

Psykisk sygdom og ændring af livsstil

Nordentoft, Merete ; Krogh, Jesper; Lange, Peter ; Moltke, Ane

Publication date:
2012

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Nordentoft, M., Krogh, J., Lange, P., & Moltke, A. (2012). *Psykisk sygdom og ændring af livsstil*. Vidensråd for Forebyggelse.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAAD.DK

PSYKISK SYGDOM OG ÆNDRINGER I LIVSSTIL

AF
MERETE NORDENTOFT

JESPER KROGH

PETER LANGE

ANE MOLTKE



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAD.DK

PSYKISK SYGDOM OG ÆNDRINGER I LIVSSTIL

AF
MERETE NORDENTOFT

JESPER KROGH

PETER LANGE

ANE MOLTKE

PSYKISK SYGDOM OG ÆNDRINGER I LIVSSTIL

Udarbejdet af
Merete Nordentoft
Jesper Krogh
Peter Lange
Ane Moltke

Fagredaktion af Kirstine Suszkiewicz Krogholm

Rapporten kan frit downloades på
www.vidensraad.dk

Design af b14

Publikationsår 2012

FORORD	7
KOMMISSORIUM	9
ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING	11
METODE OG RAPPORTENS OPBYGNING	13
RAPPORTENS HOVEDKONKLUSIONER	17
1 INDLEDNING	23
1.1 LITTERATUR	25
2 OVERSYGELIGHED, OVERDØDELIGHED OG LIVSSTIL	27
2.1 SAMMENFATNING	28
2.2 KENDETEGN OG FOREKOMST AF SKIZOFRENI, DEPRESSION OG BIPOLAR SYGDOM	28
2.3 OVERDØDELIGHED	29
2.4 OVERSYGELIGHED	32
2.5 ÅRSAGER TIL OVERSYGELIGHED OG OVERDØDELIGHED	34
2.6 LIVSSTIL	34
2.7 LITTERATUR	37
3 RYGNING	41
3.1 SAMMENFATNING	43
3.2 DEPRESSION OG ÆNDRINGER AF RYGEVANER	44
3.3 SKIZOFRENI OG ÆNDRINGER AF RYGEVANER	47
3.4 BIPOLAR SYGDOM OG ÆNDRINGER AF RYGEVANER	50
3.5 LITTERATUR	51
4 FYSISK AKTIVITET	57
4.1 SAMMENFATNING	59
4.2 DEPRESSION OG ÆNDRINGER AF DET FYSISKE AKTIVITETSNIVEAU	60
4.3 SKIZOFRENI OG ÆNDRINGER AF DET FYSISKE AKTIVITETSNIVEAU	65
4.4 LITTERATUR	67

5	KOST OG VÆGT	71
5.1	SAMMENFATNING	72
5.2	VÆGTTAB OG VÆGTSTABILITET	73
5.3	ANDRE EFFEKTMÅL END VÆGT	74
5.4	HVILKE LIVSSTILSINTERVENTIONER VIRKER BEDST?	77
5.5	LITTERATUR	80
6	BARRIERER OG MOTIVATION I FORHOLD TIL AT ÆNDRE LIVSSTIL	83
6.1	SAMMENFATNING	85
6.2	ÆNDRINGER AF RYGEVANER	85
6.3	ÆNDRINGER AF DET FYSISKE AKTIVITETSNIVEAU	87
6.4	ÆNDRINGER AF KOST- OG LIVSSTILSVANER	89
6.5	OVERBLIK OVER BARRIERER OG MOTIVERENDE FAKTORER	90
6.6	LITTERATUR	92
	SUMMARY	95
	ORDLISTE	101

FORORD

Mænd og kvinder med alvorlige psykiske lidelser dør hhv. 20 og 15 år tidligere end psykisk raske personer. En del af forklaringen er, at personer med psykisk sygdom generelt har en usundere livsstil end den øvrige befolkning. Fx er der flere rygere og færre, der er fysisk aktive, ligesom de spiser mere usundt.

Vi ved fra en række undersøgelser, at livsstilsinterventioner har gavnlige helbredseffekter i den generelle befolkning. Rent fysiologisk må man antage, at mennesker med psykisk sygdom vil kunne opnå de samme positive helbredsfordele ved en sundere livsstil, som alle andre. Motivation og fastholdelse er helt afgørende faktorer i forhold til, om det lykkes at ændre livsstil på den lange bane. Og specielt for personer med psykiske lidelser kan det være rigtig svært at finde den nødvendige styrke til at ændre de dårlige vaner og holde fast i en sundere livsstil. Både i og uden for sundhedssektoren støder man derfor ofte på opfattelsen af, at det er meget vanskeligt – ja, næsten umuligt – at opnå

livsstilsændringer hos mennesker, der er belastet af psykisk sygdom.

Men er det nu også rigtigt, og hvad skal der til, hvis man vil opnå positive resultater? Disse spørgsmål fik i begyndelsen af 2012 Vidensråd for Forebyggelse til at nedsætte en arbejdsgruppe, som fik til opgave at samle og vurdere den videnskabelige litteratur om effekter af livsstilsinterventioner hos personer med psykisk sygdom. Resultaterne er samlet i denne rapport.

Rapporten henvender sig til alle, der er i kontakt med mennesker med psykisk sygdom – herunder praktiserende læger og ansatte i psykiatrien. Men vi håber, at også planlæggere og politikere med interesse for forebyggelse og sundhed vil læse rapporten og blive inspireret til at sætte mere fokus på psykisk syges sundhed.

Morten Grønbæk,

Formand for Vidensråd for Forebyggelse

KOMMISSORIUM

En ny nordisk undersøgelse viser, at danskere, finner og svenskere med alvorlige psykiske lidelser dør hhv. 20 og 15 år tidligere end psykisk raske personer. Noget af overdødeligheden skyldes selvmord, vold og ulykker. Men de tabte leveår skyldes også, at psykiatriske patienter i mange tilfælde får en dårligere behandling for deres fysiske sygdomme, bl.a. fordi deres symptomer bliver overset eller negligeret i sundhedsvæsenet. Dertil kommer, at psykofarmaka kan øge risikoen for fx hjertekarsygdom og diabetes. Personer med psykisk lidelse lever tillige mere usundt end den generelle befolkning. Der er fx langt flere rygere og flere overvægtige. Den videnskabelige litteratur tyder på, at en del af overdødeligheden blandt

personer med psykisk lidelse kan forebygges, men det vil kræve, at patienterne, i langt højere grad end i dag, får hjælp til at ændre deres livsstil. En udbredt opfattelse er imidlertid, at det er meget svært eller ligefrem umuligt at påvirke deres livsstil i en sund retning. Og ofte støder man også på den holdning, at personer med psykiske lidelser ikke selv ønsker at ændre deres livsstil. Vidensråd for Forebyggelse vil på baggrund af en gennemgang af relevant videnskabelig litteratur om emnet afdække, om livsstilsinterventioner blandt voksne med depression, skizofreni og bipolar sygdom kan føre til rygestop, vægttab eller vægtstabilitet samt øget fysisk aktivitet. Barrierer og motiverende faktorer for livsstilsændringer vil også blive belyst.

ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING

Arbejdsgruppen er nedsat af Vidensråd for Forebyggelse. Arbejdsgruppens formand er udpeget af formandskabet for Vidensråd for Forebyggelse, mens arbejdsgruppens medlemmer er udpeget i fællesskab af formanden for arbejdsgruppen og Vidensrådets formandskab. Medlemmerne er valgt ud fra deres faglige kompetencer i forhold til de emner, der behandles i rapporten.

- Professor, overlæge, dr.med., Merete Nordentoft (formand), Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri
- Læge, Jesper Krogh, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri og Endokrinologisk afdeling, Herlev Hospital

- Professor, overlæge, dr.med., Peter Lange, Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet og Lungemedicinsk Sektion, Hvidovre Hospital
- Psykomotorisk terapeut, Master i voksenuddannelse, Ane Moltke, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri

Habilitetserklæringer for arbejdsgruppen kan fremskaffes ved at kontakte Vidensråd for Forebyggelses sekretariat.

Konsulent, ph.d. Kirstine Suszkiewicz Krogholm fra Vidensrådets sekretariat har fungeret som projektleder og fagredaktør for arbejdsgruppen.

METODE OG RAPPORTENS OPBYGNING

Denne rapport er baseret på litteratursøgninger i videnskabelige artikeldatabaser. Vægten er lagt på internationale systematiske oversigtsartikler og metaanalyser samt større rapporter fra anerkendte tidsskrifter, forskningsinstitutioner og myndigheder. Endvidere er nyere og særligt vigtige enkeltstudier medtaget, ligesom der er taget specielt hensyn til tilgængelige danske studier og relevansen i en dansk kontekst. Litteratursøgningen fandt sted fra april til august 2012.

Vi har i denne rapport valgt at fokusere på mulighederne for at påvirke rygevaner, vægt og det fysiske aktivitetsniveau hos personer med depression, bipolar sygdom og skizofreni. Grunden til, at vi har valgt at fokusere på disse tre psykiske sygdomme, er, at disse sygdomme udgør en stor del af psykiatriens kernegruppe, og at overdødelighed ved somatisk sygdom er veldokumenteret i disse grupper. Mere end 200.000 danskere er i dag i behandling for bipolar sygdom, skizofreni eller depression. Vi har fravalgt at beskæftige os med ændringer i alkoholvaner, da sammenhængen mellem alkohol og psykisk sygdom er kompleks pga. misbrugsspørgsmålet og derfor fortjener et selvstændigt fokus. Vi beskæftiger os med ikke-farmakologiske behandlinger, da denne rapport vedrører muligheder for at ændre adfærd. Kapitlet om ændringer i rygevaner (kapitel 3) er dog en undtagelse, da farmakologisk behandling her er en vigtig understøttende behandling, som bruges rutinemæssigt i forbindelse med rygestop.

Rapporten indledes med et baggrundskapitel, der gennemgår oversygelighed, overdødelighed og livsstil blandt personer med depression, skizofreni og bipolar sygdom (kapitel 2). Vores beskrivelse af

livsstil hos personer med psykisk sygdom (kapitel 2.6) inkluderer nye udtræk fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Herefter gennemgås den videnskabelige evidens for effekterne af rygestopinterventioner (kapitel 3), interventioner, der skal øge det fysiske aktivitetsniveau (kapitel 4) og bredere livsstilsinterventioner, hvis formål er, at deltageren taber i vægt eller opnår vægtstabilitet (kapitel 5). Rapporten afsluttes med et særskilt kapitel om motivation og barrierer for livsstilsændringer, da dette er særligt vigtigt i forhold til personer, der har psykisk sygdom (kapitel 6).

Kapitel 2-6 indledes med en sammenfatning, hvis formål er at give læseren et hurtigt overblik over kapitlets konklusioner. De tre kapitler om effekter af konkrete livsstilsinterventioner (kapitel 3, 4 og 5) angiver desuden evidensniveauer for, hvor overbevisende forskningen på området er. Vores evidensinddeling er inspireret af GRADE-systemet (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (1), hvor omfang, kvalitet og entydighed i forskningen på området har ligget til grund for graderingen i fire evidensniveauer (stærk, moderat, svag og meget svag evidens). De enkelte evidensniveauer defineres således:

- **Stærk evidens:** Det er meget usandsynligt, at yderligere forskning vil ændre vores tillid til den estimerede effekt.
- **Moderat evidens:** Det er sandsynligt, at yderligere forskning i betydelig grad vil påvirke vores tillid til den estimerede effekt og måske ændre estimatet.

- › **Svag evidens:** Der er stor sandsynlighed for, at yderligere forskning i betydelig grad vil ændre vores tillid til den estimerede effekt, og det er sandsynligt, at det vil ændre estimatet.
- › **Meget svag evidens:** Ethvert estimat af effekt er meget usikkert.

Når en effekt af en livsstilsintervention fx kategoriseres som svag eller meget svag med GRADE-systemet, er det ikke nødvendigvis et udtryk for, at den pågældende intervention ikke virker. Det er derimod et udtryk for, at der kun er få undersøgelser på området, og at der er behov for mere forskning, inden noget sikkert kan konkluderes.

Rapporten afsluttes med en ordliste, der indeholder en forklaring på en række af de fagudtryk, der er anvendt.

LITTERATUR

1. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-926.

RAPPORTENS HOVEDKONKLUSIONER

Der er god grund til at arbejde med livsstilen hos personer med psykisk sygdom. En betydelig andel af deres overdødelighed, som afkorter levetiden med 15- 20 år, skyldes nemlig somatisk sygdom, som er forårsaget af usund livsstil. Nye landsdækkende tal viser, at hhv. svær overvægt, rygning, usund kost og stillesiddende adfærd forekommer ca. dobbelt så hyppigt hos personer, der angiver, at de har en psykisk sygdom, som i baggrundsbefolkningen. Men tallene viser også, at disse personer, i lige så høj grad som andre, ønsker at holde op med at ryge, spise mere sundt og være mere fysisk aktive.

Samlet set konkluderer vi, at det med den rette intervention er muligt for personer med psykisk sygdom at ændre deres livsstil, og at de i høj grad selv ønsker denne forandring. Vi finder dog, at personer med psykisk sygdom oplever, at der er en række barrierer, bl.a. deres sygdomssymptomer, de medicinske bivirkninger og den samlede livssituation. Individuelle hensyn og støtte fra det professionelle og personlige netværk er derfor af stor betydning i forbindelse med planlægningen og gennemførelsen af livsstilsinterventioner og -aktiviteter.

Rapporten viser bl.a.:

- Der er stærk evidens for, at superviserede træningsprogrammer til ikke-indlagte personer med depression vil forbedre deres kondital og muskelstyrke.
- Der er moderat evidens for, at hjemmebaseret træning til personer med depression medfører en forbedring i kondital.

- Der er moderat evidens for, at nikotinsubstitutionsbehandling og rygestoprådgivning fremmer rygestop hos personer med tidligere eller pågående depression, mens bupropion kan forbedre chancen for rygestop hos personer med skizofreni.
- Der er moderat evidens for, at det med livsstilsinterventioner er muligt at opnå vægttab eller forebygge vægtøgning. Der er også moderat evidens for positive forandringer af klinisk relevante risikomarkører, herunder kroppens fedtprocent, taljemål, fasteplasmaglukose og blodets indhold af fedt.
- Der mangler viden om, hvorvidt det er muligt at fastholde rygestop og forbedret kondital og muskelstyrke, mens vi finder indikationer på, at det er muligt at fastholde et vægttab.
- Vedrørende rekruttering kan vi konstatere, at det ofte er vanskeligere at rekruttere personer med psykisk sygdom end andre grupper.

Oversygelighed, overdødelighed og livsstil

Mere end 200.000 danskere er i dag i behandling for bipolar sygdom, skizofreni eller depression. Der er en betydelig oversygelighed og overdødelighed for personer med disse sygdomme. Den forventede levetid er ca. 20 år kortere for mænd og 15 år kortere for kvinder med bipolar sygdom og skizofreni, mens antallet af tabte leveår er lidt mindre ved depression. Selvmord og ulykker spiller en vis rolle for den nedsatte livslængde, men hovedårsagen er tidlig død pga. somatisk sygdom. Kvantitativt spiller hjertekarsygdom den største rolle. Personer med skizofreni, depression

og bipolar sygdom har ofte en usundere livsstil end baggrundsbefolkningen. Nye landsdækkende tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 dokumenterer, at personer, der angiver, at de har vedvarende psykisk sygdom, dobbelt så ofte har et usundt kostmønster (20,9 % vs. 12,9 %), en stillesiddende adfærd (34,7 % vs. 14,5 %) og er daglige rygere (38,8 % vs. 19,8 %) i forhold til den generelle befolkning. Der er også langt flere storrygere (25,9 % vs. 10,1 %) og svært overvægtige (20,9 % vs. 12,9 %), men til gengæld har personer med vedvarende psykisk sygdom samme høje interesse som den generelle befolkning for at ændre livsstil, hvad angår rygning (68,3 % vs. 74,5 %), kost (62,2 % vs. 56,4 %) og fysisk aktivitet (68,7 % vs. 72,2 %).

Ryging

Der er moderat evidens for, at nikotinsubstitutionsbehandling fremmer rygestop hos personer med tidligere eller pågående depression. Effekten af nikotinsubstitution er i samme størrelsesorden som blandt rygere uden depression svarende til 14-22 % ophør efter seks måneders rygestopintervention. Der er også moderat evidens for, at rygestoprådgivning virker hos personer med tidligere eller pågående depression. Hvis den indeholder adfærdsterapi med fokus på stemningsleje, øger rygestoprådgivning chancen for rygestop med ca. 1,5 gang sammenlignet med ingen rådgivning. Evidensen for effekten af bupropion og andre antidepressive midler til at fremme rygestop er dårligere belyst, men viser en tendens til lidt højere rygestopfrekvens blandt personer med depression, som fik disse medikamenter som led i rygestopinterventionen. Hos personer med skizofreni er der moderat evidens for, at bupropion kan næsten tredoble chancen for rygestop efter seks måneder uden at have en negativ effekt på de psykotiske symptomer. Effekten af vareniclin er dårligere belyst, men litteratur tyder på, at det tåles godt af personer med skizofreni og på kort sigt kan øge

chancen for rygestop. Der er også svag evidens for, at betaling for deltagelse i et rygestopprogram har en positiv effekt, men det er usikkert, om rygestopet kan fastholdes efter endt intervention. Det har generelt vist sig vanskeligt at rekruttere personer med bipolar sygdom og pågående depression til rygestopinterventioner, og der er næsten ingen undersøgelser, der fokuserer på, hvordan man kan fastholde et opnået rygestop.

Fysisk aktivitet

Der er stærk evidens for, at superviserede træningsprogrammer til ikke-indlagte personer med depression vil forbedre deres kondital med 9 % eller medføre en stigning i muskelstyrken på mellem 12-37 %, afhængig af træningstype. Effekten er muligvis noget lavere i studier, hvor træningen ikke er superviseret. Vores viden om effekten af træningsprogrammer hos indlagte patienter med depression er begrænset. Undersøgelser af ikke-indlagte personer med depression tyder på, at deres fremmøde til konditionstræning er noget mindre (1-2 sessioner/uge) end hos andre sygdomsgrupper (2-3 sessioner/uge). Der er kun gennemført få studier hos personer med skizofreni, men disse studier tyder på, at deltagelse i træningsprogrammer kan forbedre konditallet. Der er behov for mere forskning, før noget sikkert kan konkluderes. Der er kun meget svag evidens for, at deltagelse i træningsprogrammer vil føre til vægttab hos personer med depression og skizofreni. Endelig ser vi, at det er vanskeligt at rekruttere personer med psykisk sygdom til programmer med fokus på fysisk aktivitet.

