European Alliance Against Depression – et fireplans intervensjonsprogram mot depresjon og suicidalitet

Ved Ulrich Hegerl¹, Anna Cibis², Ella Arensman³, Esa Aromaa⁴, Chantal van Audenhove⁵, Jean-Hervé Bouleau⁶, Christina M van der Feltz-Cornelis⁷, Giancarlo Giupponi⁸, Ricardo Gusmão⁹, Maria Kopp¹⁰, Andrej Marusic¹¹, Margaret Maxwell¹², Ullrich Meise¹³, Högni Oskarsson¹⁴, Charles Pull¹⁵, Regula Ricka¹⁶, Armin Schmidtke¹⁷, Victor Pérez Sola¹⁸, Merike Sisask¹⁹ & Lisa Wittenburg²⁰

I European Alliance Against Depression (EAAD) samarbeider partnere fra 17 europeiske land med mål om å bedre omsorgen for deprimerte pasienter og forebygge suicidalitet. Lokalt baserte intervensjoner blir iverksatt i forskjellige regioner og omfatter aktiviteter på følgende fire plan: 1) samarbeid med allmennpraktiserende leger, 2) informasjonskampanjer rettet mot allmennheten, 3) bruk av lokale nøkkelpersoner og 4) initiativer rettet mot høyrisikogrupper og selvhjelpstiltak. Nürnberg-alliansen mot depresjon har skaffet vitenskapelig belegg for effekten av dette intervensjonsprogrammet ved å påvise en betydelig reduksjon i antall suicidalhandlinger i intervensjonsregionen, sammenlignet med en kontrollregion. Erfaringene fra 17 europeiske land viser at dette intervensjonsprogrammet på fire nivåer og det materialet som anvendes, lett kan tilpasses forskjellige land og ulike kulturelle sammenhenger. Ifølge det såkalte Green Paper fra Europakommisjonen er EAAD et eksempel på "best practice" for et internasjonalt samfunnsbasert opplegg til forebygging av suicidalitet.

Innledning

I betraktning av at selvmord i de fleste land er en av de ti hyppigste dødsårsakene, blir virkningene av selvmord ofte undervurdert (Bertolote et al., 2005). Ifølge data fra Verdens helseorganisasjon representerte selvmord 2,4 % av den globale sykdomsbyrden i 2020, sammenlignet med 1,8 % i 1998 (Verdens helseorganisasjon, 2003). Det antas at psykiatriske lidelser utgjør en av de vanligste årsakene til selvmord. Psykologiske autopsistudier har vist at rundt 90 % av alle selvmord blir utført i forbindelse med psykiske lidelser (Lönnqvist et al., 1988; Mann et al., 2005). Den lidelsen som oftest blir påvist, er alvorlig depresjon, selv om schizofreni og stoffrelaterte lidelser også opptrer ganske hyppig (Bertolote et al., 2003; Brent et al., 1994). Følgelig vil en viktig strategi for å forebygge selvmord bestå i å forbedre omsorgen for deprimerte pasienter. I tillegg anbefaler (Mann et al., 2005) intervensjoner på flere plan som en vellykket tilnærming til forebygging, etter nylig å ha gjort en gjennomgang av effektive selvmordsforebyggende strategier.

European Alliance Against Depression (EAAD) ble opprettet i 2004 med det formål å iverksette lokalt baserte fireplans intervensjoner rettet mot depresjon og suicidalitet (www.eaad.net). Partnere fra 17 land samarbeider om dette prosjektet,

som finansieres av Europakommisjonen. Belegg for hvor effektivt intervensjonsprogrammet er, har man skaffet seg gjennom et pilotprosjekt i regi av Nürnberg-alliansen mot depresjon (Hegerl et al., 2007). Ved å samarbeide om dette konseptet forbedrer EAAD-partnerne sine egne regionale erfaringer, og utvekslingen resulterer i stadige forbedringer. Denne vellykte implementeringen ble av Europakommisjonen fremhevet som et "eksempel på beste praksis" i et såkalt Green Paper med tittelen "Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union" (Europakommisjonen, 2005).

Erfaringene fra Nürnberg-alliansen mot depresjon

Nürnberg-alliansen mot depresjon ble gjennomført som et underprosjekt av "German Research Network on Depression and Suicidality" (opprettet av den tyske forbundsregjeringens departement for utdanning og forskning) og hadde utviklet et konsept med tilhørende materiell for et lokalt basert intervensjonsprogram rettet mot depresjon og suicidalitet (Hegerl et al., 2006). Prosjektet kom i gang i 2000 som var basisåret, og der man inkluderte en intervensjonsregion (Nürnberg, 500 000 innbyggere) og en kontrollregion (Würzburg, 270 000 innbyggere).

