	6 (6.7%)	88 (12.9%)
Psichologas/psichoterapeutas		2 (0.2%)	1 (1.1%)	4 (0.5%)		7 (1.0%)
Šeimos gydytojas	30 (31.6%)	170 (20.7%)	21 (24.1%)	176 (23.5%)	18 (20.2%)	174 (25.5%)
Kitos srities gydytojas specialistas	27 (28.4%)	179 (21.7%)	21 (24.1%)	157 (21.0%)	19 (21.3%)	146 (21.4%)
Chirurgas	6 (6.3%)	41 (5.0%)	8 (9.2%)	28 (3.7%)	3 (3.4%)	25 (3.7%)
Neurologas	5 (5.3%)	24 (2.9%)	3 (3.4%)	22 (2.9%)	2 (2.2%)	22 (3.2%)
Radiologas	7 (7.4%)	46 (5.6%)	3 (3.4%)	49 (6.6%)	5 (5.6%)	42 (6.1%)



2.1 pav. Nusizudžiusių Vilniaus m. gyventojų dalis, gavusi konsultaciją pas skirtingų sričių sveikatos priežiūros specialistus metai iki mirties pagal asmens lytį.

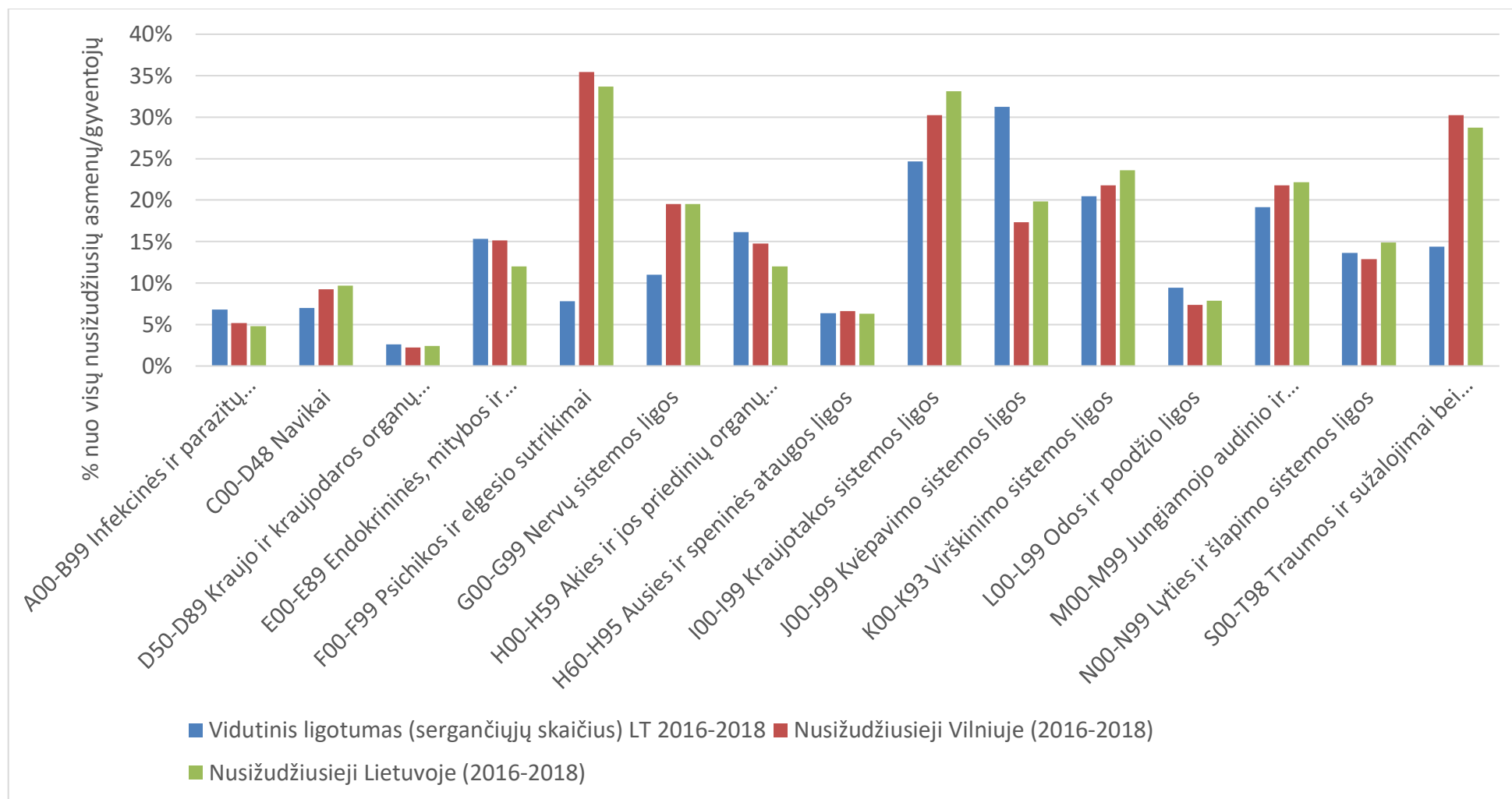
Vilniaus m. gyventojams ir visos Lietuvos gyventojams nusizudžiusiems 2016-2018 m. per paskutinius metus diagnozuotų ligų dažnumas pagal diagnozių grupes pateikiamas 2.3 lentelėje. Iš lentelės matyti, kad 2016-2018 m. Vilniaus m. ryškiausi pokyčiai psichikos ligų grupėje – 2017 m. jos buvo diagnozuojamos pusantro karto dažniau, o 2018m. vėl rečiau. Analogiškai yra su didžiąja dalimi likusių kategorijų – 2017 diagnozavimas buvo padažnėjęs, 2018 m. vėl retėja. Vienintelė išimtis – virškinimo sistemos ligos, tačiau jų dažnėjimas stebimas ir bendrojoje populiacijoje (visos Lietuvos gyventojams). Svarbu pastebėti, kad apie 9% visų 2016-2019 m. nusizudžiusių Lietuvos gyventojų ir net 10% 2017 m. nusizudžiusių Vilniaus miesto gyventojų metai iki mirties buvo atliktas specialus patikrinimas dėl piktybinių navikų (Z12). Taip pat tarp nusizudžiusių asmenų didesnis priešinės liaukos (prostatos) hiperplazijos (N40) paplitimas – bendrojoje populiacijoje sergamumas šia liga siekia apie 2 procentus², tarp nusizudžiusių Vilniaus miesto gyventojų – 6-10%. Šie duomenys rodo, kad šiais atvejais būtų svarbu atidžiau įvertinti ir psichologinės, ne tik somatinės pagalbos poreikį.

² Higienos instituto Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos duomenys

2.3 lentelė. Per paskutinius metus iki savižudybės asmenims dažniausiai diagnozuotos sutrikimų grupės (skliausteliuose nurodytas procentas nuo visų nusižudžiusių asmenų)

Diagnozių grupė	2016		2017		2018	
	Vilnius	Lietuva	Vilnius	Lietuva	Vilnius	Lietuva
A00-B99 Infekcinės ir parazitų sukeltos ligos	3 (3.2%)	45 (5.5%)	8 (9.2%)	35 (4.7%)	3 (3.4%)	28 (4.1%)
C00-D48 Navikai	9 (9.5%)	79 (9.6%)	12 (13.8%)	81 (10.8%)	4 (4.5%)	58 (8.5%)
D50-D89 Kraujo ir kraujodaros organų ligos bei tam tikri sutrikimai susiję su imuniniais mechanizmais	1 (1.1%)	12 (1.5%)	4 (4.6%)	24 (3.2%)	1 (1.1%)	19 (2.8%)
E00-E89 Endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos	13 (13.7%)	87 (10.6%)	18 (20.7%)	92 (12.3%)	10 (11.2%)	92 (13.5%)
G00-G99 Nervų sistemos ligos	17 (17.9%)	144 (17.5%)	23 (26.4%)	158 (21.1%)	13 (14.6%)	138 (20.2%)
H00-H59 Akies ir jos priedinių organų ligos	11 (11.6%)	85 (10.3%)	18 (20.7%)	99 (13.2%)	11 (12.4%)	87 (12.7%)
H60-H95 Ausies ir speninės ataugos ligos	9 (9.5%)	51 (6.2%)	4 (4.6%)	44 (5.9%)	5 (5.6%)	47 (6.9%)
I00-I99 Kraujotakos sistemos ligos	31 (32.6%)	251 (30.5%)	28 (32.2%)	253 (33.8%)	23 (25.8%)	243 (35.6%)
J00-J99 Kvėpavimo sistemos ligos	18 (18.9%)	159 (19.3%)	18 (20.7%)	159 (21.3%)	11 (12.4%)	129 (18.9%)
K00-K93 Virškinimo sistemos ligos	12 (12.6%)	173 (21.0%)	21 (24.1%)	182 (24.3%)	26 (29.2%)	177 (25.9%)
L00-L99 Odos ir poodžio ligos	8 (8.4%)	61 (7.4%)	6 (6.9%)	63 (8.4%)	6 (6.7%)	54 (7.9%)
M00-M99 Jungiamojo audinio ir raumenų bei skeleto ligos	24 (25.3%)	183 (22.2%)	18 (20.7%)	161 (21.5%)	17 (19.1%)	156 (22.8%)
N00-N99 Lyties ir šlapimo sistemos ligos	14 (14.7%)	119 (14.5%)	10 (11.5%)	111 (14.8%)	11 (12.4%)	106 (15.5%)
N40 Priešinės liaukos (prostatos) hiperplazija	10 (10.5%)	66 (8%)	6 (6.9%)	55 (7.3%)	5 (5.6%)	53 (7.8%)
Z12 Specialus patikrinimas dėl piktybinių navikų	2 (2.1%)	72 (8.7%)	9 (10.3%)	69 (9.2%)	3 (3.4%)	59 (8.6%)
F00-F99 Psichikos ir elgesio sutrikimai	28 (29.5%)	257 (31.2%)	40 (46.0%)	262 (35.0%)	28 (31.5%)	241 (35.3%)
F00-F09, Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai	4 (4.2%)	64 (7.8%)	7 (8.0%)	64 (8.6%)	8 (9.0%)	56 (8.2%)
F10 Psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	7 (7.4%)	80 (9.7%)	6 (6.9%)	60 (8.0%)	7 (7.9%)	54 (7.9%)