Kost og vægt

Vi finder moderat evidens for, at det er muligt at gennemføre tiltag, der fører til vægttab eller til en forebyggelse af vægtøgning på i gennemsnit 3,12 kg eller 0,94 kg/m² målt i BMI hos overvægtige, psykisk syge i antipsykotisk behandling. Der er

store forskelle mellem de opnåede effekter i studierne. Udover effekten på vægten er der fundet signifikante forandringer i andre klinisk relevante somatiske risikofaktorer, herunder kroppens fedtprocent, taljemål, fasteplasmaglukose og blodets fedtindhold. Vi finder et beskedent deltagerfrafald i de livsstilsinterventioner, der fokuserer på væggtab eller vægtstabilitet, sammenlignet med frafaldet i kontrolgrupperne (15 % vs. 17 %). Dette indikerer, at livsstilsinterventionerne, foruden at være virksomme, også er gennemførlige for søgsdeltagerne. Der er desuden data, der tyder på, at det er muligt at fastholde væggtabet (-3,48 kg) efter endt intervention, idet det opnåede væggtab opgjort i kilo fortsat var signifikant efter 3,6 måneder (2-12 måneder). Der mangler viden om rekruttering af ikke-motiverede psykiatriske patienter til livsstilsinterventioner med fokus på kost.

Barrierer og motivation i forhold til at ændre livsstil

Vi finder, at personer med psykiske sygdomme har samme interesse som baggrundsbefolkningen for at ændre livsstil i forhold til rygning, kost og fysisk aktivitet, og at de forbinder en bedre sundhedstilstand med en mere meningsfyldt hverdag og bedre livskvalitet. De væsentligste barrierer for at ændre livsstil er dels knyttet til symptomer på den psykiske sygdom, dels til bivirkninger ved den medicinske behandling og til en livssituation, som kan være præget af social isolation og vanskeligheder ved at skabe struktur. Livsstilen hos personer med psykisk sygdom er desuden præget af en række dilemmaer og modstridende følelser, således at gode intentioner om en sundere livsstil ikke altid kan føres ud i livet. Individuelle hensyn er et nøglepunkt i planlægningen og gennemførelsen af livsstilsinterventioner og -aktiviteter til denne gruppe. Støtte fra professionelle, familie og venner er ligeledes betydningsfuldt. I flere undersøgelser fremgår det, at personalets negative holdning til

livsstilsforandringer ligefrem kan være en barriere. Det er desuden væsentligt, at støtten balancerer mellem pres og opmuntring og mellem støtte og autonomi i hverdagen.

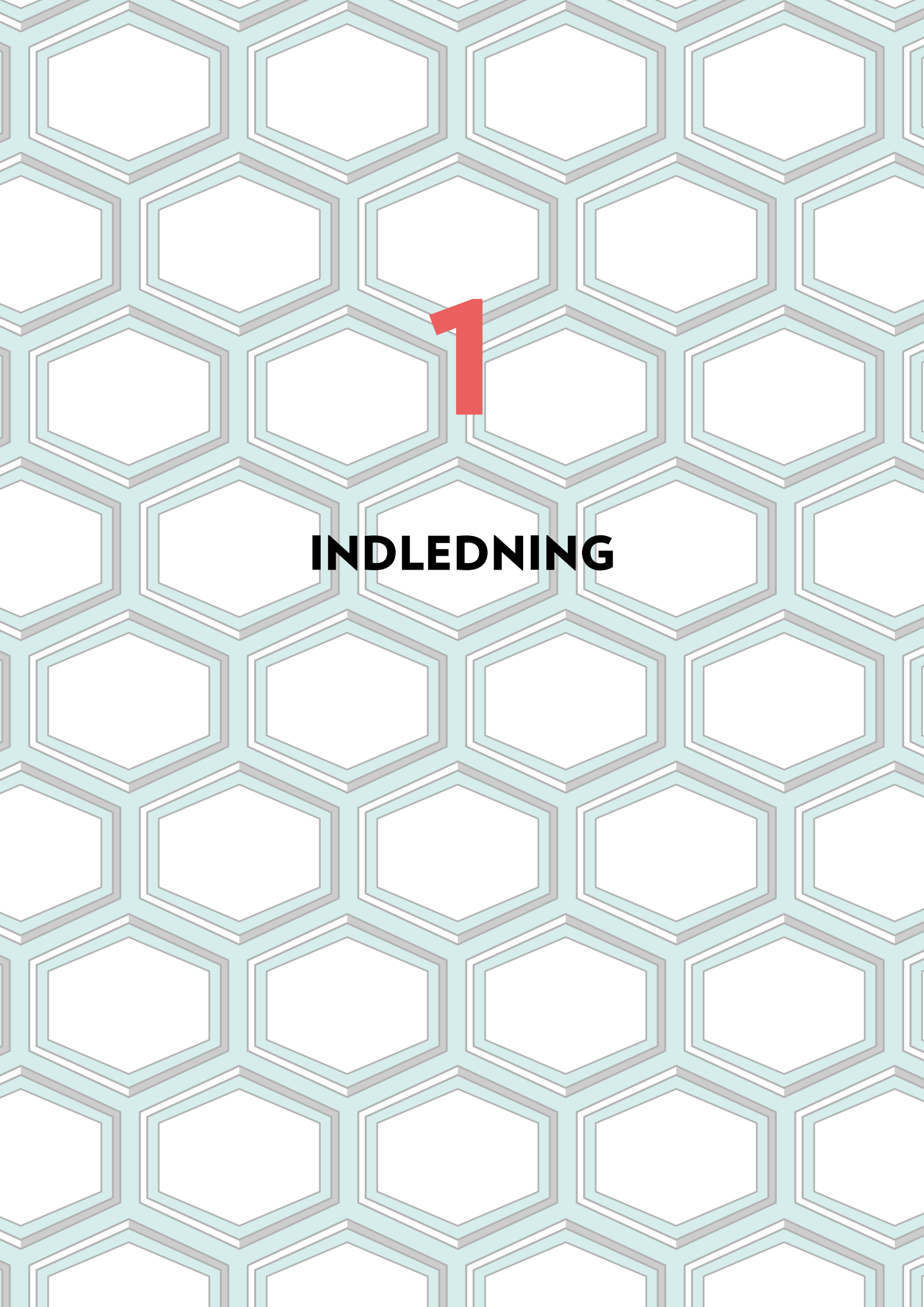
Forskningsbehov

Vores viden om livsstilsvaner hos personer med psykisk sygdom i Danmark er primært baseret på en stor dansk selvrapporteret spørgeskemaundersøgelse (Den Nationale Sundhedsprofil 2010). Denne undersøgelse muliggør ikke en inddeling i psykiatriske diagnoser, men giver i stedet en samlet kategori: vedvarende psykisk sygdom. Der er derfor behov for at etablere et bedre overblik over sundhedstilstand og livsstilsforhold hos personer med psykisk sygdom i Danmark.

Der mangler viden om, hvorvidt man kan fastholde et opnået rygestop efter endt intervention, og det er derfor ønskeligt, at fremtidig forskning inkluderer dette fokus. Rygestop blandt personer med bipolar sygdom er desuden så sparsomt undersøgt, at man på nuværende tidspunkt ikke kan konkludere noget om, hvilke interventioner der har bedst effekt. Mere forskning på dette område er derfor ønskeligt.

Forskning om effekten af fysisk aktivitet hos personer med psykisk sygdom har hidtil fokuseret på de evt. positive effekter af fysisk aktivitet på psykiske symptomer. Den fremtidige forskning bør også fokusere på de gavnlige somatiske effekter af fysisk aktivitet og målrettet arbejde med strategier for øget deltagelse i træningsprogrammer. Derudover mangler der generelt viden om, hvordan man kan forbedre det fysiske aktivitetsniveau hos patienter med bipolar sygdom. Endelig ved vi ikke ret meget om, hvordan man kan fastholde en opnået forbedring i kondital eller muskelstyrke, efter træningsprogrammerne er afsluttet.

Der mangler yderligere forskning i effekterne af livsstilsprogrammer, der indeholder kostomlægning, hvordan patienter kan ændre deres kostvaner, og hvorvidt en given effekt kan fastholdes. Endelig er der behov for mere forskning i, hvilke barrierer og motiverende faktorer personer med psykisk sygdom oplever i forbindelse med livsstilsforandringer. Både den internationale og nationale litteratur på området er sparsom og muliggør ikke konklusioner om, hvorvidt der er særlige barrierer og motiverende faktorer til stede for de enkelte diagnoser behandlet i rapporten: depression, skizofreni og bipolar sygdom.



1

INDLEDNING

Helbredsproblemer blandt personer med psykiske lidelser er hyppigere end i baggrundsbefolkningen. Det afspejler sig bl.a. i en overdødelighed pga. somatiske sygdomme. Denne oversygelighed og overdødelighed kan have flere årsager. For det første er der meget, der tyder på, at personer med psykiske lidelser har en mere usund livsstil end den generelle befolkning, og det er mulighederne for at ændre denne usunde livsstil, som vi vil beskæftige os med i denne rapport. For det andet er visse psykofarmaka forbundet med øget risiko for hjertekarsygdom og type 2-diabetes. For det tredje er det også vist, at somatiske sygdomme underdiagnosticeres og underbehandles hos personer med psykiske lidelser. Endelig er der en sammenfaldende genetisk disposition til visse psykiske og somatiske lidelser (1, 2).

Grunden til, at det er relevant at beskæftige sig med psykisk sygdom og livsstil, er, at usunde livsstilsvaner omkring fx rygning, kost og fysisk aktivitet er anerkendte og centrale risikofaktorer for de sygdomme, der bidrager mest til den somatiske sygdomsbyrde i Danmark og i den vestlige verden (3). Ligeledes er der betydelig evidens for, at livsstilsinterventioner har gavnlige helbredseffekter i den generelle befolkning, og rent fysiologisk må

man antage, at personer med psykiske lidelser vil kunne opnå de samme positive helbredsforandringer ved ændret livsstil som alle andre. I alle befolkningsgrupper er motivation for ændringer og fastholdelse en afgørende faktor i forhold til, om det lykkes på den lange bane, men hos personer med psykiske sygdomme kan disse forhold byde på større udfordringer. Dels kan det være sværere at opnå positive effekter af livsstilsændringer, hvis fx behandlingen med psykofarmaka samtidig påvirker stofskiftet. Dels kan manglende motivation være et problem for mange personer med depression og skizofreni. Dertil kommer angstproblematikker, der kan vanskeliggøre udførelsen af fx fysisk aktivitet. For nogle patienter kan det være vanskeligt at være sammen med andre mennesker. Resultater fra livsstilsinterventioner hos psykisk raske kan derfor ikke blot overføres til personer med psykisk sygdom. Når vi i denne rapport gennemgår evidensen for livsstilsændringer blandt personer med psykiske sygdomme, er de gennemgående spørgsmål derfor, i hvor høj grad livsstilsinterventioner virker, og i hvor høj grad det kan lykkes at motivere og fastholde engagementet i denne patientgruppe. Vi runder derfor rapporten af med et særligt kapitel om motivation og barrierer for ændringer i livsstilsadfærd.

1.1 LITTERATUR

1. Chen X, Lee G, Maher BS, Fanous AH, Chen J, Zhao Z et al. GWA study data mining and independent replication identify cardiomyopathy-associated 5 (CMYA5) as a risk gene for schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2011;16:1117-29.
2. Hansen T, Ingason A, Djurovic S, Melle I, Fenger M, Gustafsson O et al. At-Risk Variant in TCF7L2 for Type II Diabetes Increases Risk of Schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2011;70:59-63.
3. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO, Genève 2009.



2

OVERSYGELIGHED, OVERDØDELIGHED OG LIVSSTIL

DETTE KAPITEL GENNEMGÅR DEN OVERSYGELIGHED OG OVERDØDELIGHED, DER ER BLANDT PERSONER MED PSYKISK SYGDOM, OG BESKRIVER DERES LIVSSTIL OG HOLDNINGER HERTIL.

Vi har i kapitlet primært brugt litteratur, der er baseret på dansk eller nordisk registerbaseret forskning samt en stor landssækkende selvrapporteret spørgeskemaundersøgelse. Muligheden for adgang til omfattende registeroplysninger betyder, at de nordiske lande har været blandt verdens førende på dette felt. Litteraturen om livsstilsforhold blandt personer med psykiske sygdomme har vi desuden suppleret med studier fra hele verden. Dette har været nødvendigt, fordi litteraturen er sparsom, og det var umuligt at basere kapitlet alene på dansk og nordisk litteratur.

2.1 SAMMENFATNING

Mere end 200.000 danskere er i dag i behandling for bipolar sygdom, skizofreni eller depression. Der er en betydelig overdødelighed og oversygelighed for personer med disse sygdomme. Den forventede levetid er ca. 20 år kortere for mænd og 15 år kortere for kvinder med bipolar sygdom og skizofreni, mens antallet af tabte leveår er lidt mindre ved depression. Selvmord og ulykker spiller en vis rolle for den nedsatte livslængde, men hovedårsagen er tidlig død pga. somatisk sygdom. Kvantitativt spiller hjertekarsygdom den største rolle. Personer med skizofreni, depression og bipolar sygdom har ofte en usundere livsstil end baggrundsbefolkningen. I Danmark er dette dokumenteret i Den Nationale Sundhedsprofil 2010. I forhold til den generelle befolkning er personer, der angiver, at de har vedvarende psykiske sygdomme, dobbelt så ofte dagligrygere (38,8 %

vs. 19,8 %), har et usundt kostmønster (20,9 % vs. 12,9 %) og en stillesiddende adfærd (34,7 % vs. 14,5 %). Der er også langt flere storrygere (25,9 % vs. 10,1 %) og svært overvægtige (20,9 % vs. 12,9 %), men til gengæld har personer med psykisk sygdom samme høje interesse som den generelle befolkning for at ændre livsstil, hvad angår rygning (68,3 % vs. 74,5 %), kost (62,2 % vs. 56,4 %) og fysisk aktivitet (68,7 % vs. 72,2 %).

2.2 KENDETEGN OG FOREKOMST AF SKIZOFRENI, DEPRESSION OG BIPOLAR SYGDOM

De psykiske sygdomme, som vi har valgt at se på i denne rapport, er skizofreni, depression og bipolar sygdom (tidligere kaldt mani-depressiv lidelse).

Skizofreni er oftest kendetegnet ved periodiske eller længerevarende hallucinationer (oftest hørelsehallucinationer) eller vrangforestillinger (oftest forfølgelsesforestillinger) samt forekomst af såkaldte negative symptomer, hvor social tilbagetrækning, nedsat aktivitet og engagement er de mest dominerende. Sygdommen debuterer i ungdomsårene og forekommer hyppigere og i alvorligere grad hos mænd end hos kvinder (1, 2). Der er ca. 14.000 danskere, som aktuelt er indlagte eller i ambulant behandling i sekundærsektoren (3), og ca. 30.000 personer i Danmark, som har været eller er i behandling for skizofreni (4, 5).

Depression er kendetegnet ved nedsat stemnings-

leje, nedsat interesse og lyst til aktiviteter, som man ellers har været optaget af, og nedsat energi. Herudover kan der være selvbefejdelser, oplevelse af at blive overvældet af problemer, vanskeligheder ved at overskue sin situation, bekymringer, oplevelse af håbløshed og selvmordstanker. Depression kan være ledsaget af fysiologiske fænomener som søvnbesvær, nedsat appetit og nedsat sexlyst. Der kan være forværring af tilstanden i morgentimerne. Depression forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd og kan debutere i alle aldersklasser (6). Der er ca. 30.000 danskere, som er i aktuell behandling i sekundærsektoren for enten bipolar sygdom eller depression (3), heraf langt størstedelen med depression. Der er ca. 200.000 personer i behandling for depression i primærsektoren.

Bipolar sygdom er kendetegnet ved forekomst af både maniske og depressive episoder. Under manier er de mest karakteristiske symptomer opstemthed eller irriterabilitet, talepres, overaktivitet, rastløshed, lille søvnbehov, øget selvfølelse, uansvarlig eller kritikløs adfærd. Bipolar sygdom er lige hyppig hos mænd og kvinder og kan debutere i alle aldersklasser (6). Der er ca. 14.000 personer, som aktuelt er eller tidligere har været indlagt eller er i ambulant behandling for bipolar sygdom (5).

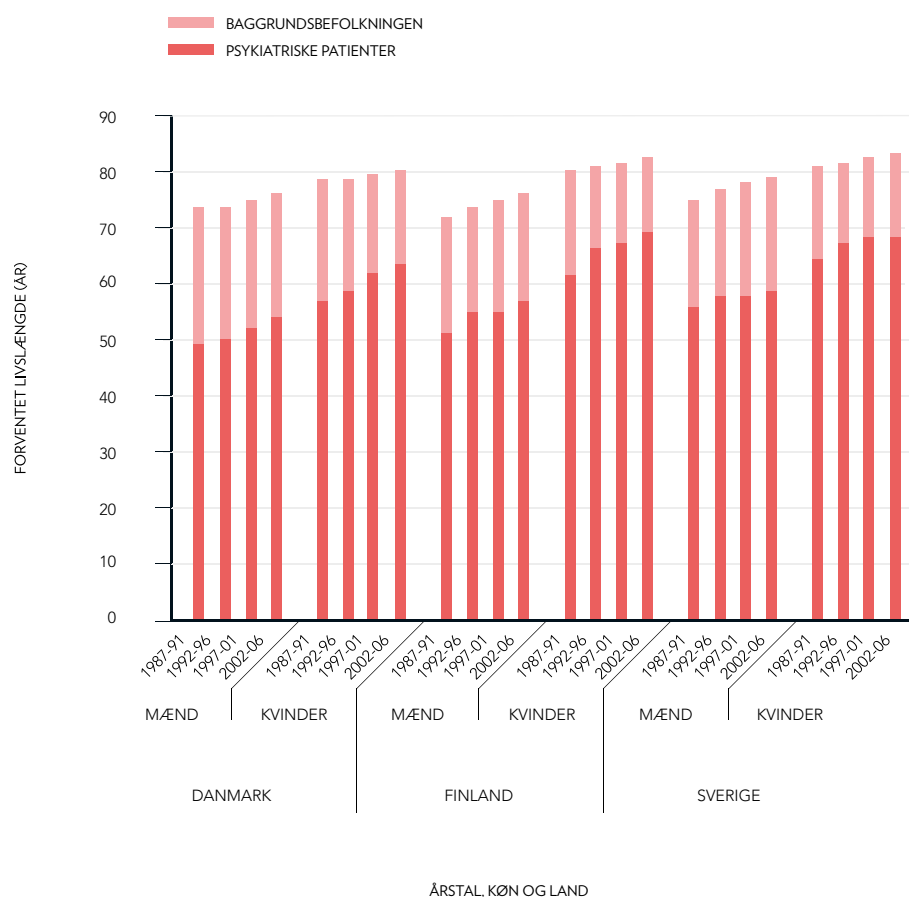
2.3 OVERDØDELIGHED

Der er en kendt øget sygelighed og dødelighed pga. somatiske sygdomme blandt personer med psykiske lidelser. I en stor nordisk undersøgelse baseret på over en million psykiatriske patienter er det for nyligt påvist, at psykiatriske patienter lever 15-20 år kortere end andre personer, se Figur 1 (7). I undersøgelsen indgik alle patienter, som havde været indlagt på psykiatrisk afdeling, dog var patienter med demens ikke med. Som det fremgår af Figur 1, stiger den forventede levetid i alle tre lande både i baggrundsbefolkningen og

blandt de psykiatriske patienter, men forskellen i forventet levetid er stort set konstant over den 20-årige undersøgelsesperiode. Der har været en næsten konstant forskel på ca. 20 leveår for mænd og 15 leveår for kvinder igennem hele undersøgelsesperioden. Forholdene er desuden ret ens i de tre nordiske lande, hvilket understøtter undersøgelsens resultater. Der er gennemført en meta-analyse, der tyder på, at der er en stigende forskel på dødelighed blandt patienter med skizofreni og baggrundsbefolkningen (8). Dette har dog ikke kunnet bekræftes i denne store nordiske undersøgelse (7).

