

Myrkytyspotilaiden käyttämät psykiatriset hoitopalvelut

Rauno Mäkelä ja Timo Pitkäjärvi

Myrkytyspotilaat muodostavat monissa maisa ensiapupoliklinikoissa ja teho-osastoissa huomattavan potilasryhmän, jonka suuruus on jatkuvasti lisääntynyt (Patel ym 1972, Smith 1972, Hedstrand ja Ljungström 1973, Jones 1977, Pitkäjärvi 1978). Valtaosassa tapauksista myrkytyksen aiheuttajana ovat olleet joko lääkeaineet ja/tai alkoholi. Lääkeaineiden laatu vaihtelee, mutta yleisimpiä ovat esimerkiksi psykenlääkkeiden osalta kulloinkin eniten käytössä olevat ”muotilääkkeet” (Smith 1972, Ghodse 1977, Jones 1977). Lääkkeet ovat etupäässä potilaalle itselleen, osaksi myös hänen perheenjäsenilleen tai tuttavilleen määrättyjä reseptilääkkeitä (Jones 1977).

Sairaalaosastolle otettavista myrkytystapauksista suurin osa on itsemurhayrityksiä (Pitkäjärvi ym 1974), joskin rajanveto vahinkoihin esimerkiksi alkoholin liika-annostelun yhteydessä on joskus vaikeaa. Näin ollen useimmissa tapauksissa myrkytysten hoidon yhteydessä ollaan samalla tekemisissä itsetuhokäyttämisen ja sen taustalla olevien ongelmien kanssa. Tällöin myös jälkihoidon järjestäminen on otettava huomioon. Myrkytyspotilaista 20–37 % on jo aikaisemmin ollut myrkytystilan takia hoidossa (Kennedy 1972, Smith 1972, Vedin ym 1972, Lönnqvist ym 1975, Ghodse 1977, Jokinen ja Lehtinen 1977, Jones 1977), mikä johtuu juuri itsemurhayritystarkoituksessa tapahtuneiden myrkytysten uusiutumisen vuoksi. Myrkyttämällä itsemurhaa yrittäneet ovat nuorempia kuin itsemurhan tehneet, ja naisia on useimmissa aineistoissa yli puolet (Patel ym 1972, Sharman ym 1972, Lönnqvist ym 1975, Ghodse 1977, Jokinen ja Lehtinen 1977, Jones 1977).

Myrkyttämällä tehtyjen itsemurhayritysten syyt ovat samoja kuin itsetuhokäyttämisen yleensäkin. Ne liittyvät mm psyykkisiin häiriöihin ja ihmissuhdevaikeuksiin (Lyons ja Sharman 1972, Lönnqvist ym 1975, Jokinen ja Lehtinen 1977). Itsemurhayrityksen vetoomusluonne on yleisesti tunnettu asia etenkin nuorilla (Sharman ym 1972, Krieger 1976). Joskus on jopa katsottu myrkyttämisen olevan ”muotia”, hyväksytty käyttäytymismalli (Patel ym 1972).

Alkoholisteilla itsemurhayritykset ovat keskimääräistä yleisempiä (Harenko 1967, Whitehead 1972, Virkkunen 1972, Chowdhury ym 1973). Myös muilla henkilöillä alkoholinkäyttö usein edeltää esimerkiksi lääkkeitä tehtyä itsemurhayritystä (Harenko 1967, James 1972, Patel ym 1972).

Osa myrkyttämällä itsemurhayrityksen tehneistä potilaista on aikaisemmin jo ollut psykiatrisessa hoidossa (Barraclough ym 1974, Lönnqvist ym 1975) tai muunlaisessa lääkärin hoidossa, usein lyhyen ajan kuluessa ennen itsemurhayritystä (Jones 1977). Potilaat saavat helposti hoidoksi psykenlääkkeitä, mutta henkilökohtaiset ongelmat jäävät selvittämättä (Kreitman ja Chowdhury 1973). Englannissa suositellaan itsemurhayrityksen jälkeen kaikille psykiatrista konsultaatiota. Myös Suomessa osalle potilaista järjestetään jatkohoito psykiatrisen sairaalan tai avohoitoon. Silti aina osa jää kokonaan ilman jälkihoitoa. Jotkut potilaat eivät eriyistä halua jatkohoitoon, vaikka sitä heille suositellaan (Kreitman ja Chowdhury 1973). Psykiatrinen hoito voidaan suorittaa kriisihoitona myös samassa paikassa kuin varsinainen myrky-