F11-F19 Psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	1 (1.1%)	4 (0.5%)	3 (3.4%)	8 (1.1%)	1 (1.1%)	8 (1.2%)
F20-F29 Šizofrenija, šizotipinis ir kliesesiniai sutrikimai	6 (6.3%)	49 (6.0%)	15 (17.2%)	55 (7.4%)	7 (7.9%)	47 (6.9%)
F30-F39 Nuotaikos (afekciniai) sutrikimai	13 (13.7%)	80 (9.7%)	14 (16.1%)	83 (11.1%)	9 (10.1%)	92 (13.5%)
F40-F48 Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai	3 (3.2%)	47 (5.7%)	7 (8.0%)	61 (8.2%)	5 (5.6%)	62 (9.1%)
S00-T98 Traumos ir sužalojimai bei apsinuodijimai	28 (29.5%)	244 (29.6%)	31 (35.6%)	205 (27.4%)	23 (25.8%)	199 (29.1%)
S00-T14 Traumos ir sužalojimai	21 (22.1%)	180 (21.9%)	24 (27.6%)	165 (22.1%)	15 (16.9%)	152 (22.3%)
T36-T65 Apsinuodijimai	7 (7.4%)	32 (3.9%)	8 (9.2%)	36 (4.8%)	2 (2.2%)	27 (4.0%)
W00–W19 Nukritimai	7 (7.4%)	56 (6.8%)	7 (8.0%)	52 (7.0%)	3 (3.4%)	40 (5.9%)
X60-X84 Savęs žalojimas	2 (2.1%)	17 (2.1%)	5 (5.7%)	14 (1.9%)	1 (1.1%)	17 (2.5%)
X60-X84 Savęs žalojimas išskyrus savižalą alkoholiu (X65)		12 (1.5%)	2 (2.3%)	11 (1.5%)	1 (1.1%)	17 (2.5%)
Mintys apie savižudybę		2 (0.2%)		4 (0.5%)		4 (0.6%)
Buvęs asmeniui mėginimas nusižudyti/savižalos padariniai		1 (0.1%)		1 (0.1%)	1 (1.1%)	5 (0.7%)



2.2 pav. Vidutinio ligotumo (sergančiųjų skaičiaus) Lietuvoje palyginimas su vidutine 2016-2018 m. nusižudžiusių asmenų dalimi, kuriems buvo fiksuotos minėtos diagnozės metai iki mirties (Higienos instituto Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos sistemos duomenys).

2016-2018m. mirusių nuo savižudybės Vilniaus ir visos Lietuvos gyventojų sergančiųjų atitinkamomis ligomis procentas bei vidutinis ligotumas tomis pačiomis ligomis bendroje populiacijoje pavaizduotas 2.2 pav. grafike. Iš jo matyti, kad tiek Vilniaus, tiek visos Lietuvos gyventojams panašiu dažniu diagnozuojamos atitinkamos ligų grupės. Tarp mirusiųjų nuo savižudybės dažnesni psichikos sutrikimai ir traumos, sužalojimai bei apsinuodijimai.

Iš 2.3 lentelės matyti, kad nusižudžiusiems asmenims retai per paskutinius metus iki mirties buvo fiksuoti mėginimai nusižudyti. Vilniaus mieste jie dažniausiai buvo fiksuoti 2017 m. – nepilnai 6%, 2016 ir 2018 m. – apie 2% atvejų. Daugiau fiksuota apsinuodijimų (T36-T65) bei traumų ir sužalojimų (S00-T14); tikėtina, kad dalis jų slepia mėginimus nusižudyti. Mintys apie savižudybę ir buvęs asmeniui mėginimas nusižudyti/savižalos padariniai per stebėtą trejų metų laikotarpį buvo fiksuoti vos vienam nuo savižudybės mirusiam asmeniui.

Išvados

Apibendrinant, iš nusižudžiusių asmenų vizitų sveikatos priežiūros įstaigose metai iki mirties, matome, kad 2017 m., kuomet buvo stebimas ir savižudybių skaičiaus mažėjimas, didesnė dalis asmenų buvo gavę sveikatos priežiūros paslaugas, įskaitant ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau paslaugų suteikimo prieinamumas, ypač vyrams, sumažėjo 2018 m., kuomet sumažėjo ir nusižudžiusių asmenų dalis, kuriems metai iki mirties buvo diagnozuotas psichikos sutrikimas. Nors tik nedidelei daliai nusižudžiusių asmenų buvo fiksuotas mėginimas nusižudyti metai iki mirties, dalis jų gali būti nefiksuojami kaip mėginimai nusižudyti ir koduojami kaip apsinuodijimai ar traumos. Be to, išvis nei vienam neregistruotos mintys apie savižudybę. Taigi šie duomenys leidžia kelti prielaidą, kad su savižudybe susiję sunkumai vis dar itin retai diagnozuojami, tad tikėtina ir specifiskai į su savižudybe susijusius sunkumus nukreipta pagalba yra itin reta.

3. Sveikatos priežiūros įstaigose teiktos paslaugos dėl mėginimų nusižudyti ir/ar minčių apie savižudybę

Metodas

Sveikatos priežiūros įstaigose teiktų paslaugų dėl su savižudybę susijusių sunkumų tyrimui naudoti Higienos instituto kaupiami duomenys iš SVEIDRA sistemos. Analizuota: informacija apie: 1) 2016 01 01 – 2019 06 30 vizitus į sveikatos priežiūros įstaigas dėl tyčinės savižalos ir/ar minčių apie savižudybę kaip siuntimo priežasties; 2) galutinę diagnozę arba gretutinę diagnozę ir 3) vizitų metu suteiktas paslaugas. Išskirtos diagnozės koduojamos šiais TLK-10-AM kodais:

- X60–X84 – tyčinis savęs žalojimas,
- R45.81 – mintys apie savižudybę,
- Y87.0 – tyčinio savęs žalojimo padariniai,
- Z91.5 – buvęs asmeniui savęs žalojimas.

Tyčinio savęs žalojimo diagnozės (X60-X84) įprastai fiksuojamos kai asmuo pirmą kartą kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą po mėginimo nusižudyti (ar tyčinio susižalojimo be tikslo numirti). Kai asmuo toliau tęsia gydymą po mėginimo nusižudyti kitose įstaigose ar pradedamas naujas gydymo epizodas toje pačioje įstaigoje, jau fiksuojama buvusio savęs žalojimo diagnozė (Z91.5). Ši diagnozė taip naudojama tuomet, kai asmuo buvo gydomas priėmimo skyriuje/ligoninėje dėl savižalos epizodo ir po to tęsia gydymąsi PASPJ. Savižalos padarinių (Y87.0) diagnozė atskirai nuo X60-X84 diagnozių fiksuota tik 4 atvejais. Ji naudojama panašiai kaip buvusio savęs žalojimo epizodo diagnozė (Z91.5), todėl sugrupuota kartu.

Rengiant savižudybių prevencijos Vilniaus mieste atvejo vadybos modelį buvo pastebėta, kad kodas X65 (tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu) dažnai naudojamas netiksliai, t.y. bet kokiam apsvaigimui nuo alkoholio fiksuoti, kai alkoholis vartojamas apsvaigimo, o ne susižalojimo tikslais³. Todėl analizuojant 2016-2019 I pusmečio duomenis tyčinė savižala alkoholiu išskirta atskirai nuo savižalos kitais būdais. Kaip tyčinės savižalos alkoholiu atvejai išskirti tik tie gydymo epizodai kuomet buvo fiksuojama tik X65 diagnozė be jokios kitos su savižudybėmis susijusios diagnozės.

384 atvejais minčių apie savižudybę diagnozė (R45.81) fiksuota greta tyčinio savęs žalojimo (X60-X84, išskyrus X65) ar buvusio asmeniui savęs žalojimo (Z91.5) diagnozių; tai

³ Rimkevičienė, Strička, Skruibis (2016) Savižudybių prevencijos Vilniaus mieste atvejo vadybos modelis. Ataskaita. *Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras*

sudarė 25% visų atvejų kai diagnozuota ši būklė. Šie atvejai neįskaičiuoti prie minčių apie savižudybę diagnozės, priskiriant juos prie savižalos/buvusios savižalos diagnozių.

