

WHO-chef förklarar krig mot psykisk ohälsa

Aktuella siffror från Världsbanken visar att psykiska sjukdomar utgör femton procent av den globala sjukdomsbelastningen, medan cancer och hjärt-kärlsjukdom utgör sex respektive fyra procent. År 2000 beräknas antalet människor med diagnosen schizofreni vara 24,4 miljoner i låginkomstländer. Vid en beräkning 1985 var antalet 16,7 miljoner, vilket tyder på en markant ökning av denna tunga psykiatriska diagnos.

WHOs strategi i kampen mot psykisk ohälsa

För att möta detta gigantiska hälsoproblem har J A Costa e Silva, chef för Världshälsoorganisationens »Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse», initierat ett program i syfte att förebygga och behandla psykisk sjukdom.

Utbildning och information på primärvårdsnivå är hörnstenar. I studier gjorda av WHO har det visats att primärvårdsläkarna upptäcker endast hälften av alla patienter som lider av en väldefinierad psykisk störning.

Stora konsekvenser av psykiskt lidande

Människor med vanligt förekommande psykiska sjukdomar, såsom egentlig depression och generaliserat ångestsyndrom, är mer handikappade i sitt vardagliga liv än patienter som lider av kroniska somatiska sjukdomar som reumatoid artrit, diabetes och ryggvärk. Studier har visat att patienter med dessa somatiska sjukdomar var ur stånd att utföra all dagliga sysslor (arbete, inhandling, påklädning etc) i genomsnitt två dagar per månad.

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspaltarna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

Motsvarande för patienter med psykisk sjukdom var sex dagar.

ICIDH

WHO koordinerar för närvarande en revision av International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; WHO 1980). Denna syftar till att enskilda sjukdomsentiteter beskrivs i ett biopsykosocialt perspektiv. Förutom diagnosen (psykisk eller fysisk) beskrivs begränsningar i aktivitet på individ- och samhällsnivå. Det skall betonas att den linjära progressen från sjukdom till inskränkning av social funktionsförmåga oftast sker i nämnd ordning men att sambandet inte nödvändigtvis är kausalt i en riktning. Några exempel på hur klassifikationen ser ut för fem olika sjukdomar ges i Tabell I.

Costa e Silva menar att ICIDH är en nödvändighet, eftersom vi behöver ett gemensamt språk för att kommunicera konsekvenserna av sjukdom på samma enkla sätt som vi beskriver diagnoser och symtom.

Ur hälsoekonomisk synvinkel kommer ICIDH också att vara ett betydelsefullt instrument då sjukvårdens kostnader beräknas. Samtidigt bidrar

klassifikationen till en förbättrad individuell utformning av olika behandlingsprogram, och inte minst, möjlighet till evaluering av dessa.

Revisionen beräknas vara klar 1999.

Pål Rooth
med dr, klinisk assistent,

Peter Grimheden
med stud, psykiatrikursen
termin 9,

Mats Pettersson
med stud, psykiatrikursen
termin 9,
Karolinska institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för psykiatri, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Vi behöver självmordskliniker för att rädda liv!

Det är väl känt att de som vurmar för livets helighet inte sällan visar sig vara påfallande kallsinniga inför enskilda människors lidande. Med detta vill jag inte påstå att Susanne Ring-

skog tillhör denna antihumanistiska och fundamentalistiska falang.

Däremot vill jag uppfordra henne till självrannsakan, ty det finns formuleringar i hennes artikel »Det heliga livet. Förnuftet kan inte förklara alla förhållanden» (Läkartidningen 30-31/96) som luktar bigotteri.

Den som håller livet för heligt bör för övrigt snarast gå i bräsch för självmordskliniker. Inte främst därför att klinikkens »huvuduppgift» med Torbjörn Tännsjös formulering skulle vara att »förebygga självmord» utan därför att den sannolika effekten av en självmordsklinik skulle bli att en massa människoliv räddas.

Hållas vid liv till varje pris

Många deprimerade eller på annat sätt suicidbesatta individer tar livet av sig därför att de inte vågar söka hjälp på sjukhus. De fruktar nämligen att sjukvården kommer att utsätta dem för det de mest av allt fruktar, nämligen tortyren att till varje pris hållas vid liv.

Funnes det en självmordsklinik skulle en del av dessa människor våga söka adekvat hjälp och därigenom räddas till livet. Däremot är det, som Susanne Ringskog för övrigt själv framhåller, inte säkert att klinikkens expertteam skulle finna en enda »filosofisk självmördare» med en »rationellt grundad» (vad nu det är för något) självmordsönskan.

Susanne Ringskog avslutar sin artikel med: »Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv» (p III i Sveriges läkarförbunds etiska regler).

Just det, och därför skall vi läkare verka för att en självmordsklinik tillskapas i Sverige. Susanne Ringskog är hjärtligt välkommen i denna kamp, när hon har tänkt om!

Lars Ullerstam
psykiater,
Jönköping

Tabell I. Exempel på några vanliga diagnoser vid ICIDH-klassifikation.

Exempel på diagnos	Funktionsnedsättning	Aktivitetsbegränsning	Inskränkning av social funktionsförmåga
Paniksyndrom	Oförmåga att behärska ångest	Oförmåga att gå ut ensam (agorafobi)	Bristande oberoende/ social isolering
Drogmissbruk	Fysiskt drogberoende	Oförmåga att behålla yrkesansvar	Hinder i yrkeslivet/bristande social anpassning
Lepros	Känselförlust i extremiteterna	Oförmåga att gripa	Stigmatisering
Aids	Försämrad immunitet	Försämrad fysisk kondition	Diskriminering
Minimal Brain Dysfunction (MBD)	Minimal hjärnskada	Bristande uppmärksamhet (inlärningssvårigheter)	Betraktad som en problemelev