→ **FIGUR 1**

Forventet livslængde (år) i baggrundsbefolkningen og blandt psykiatriske patienter i Danmark, Sverige og Finland fordelt på køn og årstal (1987-2006) (7) (gengivet med tilladelse fra Royal College of Psychiatrists).

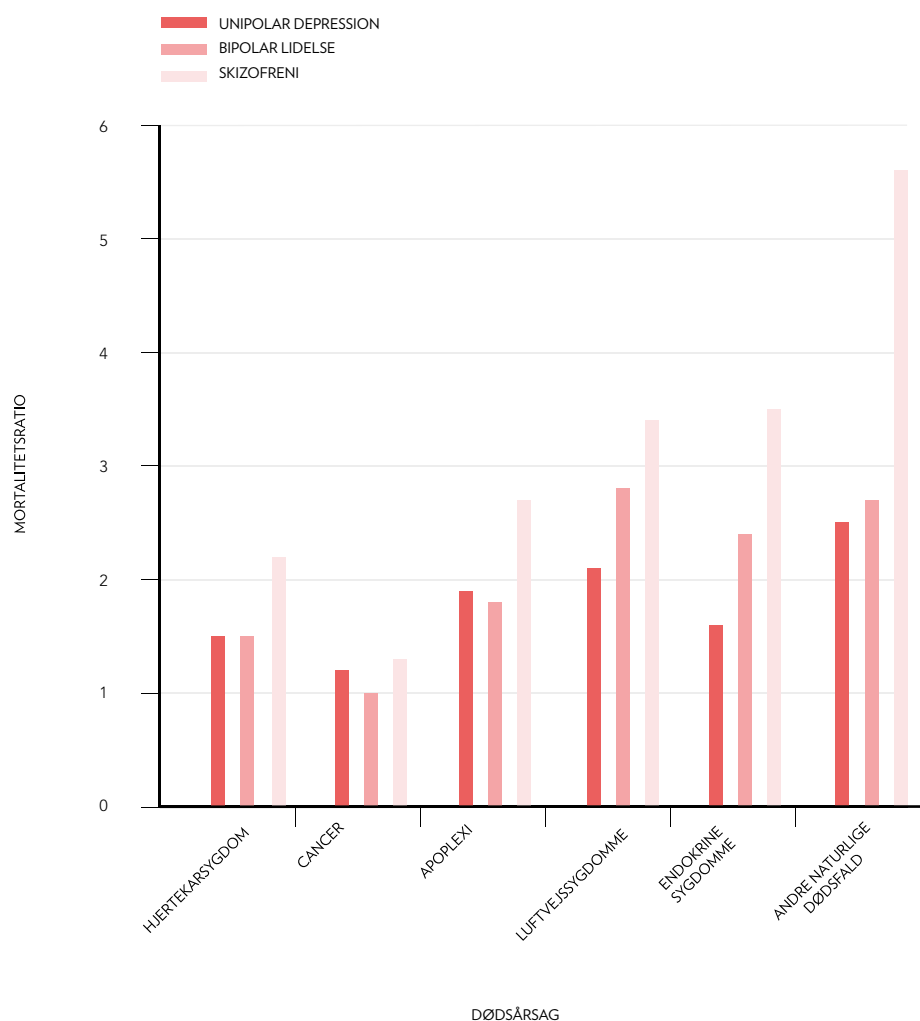


Overdødeligheden er i nogen grad forklaret af selvmord og ulykker, men størstedelen af de tabte leveår skyldes overdødelighed pga. somatisk sygdom (9). Der er overdødelighed ved samtlige sygdomskategorier for mænd og kvinder. Overdødeligheden ved hjertekarsygdomme og apopleksi er

fordoblet, og disse dødsårsager spiller kvantitativt den største rolle (10), se Figur 2. Det fremgår af Figur 2, at overdødeligheden er værst for patienter med skizofreni, og at der er overdødelighed ved en række dødsårsager, der kan relateres til livsstil, fx hjertesygdomme, apopleksi og luftvejslidelser.

→ FIGUR 2

Overdødelighed, angivet som en mortalitetsratio, ved specifikke dødsårsager blandt danske, mandlige patienter med skizofreni, depression og bipolar sygdomme sammenlignet med mænd i baggrundsbefolkningen, som aldrig har været indlagt på psykiatrisk afdeling (1973-2000) (10).

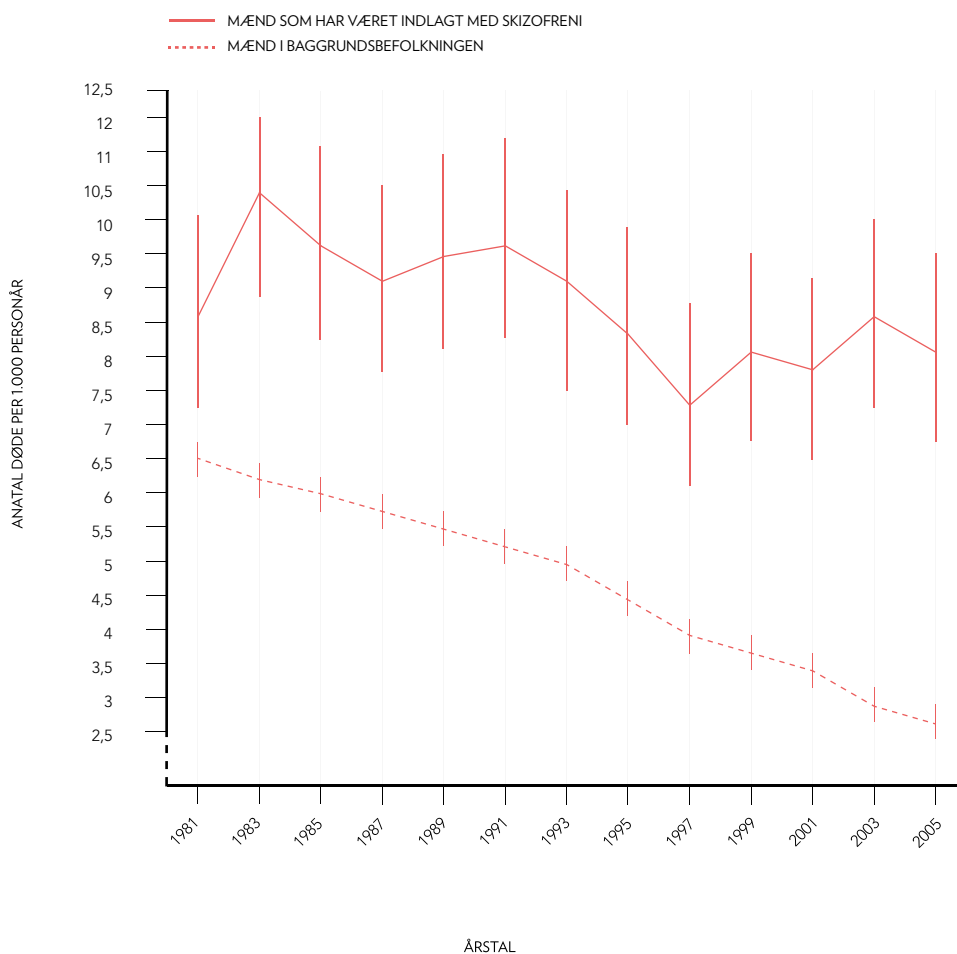


Overdødelighed, angivet som en mortalitetsratio, ved specifikke dødsårsager blandt danske, mandlige patienter med skizofreni, depression og bipolar

sygdom sammenlignet med mænd i baggrundsbefolkningen, som aldrig har været indlagt på psykiatrisk afdeling (1973-2000).

→ FIGUR 3

Antal døde pr. 1.000 personår på grund af hjertekarsygdom blandt mænd i Danmark, fordelt på patienter med skizofreni og den generelle befolkning (1981-2006) (9) (gengivet med tilladelse fra Elsvire).



Figur 3 tyder på, at patienter med skizofreni ikke har oplevet den samme reduktion i hjertekardødeligheden som den generelle befolkning. Dette kan skyldes, at patienterne i mindre grad tilbydes medicinsk eller kirurgisk behandling for hjertekarsygdom. Det kan skyldes bivirkninger ved antipsykotisk medicin, og det kan skyldes, at patienterne ikke, i samme grad som den øvrige del af befolkningen, har ændret livsstil. Det er fx muligt, at patienter med skizofreni ikke har haft den

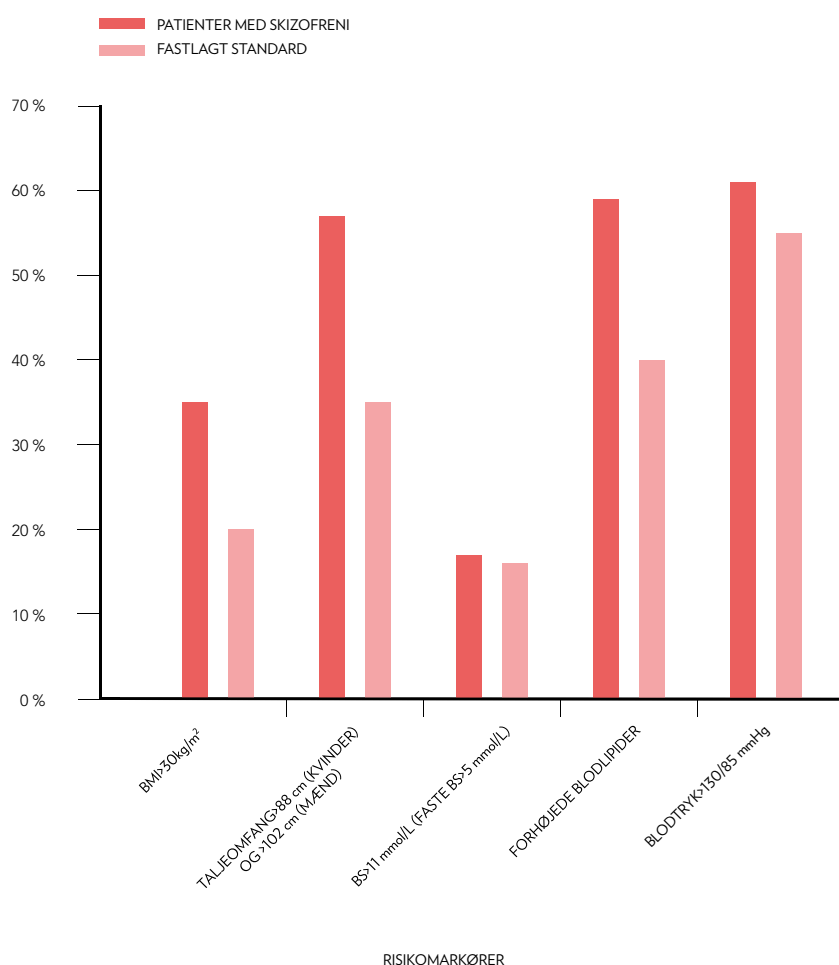
samme positive udvikling mht. ophør af rygning. I den nævnte nordiske undersøgelse (7) blev der ikke påvist en stigende dødelighed ved somatiske sygdomme i Danmark, Finland og Sverige fra 1987 til 2006.

2.4 OVERSYGELIGHED

Vi har valgt at beskrive risikoen for oversygelighed blandt personer med psykisk sygdom gennem

→ FIGUR 4

Risikomarkører for hjertekarsygdom og diabetes (Body Mass Index (BMI), taljeomfang, blodsukker (BS), blodlipider og blodtryk) angivet i procent blandt 5000 patienter med skizofreni sammenholdt med en fastlagt standard.



tilstedeværelsen af risikofaktorer for opståen af somatisk sygdom, specielt hjertekarsygdom og diabetes. Data fra det Nationale Indikator Projekt (NIP) viser, at der hos patienter med skizofreni er en større andel, der har risikomarkører for diabetes og hjertekarsygdom (Body Mass Index (BMI) > 30 kg/m², taljeomfang > 88 cm for kvinder og > 102 cm for mænd, blodsukker > 11 mmol/L (faste > 5 mmol/L), forhøjede blodlipider og blodtryk > 130/85 mm Hg) sammenlignet med en standard,

som er blevet fastlagt i Det Nationale Indikator-projekt på basis af vejledninger fra International Diabetes Federation, se Figur 4. Blandt de 5.000 patienter med skizofreni, som i 2011 fik rapporteret data til NIP, havde 18 % forhøjet blodsukker, 35 % havde BMI over 30, 57 % havde taljeomfang, der oversteg Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser, 59 % havde forhøjede blodlipider og 61 % havde forhøjet blodtryk. NIP-skizofreni er en landsdækkende kvalitetsdatabase, som har eksisteret siden

2001. For alle patienter med skizofreni, indlagt på psykiatrisk afdeling eller i ambulant behandling, skal der mindst en gang årligt indrapporteres oplysninger, der dokumenterer kvaliteten af den behandling, de har modtaget. NIP-skizofreni har fra 2012 skiftet navn til Den Nationale Skizofreni-database (11). Der findes ikke tilsvarende oplysninger for depression og bipolar sygdom.

Der er gennemført danske og internationale undersøgelser af risikomarkører for metabolisk syndrom hos patienter med skizofreni. En nyere undersøgelse af patienter i behandling med antipsykotisk medicin i distriktpsychiatrien i København har vist, at forekomsten af risikofaktorer for hjertekarsygdom og diabetes, målt som forekomsten af metabolisk syndrom, er dobbelt så høj hos patienterne, sammenlignet med baggrundsbefolkningen (12). Metabolisk syndrom er ifølge International Diabetes Federation defineret som samtidig forekomst af central fedme (>94 cm for mænd og >80 cm for kvinder) og mindst to af følgende faktorer: Øget triglycerid niveau eller behandling for dette, nedsatte fasteværdier for high-density lipoprotein-cholesterol (HDL-kolesterol), forhøjet blodtryk (>130/85 mm Hg) og forhøjet fasteplasma-glucose eller type 2-diabetes. Der findes ikke tilsvarende danske tal for patienter med depression eller bipolar sygdom.

2.5 ÅRSAGER TIL OVERSYGELIGHED OG OVERDØDELIGHED

En del af denne høje forekomst af metabolisk syndrom blandt psykisk syge skyldes vægtøgning og nedsat glucosetolerance, som kan være bivirkninger ved antipsykotisk medicin (13-16). En grundig analyse af risikoen for vægtøgning og diabetes ved forskellige antipsykotisk virkende medikamenter bør derfor prioriteres højt. En anden årsag til den høje sygelighed og dødelighed kan være underbe-

handling af somatisk sygdom (17) og fælles genetiske risikofaktorer for psykisk og somatisk sygdom (18, 19). Imidlertid er der også grund til at antage, at livsstilsforhold som ryge-, kost- og motionsvaner spiller en væsentlig rolle for den tilstedeværende overdødelighed og større procentvise andel blandt psykisk syge, der har risikofaktorer for type 2-diabetes og hjertekarsygdomme.

2.6 LIVSSTIL

Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er en stor og landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der bl.a. har omfattende data om befolkningens livsstil, hvad angår rygning, kost og fysisk aktivitet, og befolkningens motivation for at ændre deres ryge-, kost- og motionsvaner. Samtidig har deltagerne i undersøgelsen selvrapporteret, om de lider af en vedvarende psykisk sygdom. I spørgeskemaundersøgelsen var der 159.490, der besvarede det udsendte spørgeskema, og blandt disse personer angav 4.958 at have en vedvarende psykisk lidelse, svarende til 3,1 % af befolkningen. Dette svarer nogenlunde til den samlede forekomst af depression, bipolar sygdom og skizofreni i Danmark. Det kan dog tænkes, at forekomsten af psykisk sygdom blandt dem, som ikke besvarede spørgeskemaet, er højere end 3,1 %. Det er meget sandsynligt, at de hårdest ramte psykiatriske patienter er underrepræsenteret i Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Det er også muligt, at de adspurgte angiver at have andre vedvarende psykiske sygdomme end depression, bipolar sygdom og skizofreni, fx angst. Endelig er det sandsynligt, at dem med de mest usunde livsstilsvaner er underrepræsenterede i undersøgelsen. Trods disse forbehold giver undersøgelsen et vigtigt fingerpeg om livsstilsvaner og holdninger hos personer med vedvarende psykiske lidelser i forhold til den generelle befolkning i Danmark. Vi kan fx beregne, at blandt dem, der angiver at have vedvarende

→ **TABEL 2.1**

Oversigt over livsstilsvaner og holdninger hertil hos baggrundsbefolkningen og personer med psykisk sygdom.
Køns- og aldersjusteret procent.