tyksen hoito, jolloin tuloksena on todettu mm. itsemurhayritysten uusiutumisen vähentymisen verrattuna varsinaisessa psykiatrisessa hoitopaikassa annettuun hoitoon (Kennedy 1972). Psykiatrisen jatkohoidon merkityksestä uusien itsemurhayritysten vähentäjänä on myös esitetty kielteisiä kokemuksia (Chowdhury ym 1973). Sisätautiosaston henkilökunnan antama kriisihoito voi olla myös yhtä tuloksellista kuin psykiatrisen työryhmän antama hoito (Gardner ym. 1977), etenkin koska monet potilaat eivät pidä ongelmiaan psyykkisinä (Jokinen ja Lehtinen 1977).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää myrkytyspotilaiden sekä ennen että jälkeen myrkytyksen käyttämien psykiatristen hoitopalvelujen määrää ja laatua ja siten myös heidän psykiatrisia sairauksiaan. Samalla haluttiin tutkia hoito-organisaation mahdollisia puutteellisuksia myrkytyspotilaiden jatkohoidon järjestämisessä.

Aineisto ja menetelmät

Aineistona on ollut 702 Tampereen keskussairaalan sisätautien ensiapupoliklinikassa vuonna 1970 hoidettua myrkytystapausta (ks Koota ja Pitkälampi 1973) sekä 251 sisätautien tehosaston myrkytyspotilasta vuosilta 1970—71 (ks Pitkälampi ym 1974) Teho-osaston potilaista 11 ja ensiapupoliklinikan potilaista 71 oli mainittuina aikoina hoidettavana teho-osastossa tai ensiapupoliklinikassa useamman kuin yhden kerran. Mikäli sama henkilö oli mukana molemmissa aineistoissa hänet sijoitettiin teho-osaston ryhmään. Teho-osaston potilaista 76 % oli myrkytyksen takia hoidossa ensimmäistä kertaa, 17 % toista kertaa ja 7 % vähintään kolmatta kertaa.

Aineistoihin kuului yhteensä 683 eri henkilöä. Ikäjakautuma on taulukossa 1. Miehiä oli

Taulukko 1. Myrkytyspotilaiden määrä ikäryhmittäin

Ikä (vuosia)	Teho-osasto %	Ensiapu-poliklinikka %
15—19	17	13
20—29	27	28
30—39	21	18
40—49	19	21
50—59	8	11
60—69	8	7
70—79	—	2
Yhteensä	100	100
Tapauksia	237	446

teho-osaston aineistossa 46 % ja ensiapupoliklinikan aineistossa 65 %. Koko aineistosta oli naimattomia 36 % ja eronneita 20 %. Potilaista 65 % oli tamperelaisia, 23 % keskussairaalaapiirin muista kunnista ja 10 % muualta Suomesta. Mikäli samalla potilaalla oli useampia kuin yksi hoitokerta, on ikä, siviilisääty ja kotipaikka esitetty ensimmäisen hoitokerran tilanteen mukaan.

Myrkytyksen aiheuttaneiden aineiden erittely eloon jääneiden potilaiden osalta on taulukossa 2. Ensiapu-poliklinikan potilailla myrkytyksen

Taulukko 2. Myrkytyksen aiheuttaja eri myrkytyskerroilla

Aiheuttaja	Teho-osasto %	Ensiapu-poliklinikka %
lääke	60	29
alkoholi	9	48
lääke ja alkoholi	26	18
muu aine	5	5
Yhteensä	100	100
Tapauksia	243	558

aiheuttajana oli alkoholi joko yksistään tai muiden aineiden lisänä useammin (66 %) kuin tehosaston potilailla (35 %). Teho-osaston lääkkeitä käyttäneistä potilaista 59 % oli ottanut pelkästään reseptillä saatavia lääkeaineita, 7 % sekä reseptittä saatavia että reseptilääkkeitä ja loput vain reseptittä saatavia lääkkeitä.

Somaattisia lisäsairauksia oli 53:lla (22 %) tehosaston potilaista. Suurimmat ryhmät muodostivat neurologiset sairaudet (18 potilasta), sydän- ja verisuonisairaudet (12), hengityselinsairaudet (8), munuaissairaudet (3) ja maksasairaudet (2). Yhtään pahanlaatuista kasvainta sairastavaa potilasta ei aineistoon kuulunut.