Rezultatai

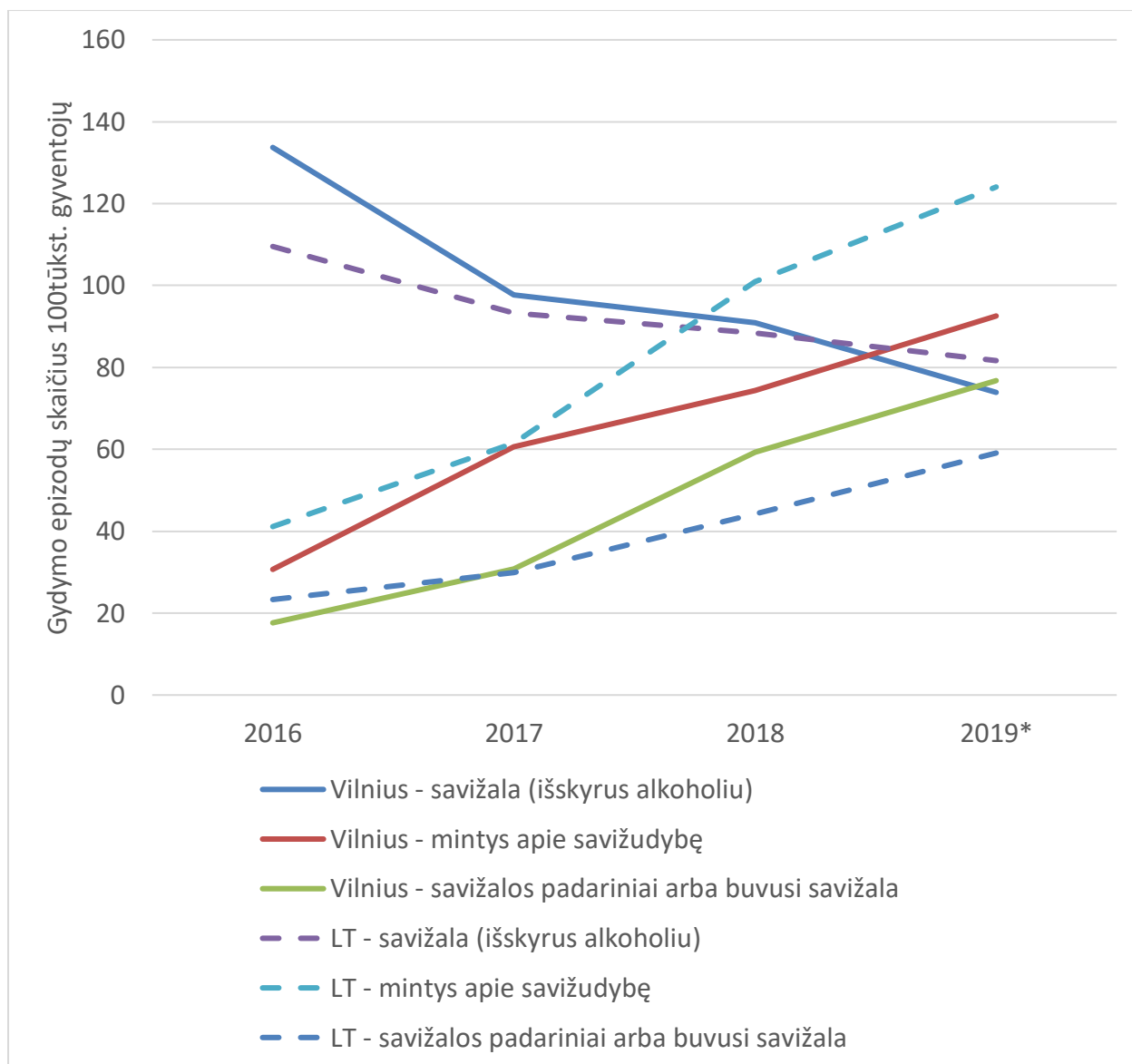
Per 2016-2019 m. (I pusmetį) iš viso 4487 Vilniaus miesto gyventojams fiksuoti 6854 ambulatorinio arba stacionarinio gydymo epizodai dėl tyčinio savęs žalojimo ar dėl su savižudybę susijusių būklių (savižalos padariniai, buvęs savižalos epizodas, mintys apie savižudybę). Fiksuoti gydymo epizodai pagal būkles, ambulatorinio/stacionarinio gydymo tipą ir metus pateikti 3.1 lentelėje. Vilniaus m. gyventojams ir visos Lietuvos mastu fiksuotų gydymo epizodų skaičiai 100 tūkst. gyventojų atvaizduoti 3.1 pav., o pagal gydymo tipą – 3.2 pav.

3.1 lentelė. Vilniaus miesto gyventojams fiksuoti gydymo epizodai dėl su savižudybe susijusių būklių.

Diagnozė	2016	2017	2018	2019*	Iš viso
Ambulatorinio gydymo epizodai	2003	607	694	394	3698
Tyčinė savižala alkoholiu	1595	208	141	61	2005
Savižala (išskyrus alkoholiu)	364	261	241	98	964
Mintys apie savižudybę**	32	97	161	138	428
Buvusi savižala/savižalos padariniai	12	41	151	97	301
Stacionarinio gydymo epizodai	1296	714	776	370	3156
Tyčinė savižala alkoholiu	713	80	94	25	912
Savižala (išskyrus alkoholiu)	364	273	259	108	1004
Mintys apie savižudybę**	135	234	248	120	737
Buvusi savižala/savižalos padariniai	84	127	175	117	503
Viso	3299	1321	1470	764	6854

* 2019m. tik I pusmetis. **Mintys apie savižudybę– neįskaičiuoti tie atvejai, kai R45.81 fiksuojama kartu su savižala/savižalos padariniais; šie atvejai įskaičiuoti kitose eilutėse.

Iš 3.1 lentelės matome, kad nuo 2016 m. ženkliai sumažėjo tyčinės savižalos alkoholiu (X65) fiksavimas. X65 registravimo netikslumas buvo aptartas tiek Vilniaus m. algoritmo renginio dirbtuvių metu, tiek pristatant atvejo vadybos modelį, ir 2017 metais šios būklės registravimas sumažėjo daugiau nei 7 kartus ir toliau mažėja.



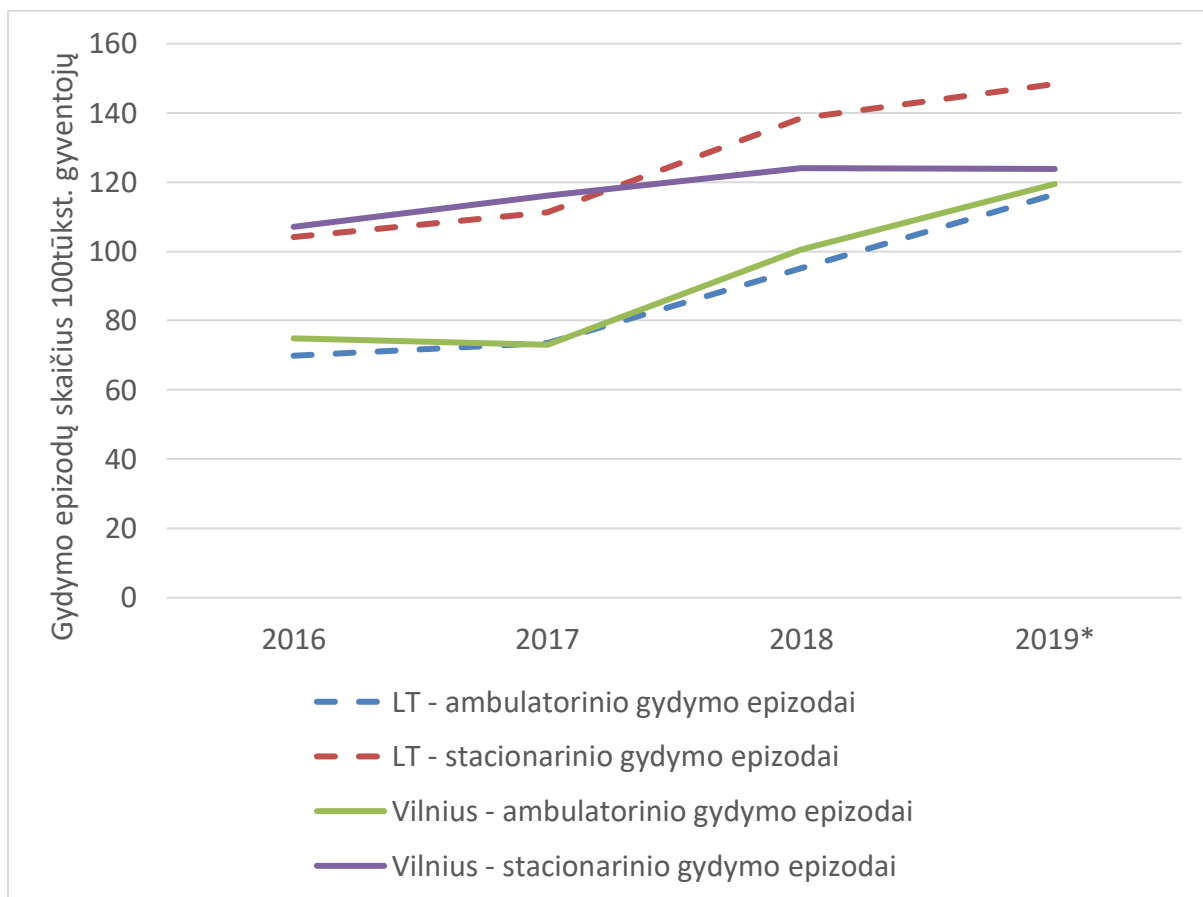
* 2019 m. projekcija apskaičiuota remiantis I pusmečiu

3.1 pav. Vilniaus miesto ir visos Lietuvos gyventojams fiksuotų gydymo epizodų skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai per 2016-2019m. pagal diagnozės tipą.