I 2001 og 2002 ble et fireplans intervensjonsprogram gjennomført i Nürnberg

(fig. 1 neste side). Målet var å optimalisere omsorgen for deprimerte pasienter og på den måten redusere suicidaliteten.

Følgende fire plan (figur 1) ble valgt:

Første plan: Samarbeid med allmennpraktiserende leger

Det store flertallet av deprimerte pasienter kommer først i kontakt med fastlegen sin. Også når det gjelder suicidalitet har man funnet at om lag 77 % av alle personer som døde av selvmord, hadde kontakt med personell innenfor primærhelsetjenesten det siste året før de døde (Luoma m.fl., 2002). Disse resultatene understreker den rollen allmennpraktiserende leger spiller i forbindelse med selvmordsforebyggende tiltak.

Intervensjonen som ble gjennomført ved hjelp av leger i primærhelsetjenesten, omfattet interaktiv opplæring med sikte på å forbedre diagnostiske og terapeutiske ferdigheter i forhold til depresjon, samt håndtering av akutt suicidalitet. Under denne opplæringen delte man ut og anbefalte den velprøvde skalaen WHO-5 som screeningverktøy for å identifisere deprimerte pasienter (Henkel et al., 2003). Blant den store mengden tilleggsmateriale som allmennpraktikerne mottok, var en video som legene kunne gi til deprimerte pasienter. Pasientene fikk anledning til å ta med seg videoen hjem slik at de kunne få mer kunnskap om depresjonssykdom.

¹ Department of Psychiatry, Universitetet i Leipzig, Tyskland ² Department of Psychiatry, Universitetet i Leipzig, Tyskland ³ National Suicide Research Foundation, Cork, Den irske republikk ⁴ Vaasa Hospital District, Psychiatric Unit, Vaasa, Finland ⁵ LUCAS - Katholieke Universiteit Leuven, Belgia

⁶ Fédération de Psychiatrie, Hôpital René Dubos, Pontoise, Frankrike ⁷ Trimbos instituut, Utrecht og VU medical Centre Institute of extramural research, Amsterdam, Nederland ⁸ Autonome Provinz Südtirol, Assessorat für das Gesundheitswesen, Bozen, Italia ⁹ Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal ¹⁰ Semmelweis University Budapest, Ungarn ¹¹ Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana, Slovenia

¹² Department of Applied Social Science, University of Stirling, Skottland, Storbritannia ¹³ Gesellschaft für Psychische Gesundheit – pro mente tirol, Innsbruck, Østerrike ¹⁴ Directorate of Health Campaign Against Depression and Suicide, Seltjarnarnes, Island ¹⁵ Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg

¹⁶ Bundesamt für Gesundheit, Bern, Sveits ¹⁷ Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University of Würzburg, Tyskland ¹⁸ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Psychiatry Department, Barcelona, Spania ¹⁹ Estonian-Swedish Mental Health and Suicidology Institute; Estonian Centre of Behavioural and Health Sciences, Tallinn, Estland ²⁰ Department of Psychiatry, Universitetet i Leipzig, Tyskland

Figur 1. Nürnberg-alliansen mot depresjon: intervensjoner på fire plan

Andre plan: Informasjonskampanje

Foruten å bedre tilbudet i primærhelsetjenesten var et annet viktig mål å bekjempe stigmatiseringen personer med psykiske lidelser ofte er utsatt for. Nürnberg-alliansen mot depresjon gjennomførte derfor en profesjonell informasjonskampanje rettet mot det store publikum. Målet med kampanjen var å få bukt med feiloppfatninger og utilstrekkelige kunnskaper om depresjon og suicidalitet og på den måten styrke deprimerte pasienters muligheter til å få profesjonell bistand. Mediekampanjen formidlet tre sentrale budskap: "Depresjon lar seg behandle", "Depresjon har mange ansikter" og "Depresjon kan ramme alle". Videre omfattet informasjonskampanjen utdeling av diverse informasjonsmateriell (foldere, brosjyrer, videoer), samt at det ble avholdt opplysningsarrangementer. Ulike plakater som rommet de sentrale budskapene, ble rettet mot forskjellige målgrupper ved at de hadde særskilte visuelle motiver, som for eksempel en gammel mann og et ungt par (figur 2).

Figur 2: Plakat brukt i informasjonskampanjen til Nürnbergalliansen mot depresjon: Depresjon har mange ansikter.