Teho-osaston potilaista 50 % oli tajuttomina korkeintaan 24 tuntia sairaalaan tulohetkestä ja 13 % pitempään kuin 24 tuntia. Loput potilasta eivät siis olleet lainkaan tajuttomina. Heidän sairaalaan ottonsa tapahtui joko esitietojen tai tutkimuslöydösten perusteella erityisistä syistä, esimerkiksi trisyklisiä antidepressiivejä nauttineiden tilan mahdollisen äkillisen huonontumisen takia. Myrkytyspotilaista kuoli teho-osaston hoidon aikana kahdeksan (3.2 %). Yhteisinä piirteinä kuolemaan johtaneissa myrkytyksissä olivat nautitut suuret ainemäärät, myöhäinen hoitoon tulo ja puutteelliset tapahtumatiedot sekä vaikea tajunnan häiriö jo tulovaiheessa.

Monilla potilailla oli useita myrkytykseen johtaneita taustatekijöitä. Tärkeimmät myrkytykseen johtaneet tekijät on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Tärkein myrkytykseen johtanut tekijä eri myrkytyskerroilla

Tärkein myrkytykseen johtanut tekijä	Teho-osasto %	Ensiapu-poliklinikka %
psykkinen häiriö	32	35
alkoholin liikakäyttö	25	36
ihmissuhdevaikeudet	13	7
vahinko tai erehdys	6	16
muu syy tai ei tietoa	24	6
Yhteensä	100	100
Tapauksia	243	558

Tiedot perustuvat potilasta myrkytysvaiheessa hoitaneen lääkärin käsitykseen myrkytyksen syistä. Alkoholin liikakäyttöä esiintyi ensiapupoliklinikan aineistossa hieman enemmän kuin teho-osaston aineistossa. Vahingoksi tai erehdykseksi ilmoitettujen myrkytysten osuus ensiapupoliklinikan aineistossa oli suurempi (16 %) kuin teho-osaston aineistossa (6 %). Muut tapaukset olivat itsemurhayrityksiä.

Keskussairaalassa saatujen esitietojen mukaan teho-osaston potilaista 36 % oli aikaisemmin ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa ja kaikkiaan 63 %:lla oli aikaisemmin esiintynyt eri asteisia psykkinisiä häiriöitä. Teho-osastossa ja ensiapupoliklinikassa tapahtuneen myrkytyshoidon jälkeen potilaille järjestetty tai suositeltu jatkohoitto esitetään taulukossa 4. Teho-osaston potilais-

Taulukko 4. Jatkohoitosuositus myrkytyksen hoidon jälkeen eri myrkytyskerroilla

Jatkohoitosuositus	Teho-osasto %	Ensiapu-poliklinikka %
Psykiatrinen sairaala M III	15	3
Psykiatrinen sairaala M II	18	6
Psykiatrinen avohoitto	25	14
Muu jatkohoitto	16	8
Ei jatkohoittoa	26	69
Yhteensä	100	100
Tapauksia	243	558

ta kaikkiaan 33 % ja ensiapupoliklinikan potilaista 9 % lähetettiin psykiatriseen sairaalahoittoon. Ilman järjestettyä jatkohoittoa jäi 26 % teho-osaston potilaista ja 69 % ensiapupoliklinikan potilaista.

Kaikista 683 potilaasta selvitetiin sairauserotomusten perusteella heidän hoitonsa psykiatrisessa sairaaloissa ja A-klinikan katkaisuhoidoasemalla (jonka katsottiin vastaavan psykiatrista

laitoshoidoa) sekä psykiatrisissa avohoitopaikoissa sekä ensimmäistä aineistoon kuuluvaa myrkytystä edeltäneeltä ajalta että huhtikuun 1974 loppuun kestäneeltä seuranta-ajalta. Seuranta-aika vaihteli näin ollen noin 2 1/2 vuodesta 4 1/2 vuoteen riippuen myrkytyksen tapahtuma-ajankohdasta. Psykiatrisiin avohoitopaikkoihin (mielenterveystoimisto, A-klinikka, nuorisosaema) otettiin mukaan myös sosiaalivirastotalossa sijaitseva Tampereen kaupungin terveyskeskuksen lääkäriasema, jota käyttävät huoltoapua saavat potilaat.

Tulokset

Myrkytyspotilaista on noin joka toinen ollut vähintään kerran psykiatrisessa laitoshoidossa joko ennen myrkytystä tai myrkytyksen jälkeen (taulukko 5). Hoitokerrat ovat tapahtuneet vain ennen myrkytystä 9 %:lla potilaista, vain myrkytyksen jälkeen 16 %:lla ja sekä ennen että jälkeen myrkytyksen 26 %:lla. Teho-osaston potilaat ovat vain hieman useammin (56 %) olleet laitoshoidossa kuin ensiapupoliklinikassa hoidetut potilaat (48 %). Yli 10 hoitokertaa on ollut 7 %:lla teho-osaston potilaista ja 11 %:lla ensiapupoliklinikan potilaista. Kun lasketaan kaikki hoitokerrat yhteen, kertyi 6 %:lle potilaista yli yhden vuoden pituinen hoitoaika.