Iš 3.1 grafiko matome, kad tiek visoje Lietuvoje, tiek Vilniuje nuosekliai mažėja gydymo epizodų dėl savižalos, tačiau nuosekliai daugėja gydymo epizodų dėl minčių apie savižudybę. 2015 metais mintys apie savižudybę būdavo registruojamos tik pavieniais atvejais⁴. Tačiau Vilniaus mieste šios diagnozės registravimas didėja lėčiau nei visos Lietuvos mastu. Tiek Vilniuje, tiek visoje Lietuvoje dažnėja atvejų kai registruojamas buvęs asmeniui savižalos epizodas ir savižalos padariniai, Vilniuje didėjimas ryškesnis nei visos Lietuvos mastu.

⁴ Rimkevičienė, Strička, Skruibis (2016) Savižudybių prevencijos Vilniaus mieste atvejo vadybos modelis. Ataskaita. Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras

Dažnesnis anksčiau buvusių savižalos epizodų registravimas rodo, kad sveikatos priežiūros sistemoje į juos vis labiau atkreipiamas dėmesys. Iš to galima kelti prielaidą, kad mėginimų nusižudyti istorija tiksliau dokumentuojama, o gal net tiksliau ir dažniau surenkama. Kadangi buvusio asmeniui savęs žalojimo epizodo diagnozė registruojama PASPJ kai asmuo čia tęsia gydymą gavus informacija apie asmens gydymą priėmimo skyriuje ar ligoninėje dėl savižalos epizodo, galima kelti prielaidą, kad Vilniuje tolesnės pagalbos suteikimas tokiais atvejais yra šiek tiek dažnesnis nei visos Lietuvos mastu. Tačiau kol kas nėra vieningos visoje Lietuvoje sistemos, kaip registruojami tokie atvejai kai po savižalos epizodo asmuo gauna tęstinę pagalbą PASPJ, tad šie duomenys taip pat gali atspindėti ir diagnozių registravimo skirtumus teikiant pagalbą (visos Lietuvos mastu dažniau tokiais atvejais fiksuojant minčių apie savižudybę diagnozę, Vilniuje – buvusios savižalos).



* 2019 m. projekcija apskaičiuota remiantis I pusmečiu

3.2 pav. Vilniaus miesto ir visos Lietuvos gyventojams fiksuotų gydymo epizodų kai yra su savižudybe susiję sunkumai (savižala, išskyrus savižalą alkoholiu, mintys apie savižudybę, buvusi savižala/savižalos padariniai) skaičiaus 100 tūkst. gyventojų pokyčiai per 2016-2019m. pagal gydymo tipą.

Iš 3.2 grafiko matyti, kad tiek Vilniuje, tiek visos Lietuvos mastu daugėja ambulatorinio gydymo epizodų esant su savižudybe susijusioms būklėms (savižala, išskyrus savižalą alkoholiu, mintys apie savižudybę, buvusi savižala/savižalos padariniai). Visos Lietuvos mastu daugėja stacionarinio gydymo epizodų, kai tuo tarpu Vilniuje šis didėjimas nežymus. Vadinasi, Vilniaus mastu didėja ambulatorinės pagalbos mastai, tačiau nebuvo pereita prie didesnio asmenų, turinčių su savižudybe susijusių sunkumų hospitalizavimo. Tai pozityvu, nes daugeliu tokių atvejų užtenka intensyvesnės ambulatorinės priežiūros, o ambulatorinė priežiūra paprastai pacientų patiriama kaip mažiau stigmatizuojanti.

Vienam asmeniui per stebimą laikotarpį galėjo būti fiksuoti keli gydymo epizodai. Atskirų asmenų, besikreipusių į gydymo įstaigas dėl su savižudybe susijusių diagnozių, skaičius nurodytas 3.2 lentelėje, atvejų skaičius 100 tūkst. gyventojų per metus nurodytas 3.3 lentelėje. Vienas gydymo epizodas fiksuotas 74% asmenų, trys ir daugiau gydymo epizodai per šį trejų metų laikotarpį fiksuoti 9,4% asmenų. Daugiausiai fiksuotų gydymo epizodų buvo 29 (1 asmuo).

3.2 lentelė. Vilniaus miesto gyventojai kreipęsi į sveikatos priežiūros įstaigas dėl su savižudybe susijusių būklių.

Diagnozė	2016	2017	2018	Viso unikalų asmenų 2016-	
				2018	2019*
Tyčinė savižala alkoholiu	1570	233	180	1991	69
Savižala (išskyrus alkoholiu)	623	457	441	1386	212
Mintys apie savižudybę***	141	194	235	522	141
Buvusi savižala/savižalos padariniai	42	76	94	201	90
Viso	2376	960	950	4100	512

* 2019m. tik I pusmetis, todėl išskirta atskirai

**Bendra stulpelių suma nesutampa, nes tas pats asmuo gali būti kreipęsis kelis metus, čia susumuoti tik unikalūs asmenys per 2016-2018m.

***Mintys apie savižudybę – neįskaičiuoti tie atvejai, kai R45.81 fiksuojama kartu su savižala/savižalos padariniais; šie atvejai įskaičiuoti kitose eilutėse.

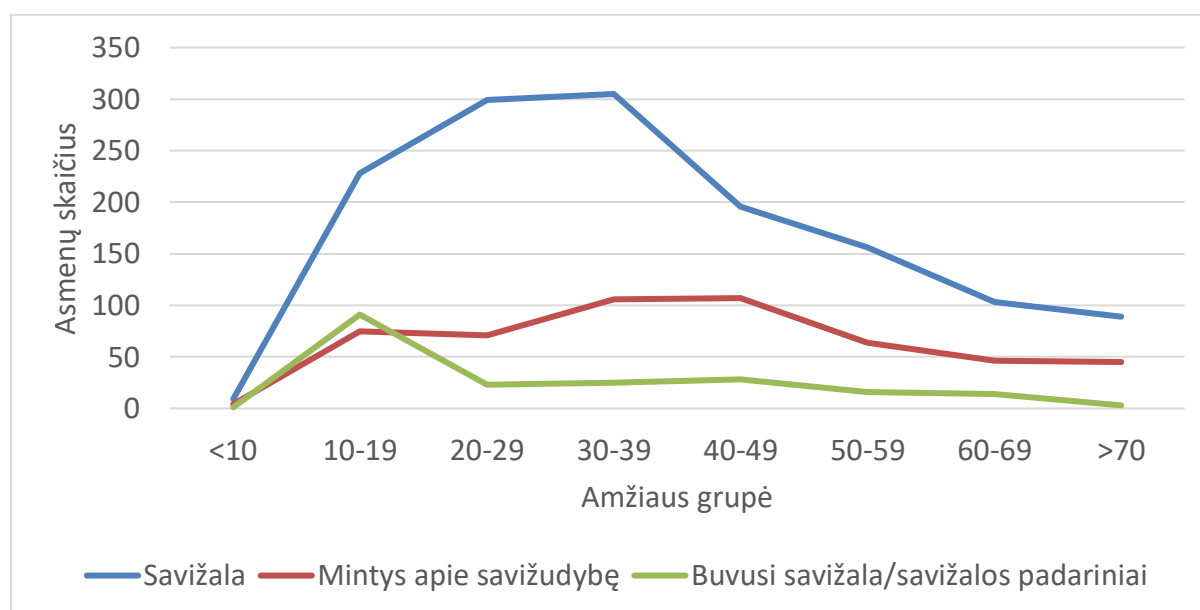
Visos su savižudybe susijusios diagnozės, išskyrus X65 (tyčinis apsinuodijimas alkoholiu) panašiu dažnumu fiksuotos tiek vyrams, tiek moterims. Tarp mėginusiųjų nusižudyti moterys sudarė 48,7%, tarp turinčių minčių apie savižudybę 47,1%, tarp turėjusių ankstesnį mėginimą nusižudyti/besigydančių dėl savižalos padarinių 53,2%. X65 diagnozė dažniausia tarp vyrų, jie sudarė 76% tų, kuriems diagnozuota tik ši būklė, nesant kitų su savižudybe susijusių diagnozių.

3 lentelė. Vilniaus m. gyventojų, kuriems diagnozuoti su savižudybe susiję sunkumai, dalis tarp 100 tūkst. gyventojų.