	VEDVARENDE PSYKISK SYGDOM	
	JA	NEJ
ANTAL SVARPERSONER	➤ 4.958	➤ 159.490
DAGLIGRYGERE (%)	➤ 38,8	➤ 19,8
STORRYGERE (15 ELLER FLERE CIGARETTER OM DAGEN) (%)	➤ 25,9	➤ 10,1
DAGLIGRYGERE, DER GERNE VIL HOLDE OP MED AT RYGE (%)	➤ 68,3	➤ 74,5
USUNDT KOSTMØNSTER (%)	➤ 20,5	➤ 12,8
ANDEL MED ET USUNDT KOSTMØNSTER, DER GERNE VIL SPISE MERE SUNDT (%)	➤ 62,2	➤ 56,4
ER PRIMÆRT STILLESIDDEDE (LÆSER, SER FJERNSYN ELLER HAR ANDEN STILLESIDDEDE AKTIVITET) (%)	➤ 34,7	➤ 14,5
ANDEL, DER GERNE VIL VÆRE MERE FYSISK AKTIV, BLANDT PERSONER MED STILLESIDDEDE FRITIDS AKTIVITET (%)	➤ 68,7	➤ 72,2
SVÆR OVERVÆGT (BMI ≥ 30)	➤ 20,9	➤ 12,9

Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010

psykisk sygdom, er der 38,8 % dagligrygere, mens det tilsvarende tal i baggrundsbefolkningen er 19,8 % (se Tabel 2.1). Hertil skal lægges, at andelen af storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) er væsentlig højere i denne gruppe end i baggrundsbefolkningen (25,9 % vs. 10,1 %). Usunde kostvaner rapporteres af 20,5 % blandt de psykisk syge og 12,8 % i baggrundsbefolkningen, og 34,7 % med vedvarende psykisk sygdom mod 14,5 % i baggrundsbefolkningen rapporterer, at de primært er stillesiddende. Tilstedeværelse

af svær overvægt (BMI > 30 kg/m²) er også langt højere blandt psykisk syge (20,9 %) sammenlignet med baggrundsbefolkningen (12,9 %). Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at ønsket om at ændre livsstil er på samme niveau blandt personer, der selvrapporterede vedvarende psykisk sygdom, som i baggrundsbefolkningen (se Tabel 2.1). Eksempelvis ønsker ca. 70 % af dagligrygerne i begge grupper at holde op med at ryge.

Der findes ikke andre store danske repræsentative

undersøgelser, der belyser ryge-, kost- og motionsvaner hos patienter med psykisk sygdom, men vi har fundet en del international litteratur om emnet. Fælles for de internationale undersøgelser er, at hver undersøgelse stammer fra en given kontekst. Der kan fx være tale om indlagte patienter eller patienter i en bestemt type ambulatorium. Der kan derfor være store forskelle i sværhedsgraden af både den psykiske sygdom og i livsstilsforholdene.

Om Den Nationale Sundhedsprofil

Den Nationale Sundhedsprofil er finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

En spansk undersøgelse gennemført af Bobes et al. (2010) af næsten 2000 patienter i ambulant behandling for skizofreni fandt, at andelen af rygere her var markant højere (55,5 %) (20) end i den generelle befolkning (31,5 %) (20). Blandt mandlige og kvindelige patienter med bipolar sygdom har en anden spansk undersøgelse fra 2009 vist, at 51,5 % i gennemsnit var rygere (22). I en systematisk litteraturgennemgang konkluderede Compton et al. (2009), at personer med psykisk sygdom i USA havde en fordoblet forekomst af rygning sammenlignet med personer uden psykisk sygdom. Undersøgelsen var ikke delt op på diagnostiske undergrupper (21).

Der er kun spredte undersøgelser af fysisk aktivitet blandt patienter med de diagnoser, som vi har valgt at fokusere på i denne rapport, og der er ikke

offentliggjort systematiske reviews eller metaanalyser. I en undersøgelse af 185 patienter med skizofreni eller affektiv sygdom i staten Maryland, USA fandt Daumit et al. (2005) (23), at fysisk inaktivitet var hyppigere forekommende blandt patienterne sammenlignet med den amerikanske baggrundsbefolkning (26 % vs. 17 %). Undersøgelsen viste også, at en stor andel af patienterne kun havde fysisk aktivitet i form af gang, mens signifikant flere i baggrundsbefolkningen dyrkede løb, cykling eller konkurrencesport. I 2004/2005 gennemførtes i Vejle en undersøgelse af det fysiske aktivitetsniveau blandt indlagte patienter på psykiatrisk afdeling, beboere på en psykiatrisk bosted og brugere af et socialpsykiatrisk værested. Diagnosefordelingen er ikke angivet, men på landsplan har en meget stor andel af beboere på bosteder diagnosen skizofreni. Undersøgelsen viste, at det fysiske aktivitetsniveau var meget lavt blandt de psykiske syge. Specielt på sengeafdelingerne og bostederne, hvor halvdelen havde et aktivitetsniveau, der blev karakteriseret som meget lavt, svarende til det fysiske aktivitetsniveau for en kørestolsbruger (24). Det er vanskeligt at finde data, der beskriver forskelle i eksempelvis kondital på psykisk syge og baggrundsbefolkningen. Et enkelt studie har dog sammenlignet kondittallet hos 137 patienter med depression med 44 raske kontroller. Deltagerne var matchet på køn, alder og BMI, og ingen af deltagerne dyrkede motion i deres fritid. Man fandt, at patienter med depression havde et kondital, der var ca. 10 % lavere end hos raske, hvilket formentlig er et udtryk for generel lavere fysisk aktivitet hos denne patientgruppe (25).

For skizofreni foreligger en del undersøgelser, der sammenligner kostvaner hos patienter med baggrundsbefolkningen. Der har været fokus på fiberindhold, frugt og grønt og fedtindhold. I en lang række undersøgelser er det gennemgående, at patienter med skizofreni spiser en mere fedtholdig kost med et mindre indhold af frugt og fibre end baggrundsbefolkningen (26-30).

2.7 LITTERATUR

1. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenschlaeger J, Christensen T, Krarup G et al. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:396-405.
2. Thorup A, Waltoft BL, Pedersen CB, Mortensen PB, Nordentoft M. Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychol Med* 2007;37:479-484.
3. Oversigt over standardtabeller og figurer udarbejdet på baggrund af data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister. Lokaliseret oktober 2012 på <http://www.psykiatriskforskning.dk/registre/psykiatrisk-centralregister/aarstabeller/>.
4. Pedersen CB. Urban-rural differences in the risk of schizophrenia. Århus Universitet. Ph.d. afhandling 2009.
5. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011;131:101-104.
6. Laursen TM. A register based epidemiological description of risk factors and outcomes for major psychiatric disorders, focusing on a comparison between bipolar affective disorder and schizophrenia. Center for Registerforskning, Århus Universitet. Ph.d. afhandling 2006.
7. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011;199:453-458.
8. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-1131.
9. Laursen TM, Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder - Changes in the danish population between 1994 and 2006. *J Psychiatr Res* 2011;45:29-35.
10. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:899-907.
11. Den Nationale Skizofrenidatabase. Lokaliseret oktober 2012 på <http://www.kcks-vest.dk/kliniske+kvalitetsdatabaser/skizofreni>.
12. Krane-Gartiser K, Breum L, Glumr C, Linneberg A, Madsen M, Koster A et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Danish psychiatric outpatients treated with antipsychotics. *Nord J Psychiatry*. 2011;65:345-352.
13. Daumit GL, Goff DC, Meyer JM, Davis VG, Nasrallah HA, McEvoy JP et al. Antipsychotic effects on estimated 10-year coronary heart disease risk in the CATIE schizophrenia study. *Schizophr Res* 2008;105:175-187.

14. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia 1. *N Engl J Med* 2005; 353:1209-1223.
15. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009;373:31-41.
16. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-1097.
17. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:713-720.
18. Chen X, Lee G, Maher BS, Fanous AH, Chen J, Zhao Z et al. GWA study data mining and independent replication identify cardiomyopathy-associated 5 (CMYA5) as a risk gene for schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2011;16:1117-1129.
19. Hansen T, Ingason A, Djurovic S, Melle I, Fenger M, Gustafsson O et al. At-Risk Variant in TCF7L2 for Type II Diabetes Increases Risk of Schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2011;70:59-63.
20. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M, Rejas J. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res* 2010;119:101-109.
21. Compton MT, Daumit GL, Druss BG. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: a preventive perspective. *Harv Rev Psychiatry* 2006;14:212-222.
22. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bascaran MT, Martinez AS, Benabarre A, Sierra P et al. Cardiovascular risk in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2009;115:302-308.
23. Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C, Dickerson F, Brown CH, Kreyenbuhl J et al. Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:641-646.
24. Sandberg M, Jensen KM. Psykisk syge rører sig for lidt. *Sygeplejersken* 2006;9:20-25.
25. Krogh J, Nordentoft M, Sterne JA, Lawlor DA. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:529-38.
26. Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, Garcia-Garcia M, Rejas J. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res* 2008;104:1-12.

- 27. Archie SM, Goldberg JO, Akhtar-Danesh N, Landeen J, McColl L, McNiven J. Psychotic disorders, eating habits, and physical activity: who is ready for lifestyle changes? *Psychiatr Serv* 2007;58:233-239.
- 28. Strassnig M, Singh BJ, Ganguli R. Dietary fatty acid and antioxidant intake in community-dwelling patients suffering from schizophrenia. *Schizophr Res* 2005;76:343-351.
- 29. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005;80:45-53.
- 30. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:697-701.



3

RYGNING

I DETTE KAPITEL BESKRIVES DEN VIDEN, VI HAR I DAG, OM EFFEKTER AF FORSKELLIGE TILTAG, SOM KAN FREMME RYGESTOP HOS PERSONER MED PSYKISK SYGDOM. DE RYGESTOPFREMMENDE TILTAG OMFATTER FORSKELLIGE TYPER RÅDGIVNING, NIKOTINSUBSTITUTION OG FORSKELLIGE LÆGEMIDLER.

Personer med psykisk sygdom er hyppigere rygere end raske. De er ofte mere nikotinafhængige, ryger flere cigaretter dagligt og har en meget højere dødelighed af rygerelaterede sygdomme end personer uden psykisk sygdom (1), (se Figur 2). Fx viser Den Nationale Sundhedsprofil 2010, at blandt dem, der angiver at have vedvarende psykisk sygdom, er der 38,8 % dagligrygere, mens det tilsvarende tal i baggrundsbefolkningen er 19,8 %. Udenlandske undersøgelser peger på en endnu højere forekomst af rygning blandt personer med skizofreni (55 %) og bipolar sygdom (54 %), se afsnit 2.6.

I det følgende gennemgår vi den eksisterende viden om effekten af forskellige behandlinger til at fremme rygestop blandt personer med depression, skizofreni og bipolar sygdom. Behandlingerne kan omfatte alt fra hjælp til selvhjælp, kort rådgivning som gives af en læge eller en sygeplejerske, længerevarende rådgivning, fx omfattende kognitiv terapi eller farmakologisk behandling med nikotinpræparater eller andre lægemidler. Disse behandlinger kan gives enten alene eller i kombination. Den aktive rygestopbehandling sammenlignes ofte med en ikke-virksom behandling (placebobehandling), men nogle gange gives den aktive rygestopbe-

handling, som undersøgelsen fokuserer på, oven i en anden behandling (fx nikotinplaster eller nikotintygggegummi).

Litteraturens beskaffenhed

Vi har foretaget en grundig litteratursøgning i PubMed og gennemgået litteraturlister i systematiske litteraturgennemgange med fokus på følgende typer undersøgelser:

1. Lodtrækningsstudier, der inkluderer patienter, som primært havde en psykiatrisk diagnose.
2. Lodtrækningsstudier, hvor man sammenligner behandlinger rettet mod rygestop hos det enkelte menneske med tidligere eller aktuel psykisk sygdom (dvs. ikke fx rygeforbud eller massekampagner mod rygning).
3. Lodtrækningsstudier, der minimum inkluderer de tre måneders opfølgning.

Mange af undersøgelserne viste sig at være subgruppeanalyser af personer med enten tidligere eller pågående psykisk sygdom, som indgår i forsøg, der inkluderede alle rygere. Det vil sige, at størstedelen af deltagerne i forsøget ikke havde psykisk sygdom. Litteratursøgningen viste også, at der kun findes få og mindre studier om effekterne af rygestopinterventioner

hos personer med bipolar sygdom, og at der mangler viden om, hvordan man kan fastholde et opnået rygestop.

3.1 SAMMENFATNING

I Tabel 3.1 gives en oversigt over evidensstyrken af vores nuværende viden om effekter af forskellige rygestopfremmende tiltag hos personer med psykisk sygdom. Vi finder moderat evidens for, at rygestop hos personer med tidligere eller pågående depression fremmes af nikotinsubstitution, og at effekten af nikotinsubstitution er i samme størrelsesorden som blandt rygere uden depression, svarende til 14-22 % ophør efter seks måneders intervention. Der er også moderat evidens for, at rygestoprådgivning er virksom for personer med tidligere eller pågående depression. Hvis den indeholder adfærdsterapi med fokus på stemningsleje, forhøjer rygestoprådgivning chancen for rygestop med ca. 1,5 gang sammenlignet med ingen rådgivning. Evidensen for effekten af bupropion og andre antidepressivt virkende lægemidler til at fremme rygestop er svagere. De fleste studier har dog vist en lidt højere rygestopfrekvens blandt personer med depression, som fik disse stoffer (se Tabel 3.1). Vi kan således konstatere, at der mangler vigtig viden om flere aspekter af hjælp til rygestop til personer med depression, som ofte er mere tobaksafhængige end vanlige rygere. Bl.a. er der meget få studier af personer, som har pågående depression.

Generelt medfører intervention sjældnere rygeophør hos rygere med skizofreni end hos raske rygere. Der er dog moderat evidens for, at bupropion næsten kan tredoble chancen for rygestop uden at have negativ effekt på de psykotiske symptomer. Også lægemidlet vareniclin blev tålt godt af personer med skizofreni, og

på kort sigt øgede det chancen for at stoppe med rygning, men her er evidensen svagere. Der er også muligt, at økonomisk belønning har en vis effekt, men det er usikkert, om det også gælder på lang sigt. Der er ikke evidens for, at nikotinplaster suppleret med generel eller specialiseret rygestoprådgivning til personer med skizofreni har nogen sikker effekt med henblik på at fremme rygestop. Men antallet af undersøgelser er meget beskedent. Dette gælder også for nikotinsubstitution givet til personer med skizofreni, hvor kun én undersøgelse viste en ikke-signifikant, men positiv tendens, og en anden undersøgelse viste, at brug af nikotinplaster øgede chancen for at forblive ikke-ryger (se Tabel 3.1).

Vores viden om fremme af rygestop blandt personer med bipolar sygdom er meget sparsom. Der foreligger kun to meget små undersøgelser af vareniclin og bupropion, og det er ikke muligt at afgøre, om disse behandlinger virker. Der foreligger ingen studier af effekten af nikotinsubstitution eller adfærdsterapi til personer med bipolar sygdom.

Generelt har det for nogle af diagnoserne, fx bipolar sygdom og pågående depression, været vanskeligt at rekruttere deltagere til undersøgelserne. Vi har desuden kun fundet et enkelt studie, der fokuserede på, hvordan man kan fastholde ikke-rygerstatus efter et rygestop. Denne undersøgelse viste, at nikotinplaster kunne forebygge, at personer med skizofreni genoptog rygning.

→ TABEL 3.1

Oversigt over vores nuværende viden om effekter af rygestopintervention hos personer med hhv. depression, skizofreni og bipolar sygdom fordelt på evidensniveau, jf. GRADE-systemet (se afsnittet "Metode og rapportens opbygning"). "↑" symboliserer en positiv effekt af interventionen, mens "?" angiver, at undersøgelsen var for lille til at drage nogen konklusion.

	DEPRESSION	SKIZOFRENI	BIPOLAR SYGDOM
STÆRK EVIDENS			
MODERAT EVIDENS	› Nikotinsubstitution ↑ › Adfærdsterapi med fokus på stemningsniveau ↑	› Bupropion ↑	
SVAG EVIDENS	› Antidepressiva* ↑	› Vareniclin ↑ › Økonomisk belønning ↑	
MEGET SVAG EVIDENS	› Naltrexon ↑	› Nikotinsubstitution ↑ › Nikotinplaster + specialiseret rådgivning ↑ › Nikotinplaster + standard-rådgivning ↑	› Vareniclin ? › Bupropion ?

*Først og fremmest bupropion, men også sertralin, nortryptilin og fluoxetin

3.2 DEPRESSION OG ÆNDRINGER AF RYGEVANER

Der findes relativt få lodtrækningsforsøg, som belyser effekten af forskellige rygestopindsatser hos personer med depression. I et systematisk review fra 2011 gennemgik Gierrish et al. den videnskabelige litteratur om dette emne (2, 3). Efter gennemgang af næsten 800 artikler fandt reviewets forfattere kun 16 undersøgelser omfattende 1756 rygere, som opfyldte deres inklusionskrav, dvs. studier af voksne ambulante patienter med enten nuværende eller tidligere depression og en opfølgning på mindst tre måneder. Hvor det var muligt, prøvede de amerikanske forskere at slå flere undersøgelser sammen i en metaanalyse. Dette kunne lade sig gøre i to tilfælde: for behandling

med kognitiv adfærdsterapi med fokus på stemningsleje (behavioral mood management), og for behandling med antidepressiv medicin, som blev givet sammen med rådgivning vedrørende adfærd (behavioral counselling). Det er dette review (2, 3), som danner baggrund for de fleste af konklusionerne i dette afsnit om effekten af forskellige rygestoptiltag blandt personer med pågående eller tidligere depression.

Virker nikotinsubstitution?

I det systematiske litteraturreview af Gierrisch et al. fra 2011 blev der inkluderet fire studier, der belyste, om tilførsel af nikotintyggegummi (tre studier) og nikotinplaster (ét studie) kunne øge chancen for rygestop (4-7). I tre af de fire studier var nikotinsubstitutionen givet i tillæg til rådgivning om

rygestop: i to af studierne sammen med kortvarig rådgivning, og i et af studierne i tillæg til et længe-revarende rygestoprådgivningsforløb, som strakte sig over 6-10 sessioner. Tre af studierne viste en højere chance for rygestop blandt dem, som fik nikotinsubstitution, men forskellen sammenlignet med placebo var ikke altid signifikant. Tre af studierne inkluderede personer med tidligere depression, og kun ét af studierne inkluderede patienter med pågående depression (5). De fire studier var for forskellige til, at de kunne sammenfattes i en metaanalyse, men det kunne dog konkluderes, at nikotinsubstitution har en mindre, men positiv virkning, som øger chancen for rygestop (2, 3). Til trods for at der kun er foretaget et studie med pågående depression anbefalede forskerne, at nikotinsubstitution bør bruges hos personer med depression, som ønsker at holde op med at ryge.

Virker antidepressiv medicin?