Psykiatrisia laitoshoidoja on ollut eniten 40–49-vuotiailla (63 %) ja 30–39-vuotiailla (61 %), vähiten 15–19-vuotiailla (33 %). Naispotilaista oli laitoshoidossa ollut 44 % ja miespotilaista 55 %. Yli 10 kertaa hoidossa olleista 65 potilaasta oli 86 % miehiä. Hoidossa olleiden osuus oli naimattomista potilaista 45 %, naimisissa olevista 48 %, eronneista ja asumuserossa olevista 71 % ja leskistä 32 %. Hoidossa olleista 57 %:n arvioitiin kuuluvan neljanteen sosiaaliryhmään ja vain 11 %:n ensimmäiseen tai toiseen sosiaaliryhmään.

Tutkimuksen piiriin kuuluneissa psykiatrisissa avohoitopaikoissa oli ollut hoidossa 48 % potilaista (33 % ennen myrkytystä ja 41 % myrkytyksen jälkeen; taulukko 6). Avohoitokäyntejä oli useammin ensiapupoliklinikan potilailla (51 %) kuin teho-osaston potilailla (41 %), siis päinvastoin kuin laitoshoidojen osalta. Avohoitopotilaista oli 24 % sellaisia, jotka eivät ole olleet psykiatrisessa laitoshoidossa. Mielenterveystoimistossa ovat käyneet erityisesti teho-osaston potilaat, kun taas ensiapupoliklinikan potilaat ovat käyneet enemmän A-klinikalla ja sosiaalivirastotalon lääkäriasemalla. Avohoitopaikoissa käyneistä 89 % on ollut lääkärin, 70 % sosiaalityöntekijän, 52 % sairaanhoitajan ja 10 % psykologin vastaanotolla.

Taulukko 5. Psykiatriset laitoshoidot ennen ja jälkeen myrkytyksen

Laitoshoidossa olleiden osuus	Teho-osasto %	Ensiapu-poliklinikka %	Yhteensä %
1 vuoden aikana ennen myrkytystä	22	20	21
1 vuoden aikana myrkytyksen jälkeen	39	30	33
Yhteensä ennen myrkytystä	36	35	35
Yhteensä myrkytyksen jälkeen	46	39	41
Yhteensä ennen tai jälkeen myrkytyksen	56	48	51
Tapauksia	237	446	683

Taulukko 6. Psykiatriset avohoidot ennen ja jälkeen myrkytyksen

Avohoidossa olleiden osuus	Teho-osasto %	Ensiapu-poliklinikka %	Yhteensä %
1 vuoden aikana ennen myrkytystä	20	26	24
1 vuoden aikana myrkytyksen jälkeen	27	34	31
Yhteensä ennen myrkytystä	28	36	33
Yhteensä myrkytyksen jälkeen	31	46	41
Yhteensä ennen tai jälkeen myrkytyksen	41	51	48
Tapauksia	237	446	683

Avohoidossa olleita oli myös eniten 40–49 vuotiaiden ikäluokassa. Avohoidossa olleita oli miehistä 55 % ja naisista 38 %. Avohoidossa olleiden osuus oli naimattomista potilaista 27 %, naimisissa olevista 49 %, eronneista ja asumuserossa olevista 68 % sekä leskistä 36 %.

Jos lasketaan sekä laitosten että avohoidot yhteen, on kaikkiaan 62 % myrkytyspotilaista ollut jossain vaiheessa hoidettavana tutkimuksen kohteena olleissa psykiatrisissa hoitopaikoissa (teho-osaston potilaista 65 % ja ensiapupoliklinikan potilaista 60 %).