Diagnozė	2016	2017	2018	2019*
Tyčinė savižala alkoholiu	288.4	42.64	32.74	24.76
Savižala (išskyrus alkoholiu)	114.44	83.64	80.21	76.06
Mintys apie savižudybę**	25.9	35.51	42.74	50.59
Buvusi savižala/savižalos padariniai	7.72	13.91	17.10	32.29

* 2019m. prognozė pagal I pusmečio duomenis, **Mintys apie savižudybę– neįskaičiuoti tie atvejai, kai R45.81 fiksuojama kartu su savižala/savižalos padariniais; šie atvejai įskaičiuoti kitose eilutėse

Asmenų, kuriems diagnozuoti su savižudybe susiję sunkumai, pasiskirstymas pagal amžių pateikiamas 3.3 pav. Pažymėtina, kad 5 atvejais asmens amžius ir lytis nenurodyti (gydomasi anonimiškai). Kaip matyti 3.3 grafike, dažniausiai savižala fiksuojama 20-39 metų amžiaus asmenims, mintys apie savižudybę – 30-49 metų amžiaus grupėje, o buvusi savižala bei savižalos padariniai – 10-19 metų amžiaus grupėje.

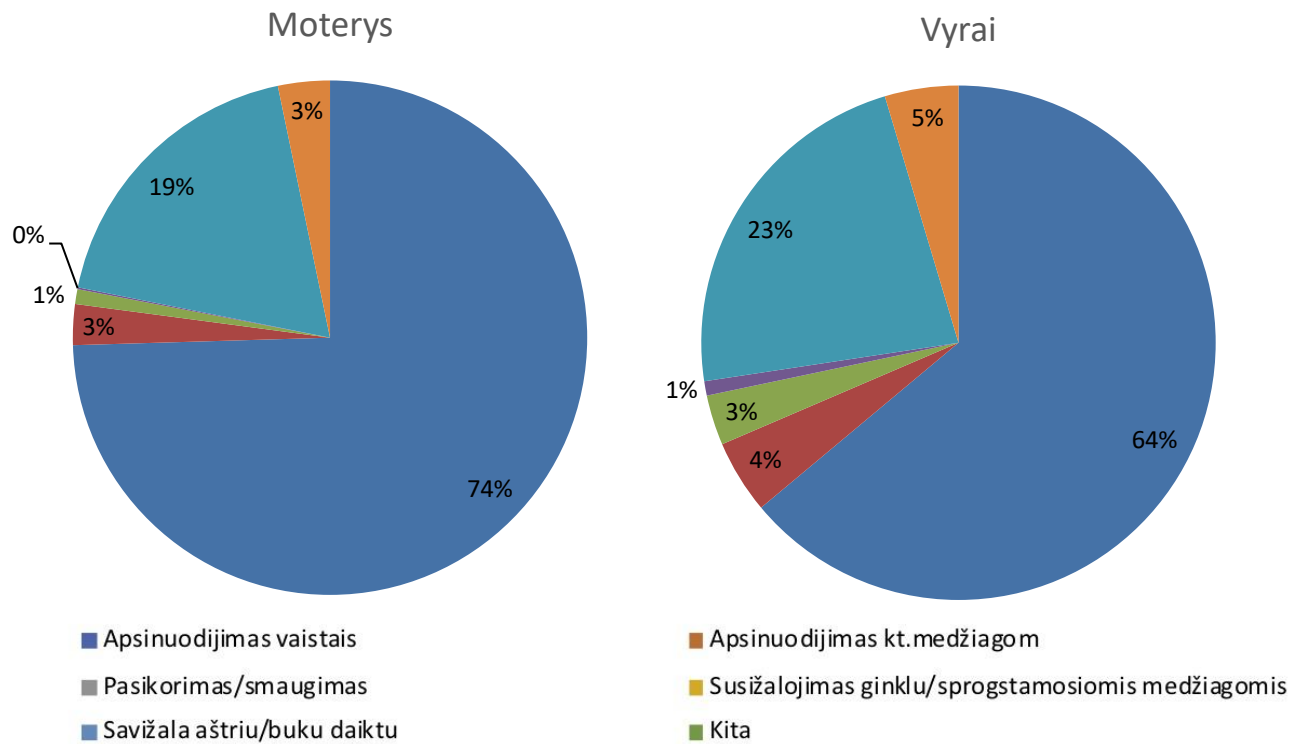


3.3 pav. Vilniaus miesto gyventojų, kuriems 2016-2018 diagnozuoti su savižudybe susiję sunkumai, pasiskirstymas pagal amžių (jei registruoti keli vizitai – pirmo vizito duomenimis).

Vyrų ir moterų naudojamų savižalos būdų pasiskirstymas pavaizduotas 3.4 pav. Iš grafiko matyti, kad didžiąją dalį susižalojimų tiek vyrams, tiek moterims sudaro apsinuodijimai vaistais. Tačiau lyginant su 2015m. duomenimis, šiek tiek dažnėja savižalos aštriu/buku daiktu diagnozių, 2015 m. jos sudarė atitinkamai 7% moterims ir 14% vyrams⁵. Tikėtina, kad tai rodo,

⁵ Rimkevičienė, Strička, Skruibis (2016) Savižudybių prevencijos Vilniaus mieste atvejo vadybos modelis. Ataskaita. Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras

jog didėja fiksuojamų diagnozių spektras, gydytojai labiau linkę registruoti ir susipjaustymus kaip savižalą. Didžioji dalis savižalos aštriu/buku daiktu – 55% - fiksuota 10-29m. amžiaus grupėje.



3.4 pav. Vyrų ir moterų susižalojimo būdų pasiskirstymas (2016-2018m. Vilnius)

Įstaigos, 2016-2018 m. teikusios paslaugas Vilniaus m. gyventojams dėl su savižudybe susijusių sunkumų, nurodytos 3.4 lentelėje. Tyčinė savižala alkoholiu neįskaičiuota dėl šios diagnozės fiksavimo netikslumų. Ambulatoriškai paslaugos dažniausiai teiktos Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje (RVUL), stacionarinės paslaugos dažniausiai teiktos Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje (RVPL). RVUL Vilniaus m. gyventojai sudarė daugiau nei pusę tiek stacionare, tiek ambulatoriškai dėl su savižudybe susijusių sunkumų gydytų asmenų. RVPL šis procentas kiek žemesnis – tarp visų gydytų dėl su savižudybe susijusių sunkumų Vilniaus m. gyventojai sudarė trečdalį gydytų ambulatoriškai ir arti pusės stacionare gydytų asmenų. Bendrai paėmus RVPL ir RVUL konsultuoti pacientai sudaro 70% visų gydymo epizodų Vilniaus miesto gyventojams dėl su savižudybe susijusių sunkumų 2016-2018.

3.4 lentelė. Įstaigos teikusios paslaugas Vilniaus miesto gyventojams 2016-2018 m. dėl su savižudybe susijusių diagnozių (fiksuotų gydymo epizodų skaičius)

Įstaiga	Diagnozės				Viso įstaigoje* (% Vilniaus m. gyv.)
	Savižala (išskyrus alkoholiu)	Mintys apie savižudybę	Buvusi savižala	Viso	
Ne Vilniaus miesto įstaigos	48	22	10	80	
Vilniaus miesto įstaigos	1714	885	580	3179	5331 (59.6%)
Ambulatoriškai	845	278	200	1323	2005 (66.0%)
Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	686	132	20	838	1350 (62.1%)
Vaikų ligoninė, viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas	63	23	42	128	176 (72.7%)
Viešoji įstaiga Centro poliklinika	8	35	35	78	81 (96.3%)
Viešoji įstaiga „Karoliniškių poliklinika“	32	25	16	73	75 (97.3%)
Viešoji įstaiga Antakalnio poliklinika	6	7	27	40	43 (93.0%)
Viešoji įstaiga Lazdynų poliklinika	3	19	15	37	52 (71.2%)
Viešoji įstaiga Vilniaus miesto klinikinė ligoninė	6	4		10	13 (76.9%)
VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras	1	3	15	19	25 (76.0%)
Viešoji įstaiga Naujosios Vilnios poliklinika	2		13	15	15 (100.0%)
VšĮ Naujininkų poliklinika	1	5	6	12	12 (100.0%)
VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	7	3	2	12	36 (33.3%)
Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika	3	7	1	11	11 (100.0%)
Viešoji įstaiga Vilniaus rajono centrinė poliklinika		3	5	8	27 (29.6%)
Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	4	3		7	13 (53.8%)
VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras	5	1	1	7	12 (58.3%)
Kita	18	8	2	28	64 (43.8%)

Stacionare	869	607	380	1856	3326 (55.8%)
VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	156	438	229	823	1716 (48.0%)
Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	529	8	6	543	825 (65.8%)
Vaikų ligoninė, viešosios įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas	35	53	95	183	362 (50.6%)
VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras	17	108	47	172	211 (81.5%)
Viešoji įstaiga Vilniaus miesto klinikinė ligoninė	118		3	121	174 (69.5%)
Viešoji įstaiga Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	11			11	32 (34.4%)
Kita	3			3	5 (60.0%)
Viso	1762	907	590	3259	

* Viso įstaigoje 2016-2018 m. fiksuota gydymosi epizodų dėl savižalos (X60-X84 (išskyrus X65)), minčių apie savižudybę (R45.81), buvusios savižalos (Y87.0) ir savižalos padarinių (Z91.5), nepriklausomai nuo asmens gyvenamosios vietos.

Diegiant Vilniaus miesto algoritmą, ypatingas dėmesys buvo skirtas ambulatorinių psichologinių/psichiatrinų paslaugų prieinamumui. Taip pat visos Lietuvos mastu atsirado naujas paslaugų tipas - Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas. Vertinant pokyčius sistemoje, analizuotos ambulatoriškai teiktos paslaugos asmenims, turintiems su savižudybe susijusių sunkumų. 3.5 lentelėje pateiktas visų psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugų suteikimo dažnumas esant su savižudybe susijusiems sunkumams (išskyrus tyčinę savižalą alkoholiu).