I tillegg ble det innledet et tett samarbeid mellom de lokale koordinatorene og massemedia i intervensjonsområdet. For å unngå risiko for smitteeffekter utarbeidet man retningslinjer for hvordan journalister kan dekke selvmord på en ansvarlig måte i mediene. Under henvisning til den såkalte "Werther-effekten" (Wasserman, 1984) kom man med anbefalinger om hvordan selvmord bør omtales, f.eks. ved å unngå sensasjonspregete oppslag, unngå å skrive detaljert omkring selvmordshandlinger, ikke nevne motiver for selvmordshandlinger og personlige detaljer m.v.

Tredje plan: Lokale nøkkelpersoner

I likhet med allmennpraktiserende leger har lokale nøkkelpersoner som har regelmessig kontakt med høyrisikogrupper, stor innvirkning på hvilken behandling disse personene skal få. Man gjennomførte derfor opplæringstiltak for sosialarbeidere, prester, geriatriske sykepleiere, lærere, fengselsansatte, farmasøyter, politifolk og andre for å styrke deres kunnskaper om depresjon og suicidalitet. Disse opplæringstiltakene ble tilpasset de behovene og oppgaver den enkelte lokale nøkkelperson hadde. Foruten opplæringen var et annet mål med intervensjonene på dette planet å bygge ut nettverket mellom nøkkelpersonene (og dessuten allmennpraktikerne).

Fjerde plan: høyrisikogrupper og selvhjelpsgrupper

Deprimerte pasienter og personer som tidligere har gjort selvmordsforsøk, utgjør særskilte risikogrupper for selvmord. Det å dele ut kort med informasjon til bruk i kriser til alle som hadde gjort forsøk

på å ta sitt eget liv, var ett av tiltakene på dette planet. På kortet stod det oppgitt et telefonnummer man kunne ringe for å få profesjonell bistand. Andre tiltak var å støtte selvhjelpsinitiativer og å opprette nye selvhjelpsgrupper.

Evaluering av Nürnberg-alliansen mot depresjon

A priori hadde man definert antall selvmordshandlinger som utfallsmål, og man kombinerte antall selvmord og ikke-dødelige selvmordshandlinger. Dette utfallsmålet ble valgt, for selv i en by som Nürnberg (med 500 000 innbyggere) er den basisraten for selvmord for lav og de tilfeldige årlige svingningene for høye til å kunne påvise selv en klar nedgang i antall selvmord statistisk.

Antallet selvmordshandlinger i Nürnberg sank med 24 % fra basisåret (2000) i løpet av de to intervensjonsårene (2001–2002). En ytterligere nedgang på 32 % ble observert i oppfølgingsåret (se figur 3 neste side). Disse resultatene representerer en statistisk signifikant og klinisk høyst relevant reduksjon i antall selvmordshandlinger i Nürnberg sammenlignet med kontrollregionen, der raten holdt seg stabil (Hegerl et al., 2006). Nedgangen var enda mer uttalt (53 %) når man bare tok for seg de fem mest drastiske metodene for selvmordsforsøk.

Etter å ha vakt stor interesse har det opprinnelige prosjektet spredt seg til hele Tyskland, med det resultat at 40 regioner faktisk gjennomfører sine egne fireplansopplegg under paraplyen "Den tyske allianse mot depresjon".

Ytterligere forbedring og evaluering av et fireplans intervensjonsprogram innenfor EAAD

Intervensjonene i de europeiske regionene som deltar, er utviklet langs de samme linjene som i pilotprosjektet i Nürnberg, og hoveddelen av materiell og hjelpemidler er blitt tilpasset til bruk i det europeiske programmet. Videre er de foreliggende hjelpemidlene blitt komplettert med materiell om depresjon og suicidalitet som allerede er tilgjengelig i de forskjellige regionene. Resultatet er en katalog med "best practice"-materiale som hele tiden blir oppdatert.

Figur 3 viser signifikant reduksjon i antall selvmordshandlinger i Nürnberg sammenliknet med kontrollregionen Würzburg (2000: basisår, 2001/2002: intervensjon, 2003: oppfølging)

Når det gjelder evaluering, har EAAD-partnerne også definert et sett med evalueringsindikatorer for nettverket som omfatter følgende kriterier: antall fullførte selvmord, antall selvmordsforsøk, forskrivningsrate for psykofarmaka (hovedsakelig antidepressiva), måling av effekter av opplæring, samt registrering av endringer i allmennhetens holdninger til depresjon og suicidalitet. Selv om hovedformålet med EAAD er å få iverksatt handlingsplaner, har de fleste partnere samlet inn basisdata fra og med 2004–2005 og foretar videre en systematisk evaluering av effekten av opplæring blant allmennpraktiserende leger og lokale nøkkelpersoner, og de samler dessuten forskrivningsdata.