Kutakin psykiatrisessa laitoshoidossa ollutta potilasta kuvaamaan valittiin se sairauskertomusten päädiagnoosi, joka heillä kaikki hoitokerrat huomioon ottaen oli ollut useimmin. Täl-

lä tavalla laskettuna teho-osaston potilaiden yleisimmät diagnoosit olivat psykoosi ja neuroosi sekä ensiapupoliklinikan potilaiden vastaavasti alkoholismi. Kaikki potilaat huomioon ottaen yleisimmäksi diagnoosiksi muodostui alkoholismi (taulukko 7). Alkoholismidiagnooseja oli eniten 50-vuotiailla ja sitä vanhemmilla (59 %), psykooseja 20–29-vuotiailla (23 %) ja luonnehäiriöitä 15–19-vuotiailla (23 %). Neurooseja oli melko tasaisesti kaikissa ikäluokissa. Alkoholismia oli enemmän miehillä ja psykooseja ja neurooseja enemmän naisilla (taulukko 7). Alkoholisteilla oli erityisen paljon toistuvia laitoshoidoja. Yli 10 kertaa hoidossa olleista 65 potilaasta oli alkoholismidiagnoosin omaavia 73 %. Psykiatrisessa laitoshoidossa tehdyt diagnoosit

Taulukko 7. Myrkytyspotilaiden yleisimmät päädiagnoosit psykiatrisessa laitoshoidossa

Päädiagnoosi	Teho-osasto %	Ensiapu-poliklinikka %	Miehet %	Naiset %
Psychosis	25	9	10	24
Neurosis	30	13	9.5	38
Persona pathologica	9	8	9.5	6
Alcoholismus	17	55	56	11
Abusus medicamentorum	2	2	1.5	4
Retardatio mentalis	2	1	1.5	1
Muu psyykinen häiriö	4	3	2	6
Ei-psykiatrisen diagnoosi	6	6	6	6
Ei tietoa	5	3	4	4
Yhteensä	100	100	100	100
Tapauksia	132	214	221	125

olivat osittain samoja kuin keskussairaalan teho-osastossa tehdyt arviot potilaiden psyykkisestä tilasta myrkytyshoidon yhteydessä, mutta monien potilaiden osalta ne kuitenkin poikkesivat huomattavastikin toisistaan.

Laitoshoidojen aikana tehdyt sekä pää- että lisädiagnoosit huomioiden oli depressiodiagnoosi tehty 42 %:lle teho-osaston potilaista ja 17 %:lle ensiapupoliklinikan potilaista. Jos huomioitiin sekä laitos- että avohoidojen aikana sairauskertomuksiin tehdyt merkinnät depression oireista, olivat vastaavat luvut 65 % ja 33 %. Myös alkoholiongelmaisten ja etenkin lääkkeitä väärinkäyttäneiden prosenttiosuudet lisääntyivät vastaavista diagnoosien osoittamista luvuista, kun huomioitiin kaikki sairauskertomusten merkinnät alkoholin ja lääkeaineiden liikakäytöstä.

Sekä psykiatriset laitos- että avohoitopaikat huomioon ottaen oli sairauskertomuksissa merkintöjä yhdestä tai useammasta itsemurhayrityksestä 77 %:lla teho-osaston potilaista ja 38 %:lla ensiapupoliklinikan potilaista. Niistä joilla oli merkintöjä itsemurhayrityksestä, oli 41 % käyttänyt myös muuta itsemurhayritysketä kuin myrkyttämistä (joko yksinomaista keinoa tai myrkytyksen lisäksi).

Lähes kaikki potilaat olivat saaneet laitoshoitojen aikana jonkinlaista lääkehoitoa, joskin antidepressiivisiä lääkkeitä vain joka kolmas (47 % teho-osaston ja 26 % ensiapupoliklinikan potilaista). Muita hoitomuotoja laitoshoitossa olivat toimintaterapia (29 %), perheen hoito (23 %), yksilöterapia (18 %) ja ryhmäterapia (3 %). Avohoitopaikoissa 86 % potilaista oli saanut lääkehoitoa, 62 % yksilöterapiaa, 46 % neuvontaa, 18 % perheen hoitoa ja 8 % ryhmäterapiaa. Viimeisellä laitoshoitokerralla hieman yli puolet potilaista arvioitiin työkykyisiksi ja loput tilapäisesti tai pysyvästi työkyvyttömiksi. Viimeisellä laitoshoitokerralla suositeltiin jatko- ja hoitopaikaksi mielenterveystoimistoa 29 %:lle teho-osaston potilaista ja 11 %:lle ensiapupoliklinikan potilaista. Muulle lääkärille suositeltujen osuus oli molemmissa aineistoissa 47 % (tähän sisältyvät myös suositukset A-klinikalle). Ilman jälkihoitoa psykiatrisen laitoshoitokerran päättyessä jäi yhden tai useamman hoitokerran yhteydessä 46 % teho-osaston potilaista ja 64 % ensiapupoliklinikan potilaista.