3.5 lentelė. Asmenų skaičius (skliausteliuose nurodytas vidutinis konsultacijų skaičius konsultuotam asmeniui per metus), kuriems Vilniaus m. įstaigose buvo suteiktos psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugos dėl su savižudybe susijusių sunkumų (X60-X84, išskyrus X65, R45.81, Y87.0 ir Z91.5)

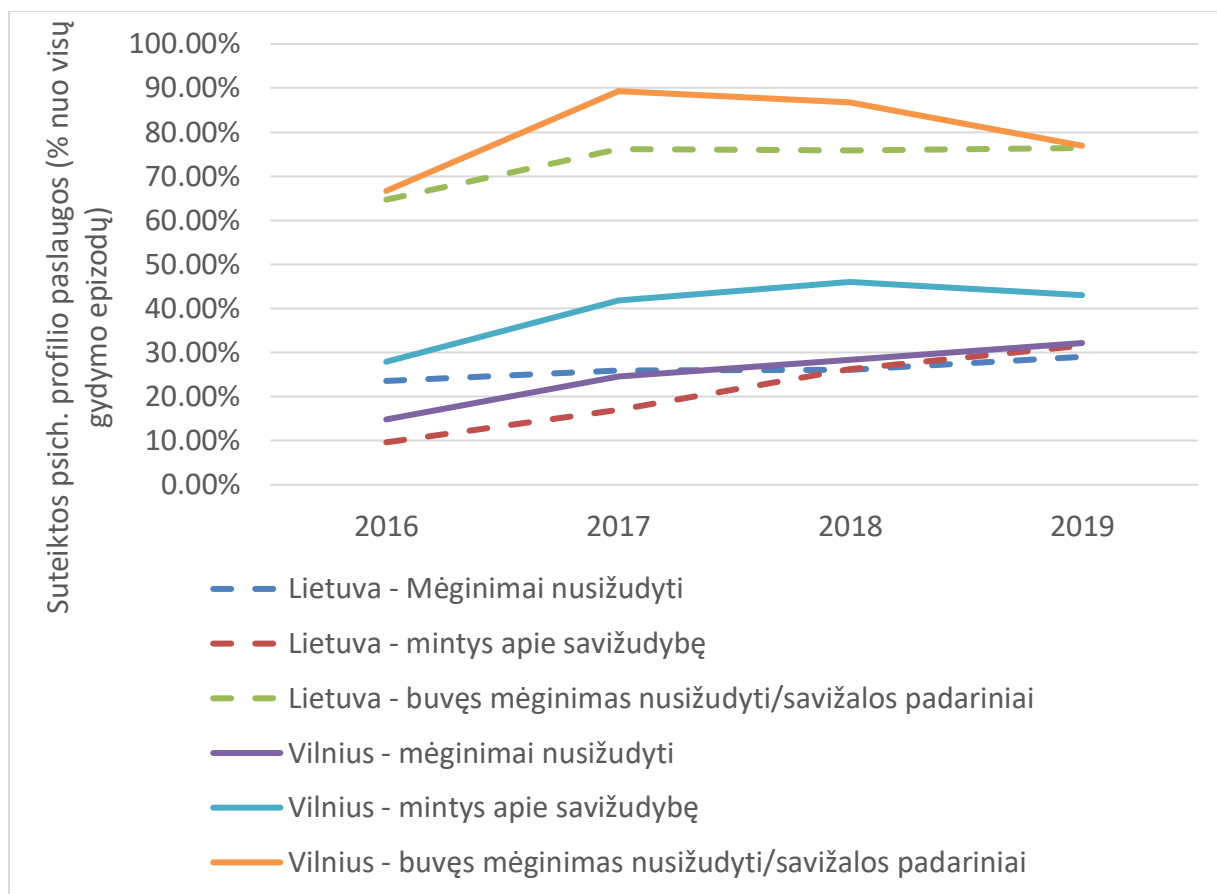
Paslauga	2016	2017	2018	2019*	Viso
Psichiatro konsultacija	84 (1.5)	88 (2.0)	111 (2.1)	91 (1.6)	374 (1.8)
Vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija	25 (3.2)	85 (2.2)	118 (3.2)	83 (2.8)	311 (2.8)
Psichologo konsultacija	3 (1)	27 (2.1)	129 (1.8)	44 (1.7)	203 (1.8)
Psichoterapinės paslaugos	1 (1)	6 (1.2)	13 (1.8)	15 (2.1)	35 (1.8)
Socialinis darbuotojas	4 (2.5)	25 (2.6)	21 (1.4)	14 (3.5)	64 (2.4)
Savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas			18 (1.9)	17 (1.2)	35 (1.6)
Psichikos sveikatos slaugytoja		3 (1)	5 (1)	6 (2.2)	14 (1.5)
Ankstyvasis alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas			1 (1)	2 (1)	3 (1)
Viso**	111	204	361	231	907

*2019 m. I pusmetis, **unikalių asmenų skaičius.

3.5 lentelės duomenys rodo, kad psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugų suteikimo dažnumas nuosekliai auga, ypač tarp 2017 ir 2018 m. matomas psichologo paslaugų dažnio augimas – suteiktų paslaugų skaičius išaugo beveik 5 kartus. Vis tik tokio pat ryškaus psichoterapinių paslaugų didėjimo nematome. Be to, vienam konsultuotam asmeniui per

metus tenka itin nedidelis tiek psichiatro, tiek psichologo konsultacijų skaičius – 2017-2018m. svyruoja apie dvi konsultacijas. Rezultatų interpretavimą apsunkina tai, kad psichologo konsultacijos ne visada yra fiksuojamos, nes fiksavimas nėra susietas su tiesioginiu apmokėjimu (t.y. gydymo apmokėjimas iš Privalomo sveikatos draudimo fondo nesiskiria ar psichologo konsultacijos fiksuotos, ar ne). Taip pat pastebėtina, kad savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas kol kas sudaro nedidelę dalį visų suteikiamų psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugų - Vilniaus mieste jis išimtinai atliekamas tik PASPJ.

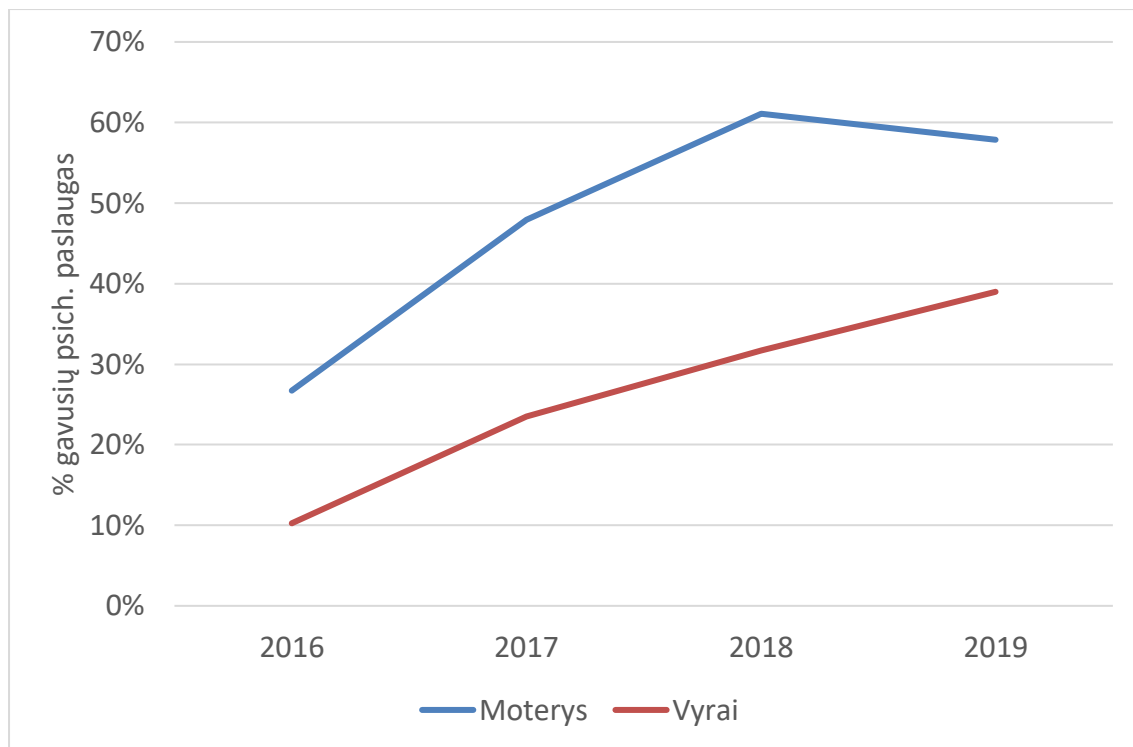
Psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugų suteikimo dažnumo pokyčiai 2016-2019 m. pagal diagnozės grupę atvaizduoti 3.5 pav. Dažniausiai psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugos suteikiamos kai registruojama buvusio savęs žalojimo (Z91.5) diagnozė, rečiau – esant mėginimams nusižudyti. Tai reiškia, kad po mėginimo nusižudyti ne visada iš karto suteikiamos psichiatrinio/psichologinio profilio paslaugos, jos dažniau suteikiamos kitoje įstaigoje/nauju gydymo epizodu, kuomet jau fiksuojama buvusio savęs žalojimo diagnozė (Z91.5). Tiek Vilniuje, tiek visoje Lietuvoje psichiatrinio/psichologinio profilio paslaugų suteikimo dažnis esant mintims apie savižudybę ir mėginimui nusižudyti pamažu auga. Vilniuje tokio pobūdžio pagalba suteikiama dažniau, taip pat matomas ryškesnis pagalbos suteikimo esant mintims apie savižudybę augimas. Tokia pat pagalbos suteikimo dažnio augimo tendencija nėra stebima esant buvusio savižalos epizodo diagnozei – tarp 2016-2017m. paslaugų suteikimo dažnis Vilniaus mieste išaugo 23%, tačiau nuo 2017 vėl šiek tiek mažėja. Tai gali būti susiję su didėjančiu šios diagnozės fiksavimu, galimai dėl geresnio informacijos perdavimo apie buvusius savižalos epizodus į PASPJ. Tačiau nors ši diagnozė ir fiksuojama, gali būti, kad trūksta resursų teikti paslaugas, todėl ir stebimas šis paslaugų teikimo dažnio mažėjimas. 2019 m. psichiatrinių/psichosocialinių paslaugų suteikimo dažnis kai diagnozuojamas buvęs savižalos epizodas Vilniuje ir Lietuvoje tapo beveik vienodas.