Gierisch et al. (2011) inkluderede fem studier af effekten af forskellige typer antidepressiv medicin (sertralin, nortryptilin, fluoxetin og bupropion), som blev givet sammen med rådgivning vedrørende adfærd (tre studier) (9-11) eller sammen med nikotinsubstitution og rådgivningen (to studier) (8, 12). De tre førstnævnte studier kunne indgå i en metaanalyse omfattende i alt 255 personer. Denne metaanalyse viste, at den antidepressive medicin førte til 1,3 gange større chance for rygestop, men at dette ikke var signifikant forskelligt fra behandlingen med placebo [95 % CI: 0,73-2,34] (9-11). I gruppen, der modtog den antidepressive medicin, ophørte 17 % med at ryge, mens andelen i placebo-gruppen var 13 %. I de to studier, hvor der også blev givet nikotinsubstitution, kunne man heller ikke vise en signifikant større chance for rygestop hos dem, som fik antidepressiv behandling (8, 12). Af de ovenfor omtalte antidepressivt virkende lægemidler er kun bupropion registeret til at fremme rygestop. Samlet konkluderede forfatterne, at der

ikke var evidens nok til at anbefale antidepressiv behandling i forbindelse med rygestopforsøg til patienter med tidligere depression.

Virker rådgivning og stemningsregulerende terapi?

Gierisch et al. (2011) identificerede seks studier, som fokuserede på effekt af stemningsregulerende terapi (mood management treatment component) givet sammen med adfærdsmodificerende rygestoprådgivning (2, 3). I ét studie var der ikke andre behandlinger (13), mens to studier også omfattede nikotinsubstitution og to andre også antidepressivt virkende lægemidler. Fem af studierne kunne sammenfattes i en metaanalyse, som viste, at behandling, som indeholdt rådgivning og stemningsregulerende terapi, signifikant øgede chancen for at holde op med at ryge ($n = 402$, $RR=1,45$ [95 % CI: 1,01-2,7]) (14-18). Der var desuden en tendens til, at rådgivningen var endnu mere effektiv, hvis den blev suppleret med nikotinsubstitution, men denne tendens var ikke signifikant (2, 3). Samlet konkluderede forfatterne, at der var en lille, men positiv effekt af stemningsregulerende terapi som led i rådgivning med henblik på rygestop.

Virker naltrexon, skrevne vejledninger og fysisk aktivitet?

Der er også fundet enkelte studier, som har undersøgt andre behandlinger, herunder naltrexon. Naltrexon er et lægemiddel, som kan anvendes til vedligeholdelse af stoffrihed hos tidligere narkomaner. Også tiltag som skrevne vejledninger, som blev tilsendt patienterne med posten, blev undersøgt (19, 20). Desuden er der publiceret en undersøgelse af, om et råd om at være fysisk aktiv kunne fremme rygestop (21). Generelt mener reviewets forfattere, at studiernes mangelfulde kvalitet gør det svært at konkludere, om disse tiltag kan anbefales, men hvor både anvendelse af naltrexon og den skrevne vejledning havde en

positiv effekt på chancen for at blive røgfri, var der ingen effekt på rygestop af rådgivning om at være fysisk aktiv.

Vi har ikke fundet studier af det godkendte rygestoplægemiddel vareniclin, der af mange anses for at være det mest effektive rygestoplægemiddel (22). Dette skyldes nok, at vareniclin hos nogle kan påvirke humøret negativt, og derfor har man været bekymret for at undersøge effekten af dette stof hos personer med tegn på depression.

Delkonklusion

Vores samlede konklusion vedrørende effekten af forskellige tiltag til at fremme rygestop hos personer med depression er præget af, at der foreligger relativt få undersøgelser om emnet. Der mangler vigtig viden om hjælp til rygestop i denne gruppe personer, som ofte er mere tobaksafhængige end vanlige rygere. Bl.a. er der meget få studier af personer med pågående depression. Mange studier, som undersøger effekten af forskellige

rygestoptiltag, ser faktisk bort fra personer, som har symptomer på pågående depression. Derfor er vores konklusioner først og fremmest baseret på undersøgelser af personer, som tidligere har haft depression. Der mangler også studier, som fokuserer på, hvordan man kan fastholde et opnået rygestop.

Den videnskabelige litteratur peger på, at patienter med tidligere eller nuværende depression med fordel kan tilbydes nikotinsubstitutionsterapi for at gennemføre et rygestop, og det ser ud til, at rygestoprådgivning til denne gruppe bør indeholde stemningsregulerende terapi. Generelt har rygere med pågående depression sværere ved at holde op med at ryge end rygere med tidligere depression. En oversigt over effekten af de forskellige behandlinger er givet i Tabel 3.2.

→ TABEL 3.2

Sammenfatning over effekter af forskellige rygestopinterventioner hos personer med tidligere eller aktuel depression (23).

EVIDENS-NIVEAU	BEHANDLING	ANTAL STUDIER OG PERSONER	INTERVENTIONS-EFFEKT	STØRRELSESDORDEN (% OPHØR, RR ELLER NNT)
MODERAT	› Nikotinsubstitution	› 4 studier, 699 personer	› Lille, positiv, signifikant	› 14-22 % ophør efter 6 mdr. (svarer til studier af personer uden depression)
SVAG	› Antidepressiva	› 5 studier, 484 personer	› Lille, positiv, ikke-signifikant	› RR=1,48 [95 % CI: 0,86-2,54]
MODERAT	› Stemningsregulerende terapi	› 6 studier, 466 personer	› Lille, positiv, signifikant	› RR=1,45 [95 % CI: 1,01-2,07], NNT=12

RR = relativ risiko; NNT = number needed to treat; mdr. = måneder; 95 % CI = 95 % konfidensinterval

3.3 SKIZOFRENI OG ÆNDRINGER AF RYGEVANER

I det følgende gennemgås den viden, som vi i dag har om effekten af forskellige rygestopbehandlinger hos personer med skizofreni. I en gennemgang af litteraturen i 2005 konkluderede de Leon et al. (2005) (24), at personer med skizofreni meget oftere er rygere og meget sjældnere kan gennemføre rygestop i forhold til baggrundsbefolkningen. Evidensen mht. effekten af forskellige rygestoptiltag omtalt i dette delkapitel er primært baseret på resultaterne fra et Cochrane review af Tsoi et al. (2011), hvori der indgik 11 undersøgelser omfattende 685 rygere med skizofreni (23). Desuden gennemgås to lodtrækningsstudier fra 2012, som undersøgte effekt af hhv. vareniclin og to forskellige doser af nikotinplastre (25, 26).

Virker bupropion?

Cochranereviewet inkluderede syv studier af bupropion (23). Fem af disse studier, med i alt 230 rygere, sammenlignede effekten af bupropion mod placebo. De to resterende studier, med i alt 110 rygere, sammenlignede effekten af bupropion givet sammen med nikotinplaster mod nikotinplaster og placebo. Blandt disse syv undersøgelser havde fem en opfølgingsperiode på over seks måneder. Disse fem studier blev inkluderet i en metaanalyse, som omfattede 214 personer (27-31). Blandt de 214 deltagere fra disse studier, var der kun 18 personer, som ophørte med at ryge (14 som fik bupropion (+ evt. nikotinplaster), og to som fik placebo (+ evt. nikotinplaster). Dette førte til forfatterens konklusion, at bupropion førte til 2,8 gange større chance for rygestop, hvilket var signifikant [95 % CI: 1,02-7,58]. De brede konfidensintervaller er udtryk for, at kun få personer ophørte med at ryge. Der var ikke tegn på, at bupropion havde en negativ effekt på deltagernes psykiske status eller gav anledning til krampes, som er en sjælden, men kendt bivirkning

ved stoffet. I et af studierne blev der rapporteret en bedring af depressive symptomer hos deltagere, som fik bupropion (27).

Virker nikotinsubstitution?

Der er kun få studier, som undersøger effekten af nikotinplaster hos personer med skizofreni. Én undersøgelse af Williams et al. (2007) sammenlignede effekten af et højdosisplaster (42 mg nikotin) med den vanlige dosis (21 mg nikotin) (32). Der var ingen signifikant forskel i chancen for at holde op med at ryge mellem de to grupper 8 uger efter forsøgets start. Tendensen gik dog i retning af et større rygeophør i højdosisgruppen, da 32 % ophørte i højdosisgruppen og 23 % i gruppen, som fik den normale dosis. I en lignende undersøgelse af indlagte patienter med skizofreni sammenlignede man også virkningen af to forskellige doseringer af nikotinplaster. Her fandt man, i overensstemmelse med Williams et al. (2007), ikke tegn på, at dosis spillede nogen signifikant rolle for gennemførelse af rygestop (26). I to andre studier blev nikotinplaster brugt sammen med andre interventioner: penge som belønning for rygestop (33) eller kognitiv terapi med motiverende interview (34). I den undersøgelse, hvor man anvendte økonomisk belønning, var der en tendens til, at de som fik nikotinplaster, havde en større chance for at holde op med at ryge (33). En mindre undersøgelse af Horst et al. (2005) viste desuden, at nikotinplaster kunne forebygge, at patienterne genoptog rygning (35).

Virker vareniclin?

I 2012 undersøgte Williams et al. rygestopeffekten af lægemidlet vareniclin sammenlignet med placebobehandling. I undersøgelsen deltog 127 rygere med skizofreni (25). Efter 12 uger var ca. 19 % ophørt med at ryge i vareniclin-gruppen mod 5 % i placebogruppen ($p < 0,05$). Tilsvarende tal efter 24 uger var 12 % versus 2,3 % ($p = 0,09$). Der var ingen forværring i de psykiatriske symptomer

i de to grupper. Forfatterne konkluderede, at vareniclin-behandling blev tålt godt af deltagerne, og at man kan anvende stoffet til at fremme rygestop hos patienter med skizofreni, selvom forskellen i rygeophør ikke var signifikant efter 24 uger.

Virker rådgivning?

Et amerikansk studie har undersøgt, om et specialudviklet program til personer med skizofreni havde en større rygestopfremmende effekt end et standardprogram designet til den gennemsnitlige ryger (36). Undersøgelsen omfattede 45 rygere med skizofreni, som ønskede at holde op med at ryge. Begge grupper fik nikotinplaster og rådgivning i 10 uger. Initialt var der flere, som modtog rådgivning inden for det specialdesignede program, der holdt op med at ryge. Forskellen var dog ikke signifikant efter seks måneder, hvor 17,6 % i standardgruppen var ikke-rygere sammenlignet med kun 10,7 %, som var i det specialudviklede program. Det vil altså sige, at der i denne ret lille undersøgelse af patienter med skizofreni ikke var statistisk sikker forskel på et specialdesignet program og et standardprogram mht. effekten på rygestop.

Virker økonomisk belønning?

Anvendelse af belønning til at fremme rygestop hos personer med skizofreni er blevet undersøgt i et studie af Gallagher et al. fra 2007 (37). Dette studie omfatter 80 patienter med skizofreni, hvoraf ca. 33 % havde udtrykt ønske om rygestop. Nogle af deltagerne fik også nikotinplaster. Sammenligningen fokuserede primært på evt. forskelle mellem gruppen, som fik økonomisk belønning, og gruppen, som fik såkaldt minimal intervention, der er en kortvarig individuel rygestoprådgivning. Belønningen bestod af ca. 3.000 kr. til dem, som efter 36 uger var røgfrie. Belønningen øgede klart chancen for rygestop, og efter 20 og 36 uger var der hhv. 56 % og 50 %, der var røgfrie sammenlignet med 10 % i gruppen, der modtog den

minimale intervention. Studiet mangler dog en længerevarende opfølgning. Dette er væsentligt for konklusionen, da tidligere studier af økonomisk belønning af rygere uden skizofreni viser, at effekten af belønning på rygestop ikke er langvarig (23). Der var desuden tegn på, at gruppen, som også fik nikotinplaster, havde lidt højere rygeophør, men det var ikke signifikant.

Delkonklusion

Vores viden om effekter af forskellige rygestoptiltag hos personer med skizofreni baseres på ret få studier. Vi finder dog moderat evidens for, at bupropion kan øge chancen for rygestop uden at have en negativ effekt på de psykotiske symptomer. En metaanalyse peger på, at bupropion øger chancen for at holde op med at ryge med næsten tre gange (23). Et enkelt lodtrækningsforsøg fandt en signifikant forbedret chance for rygestop ved brug af vareniclin efter 12 uger, men ikke efter 24 uger, selv om rygeophøret var klart højere i vareniclin-gruppen efter både 12 og 24 uger. Det er også muligt, at økonomisk belønning har en vis positiv effekt, men det er usikkert, om det også gælder på langt sigt. Der er ikke gode studier, som har undersøgt effekten af nikotinsubstitution over for ingen substitution. Studier, som sammenlignede forskellige doser af nikotinplaster, har ikke kunnet vise nogen ekstra effekt af dosisøgning. Specialudviklet rådgivning til personer med skizofreni, havde ikke en bedre effekt end standardrådgivning, og effekten af standardrådgivning over for ingen rådgivning er ikke undersøgt. Der mangler sikker viden om, hvordan man bedst sikrer, at dem, som er holdt op med at ryge, forbliver røgfri. Det ser dog ud til, at nikotinplaster kan hjælpe til fastholde ikke-rygerstatus. En sammenfatning over effekten af de forskellige behandlinger er givet i Tabel 3.3.

→ TABEL 3.3

En sammenfatning over effekten af de forskellige rygestopinterventioner hos personer med skizofreni (23).

EVIDENS-NIVEAU	BEHANDLING	ANTAL STUDIER OG PERSONER	INTERVENTIONSEFFEKT	STØRRELSSESORDEN (% OPHØR, RR ELLER NNT)
MODERAT	› Bupropion	› 7 studier, 340 personer	› Moderat, positiv, signifikant	Metaanalyse af 5 studier med 214 deltagere: › RR = 2,78 [95 % CI: 1,02-7,58] efter 6 mdr.
SVAG	› Vareniclin	› 1 studie, 127 personer	› Lille, positiv, signifikans på grænseniveau	Rygeophør efter 24 uger: › Placebo: 2,3 % › Vareniclin: 11,9 % › P=0,09
SVAG	› Specialdesignet rådgivning	› 1 studie, 45 personer	› De to typer af rådgivning er ikke undersøgt i forhold til en kontrolgruppe. › Effekten af normal rådgivning er efter 24 uger signifikant højere end i den specialdesignede rådgivning	Rygeophør efter 24 uger: › Normal rådgivning: 17,6 % › Specialdesignet rådgivning: 10,7 % › P<0,03
SVAG	› Økonomisk belønning	› 1 studie, 80 personer	› Lille, positiv, signifikant	Rygeophør efter 36 uger: › Penge og nikotin-substitution: 50 % › Penge uden nikotin-substitution: 28 % › Rådgivning alene: 10 % › P < 0,05

RR = relativ risiko

3.4 BIPOLAR SYGDOM OG ÆNDRINGER AF RYGEVANER

Personer med bipolar sygdom oplever som tidligere nævnt perioder med løftet sindsstemning (mani eller hypomani) og perioder med sænket stemningsleje (depression). Selvom over 50 % af disse personer er rygere og derfor har en meget høj risiko for at udvikle rygerelaterede sygdomme, er der meget få studier i litteraturen, som omtaler rygning og rygestop i denne gruppe.

En litteraturgennemgang af George et al. 2012 medtager 11 undersøgelser, som fokuserer på rygning blandt personer med bipolar sygdom (38). Generelt viser studierne, at personer med bipolar sygdom endnu hyppigere er rygere end personer med skizofreni og depression. Tobaksrygning i denne gruppe er ofte associeret til andet misbrug (fx cannabis), flere selvmordsforsøg, hurtigere cyklus i vekslen mellem mani og depression, flere psykiske symptomer og til dårligere respons på behandling af den bipolare sygdom (38). I en spørgeskemaundersøgelse blev 685 personer med bipolar sygdom spurgt om forskellige aspekter af rygning, og 74 % af deltagerne i denne undersøgelse udtrykte, at de godt kunne tænke sig at holde op med at ryge, mens kun 33 % oplevede at blive rådet til rygestop af deres behandlere (39). I George et al. (2012) fandtes kun to studier, som fokuserede på rygestopfremmende behandling (40, 41). Begge studier var meget små, da hver af dem kun omfattede fem deltagere, og de må derfor betegnes som pilotstudier. I den ene undersøgelse

fik tre patienter vareniclin og to patienter placebo (40). Én af de patienter, som fik vareniclin, ophørte med at ryge, mens én anden reducerede tobaksforbruget. Ingen af de to patienter i placebogruppen stoppede med at ryge: begge patienter udgik af undersøgelsen, og man kunne konstatere udvikling af maniske symptomer. I det andet pilotstudie, hvor man undersøgte effekten af bupropion vs. placebo, fandt man stort set samme resultat: én af de patienter, som fik bupropion, ophørte med at ryge, mens én anden reducerede tobaksforbruget (41). På baggrund af det lille antal patienter kunne man ikke konkludere noget sikkert om effekten af de undersøgte medikamenter, men forfatterne rapporterede, at patienterne med bipolar sygdom tålte behandlingen godt med hhv. vareniclin og bupropion. De måtte dog også erkende, at gennemførelse af rygeophørsstudie i denne gruppe af patienter er uhyre vanskelig, da de i forbindelse med rekruttering af de i alt 10 patienter til begge undersøgelser havde forespurgt ca. 300 personer med bipolar sygdom, om de ønskede at indgå i undersøgelsen. Dette svarer til, at kun ca. 3 % af de forespurgte ønskede at deltage.

Delkonklusion

Litteraturen om fremme af rygestop blandt personer med bipolar sygdom omfatter kun to meget små undersøgelser af vareniclin og bupropion. Vi kan derfor intet konkludere om effekter af rygestopinterventioner i denne patientgruppe på nuværende tidspunkt. De to undersøgelser viser dog, at rekruttering og fastholdelse i denne patientgruppe er meget vanskelig.