EAAD-nettverket: erfaringer og perspektiver

Katalogene over "best practice" for felles intervensjonsprogrammer og evaluering har allerede i en viss utstrekning vist hvordan partnerne i EAADs nettverk klarer å samarbeide. Som følge av ulike strukturer i helsevesenet og trykkesystemene i landene som deltar, er det ikke mulig å bruke helt ensartede retningslinjer når det fireplans intervensjonsprogrammet skal iverksettes. I stedet setter EAADs samlede program partnerne i stand til å tilpasse opplegget til sine ulikt utformede helsevesen. På den måten forblir idéen om en flerplans intervensjon den samme i alle landene, men i noen av dem blir den innarbeidet i eksisterende programmer for psykisk helse, mens den i andre utføres som et eget prosjekt. Dessuten er strukturene forskjellige for det enkelte land. Mens noen startet initiativet nedenfra og opp i én region og planlegger å utvide aktivitetene til hele landet på samme måte som "Den tyske alliansen mot depresjon" gjorde, har andre europeiske partnere

gått rett løs på en hierarkisk tilnærmingssmåte med et landsomfattende initiativ, som for eksempel i Island. Til tross for disse individuelle forskjellene deler partnerne sin store interesse for å fortsette arbeidet og i mange tilfeller utvide sine regionale "Allianser mot depresjon" til å gjelde hele nasjonen. I for eksempel Sveits, Østerrike, Italia, Estland og Ungarn er spredningen til lokale regioner allerede i gang. Selv om denne veksten på den ene side er oppmuntrende, representerer den på en annen side en ny utfordring for EAAD-nettverket. Hittil har imidlertid samarbeidet vist at det å følge ett felles intervensjonsprogram og iverksette det på en regionalt individuell måte, er og blir en løfterik fremgangsmåte. Løfterike er også de sterke synergivirkningene av fireplansintervensjonen, noe som skyldes at den på én og samme tid er aktiv på fire plan.

Konklusjonen blir at EAAD kan tjene som et eksempel på hvordan evidensbasert og internasjonalt samfunnsbasert "best practice"-modeller for bedring av omsorgen for deprimerte pasienter og suicidale personer kan implementeres.

Dr. med. Ulrich Hegerl er styreleder og sjef for Psykiatrisk Institutt ved Universitetet i Leipzig i Tyskland. Hans forskningsaktiviteter omfatter implementering og evaluering av selvmordsforebyggende tiltak, undersøkelse av optimaliserte behandlingsmetoder for lettere og subkliniske depresjonstilstander i primærhelsetjenesten samt forskning med henblikk på de molekylær-genetiske aspektene ved depressive lidelser. Hegerl er prosjektkoordinator for European Alliance Against Depression (EAAD) og dessuten forskningsleder for EAADs studie av intervensjon mot depresjon gjennom primærhelsetjenesten, informasjonkampanjer, lokale nøkkelpersoner, og på høyriskogruppeplan.

(Artikkelen er oversatt av Dag Biseth.)

Referanser

- Bertolote, J. M. & Fleischmann, A. (2005). **Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research.** *Am J Med Genet. C Semin. Med Genet.*, 133, 8-12.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). **Suicide and mental disorders: do we know enough?** *Br J Psychiatry*, 183, 382-383.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). **Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, 1080-1086.
- European Commission. (2005). **Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union on mental health.**
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006a). **The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality.** *Psychol Med*, 36, 1225-1233.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006b). **The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality.** *Psychol Med*, 36, 1225-1233.
- Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., van Audenhove, C., Bouleau, J. H., Feltz-Cornelis, C., Gusmao, R., Kopp, M., Lohr, C., Maxwell, M., Meise, U., Mirjanic, M., Oskarsson, H., Sola, V. P., Pull, C., Pycha, R., Ricka, R., Tuuluri, J., Varnik, A., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2007). **The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality.** *World J Biol Psychiatry*, 1-8.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Möller, H. J., & Hegerl, U. (2003). **Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study.** *BMJ*, 326, 200-1.
- Lönnqvist, J. & Koskenvuo, M. (1988). **Mortality in depressive disorders; a 3-year prospective follow-up study in Finland.** In: Helgason, T. D. R., *Depressive illness: Prediction of course and outcome* (126-130).
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). **Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence.** *Am J Psychiatry*, 159, 909-916.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). **Suicide prevention strategies: a systematic review.** *JAMA*, 294, 2064-2074.
- Wasserman, I. M. (1984). **Imitation and suicide: A reexamination of the Werther effect.** *American Sociological Review*, 49, 427-436.
- World Health Organization. (2003). **The World Health Report 2003: Shaping the future.**