*2019 m. I pusmetis

3.5 pav. Psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugų suteikimo dažnumas pagal diagnozę Vilniaus m. ir Lietuvoje.

Psichiatrinio/psichosocialinio profilio paslaugų suteikimo Vilniaus miesto įstaigose dažnumo pokyčiai 2016-2019 m. pagal asmens lytį atvaizduoti 3.6 pav. Iš grafiko matyti, kad esant su savižudybe susijusiems sunkumams (savižala, išskyrus savižalą alkoholiu; mintys apie savižudybę; buvęs savęs žalojimas/savęs žalojimo padariniai) to paties gydymo epizodu vyrams rečiau nei moterims suteikiama psichiatrinio/psichosocialinio profilio pagalba. Be to, nors abiem lytims stebimas paslaugų suteikimo dažnumo augimas, vyrams jis lėtesnis ir net ir 2019 m. jis nesiekia nė pusės atvejų.



3.6 pav. Psichiatro/psichosocialinio profilio paslaugų suteikimo dažnumas esant su savižudybe susijusiems sunkumams (savižala, išskyrus savižalą alkoholiu, mintys apie savižudybę, buvęs savęs žalojimas/savęs žalojimo padariniai) Vilniaus m. įstaigose pagal asmens lytį.

Išvados

Surinktų duomenų analizė rodo, kad 2016-2019 m. Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigose teiktų paslaugų dėl mėginimų nusižudyti ir/ar minčių apie savižudybę mastai didėja, dažnėja psichiatrinių/psichosocialinių paslaugų teikimas esant mintims apie savižudybę, mažėja mėginimų nusižudyti. Tai rodo, kad daugėja atvejų, kai pagalba suteikiama anksčiau, nei asmuo pereina nuo minčių apie savižudybę prie savižudiškų veiksmų. Tačiau šis paslaugų kiekio didėjimas Vilniaus mieste panašaus tempo kaip ir visoje Lietuvoje. Vilniaus mieste šiek tiek sparčiau didėja atvejų, kuomet diagnozavus su savižudybe susijusius sunkumus suteikiama psichiatrinio/psichosocialinio profilio pagalba; vyrams tokia pagalba suteikiama rečiau nei moterims. Vis tik psichologinės pagalbos mastai ir apimtys vis dar išlieka itin nedideli.

4. Rezultatų apibendrinimas ir išvados

1. *Tiek Vilniuje, tiek visos Lietuvos mastu yra rimtų problemų dėl savižudybių statistikos tikslumo ir registravimo ypatumų.*

Nors mažėja mirčių, klasifikuotos prie „neaiškus ketinimas“ kategorijos, nuo 2015 m. Vilniaus mieste pusantro karto išaugo mirčių dažnis, kai mirties priežastis neaiški. Bent dalis jų, tikėtina, gali slėpti savižudybes, todėl savižudybių statistika tampa nepatikima – nebeaišku, ar savižudybių sumažėjimai yra realūs. Norint teisingai vertinti savižudybių paplitimo pokyčius ir prevencinių priemonių efektyvumą, būtina turėti tikslus ir patikimus registravimo duomenis. Savižudybių statistikos patikimumo klausimas keltas ne kartą⁶, tačiau problema lieka neišspręsta. Viena pagrindinių statistikos netikslumo priežasčių yra ta, kad teismo medicinos ekspertai, priimantys sprendimą ar įvykis yra savižudybė, dažniausiai nesivadovauja ikiteisminio tyrimo metu surinkta medžiaga, tik medicininio tyrimo duomenimis. Tačiau norint nuspręsti, ar įvykis yra savižudybė, reikia išsiaiškinti žmogaus ketinimą, tad būtina žinoti įvykio aplinkybes ir informaciją iš nusižudžiusio asmens artimųjų, kuri surenkama ikiteisminio tyrimo metu.

2. *2017 m. buvo stebimas savižudybių prevencijos sistemos veikimo pagerėjimas ir savižudybių dažnio sumažėjimas, tačiau šiam efektui trūksta tęstinumo 2018-2019m.*

2017 m., kuomet buvo stebimas ir savižudybių skaičiaus mažėjimas, lyginant su 2016 m. didesnė dalis nusižudžiusių asmenų per metus iki mirties buvo gavę psichikos sveikatos specialisto konsultacijas, jiems buvo diagnozuoti psichikos sveikatos sutrikimai. Tačiau 2018 m., kai savižudybių dažnis vėl padidėjo, sumažėjo nusižudžiusių asmenų dalis, kuriems metai iki mirties buvo diagnozuotas psichikos sutrikimas ir suteiktos paslaugos sveikatos priežiūros sistemoje, įskaitant ir psichiatrines/psichosocialines paslaugas. 2017-2019 stebimas dažnesnis su savižudybe susijusių sunkumų fiksavimas sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau jis panašus kaip visoje Lietuvoje. Be to, tik 2017m. padidėjo psichiatrinių/psichosocialinių paslaugų suteikimo dažnis visoms su savižudybe susijusioms diagnozėms. 2018-2019 m. lyginant su 2017 psichiatrinių/psichosocialinių paslaugų dažnis šiek tiek sumažėjo kai

⁶ Benošis, A., Aliukonienė, R., Navickas, A., & Aliukonis, V. (2016). Savižudybių prevencijos aktualijos ikiteisminių tyrimų medžiagos apžvalgos duomenimis. *Sveikatos Mokslai*, 26(1), 10–20. <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2016.002>

diagnozuojamas buvęs asmeniui savęs žalojimo epizodas, nors esant tyčinio savęs žalojimo ar minčių apie savižudybę diagnozei šių paslaugų suteikimo dažnis didėja.

Iš to galima daryti išvadą, kad 2016m. pasirašyta Vilniaus miesto savižudybių prevencijos strategija ir pirminiai strategijos įgyvendinimo žingsniai, įskaitant 2017m. pradėjusį veikti Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių rizikos valdymo algoritmą turėjo efektą, pagerinusį savižudybių prevencijos sistemos veikimą. Tačiau svarbu tai, kad kol kas efektui trūksta tęstinumo. Tą galėjo sukelti algoritmo veikimo priežiūros trūkumas. Pradiniame algoritmo kūrimo etape buvo daug dėmesio skirta bendravimui su specialistais ir jų įtraukimui, tai galėjo turėti poveikį jų polinkiui labiau atkreipti dėmesį į su savižudybe susijusius sunkumus. Vėliau, išblėsus pirminiam iniciatyvumui, galėjo būti grįžta prie įprastos praktikos. Dar viena galimybė, kad pirminis iniciatyvumas pradėjus įgyvendinti strategiją mobilizavo sistemoje dirbančius specialistus ir trumpam laikui motyvavo dirbti viršijant jų darbo krūvį, taip kompensuojant sistemos resursų trūkumą. Tačiau tokia mobilizacija gali trukti tik trumpą laiką dėl specialistų pervargimo, todėl efektas po kurio laiko išblėsta.

3. Pagalbos prieinamumas vyrams yra per menkas ir dabartinės savižudybių prevencijos veiklos jį mažai paveikė

Vyrų savižudybių rodiklis Vilniaus mieste svyruoja ryškiau nei moterų ir būtent vyrų tarpe stebimas savižudybių padidėjimas 2018m. Vyrų savižudybių skaičius išlieka panašus ir išansktiniuose 2019 m. duomenyse, nors moterų savižudybių skaičius mažėja. Nusizudžiusių moterų dalis, kurie metai prieš mirtį gavo konsultaciją iš psichikos sveikatos specialisto 2016-2018 m. didėja, tuo tarpu vyrų – mažėja. Vis mažiau jų gavo konsultacijas ir iš šeimos gydytojo ar kito gydytojo specialisto. Vyrų dalis, gavusių psichiatrinio/psichosocialinio profilio pagalbą esant su savižudybe susijusiems sunkumams išlieka maždaug 20% mažesnė nei moterų. Visa tai rodo, kad vyrai, turintys su savižudybe susijusių sunkumų negauna jiems reikiamos pagalbos sveikatos priežiūros sistemoje. Tai gali būti susiję su mažesniu vyrų polinkiu ieškoti pagalbos, susijusio su stigma, tačiau taip pat gali atspindėti specialistų sunkumus identifikuojant vyrus, kuriems tokios pagalbos reikia. Gali būti, kad vyrus būtų lengviau pasiekti per jų artimuosius, paraginant juos kartu kreiptis pagalbos pastebėjus rizikos ženklus. Be to, gali tekti ieškoti alternatyvių vietų, kur galima atpažinti vyrus su savižudybės rizika ir suteikti jiems reikiamą pagalbą, nes sveikatos priežiūros sistemoje to padaryti nepavyksta.