3.5 LITTERATUR

1. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness. A population based prevalence study. *JAMA* 2000; 284:2606-2610.
2. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: A systematic review and Meta-analysis. *J Gen Med* 2011;27:351-360.
3. Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: A systematic review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2012;27:351-360.
4. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, Sees KL, Duncan C, Humfleet GL et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and an placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;5:1003-1009.
5. Hall SM, Tsoh JY, Prohaska JJ, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Publ Health* 2006;10:1808-1814.
6. Kinnunen T, Doherty K, Militello PS, Garvey AJ. Depression and smoking cessation: characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *J Consult Clin Psychol* 1996;4:791-798.
7. Kinnunen T, Korhonen T, Garvey AJ. Role of nicotine gum and pretreatment depressive symptoms in smoking cessation: twelve month results of a randomized placebo controlled trial. *In J Psychiatr Med* 2008;3:373-389.
8. Evins AE, Culhane MA, Alpert JE, Pava J, Liese BS, Farabaugh A et al. A controlled trial of bupropion added to nicotine patch and behavioral therapy for smoking cessation in adults with unipolar depressive disorders. *J Clin Psychopharmacol* 2008;6:660-666.
9. Covey LS, Glassman AH, Stetner F, Rivelli S, Stage K. A randomized trial of sertraline as a cessation aid for smokers with history of major depression. *The American Journal of Psychiatry* 2002;10:1731-1737.
10. Hayford KE, Patten CA, Rummans TA, Schroeder DR, Offord KP, Croghan IT et al. Efficacy of bupropion for smoking cessation in smokers with a former history of major depression or alcoholism. *Br J Psychiatr* 1999;174:173-178.
11. Hall SM. Nicotine interventions with comorbid population. *Am J Prev Med* 2007;33:S406-S413.
12. Saules KK, Shuh LM, Arfken CL, Reed K, Kilbey MM, Schuster CR. Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in smoking cessation treatment including nicotine patch and cognitive-behavioral group therapy. *Am J Addict* 2004;13:438-446.
13. Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Sales SD, Ramsey SE et al. Cognitive behavioral treatment for depression in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:471-480.

14. Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet G, Hartz DT et al. Nortriptyline and cognitive behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatr* 1998;8:683-690.
15. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, Sees KL, Duncan C, Humfleet GL et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;5:1003-1009.
16. Brown RA, Kahler CW, Niaura R, Abrams DB, Sales SD, Ramsey SE et al. Cognitive – behavioral treatment for depression in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:471-480.
17. MacPherson L, Tull MT, Matusiewicz AK, Rodman S, Strong DR, Kahler CW et al. Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *J consult Clin Psychol* 2010;78:55-61.
18. Hall SM, Munoz RF, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:141-146.
19. Covey LS, Glassman, Stetner F. Naltrexone effects on short term and long term smoking cessation. *J Addict Dis* 1999;1:31-40.
20. Munoz RF, Marin BV, Posner SF, Perez-Stable EJ. Mood management mail intervention increases abstinence rates for Spanish-speaking Latino smokers. *Am J Community Psychol* 1997;25:325-43.
21. Vickers KS, Patten CA, Lewis BA, Clark MM, Ussher M, Ebbert JO et al. Feasibility of an exercise counseling intervention for depressed women smokers. *Nicotine & Tobacco Research* 2008;8:985-95.
22. Nides M, Glover ED, Reus VI, Christen AG, Make BJ, Billing CB Jr. Varenicline versus bupropion SR or placebo for smoking cessation: a pooled analysis. *Am J Health Behav* 2008;32:664-75.
23. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane database of Systematic Reviews* 2010; 6:CD007253.
24. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research* 2005;76:135–57.
25. Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, Treadow J, Thompson JR, Yunis C et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2012;73:654-60.
26. Chen HK, Lan TH, Wu BJ. A double-blind randomized clinical trials of different doses of transdermal nicotine patch for smoking reduction and cessation in long-term hospitalized schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012 (Epub ahead of print)

27. Evins A, Mays VK, Rigotti NA, Tisdale T, Cather C, Goff DC. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine Tob Res* 2001;3:397-403.
28. Evins A, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Culhane MA, Olm-Shipman CM et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2005;25:218-25.
29. Evins A, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E et al. A 12-week double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2007;27:380-6.
30. George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ et al. A placebo-controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biological Psychiatry* 2002;52:53-61.
31. George TP, Vessicchio JC, Allen T et al. A randomized double-blind placebo-controlled trial of sustained-release bupropion combined with transdermal nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2006;31:S254-S255.
32. Williams JM, Ghandi KK, Foulds J et al. No advantage for high dose compared to regular dose nicotine patch on short-term abstinence rates in schizophrenia. Conference abstract of the Society for Research on Nicotine and Tobacco 13th Annual Meeting, Austin, Texas USA, 2007.
33. Gallagher SM, Penn PE, Schindler E, Layne WA. A comparison of smoking cessation treatments for persons with schizophrenia and other serious mental illness. *J of Psychoactive drugs* 2007;39:487-497.
34. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:1934-1942.
35. Horst DW, Klein MW, Williams D, Werder SF. Extended use of nicotine replacement therapy to maintain smoking cessation in persons with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2005;1:349-355.
36. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, Pepper WT, Satterburg CA, Winkel J et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1835-1842.
37. Gallagher SM, Penn PE, Schindler E, Layne W. A comparison of smoking cessation treatments for persons with schizophrenia and others serious mental illnesses. *Journal of psychoactive drugs* 2007;39:487-497.
38. George TP, Wu BS, Weinberger AH. A review of smoking cessation in bipolar disorder: implications for future research. *Journal of Dual Diagnosis* 2012;8:126-130.
39. Prochaska JJ, Reyes RS, Schroeder SA, Daniels AS, Doederlein A, Bergeson B. An online survey of tobacco use, intention to quit, and cessation strategies among people living with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2011;13:466-473.

- 40. Wu B, Weinberger AH, Manusco E, Wing VC, Haji-Khamneh B, Levinson AJ et al. A preliminary feasibility study of varenicline for smoking cessation in bipolar disorder. *Journal of Dual Diagnosis* 2012;8:131-132.

- 41. Weinberger AH, Vessicchio JC, Sacco KA, Creeden CL, Chengappa KN, George TP. A preliminary feasibility study of varenicline for smoking cessation in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2008;28:584-587.



4

FYSISK AKTIVITET

DETTE KAPITEL BESKRIVER EVIDENSEN FOR, OM DET ER MULIGT AT FÅ PSYKISK SYGE TIL AT INDGÅ I TRÆNINGSPROGRAMMER, SÅ DE ØGER DERES KONDITION ELLER MUSKELSTYRKE. HVORVIDT TRÆNINGSPROGRAMMER HOS DENNE PATIENTGRUPPE FØRER TIL VÆGTTAB, VIL OGSÅ BLIVE BELYST.

Risikoen for, at en psykisk syg kommer til at dø af fx hjertekarsygdom eller udvikle type 2-diabetes er større end hos resten af befolkningen (1). Formentlig skyldes denne overhyppighed af livsstilsrelaterede sygdomme hos psykisk syge en kombination af mange faktorer, men manglende motion er med stor sandsynlighed en af dem. Vi ved fra store registerstudier af den generelle befolkning, at der er en sammenhæng mellem mængden af træning og udvikling af fx type 2-diabetes (2) og tidlig død (3). En nyere erkendelse er, at træningsintensiteten spiller en større rolle end hidtil antaget. Eksempelvis har man i et dansk registerstudie påvist, at sammenhængen mellem gåture og nedsat risiko for hjertedød er relateret til intensiteten af gåturen og ikke bare til det at være fysisk aktiv (4). Denne ekstra sundhedsmæssige gevinst ved moderat eller højintensiv fysisk aktivitet afspejles i nationale og internationale anbefalinger. Den danske Sundhedsstyrelse anbefaler aktuelt, at voksne bør være fysisk aktive i minimum 30 minutter om dagen, og at denne aktivitet skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige kortvarige dagligdagsaktiviteter. Derudover anbefales det, at man mindst to gange om ugen dyrker fysisk aktivitet af mindst 20 minutters varighed af høj intensitet for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken (5).

Om kondital

Kroppens iltforbrug i hvile er estimeret til omkring 0,15-0,25 l/min. Ved almindelig gang øges kroppens iltoptagelse (VO_2) med en faktor 3-5. Ved mere krævende anstrengelser stiger iltforbruget tilsvarende, som ved eksempelvis løb, hvor iltforbruget øges med en faktor 8-12. Stigningen i iltoptagelse er lineær til et vist punkt, hvorefter øget anstrengelse ikke vil føre til yderligere øget iltoptagelse, og kroppen har nået sin maksimale iltoptagelse ($\text{VO}_{2\text{ max}}$). Udtrykket "kondital" er en normalisering af den maksimale iltoptagelse for kropsvægt, som udtrykker, hvor mange milliliter ilt pr. kilo kropsvægt individet kan optage pr. minut (ml/kg/min).

Jo højere kondital, desto bedre er personens evne til langvarigt fysisk arbejde (6). Træning i form af eksempelvis løb, cykling og svømning vil øge individets kondital. Træning, der har til hensigt at øge konditallet, vil i den efterfølgende tekst blive betegnet som konditionstræning. Træning, der har til hensigt at øge individets muskelstyrke, vil herefter blive betegnet som styrketræning. Effekten

af styrketræning på muskelstyrke er i de nedenstående studier primært målt som ændringer i 1 repetition maximum (1 RM), der udtrykker, hvor stor en vægt individet kan skubbe/løfte præcis én gang. Sammenhængen mellem sundhed og fysisk aktivitet er bedst belyst ved konditionstræning, men der er belæg for, at også styrketræning har mange af de samme positive sundhedsmæssige gevinster (7).

Litteraturens beskaffenhed

Litteratur om psykisk sygdom og træning omhandler primært effekten af fysisk aktivitet som led i behandling for psykisk sygdom, og vi har i dette kapitel ikke haft muligheden for at læne os op ad eksisterende sammenfatninger, men har måttet danne os et nyt grundlag. Identifikationen af studier, der er medtaget i kapitlet, er baseret på en grundig litteratursøgning i Medline og Embase samt gennemgang af litteraturlister.

Vi har i litteratursøgningen fokuseret på studier, som var:

- Lodtrækningsstudier.
- Studier der inkluderede patienter, som var blevet diagnosticeret med skizofreni, depression eller bipolar sygdom.
- Studier, der havde til formål at øge deltagernes kondital eller muskelstyrke.

Det var desværre ikke muligt at finde studier, der omhandler effekten af træning hos personer med bipolar sygdom, og vi kan derfor ikke i dette kapitel beskrive denne patientgruppe. Vi finder til gengæld, at der foreligger en række enkeltstudier, som har undersøgt effekten af træning på kondital, muskelstyrke og vægttab hos personer med skizofreni og depression.

4.1 SAMMENFATNING

I Tabel 4.1 gives en oversigt over evidensstyrken af vores nuværende viden om effekter af forskellige træningsinterventioner hos personer med depression og skizofreni. Der er stærk evidens for, at ikke-indlagte, depressive patienter, der modtager gruppebaseret, superviseret træning, kan forbedre deres kondital med 9 % eller opnå en stigning i muskelstyrke på mellem 12-37 %, afhængig af studie (se Tabel 4.1). Hjemmebaseret træning har også vist beskedne positive effekter på kondital, men her er evidensen mere moderat. Der er kun svag evidens for en positiv effekt af træningsprogrammer for indlagte patienter med depression, hvilket skyldes få og heterogene studier. Når det gælder personer med depression, tyder data på, at deres fremmøde til konditionstræning er noget mindre (1-2 sessioner/uge) sammenlignet med andre sygdomsgrupper (2-3 sessioner/uge). Med den eksisterende viden må vi desuden antage, at det er relativt vanskeligt at rekruttere patienter med depression til træningsprogrammer, og vi ved, at der kan være store udfordringer med at fastholde dem i et træningsprogram.

Kun få studier har undersøgt, om deltagelse i træningsprogrammer kan øge konditallet hos personer med skizofreni, og evidensen på dette område er derfor svag. De få studier, der foreligger, finder dog en stigning i kondital efter deltagelse i træning. Der er behov for mere forskning på området, inden noget sikkert kan konkluderes.

Der er kun meget svag evidens for, at et tilbud om deltagelse i træningsprogrammer vil føre til vægttab hos psykisk syge. Mere forskning på dette område er derfor også nødvendig (fremgår ikke af Tabel 4.1). Vi ved kun meget lidt om,

→ **TABEL 4.1**

Oversigt over evidensstyrken af vores nuværende viden om effekt af tilbud om deltagelse i træningsprogrammer hos personer med psykisk sygdom, jf. GRADE-systemte (se afsnittet "Metode og rapportens opbygning"). "↑" symboliserer en positiv effekt på kondital eller muskelstyrke.

	SKIZOFRENI	DEPRESSION	BIPOLAR SYGDOM*
STÆRK EVIDENS		Superviserede træningsprogrammer med udholdenheds- eller styrketræning i grupper for ikke-indlagte patienter ↑	
MODERAT EVIDENS		Hjemmebaserede træningsprogrammer med udholdenhedstræning ↑	
SVAG EVIDENS	Superviserede træningsprogrammer med udholdenhedstræning for ikke-indlagte patienter ↑	Superviserede træningsprogrammer med udholdenheds- træning for indlagte patienter ↑	
MEGET SVAG EVIDENS			

*Det har ikke været muligt at finde studier, der omhandler effekten af fysisk aktivitet hos personer med bipolar sygdom

hvorvidt det er vanskeligt at rekruttere patienter med skizofreni til et træningsprogram. Der er fortsat udfordringer med at fastholde patienterne i et træningsprogram.

4.2 DEPRESSION OG ÆNDRINGER AF DET FYSISKE AKTIVITETSNIVEAU

Som det fremgår af Tabel 4.2, har vi fundet frem til 10 lodtrækningsstudier, der på den ene eller anden måde rapporterer om effekten af træningsprogrammer på kondital eller muskelstyrke. Tilsammen har de 10 studier inkluderet 1.076 patienter.

→ **TABEL 4.1**

Oversigt over lodtrækningsstudier, der har undersøgt effekten af fysisk aktivitet hos personer med depression.

ANTAL PERSONER	INTERVENTIONS- TILBUD	FREMMØDE I T-GRUPPEN	INTERVENTIONSEFFEKT	REFERENCE
KONDITIONSTRÆNING HOS AMBULANTE FORSØGSDELTAGERE				
56 (T) 59 (K)	› Superviseret konditionstræning (3 sessioner/uge i 3 mdr.)	› 1,1 sessioner /uge (gens.)	› Kondital steg signifikant med 13 % i T-gruppe	› Krogh et al. 2012 (8)
182 (T) 179 (K)	› Træningsråd- givning med personlig kontakt og telefonsamtaler igennem 8 mdr.	› Ikke rapporteret	› Signifikant flere i T-gruppe var fysisk aktive i >150 min/ uge sammenlignet med K-gruppe (63 % vs. 49 %)	› Chalder et al. 2012 (9)
64 (T) 62 (K)	› Hjemmebaseret konditionstræning (3 sessioner/uge i 3 mdr.)	› 63,8 % gennemførte intervention	› Ingen forskel i kondital	› Trivedi et al. 2011 (10)
55 (T) 55 (K)	› Superviseret konditionstræning (2 sessioner/uge i 4 mdr.)	› 1,0 sessioner/uge (gens.)	› Kondital steg signifikant med 11 % i T-gruppe	› Krogh et al. 2011 (11)
51 (T) 49 (K)	› Superviseret konditionstræning (3 sessioner/uge i 4 mdr.)	› 2,3 sessioner/uge (median)	› Kondital steg signifikant med 8,3 % i T-gruppe	› Blumenthal et al. 2007 (13)
55 (T) 48 (K)	› Superviseret konditionstræning (3 sessioner/uge i 4 mdr.)	› 2,7 sessioner/uge (gens.)	› Kondital steg signifikant med 11 % i T-gruppe	› Blumenthal et al. 1999 (15)

T = træningsgruppe; K = kontrolgruppe; mdr. = måneder; gens. = gennemsnit

→ TABEL 4.1 FORTSAT

Oversigt over lodtrækningsstudier, der har undersøgt effekten af fysisk aktivitet hos personer med depression.

ANTAL PERSONER	INTERVENTIONS- TILBUD	FREMMØDE I T-GRUPPEN	INTERVENTIONSEFFEKT	REFERENCE
STYRKETRÆNING HOS AMBULANTE FORSØGSDELTAGERE				
20 (T) 20 (K)	› Superviseret styrketræning (3 sessioner/uge i 2 mdr.)	› 3,0 sessioner/uge (median)	› Muskelstyrke steg signifikant med 37 % i T-gruppe	› Singh et al. 2005 (14)
17 (T) 17 (K)	› Superviseret styrketræning (3 sessioner/uge i 2,5 mdr.)	› 3,0 sessioner/uge (median)	› Muskelstyrke steg signifikant med 33 % i T-gruppe	› Singh et al. 1997 (16)
KONDITIONSTRÆNING HOS INDLAGTE FORSØGSDELTAGERE				
20 (T) 18 (K)	› Superviseret konditionstræning (dagligt i 10 dage)	› Ikke rapporteret	› Ingen forskel i kondital	› Knubben et al. 2007 (12)
28 (T) 21 (K)	› Superviseret konditionstræning (3 sessioner/uge i 9 uger)	› Ikke rapporteret	› Kondital steg signifikant med 36 % i T-gruppe	› Martinsen et al. 1985 (17)

T = træningsgruppe; K = kontrolgruppe; mdr. = måneder; gens. = gennemsnit

Kan konditallet forbedres?

Otte af de 10 studier (8-11, 13-16) i Tabel 4.2 har undersøgt og rapporteret effekten af fysisk aktivitet hos ambulante patienter med let til moderat depression.

Fem af studierne i Tabel 4.2 har anvendt superviseret konditionstræning hos ambulante patienter med let til moderat depression. Kun ét af disse fem studier finder ikke nogen sikker effekt på

konditallet, hvilket muligvis kan forklares med, at størstedelen af træningen var hjemmebaseret. I de resterende fire studier, med superviseret konditionstræning 2-3 gange om ugen i tre til fire måneder, finder man en konsistent effekt af træningen. Effekten svarer til en gennemsnitlig stigning af konditallet på 2,4 ml/kg/min, med et relativt snævert konfidensinterval ([95 % CI: 1,6-3,3], $p < 0,001$; $I^2 = 0,0$ %) (se Figur 5). Med andre ord kan man ved en sådan intervention forvente

en forbedring af konditallet på ca. 9 % hos ambulante patienter med let til moderat depression.

I studiet af Blumenthal et al. (2005) indgik både en gruppe af patienter, der fik superviseret træning, og en gruppe, der lavede hjemmetræning (13) (data fremgår ikke af Tabel 4.2). Konditallet i den superviserede gruppe steg med 8,7 % sammenlignet med kun 3,5 % i gruppen, der lavede hjemmetræning. Kontrolgruppen havde et fald i kondital på 4 %. Sammenholdes dette med studiet af Trivedi et al. (2011), der også primært anvendte hjemmetræning, tegner der sig et billede af, at den største effekt opnås ved superviserede træningsprogrammer i grupper med andre patienter (10).