Pohdinta

Keskussairaalan tulevista myrkytyksistä suurin osa osoittautui olevan itsemurhayrityksiä. Hoito teho-osastossa kestää yleensä vain muutama päivä ja ensiapupoliklinikassa alle vuoro-

kauden. Se kohdistuu pääasiassa myrkytystilan korjaamiseen. Sen sijaan myrkytyksen taustatekijöiden selvittämiseen on niukasti aikaa ja psykiatrisen kriisihoidon toteuttamiseen vieläkin vähemmän. Muualla tapahtuvalla psykiatrisella jatkohoidolla pyritään korvaamaan kriisihoidon puute. Neljäsnes teho-osaston potilaista ja kaksi kolmannesta ensiapupoliklinikan potilaista jäi kuitenkin tutkimuksessamme ilman jatkohoittoa, ja osa jatkohoittoon suositelluista jätti mahdollisesti hakeutumatta jatkohoitopaikkaan. Myös psykiatrisen laitoshoito päättyi usein ilman jatkohoittojärjestelyjä. Ilmeisesti ainakin osassa näistä tapauksista hoidon päättymisen ei ole johtunut potilaasta itsestään, vaan esim. hoitopaikan laiminlyönneistä, eri hoitopaikkojen välisen koordinaation puutteesta tai todellisesta käytettävissä olevien hoitopaikkojen puutteesta. Itsemurhayritykseen johtaneet tekijät ovat tällöin jääneet käsittelemättä, tai aloitettu selvittely on keskeytynyt. Hoitavan henkilökunnan näkemykset itsetuhokäyttäytymisen luonteesta ja hoidon mahdollisuuksista ovat varmaan vaikuttaneet hoitoratkaisuihin. Tiedon puutteetkin lienee ja kielteisiä asenteita vieläkin enemmän (ks esim James 1972, Patel 1975). Osa potilaista tai heidän omaisistaan vastustaa psykiatrista jatkohoittoa, koska he pelkäävät sitä tai eivät lainkaan tiedosta myrkytyksen itsetuholuonnetta. Tällöinkin myrkytystä ensivaiheessa hoitavan henkilökunnan rooli on tärkeä hoitomotivaation lisääjänä.

Vajaa kaksi kolmannesta myrkytyspotilaista on käyttänyt ennen tai jälkeen myrkytyksen psykiatrisia hoitopalveluita. Pelkästään ensiapupoliklinikassa hoidetut potilaat eivät näytä poikkeavan teho-osaston potilaista psykiatristen hoitopalvelujen käytön määrän suhteen, joskin käytettyjä palveluita on enemmän avohoidossa, etenkin A-klinikalla. Tässä suhteessa ensiapupoliklinikan potilaisto ei siis ole ollut sen "terveempää" kuin teho-osastolle joutuneet, vaikka heidän myrkytystilansa on ollut lievempi. Kuitenkin jatkohoittoon ohjattiin ensiapupoliklinikasta paljon harvemmin kuin teho-osastosta. Erityisesti ensiapu- ja päivystyspoliklinikoissa tulisi tehostaa jatkohoittoa ohjaamista sekä psykiatrisen terveydenhuollon että päihdehuollon piiriin.

Käytettyjen psykiatristen hoitopalvelujen määrä lisääntyi iän mukana 50 vuoden ikään saakka, mutta oli vähäisempää sitä vanhemmilla. Kuitenkin itsemurhariski kasvaa iän myötä, joten etenkin iäkkäiden henkilöiden itsemurhayritykset tervitsisivat erityistä huomiota. Iäkkäillä henkilöillä saattaa olla erityisiä esteitä psykiatrisen hoitoon hakeutumisessa tai hoi-

toon pääsyssä.

Myrkytyksen syistä ja psykiatristen laitoshoidojen päädiagnooseista käy ilmi vahva yhteys myrkytysitsemurhayritysten ja alkoholismien välillä. Alkoholien kulutuksen voimakas lisääntyminen Suomessa 1960-luvun lopulta alkaen on tässä yhteydessä otettava huomioon. Alkoholismien osuus korostuu ensiapupoliklinikan aineistossa, jossa suuri osa on puhtaita alkoholimyrkytyksiä. Raja tietoisesti tehtyjen itsemurhayritysten ja humalatilassa tapahtuneiden harkittamattomien liika-annostelujen välillä on liukuva, mutta molemmissa tapauksissa voi lopputulos kuitenkin olla kuolemaan johtava. Alkoholismien yleisyys selittää suureksi osaksi miesten suhteellisen yliedustuksen ensiapupoliklinikan aineistossa ja yli kymmenen kertaa psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden joukossa, samoin kuin suuremman psykiatrisessa hoidossa olleiden osuuden eronneilla ja asumuserossa olevilla. Depression merkitys korostuu etenkin teho-osaston aineistossa, kun taas ensiapupoliklinikan aineistossa alkoholismi ehkä peittää alleen monen potilaan depression ("depressive syndrome of chronic intoxication"; ks Mayfield ja Montgomery 1972), joka jää toteamatta ja samalla myös ilman asianmukaista hoitoa.