4. Su savižudybe susiję sunkumai sveikatos priežiūros įstaigose fiksuojami vis dažniau, tačiau daugelis vis dar lieka nepastebėti

2016-2019 m. Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigose teiktų paslaugų dėl su savižudybe susijusių sunkumų mastai didėja, dažnėja psichiatrinių/psichosocialinių paslaugų teikimas esant mintims apie savižudybę. Daugėjant registruojamų minčių apie savižudybę, mažėja mėginimų nusižudyti, kas rodo, kad daugėja atvejų, kai pagalba suteikiama anksčiau nei žmogus pereina nuo minčių prie veiksmų. Tačiau tik itin mažai daliai nusižudžiusių asmenų buvo fiksuotas mėginimas nusižudyti metai iki mirties, mintys apie savižudybę išvis neregistruotos. Be to, rezultatai leidžia įtarti, kad dalis mėginimų nusižudyti koduojami kaip apsinuodijimai ar traumos. Kai su savižudybe susiję sunkumai nediagnozuojami, nesuteikiama ir specifiškai į su savižudybe susijusius sunkumus nukreipta pagalba, kuri galėtų užkirsti kelią savižudybei.

Vilniaus mieste išlieka du pagrindiniai gydymo centrai: 70% visų gydymo epizodų Vilniaus miesto gyventojams dėl su savižudybe susijusių sunkumų 2016-2018 m. registruoti Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje (RVUL) ir Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje (RVPL). Specializuotos, tikslingai į savižudybės krizę nukreiptos pagalbos užtikrinimas šiose dvejose įstaigose leistų paliesti didžiąją dalį asmenų, atsiduriančių sveikatos priežiūros įstaigose dėl su savižudybe susijusių sunkumų.

5. Psichologinės pagalbos ir psichoterapinių paslaugų prieinamumas didėja, tačiau išlieka mažas.

Vis dažniau esant su savižudybe susijusiems sunkumams suteikiama psichiatrinė/psichosocialinė pagalba, didėja ir konkrečiai psichologinės pagalbos suteikimo dažnis. Tačiau iš maždaug trečdaliu visų nusižudžiusių asmenų gavusių ambulatorinį psichiatrinį gydymą per paskutinius metus iki mirties, vos keli procentai (7% 2017 m., 3-4% 2016 ir 2018 m.) gavo psichologo konsultacijas. Be to, itin mažos psichologinės pagalbos apimtys: konsultacijų skaičius vieno gydymo epizodo metu vidutiniškai svyruoja apie 2. Nors kai kuriais atvejais tokio konsultacijų skaičiaus gali užtekti, daugumoje situacijų esant savižudybės krizei tokios trumpos pagalbos efektyvumas abejotinas. Net ir trumpalaikės psichoterapijos po mėginimo nusižudyti (ASSIP), kuri taikoma kaip pridėtinė terapija greta viso psichiatrinio gydymo, apimtis yra bent trys konsultacijos. Kadangi psichologinės pagalbos registravimas nėra tiesiogiai susietas su apmokėjimu iš privalomo sveikatos draudimo fondo (PSDF), gali būti, kad ne visos psichologo konsultacijos yra registruojamos ir realus jų dažnis

gali būti didesnis. Taip pat pastebėtina, kad čia neįtrauktos stacionare teikiamos konsultacijos, nes jos ne visada fiksuojamos SVEIDRA sistemoje. Be to, SVEIDRA sistemoje nėra fiksuojamos anoniminės psichologo konsultacijos, teikiamos Centro ir Antakalnio poliklinikose, tad jos neatsispindi duomenyse. Tačiau net ir pripažįstant šiuos tyrimo ribotumus, akivaizdu, kad reali psichologinė pagalba esant su savižudybe susijusiems sunkumams nėra sistemiskai suteikiama sveikatos priežiūros įstaigose ir tai išlieka viena iš savižudybių prevencijos sistemos spragų.

6. Svarbu stiprinti psichologinės pagalbos teikimą esant kreipimuisi dėl somatinių nusiskundimų

Nors tik trečdalis mirusių nuo savižudybės asmenų metai iki mirties yra konsultuojami gydytojo psichiatro, nuo 60 iki 80 procentų yra konsultuojami šeimos gydytojo ar kito gydytojo specialisto. Maždaug 20% yra konsultuojami kurio nors gydytojo specialisto ar šeimos gydytojo mėnuo iki mirties. Specialistai, kurie dažniausiai konsultavo asmenis metai iki savižudybės, yra radiologas ir chirurgas, taip pat specifiskai Vilniaus mieste, neurologas ir traumatologas. Dalis somatinių nusiskundimų gali būti susiję su psichologiniais sunkumais ar tiesiogiai juos kelti. Svarbu, kad tarp nusižudžiusių asmenų didesnis priešinės liaukos (prostatos) hiperplazijos (N40) paplitimas, taip pat maždaug dešimtadaliui nusižudžiusių asmenų metai iki mirties buvo atliktas specialus patikrinimas dėl piktybinių navikų (Z12). Šiais atvejais svarbu atidžiau įvertinti ir psichologinės, ne tik somatinės pagalbos poreikį. Be to, dalis traumų ir apsinuodijimų, patenkančių į chirurgų ir traumatologų akiratį, gali būti tyčiniai. Todėl svarbu stiprinti kitų specialybių gydytojų gebėjimą atpažinti su savižudybe susijusius sunkumus ir nukreipti tolesnei pagalbai bei užtikrinti, kad tokia pagalba būtų prieinama.

7. Pagalba vyresnio amžiaus žmonėms su savižudybe susijusiais sunkumais yra nepakankama.

2016-2018 stebimas vyresnio amžiaus žmonių savižudybių dažnėjimas. Didėjimas apima visus vyresnius nei 65m. asmenis, bet ypač tuos, kuriems daugiau nei 80. Kaip tik šioje amžiaus grupėje itin retai diagnozuojami su savižudybe susiję sunkumai, tad tokie asmenys lieka nepastebėti sveikatos priežiūros sistemoje. Svarbu didinti specialistų gebėjimą pastebėti su savižudybe susijusius sunkumus šioje amžiaus grupėje.

5. Rekomendacijos sistemos tobulinimui

1. Inicijuoti savižudybių registravimo sistemos peržiūrą siekiant didesnio savižudybių registravimo tikslumo.
2. Užtikrinti nuolatinį Vilniaus miesto savivaldybės savižudybių rizikos valdymo algoritmo vykdymo stebėjimą bei įsitikinti, ar visose įstaigose esami resursai yra pakankami jo vykdymui.
3. Ieškoti papildomų būdų kaip suteikti pagalbą vyrams turintiems su savižudybe susijusių sunkumų. Tai apimtų stiprinimą specialistų gebėjimo atpažinti vyrų savižudybės riziką; stigmos mažinimą, keičiant nuostatas, kad pagalbos ieškojimas yra vyriškas, stiprybės ženklas; vyrų artimųjų skatinimą palydėti juos ieškoti pagalbos, jei mato grėsmės ženklus; vietų identifikavimą, kur dar be sveikatos priežiūros sistemos galima suteikti pagalbą savižudybės krizėje esantiems vyrams.
4. Toliau stiprinti specialistų gebėjimus atpažinti savižudybės rizikos ženklus ir skatinti juos fiksuoti su savižudybe susijusius sunkumus teikiant pagalbą sveikatos priežiūros įstaigose. Užtikrinti specializuotos, į savižudybės krizę nukreiptos pagalbos prieinamumą įstaigose, kur dažniausiai gydomi su savižudybe susijusių sunkumų turintys pacientai – RVUL ir RVPL.
5. Skatinti specialistus išnaudoti visas esamas galimybes asmenims turintiems su savižudybe susijusių sunkumų suteikti psichologinę pagalbą. Kadangi Savivaldybė negali tiesiogiai finansuoti psichologinių paslaugų plėtros sveikatos priežiūros sistemoje, svarbu inicijuoti sveikatos priežiūros sistemos pokyčius ir iki to laiko stiprinti psichologinės pagalbos teikimą ne sveikatos priežiūros įstaigose.
6. Plėsti psichologinės pagalbos prieinamumą esant somatiniams nusiskundimams, ypač atkreipiant dėmesį į traumas/susižalojimus bei patikrinimus dėl piktybinių navikų.
7. Stiprinti specialistų gebėjimą atpažinti su savižudybe susijusius sunkumus vyresniame amžiuje ir plėsti pagalbos prieinamumą šios amžiaus grupės žmonėms.