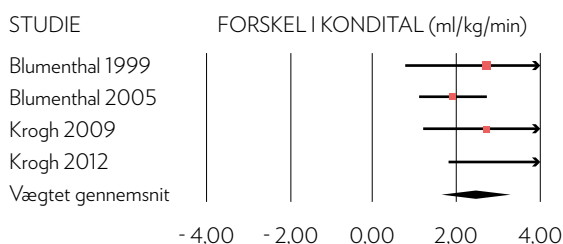
Konditionstræning hos indlagte patienter er rapporteret i to mindre studier (12, 17), og resultaterne herfra peger i hver sin retning (se Tabel 4.2). I Martinsen et al. (1985) trænede patienterne tre gange ugentligt i 6 - 9 uger og opnåede en gennemsnitlig konditionsforbedring på hele 36 %. I Knubben et al. (2007) trænede patienterne dagligt i 10 dage uden nogen forbedring af konditallet. Tager man den korte intervention i Knubben et al. (2007) i betragtning, er den

manglende effekt på kondital dog ikke overraskende.

Det største studie til dato er det britiske TREAD-studie, der vha. træningsrådgivere forsøgte at facilitere mere træning i dagligdagen hos ambulante patienter. Patienterne kunne selv vælge, hvordan de ville øge deres fysiske aktivitet, og blev støttet i deres forsøg på denne livsstilsændring ved møder eller telefonsamtaler med deres træningsrådgiver. I Storbritannien anbefaler myndighederne, at voksne er aktive ca. 150 minutter om ugen. I TREAD-studiet kunne man, på baggrund af spørgeskemaer, vurdere, hvor mange deltagere i hhv. trænings- (n = 182) og kontrolgruppen (n = 179), der opfyldte disse krav, efter interventionen var afsluttet. Det viste sig, at chancen for, at en deltager i træningsgruppen opfyldte myndighedernes anbefaling om fysisk aktivitet i løbet af de 12 måneder deltagere blev fulgt, var ca. to gange større (OR = 2,27, [95 % CI: 1,32-3,89], p = 0,003) sammenlignet med en deltager fra kontrolgruppen. Desværre blev deltagernes kondital ikke målt, så vi kan ikke sammenligne denne rådgivningsmetode med de ovennævnte træningsstudier på fysisk formåen.

→ FIGUR 5

Forskel i kondital (ml/kg/min) mellem interventions- og kontrolgruppe efter en superviseret træningsintervention hos ikke-indlagte patienter med depression. Firkanten og den vandrette barre angiver estimat og 95 % konfidensinterval for de enkelte studier. Estimer til højre for 0,00 angiver, at konditallet var højere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Det vægtede gennemsnit er angivet med den rudeformede figur i sidste række til højre (ikke publicerede beregninger af Jesper Krogh, 2012).



Kan muskelstyrken øges?

Tre studier (11, 14, 16) har undersøgt effekten af styrketræning hos personer med depression. Effekten af styrketræning i Krogh et al. (2009) er ikke vist i tabellen (11). I alle studierne er effekten opgjort som stigning i 1 RM (repetition maximum), som udtrykker, hvor stor en vægt en person kan løfte/skubbe præcis én gang. I både Singh et al. (1997) og Singh et al. (2005) ser man på tværs af de store muskelgrupper en gennemsnitlig stigning af muskelstyrken på 33-37 % (14, 16), mens det i Krogh et al. (2009) var mere moderate stigninger på 12-20 %, afhængig af muskelgruppe. Forklaringen på denne forskel kunne være forskelle i aldersgrupper og compliance til træningen. Singh et al. (1997) og (2005) inkluderede ældre patienter (>60 år), og compliance til træningen var meget høj (3 fremmøder/uge i 8-10 uger) i modsætning til lav compliance (ca. 1 fremmøde/uge) og yngre patienter (< 55 år) i Krogh et al. (2009). Ved compliance forstås i denne sammenhæng, andelen af træningssessioner deltagerne er mødt til. Syv af de omtalte studier i Tabel 4.2 indeholder tal for, hvor stor en andel af de planlagte sessioner deltagerne har mødt frem til.

Kan kropsvægten reduceres?

Kun to af de 10 studier (8, 10) i Tabel 4.2 har rapporteret træningens effekt på deltageres vægt og fandt ingen vægtreducerende effekt af fysisk aktivitet. Ved øget fysisk aktivitet vil man typisk få mere muskelmasse og mindre fedtvæv. Derfor vil man ikke nødvendigvis observere et vægttab ved øget fysisk aktivitet.

Rekruttering og fremmøde

I klinisk praksis er det væsentligt, om det er muligt at fastholde positive livsstilsændringer efter endt indsats. Ud fra et økonomisk og tidsmæssigt synspunkt er det ligeledes vigtigt, at det kan lade sig gøre at rekruttere og fastholde deltagerne i in-

terventionerne, mens de står på. Om det er muligt at rekruttere patienter med depression til træningsprogrammer, kan vi kun gisne om. Men tager vi udgangspunkt i et dansk studie (11), tyder noget på, at det kan være vanskeligt. Studiet havde næsten ingen begrænsninger på, hvem der kunne deltage, og alligevel tog det næsten 18 måneder at rekruttere 165 patienter med depression i hovedstadsområdet. Dette støttes af et amerikansk studie, der var mere end 5 år om at rekruttere 200 patienter med depression til et lignende projekt (13). Fremmøde i træningsstudier er naturligvis vigtigt, og fire af de seks studier, der undersøger effekten af konditionstræning hos ambulante patienter (8, 10-11, 13), har rapporteret deltageres fremmøde. I disse studier mødte deltagerne op ca. to gange om ugen i to af studierne og kun én gang om ugen i de danske studier. I to mindre studier, der undersøgte effekten af styrketræning, var fremmødet 3 gange om ugen. Desværre er det ikke rapporteret, hvordan man i de forskellige studier har motiveret forsøgspersonerne til at deltage i træningen, men måske fremtidige studier kan finde inspiration hos den allerede gennemførte forskning på motivationsområdet hos personer med skizofreni. Til sammenligning kan træningsstudier hos personer med type 2-diabetes, der strækker sig over mere end seks måneder, fremvise resultater, der viser en deltagelse på mellem 2-3 træningssessioner om ugen (18, 19).

Delkonklusion

Der er stærk evidens for, at gruppebaseret, superviseret træning er i stand til at øge kondital og muskelstyrke hos ikke-indlagte personer med let til moderat depression, så længe interventionen pågår. Hjemmebaseret træning har også vist en beskeden effekt på kondital, men her er evidensen moderat. Der er kun svag evidens for effekten af træningsprogrammer for indlagte patienter, hvilket skyldes få og heterogene studier. Kun to studier

har rapporteret effekten af fysisk aktivitet på vægt hos personer med depression. De finder ingen effekt af fysisk aktivitet hos denne patientgruppe. Med den eksisterende viden må vi antage, at det er relativt vanskeligt at rekruttere patienter med depression til træningsprogrammer, og vi ved, at det kan være vanskeligt at fastholde dem i et træningsprogram.

4.3 SKIZOFRENI OG ÆNDRINGER AF DET FYSISKE AKTIVITETSNIVEAU

Der findes en række mindre studier, der har undersøgt effekten af træningsprogrammer på bl.a. negative og positive symptomer ved skizofreni, men desværre har kun få af disse studier målt træningseffekten i hhv. kondital og kropsvægt.

Kan konditalet forbedres?

Tre lodtrækningsstudier med i alt 103 patienter rapporterede effekten af træningsprogrammer på kondital (20-22). En oversigt over disse studier kan ses i Tabel 4.3. Alle studierne anvendte primært konditionstræning som intervention på en gruppe af ambulante patienter. Af de tre studier er et nyere hollandsk studie det mest interessante pga. sin størrelse (21). I studiet blev 63 patienter ved lodtrækning fordelt til et træningsprogram ($n = 31$, træningsgruppen) eller til ergoterapi ($n = 32$, kontrolgruppen). Der var superviseret træning to gange om ugen i seks måneder. Efter seks måneder var konditalet i træningsgruppen signifikant højere sammenlignet med konditalet i kontrolgruppen (32,9 ml/kg/min vs. 31,1 ml/kg/min). Denne forskel skyldtes dog ikke en stigning i kondital som følge af træning, men et større fald i konditalet hos kontrolgruppen. Imidlertid var 38 % af de 63 studiedeltagere udelukket fra denne opgørelse, da de havde et fremmøde på mindre end 50 %. Dette forhold gør resultatet noget tvivlsomt. I træningsgruppen deltog 20 personer (64 %) i

mere end halvdelen af sessionerne. Dette svarer til et gennemsnitligt fremmøde på lidt mere end 1 session om ugen hos de mest aktive. Forfatterne konkluderer, at interventionen bidrog til at fastholde et ellers faldende kondital. Dette udsagn kan dog udfordres, idet forskellene er relativt små og kan skyldes forhold omkring selve konditesten og ikke reelle forskelle i kondital. De to mindre studier er pga. deres størrelse ikke helt så interessante med hhv. 10 og 30 deltagere. Det skal dog tilføjes, at begge studier fandt en ikke-signifikant stigning i konditalet på mellem 5-10 % (20-22).

Kan kropsvægten reduceres?

Effekten af fysisk aktivitet på kropsvægt er kun rapporteret i de to mindre studier. I Beebe et al. (20) observerede man et fald i BMI på 1,27 kg/m² i motionsgruppen versus et fald på 0,14 kg/m² i kontrolgruppen. I Skrinar et al. (22) resulterede træningen i et fald i BMI på 0,7 kg/m² versus en stigning på 0,5 kg/m² i kontrolgruppen. I begge studier var effekten ikke signifikant.

Rekruttering og fremmøde

Med hensyn til rekruttering af patienter med skizofreni til træningsprogrammer kan man på den ene side skæve til den store succes, som Sct. Hans-løbene og andre idrætsaktiviteter for sindslidende har været gennem årene. På den anden side er det påfaldende, at studier der undersøger effekten af træning hos personer med skizofreni, overvejende er meget små, hvilket kan skyldes, at patienterne ikke ønsker at deltage, eller at studierne fra begyndelsen har været dårligt planlagt.

Delkonklusion

På baggrund af den sparsomme eksisterende litteratur og metodologiske svagheder er der kun svag evidens for, at fysisk aktivitet kan øge konditalet eller har en gavnlig effekt på kropsvægt hos personer med skizofreni. De tre beskrevne studier

→ TABEL 4.3

Lodtrækningsstudier der har undersøgt effekten af superviseret konditionstræning hos personer med skizofreni.

ANTAL PERSONER	INTERVENTIONSTILBUD	FREMMØDE I T-GRUPPEN	INTERVENTIONSEFFEKT	REFERENCE
AMBULANTE FORSØGSDELTAERE				
T = 31 K = 32	➤ 2 sessioner/uge i 6 mdr.	➤ 20 af 31 patienter deltog i mere end 50 % af sessionerne. Disse 20 havde et fremmøde på 1,5 gang/uge (gens.)	➤ T-gruppen øgede deres kondital til 32,9 ml/kg/min (SD 9,7) ➤ K-gruppen reducerede deres kondital til 31,1 ml/kg/min (SD 9,3) ➤ Signifikant	➤ Scheewe et al. 2012 (21)
T = 6 K = 6	➤ 3 sessioner/uge i 4 mdr.	➤ Ikke rapporteret	➤ T-gruppen kunne gå 46,5 m længere/6 min. ➤ K-gruppen kunne gå 17,3 m længere/6 min. ➤ NS	➤ Beebe et al. 2005 (20)
AMBULANTE OG INDLAGTE FORSØGSDELTAERE				
T = 15 K = 15	➤ 4 sessioner/uge i 3 mdr.	➤ 2,6 sessioner/uge (gens.)	➤ T-gruppen øgede antal watt de kunne præstere ved cykeltest fra 153 til 161 watt. ➤ K-gruppen mindskede antal watt de kunne præstere fra 136 til 131 watt. ➤ NS	➤ Skrinar et al. 2002 (22)

T = træningsgruppe; K = kontrolgruppe; SD = standard deviation; NS = ikke signifikant forskel; gens. = gennemsnit

viser dog alle en beskeden positiv tendens i forhold til kondital og vægtreduktion. Det har ikke været muligt at finde studier, der undersøgte effekten af styrketræning hos personer med skizofreni. Vi ved kun meget lidt om rekruttering og fastholdelse af patienter med skizofreni til et træningsprogram.

4.4 LITTERATUR

1. Laurrsen T, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen P. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68:899-907.
2. Kodama S, Saito K, Tanaka S, Maki M, Yachi Y, Asumi M et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women. A meta-analysis. *JAMA* 2009;301: 2024-2035.
3. Myers J, Prakash M, Froelicher V, Do D, Partington S, Atwood J. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal of Medicine* 2002;346:793-801.
4. Schnohr P, Scharling H, Jensen J. Intensity versus duration of walking, impact on mortality: the Copenhagen City Heart Study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:72-78.
5. Pedersen B, Andersen L. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse 2011.
6. Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse 2003.
7. Hovanec N, Sawant A, Overend T, Petrella R, Vandervoort A. Resistance training and older adults with type 2 diabetes mellitus: strength of the evidence. *Journal of Aging Research* 2012;2012:284635.
8. Krogh J, Videbech P, Thomsen C, Gluud C, Nordentoft M. DEMO-II trial. Aerobic Exercise Versus Stretching Exercise in Patients With Major Depression - A Randomised Clinical Trial. *PLoS One* 2012;7:e48316.
9. Chalder M, Wiles N, Campbell J, Hollinghurst S, Haase A, Taylor A, et al. Facilitated physical activity as a treatment for depressed adults: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e2758.
10. Trivedi M, Greer T, Church T, Carmody T, Grannemann B, Galper D et al. Exercise as augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized parallel dose comparison. *Journal of Clinical Psychiatry* 2011;72:677-684.
11. Krogh J, Saltin B, Gluud C, Nordentoft M. The DEMO trial: A Randomized, parallel-group, observer-blinded clinical trial of strength versus aerobic versus relaxation training for patients with mild to moderate depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 2009;70:790-800.
12. Knubben K, Reischies F, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *British Journal of Sports Medicine* 2007;41:29-33.

13. Blumenthal J, Babyak M, Doraiswamy M, Watkins L, Hoffman B, Barbour K et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine* 2005;69:587-596.
14. Singh N, Stavrinou T, Scarbek Y, Galambos G, Liber C, Singh M. A randomized controlled trial of low versus high intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *Journal of Gerontology* 2005;60A:768-776.
15. Blumenthal J, Babyak M, Moore K, Craighead E, Herman S, Khatri P et al. Effects of exercise training in older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine* 1999;159:2349-2356.
16. Singh N, Clements K, Fiatarone M. A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journal of Gerontology* 1997;52A:M27-M35.
17. Martinsen E, Medhus A, Sandvik L. Effects of aerobic exercise on major depression: a controlled study. *BMJ* 1985;291,109.
18. Sigal R, Kenny G, Boulé N, Wells G, Prud'homme D, Fortier M, et al. Effects of aerobic training, resistance training, or both on glycemic control in type 2 diabetes: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine* 2007;147:357-369.
19. Church T, Blair S, Cocreham S, Johannsen N, Johnson W, Kramer K et al. Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes. *JAMA* 2010;304:2253-2262.
20. Beebe L, Tian L, Morris N, Goodwin A, Allen S, Kulda J. Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 2005;26:661-676.
21. Scheewe T, Takken T, Kahn R, Cahn W, Backx F. Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in schizophrenia patients. *Medicine and Science in Sports & Exercise* 2012;44:1834-1842.
22. Skrinar G, Huxley N, Hutchinson D, Menninger E, Glew P. The role of a fitness intervention on people with serious psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002;122-127.



5

KOST OG VÆGT

DETTE KAPITEL SAMMENFATTER VIDEN OM INTERVENTIONER TIL ÆNDRINGER I LIVSSTIL HOS PERSONER MED PSYKISK SYGDOM MED FOKUS PÅ VÆGT TAB ELLER VÆGTSTABILITET.

Overvægt er et udbredt problem blandt psykisk syge, ikke mindst i den gruppe som tager antipsykotisk medicin. Eksempelvis er 20,9 % af de personer, der angiver vedvarende psykisk sygdom i Den National Sundhedsprofil 2010, svært overvægtige ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$), mens tallet i baggrundsbefolkninger er 12,9 %. Der er gennem de seneste år foretaget forskning, der afprøver livsstilsprogrammer, hvis formål er at støtte patienter i en sundere livsstil - herunder at tabe sig eller holde en stabil vægt. Der er stadig tale om et relativt nyt forskningsområde, hvilket fremgår af, at de fleste studier er lavet efter 2000 (1). Overvægt hos psykiatriske patienter vil ofte være forbundet med flere problemstillinger end en dårlig sundhedstilstand. Der har således vist sig en sammenhæng mellem et forhøjet BMI og/eller subjektiv utilfredshed med egen vægt og en dårlig medicinkompliance som følge af, at medicinen er kendt for at øge vægten (2). Overvægt kan derfor være forbundet med en risiko for tilbagefald i den psykiske sygdom. Andre undersøgelser har påvist en lavere livskvalitet hos personer, der tager på i vægt, mens de er i antipsykotisk behandling (3).

Litteraturens beskaffenhed

Dette kapitel er primært baseret på to nye metaanalyser fra 2012 over lodtrækningsforsøg af patienter med enten tidligere eller aktiv psykisk sygdom (4, 5). I tillæg til de to metaanalyser (4, 5) er der foretaget en grundig litteratursøgning i PubMed, Medline og Embase samt en gennemgang af litteraturlister. Denne søgning blev fokuseret på

følgende type studier:

1. Lodtrækningsstudier.
2. Studier, der inkluderede patienter, som primært havde en psykiatrisk diagnose.
3. Studier, der via livsstilsprogrammer med fokus på ændringer af kostvaner havde vægttab og/eller forebyggelse af vægtøgning som målsætning.

Der foreligger relativt få undersøgelser af effekten af livsstilsinterventioner med fokus på kost og vægt hos personer med psykisk sygdom i antipsykotisk behandling, og litteraturen på området er desuden sjældent delt op på de tre diagnostiske undergrupper: depression, skizofreni og bipolar sygdom. Vores konklusioner vedrører derfor gruppen som helhed.