Tutkimuksemme tärkeimpänä johtopäätöksenä pidämme psykiatrisen asiantuntemuksen tarpeen korostamista myrkytyspotilaiden hoidossa. Pelkän somaattisen hoidon tarjoaminen itsemurhaa yrittäneelle potilaalle silloin, kun hän on kokenut elämänsä jatkamisen toivotonmuuden ja saattaa itsemurhayrityksestä toivuttuaan olla erityisen vastaanottavainen tarjotulle avulle, on vain puolinaista hoitoa.

Psykiatrisen asiantuntemuksen turvaamiseksi tulisi kaikissa suurimmissa yleissairaaloissa olla psykiatrinen poliklinikka ja mahdollisesti myös psykiatrinen osasto, jotka toisaalta ottaisivat osaa kriisihoidon toteutukseen, toisaalta antaisivat koulutusta ja työnohjausta itsemurhaa yrittäneitä potilaita hoitavalle henkilökunnalle sai-

raalan muilla osastoilla ja poliklinikoilla. Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitsevan suisdiaalisen potilaan sopivin hoitopaikka lienee saman sairaalan psykiatrinen osasto (ks Kennedy 1972, Gardner ym 1977). Silloin hoitosuhde kriisihoidon aloittaneisiin henkilöihin ei katkea, ja potilas välttyy leimautumiselta ym haittavaikutuksilta, joita monet pelkäävät varsinaisen mielisairaalahoidon tuovan tullessaan.

Tiivistelmä

Tutkimusaineistona on Tampereen keskussairaalan ensiapupoliklinikassa vuonna 1970 hoidetut 702 myrkytystapausta ja saman sairaalan teho-osastossa vuosina 1970–71 hoidetut 251 myrkytystapausta, yhteensä 683 eri henkilöä. Noin joka kymmenes tapaus katsottiin vahingoksi ja muut jonkinasteisiksi itsemurhayrityksiksi.

Ensiapupoliklinikan potilaista 48 % ja teho-osaston potilaista 56 % oli ennen myrkytystä tai myrkytyksen jälkeisenä 2 1/2–4 1/2 vuoden pituisena seuranta-aikana ollut psykiatrisessa laitoshoidossa. Miespotilaista oli laitoshoidossa ollut hieman useampi kuin naispotilaista. Psykiatrisia avohoitopaikkoja käyttäneitä oli 51 % ensiapupoliklinikan potilaista ja 41 % teho-osaston potilaista. Kun otetaan huomioon sekä laitostettävät avohoidot oli psykiatrisessa hoidossa olleita 60 % ensiapupoliklinikan ja 65 % teho-osaston potilaista. Psykiatrisessa laitoshoidossa olleiden ensiapupoliklinikan potilaiden yleisin diagnoosi oli alkoholismi ja teho-osaston potilaiden psykoosi tai neuroosi. Alkoholismidiagnoosia oli enemmän miehillä ja psykoosi- ja neuroosidiagnooseja enemmän naisilla.

Koska myrkytystapauksista suurin osa on itsemurhayrityksiä, joiden taustalla on psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, tulisi suurimmissa yleissairaaloissa olla psykiatrinen poliklinikka, joka huolehtisi myrkytyspotilaiden psykiatrisen hoidon järjestämisestä.

Summary

Psychiatric history of self-poisoning patients

by Rauno Mäkelä and Timo Pitkälä

The present study consisted of 702 poisoning cases treated at the outpatient emergency clinic (EC) and of 251 poisoning cases treated at the intensive care unit (ICU), comprising altogether 683 persons. Every tenth poisoning case was

considered to be accidental and the rest of the cases attempted suicides of some kind.

Forty-eight per cent of EC patients and 56 per cent of ICU patients had been in psychiatric hospital care either preceding the poisoning treatment or during a follow-up period of 2 1/2–4 1/2 years. Fifty-one per cent of EC patients and 41 per cent of ICU patients had used psychiatric outpatient facilities. Including both inpatient and outpatient treatments, 60 per cent

of EC patients and 65 per cent of ICU patients had been in psychiatric care. The most common diagnosis among the EC patients in psychiatric hospital care was alcoholism and among the ICU patients psychosis or neurosis. It was diagnosed that men more frequently had alcoholism

and women psychosis or neurosis.

In order to reduce the residues of the self-poisonings, large general hospitals should have psychiatric outpatient clinics providing psychiatric treatment for patients with self-poisoning.

Kirjallisuutta

Barracough B, Bunch J, Nelson B & Sainsbury R: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Brit J Psychiat* 1974; 125:355.

Chowdhury N, Hicks RC & Kreitman N: Evaluation of an after-care service for parasuicide (attempted suicide) patients. *Soc Psychiat* 1973;8:67.

Gardner R, Hanka R, O'Brien VC, Page AJF & Rees R: Psychological and social evaluation in cases of deliberate self-poisoning admitted to a general hospital. *Brit Med J* 1977;2:1567.

Ghodse AH: Deliberate self-poisoning: a study in London casualty departments. *Brit Med J* 1977;1:805.

Harenko A: Alkoholoin osallisuus myrkytysitsemurhayrityksissä Helsingissä v. 1962–64. *Suom Lääk l* 1967;22:109.

Hedstrand H & Ljungström A: Intoxicationer med läkemedel och alkohol under en tioårsperiod i Uppsala. *Läkartidningen* 1973;70:945.

James IP: Self-poisoning and alcohol. *Lancet* 1972;1:1260.

Johns MW: Self-poisoning with barbiturates in England and Wales during 1959–74. *Brit Med J* 1977;1:1128.

Jokinen K & Lehtinen V: Suicidal poisonings treated in the medical wards in the year 1970, with 5–6 years follow-up. Proceedings of the IX International Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention, Helsinki 20–23 June 1977.

Jones DIR: Self-poisoning with drugs: the past 20 years in Sheffield. *Brit Med J* 1977;1:28.

Kennedy P: Efficacy of a regional poisoning treatment centre in preventing further suicidal behaviour. *Brit Med J* 1972;4:255.

Koota K & Pitkälä T: Myrkytyspotilaiden osuus keskussairaalan ensiapuainestosta. *Suom Lääk l* 1973;28:1015.

Kreitman N & Chowdhury N: Distress behaviour: a study

of selected samaritan clients and parasuicides ('attempted suicide' patients). Part II: Attitudes and choice of action. *Brit J Psychiat* 1973;123:9.

Krieger G: The management and mismanagement of a suicidal patient. *J Amer Psych Ass* 1976;27:411.

Lyons HA & Sharma SK: Attempted suicide by self-poisoning. A review in a new Belfast district general hospital. *J Irish Med Ass* 1972;65:435.

Lönnqvist J, Niskanen P, Aché KA & Ginman L: Self-poisoning with follow-up considerations. *Suicide* 1975;5: 39.

Mayfield DG & Montgomery D: Alcoholism, alcohol intoxication, and suicide attempts. *Arch Gen Psychiat* 1972;27:349.

Patel AR: Attitudes toward self-poisoning. *Brit Med J* 1975;2:426.

Patel AR, Roy M & Wilson GM: Self-poisoning and alcohol. *Lancet* 1972;2:1099.

Pitkälä T: Aikuisten äkilliset myrkytykset Suomessa. *Suom Lääk l* 1978;33:2223.

Pitkälä T, Koota K, Ruosteenoja R & Kunelius P: Teho-osaston valvontaa ja hoitoa vaatineet intoksikaatiopotilaat. *Duodecim* 1974;90:1723.

Sharman JR, Taylor HW & Scott RD: Drug overdoses and poisonings in Christchurch during 1971. *N Z Med J* 1972;76:402.

Smith AJ: Self-poisoning with drugs: a worsening situation. *Brit Med J* 1972;4:157.

Vedin JA, Wilhelmson L & Wilhelmsson C: Tablettintoxicationer i Göteborg. *Läkartidningen* 1972;69:3722.

Virkkunen M: Alkoholismi ja itsemurhat. *Sos lääket Aikak l* 1972;10:27.

Whitehead PC: Notes on the association between alcoholism and suicide. *Int J Addict* 1972;7:525.

Yrjö Jahnssonin säätiö ja Tampereen kaupungin tiederahasto ovat tukeneet tutkimusta apurahoilla.

Rauno Mäkelä
A-klinikasäätiö
00330 Helsinki 33

Timo Pitkälä
Tampereen kaupungin terveyskeskus
33100 Tampere 10