5.1 SAMMENFATNING

I Tabel 5.1 gives en oversigt over evidensstyrken af vores nuværende viden om, hvorvidt livsstilsprogrammer med fokus på kost kan føre til vægttab eller vægtstabilitet hos personer med psykisk sygdom i antipsykotisk behandling. Vi finder moderat evidens for, at det er muligt at gennemføre tiltag, der fører til beskedne vægttab eller til en forebyggelse af vægtøgning på i gennemsnit 3,12 kg eller $0,94 \text{ kg/m}^2$ målt i BMI (se Tabel 5.1) hos overvægtige (gennemsnitlige $BMI = 29,6 \text{ kg/m}^2$), psykisk syge i antipsykotisk behandling. Der er dog store forskelle i studierne mht. størrelsen af den

opnåede effekt. Vi finder indikationer på, at det er muligt at fastholde dette vægttab, efter at livsstilsprogrammet er afsluttet, idet der efter en followup periode på i gennemsnit 3,6 måneder (mellem 2 til 12 måneder) fortsat kunne konstateres et signifikant vægttab på -3,48 kg sammenlignet med kontrolgruppen. Der er desuden fundet positive forandringer i en række klinisk relevante risikofaktorer, herunder niveauet af kroppens fedtprocent, fasteplasmaglukose, blodets indhold af fedt samt taljemål. De inkluderede livsstilsinterventioner viser et beskedent deltagerfrafald, sammenligneligt med frafaldet i kontrolgrupperne. De har således vist sig at være virksomme og gennemførlige for de patienter, der deltog. Vi konkluderer derfor, at de forskellige typer livsstilsinterventioner med fokus på kost og vægt ser ud til at virke, og at valg af metode må bero på, hvorledes der bedst opnås en alliance med patienterne, og hvad der forekommer realistisk i den konkrete behandlingsmæssige kontekst.

5.2 VÆGTTAB OG VÆGTSTABILITET

Som nævnt indledningsvis er dette kapitel primært baseret på en metaanalyse af Caemmerer et al. (2012), hvori der indgik 17 lodtrækningsforsøg, som undersøger effekten af forskellige livsstilsprogrammer (4). Resultaterne i denne metaanalyse underbygges af endnu en metaanalyse af Bonfioli et al. (2012), der omfatter 13 lodtrækningsforsøg (5). Ti lodtrækningsstudier indgik i begge metaanalyser. I de følgende omtales derfor resultaterne fra Caemmerers metaanalyse, da denne omhandlede flest studier (4). De 17 lodtrækningsforsøg omfattede 810 deltagere i behandling med antipsykotisk medicin (52,2 % var diagnosticeret med skizofreni, skizoaffektiv forstyrrelse eller skizofreniform psykose, 5,7 % havde uni- eller bipolar sygdom, mens 42,1 % manglede oplysninger om den specifikke diagnose). Det gennemsnitlige BMI var 29,6 kg/m² i interventionsgrupperne og 28,5 kg/m² i kontrolgrupperne. De fleste studier i metaanalysen omfattede patienter i ambulant behandling, og alle havde vægttab eller forebyggelse af vægtøgning

→ TABEL 5.1

Oversigt over evidensstyrken af vores nuværende viden om effekter af livsstilsinterventioner med fokus på kost blandt overvægtige personer med psykisk sygdom, som er i antipsykotisk behandling, jf. GRADE-systemet (se afsnittet "Metode og rapportens opbygning"). "↑" symboliserer en vægtreduktion eller forebyggelse af vægtøgning målt i kilo eller BMI.

OVERVÆGTIGE PERSONER MED PSYKISK SYGDOM I ANTIPSYKOTISK BEHANDLING	
STÆRK EVIDENS	
MODERAT EVIDENS	➤ Livsstilsinterventioner rettet mod vægttab ↑ ➤ Livsstilsinterventioner rettet mod forebyggelse af vægtøgning ↑
SVAG EVIDENS	
MEGET SVAG EVIDENS	

som formål. I de forebyggende interventioner blev patienterne ved påbegyndelse af antipsykotisk medicinsk behandling tilbudt deltagelse i en livsstilsintervention. De forskellige interventioner varierede meget mht. varighed (8-72 uger) og indhold. Nogle interventioner var baseret på individuelle sessioner, mens andre foregik i grupper og nogle i en kombination heraf. Flere programmer byggede på kognitive metoder, mens andre primært var rådgivende med fokus på adfældsændringer. I et enkelt studie indgik alene fysisk aktivitet og ikke andre livsstilselementer (6). På grund af studiets lille deltagerantal (10 personer), vægter dette studie dog kun ubetydeligt i metaanalysens samlede resultater og ændrer derfor ikke på kapitlets samlede konklusioner vedrørende effekten af de samlede livsstilsinterventioner om vægttab og vægtstabilitet.

Fjorten ud af de 17 lodstækningsundersøgelser i metaanalysen opgjorde effekten af livsstilsinterventionerne i kilo og BMI (4). I det omfang det var muligt, blev der desuden lavet opgørelser af andre parametre for fysisk sundhed. Studierne viste et samlet vægttab på 3,12 kg, eller udtrykt i BMI 0,94 kg/m², men resultaterne varierede betydeligt fra studie til studie. I Figur 6 ses en oversigt over udbyttet af livsstilsinterventioner målt i kilo. Figuren er delt op i interventioner, der har til formål at forebygge vægtøgning, og interventioner, der har til formål at opnå vægttab. I Figur 6 fremgår de enkelte studier inkluderet i metaanalysen, antallet af deltagere i hhv. interventions- og kontrolgruppe og vægttabet opgjort i kilo. Total og subtotal i Figur 6 henviser til den gennemsnitlige forandring i kilo for hhv. de to grupper hver for sig og for begge grupper lagt sammen (markeret med en rudeform). Der ses, at der er en signifikant gennemsnitlig vægtreduktion på 3,12 kg ([95 % CI: -4,03 til -2,21], $p = 0,05$) for de to grupper lagt sammen sammenlignet med kontrolgrupperne i begge interventionsgrupper.

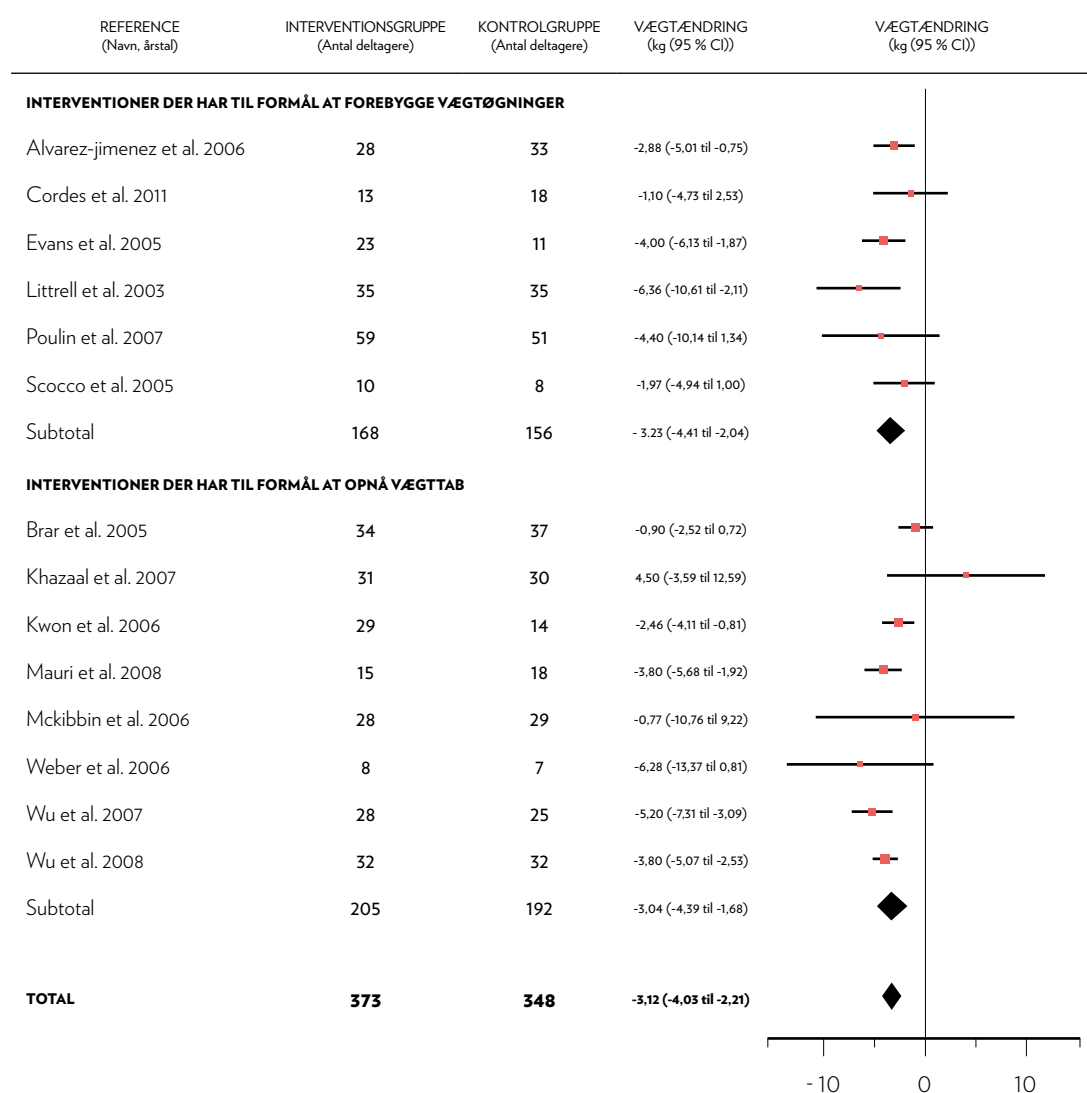
I Figur 7 ses effekten af livsstilsinterventionerne målt i BMI. Figuren er igen delt op i interventioner, der har til formål at forebygge vægtøgning, og interventioner, der har til formål at opnå vægttab. Af Figur 7 fremgår også de enkelte studier, antallet af deltagere i hhv. interventions- og kontrolgruppe. Total og subtotal i Figur 7 henviser til den gennemsnitlige forandring i BMI for hhv. de to grupper hver for sig og for begge grupper lagt sammen (markeret med en rudeform). Der ses, at der er en signifikant gennemsnitlig reduktion i BMI på 0,94 kg/m² ([95 % CI: 0,43-1,45], $p < 0,001$) for begge grupper lagt sammen sammenlignet med kontrolgrupperne i begge interventionsgrupper.

5.3 ANDRE EFFEKTMÅL END VÆGT

Metaanalysen viste positiv forandring af en række sekundære effektmål af betydning for fysisk sundhed, om end færre studier opgjorde disse værdier (4). Der var en betydelig variation i disse værdier studierne imellem. Dog var variationen ikke så stor, at det ikke var muligt at drage en konklusion. Seks ud af de 17 studier har undersøgt effekten af livsstilsprogrammerne på taljemål. En metaanalyse på disse seks studier viste, at taljemålet i interventionsgrupperne faldt signifikant med -3,58 cm ($n=349$, [95 % CI: -5,51 til -1,66], $p=0,03$), (4). Tre studier viste ligeledes, at kroppens fedtprocent faldt signifikant med -2,82 % ($n=83$, [95 % CI: -5,35 til -0,30], $p=0,03$), og seks studier viste et signifikant fald i fasteplasmaglukose med -5,79 mg/dL ($n=348$, [95 % CI: -9,73 til -1,86], $p=0,004$) sammenlignet med kontrolgrupperne (4). Studierne viste desuden signifikante positive fald i blodets indhold af total-kolesterol, LDL-kolesterol og triglycerider i interventionsgrupperne sammenlignet med kontrolgrupperne. Total-kolesterol faldt med -20,98 mg/dl ($n=273$, [95 % CI: -33,78 til -8,19], $p=0,001$), og LDL-kolesterol faldt med -22,06 mg/dl ($n= 200$, [95 % CI: -37,80, til -6, 32], $p =$

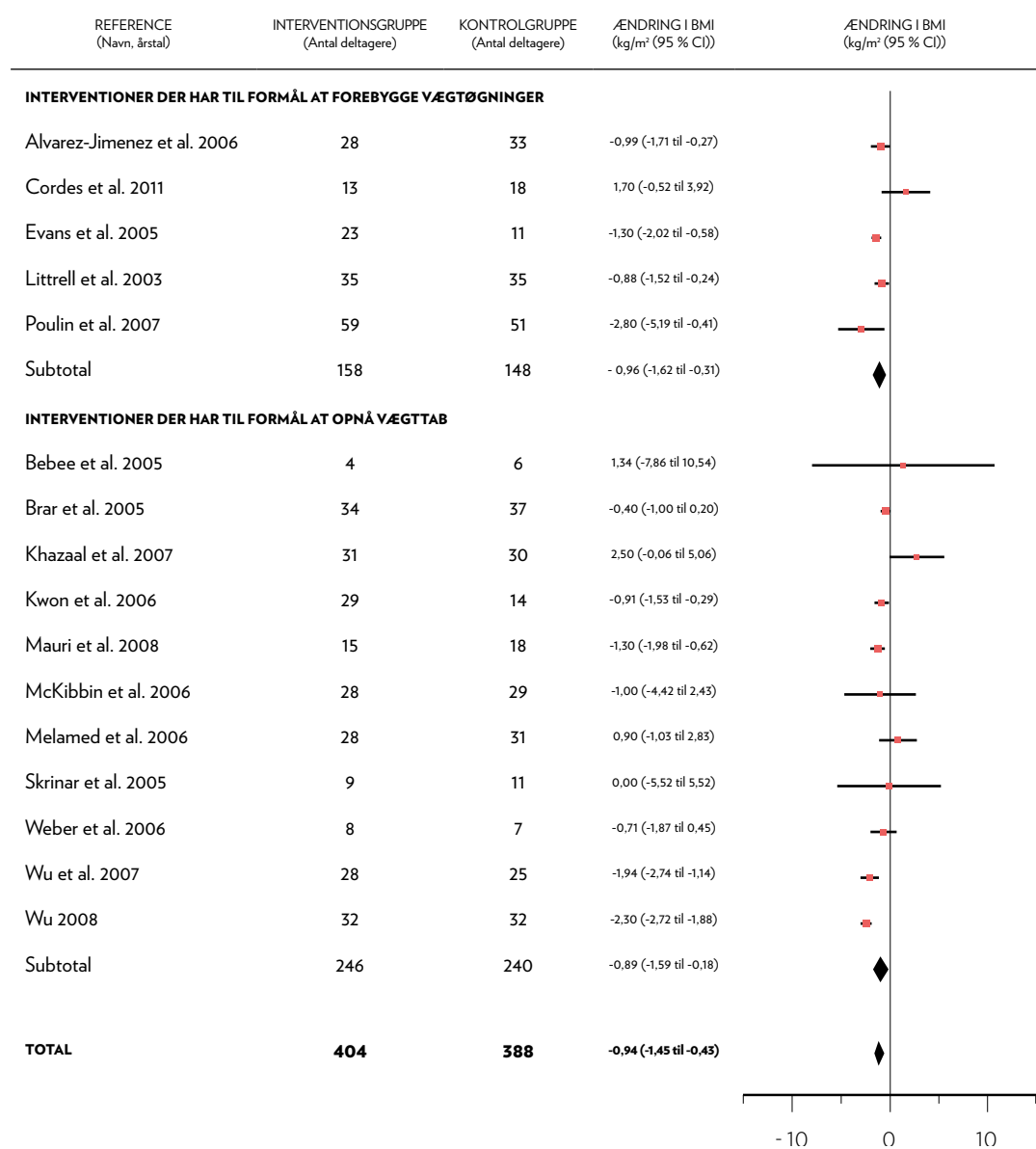
→ FIGUR 6

Oversigt over effekten målt i kilo for hhv. interventionsgrupper, der skal opnå vægttab, og interventionsgrupper, der skal forebygge vægtøgning (4). Værdier til venstre for 0,00 angiver, at interventionsgruppen har lavere kropsvægt målt i kilo end kontrolgruppen ved interventionens afslutning. Længden på de vandrette streger, der gennemskærer markeringen, afspejler usikkerheden af målingen (konfidensintervallet), (figuren er optegnet og modificeret med tilladelse fra Elsevire).



→ FIGUR 7

Oversigt over effekten målt i BMI (kg/m^2) for hhv. interventionsgrupper, der skal opnå vægttab, og interventionsgrupper, der skal forebygge vægtøgning (4). Værdier til venstre for 0,00 angiver, at interventionsgruppen har lavere BMI end kontrolgruppen ved interventionens afslutning. Længden af de vandrette streger, der gennemskærer markeringen, afspejler usikkerheden af målingen (konfidensintervallet), (figuren er optegnet og modificeret med tilladelse fra Elsevire).



0,006). Niveauet af triglycerider i blodet faldt med -61,68 mg/dl (n= 253, [95 % CI: -92,77 til -30,59], p=0,0001). Der var ingen signifikant ændring i blodets indhold af HDL- kolesterol, der steg med 2,89 mg/dl (n= 220; [95 % CI -5,67 til 11,45], p=0,51).

5.4 HVILKE LIVSSTILS- INTERVENTIONER VIRKER BEDST?

Vi kan ikke på baggrund af metaanalysen konkludere, hvilke typer indsatser der er mest effektive, hvad angår varighed, gruppe- eller individuelle forløb, kognitiv terapi eller vejledning (4). Der var dog en tendens til et bedre udbytte af interventioner, der havde til formål at forebygge vægtøgning frem for at opnå et vægttab.

Metaanalysen af Caemmerer et al. (2012) viser positive resultater for de patienter, der var i ambulant behandling, men derimod ikke for indlagte patienter (4). En mulig årsag er metodiske begrænsninger. I metaanalysen indgik nemlig kun få mindre studier af indlagte patienter, hvilket kan gøre det vanskeligt at påvise en sikker effekt. En anden mulig årsag til det manglende udbytte hos indlagte patienter er, at disse patienter var indlagt, fordi de havde det psykisk dårligt og derfor ikke var i stand til at mobilisere overskud til at ændre livsstilsvaner. Det er derfor væsentligt at undersøge disse forhold yderligere, bl.a. for at få større indsigt i, hvilke tiltag der kan være motiverende og imødekomme akut syge personers særlige behov.

Hvor stor er frafaldet?

Frafaldsproportionen i interventions- og kontrolgrupperne for studierne i metaanalysen var forholdsvis lave og af samme størrelsesorden (15 % vs. 17 %) (4). De lave frafaldsproportioner indikerer, at livsstilsprogrammerne var gennemførlige for de patienter, der deltog. De positive resultater af livsstilsinterventionerne omhandler patienter, der

har ønsket at deltage i de omtalte studier og derfor må formodes at have haft en vis motivation. Der er behov for viden om, hvorvidt der er patienter, der ikke ønsker at deltage i livsstilsinterventionerne, og hvad der i givet fald vil kunne motivere disse.

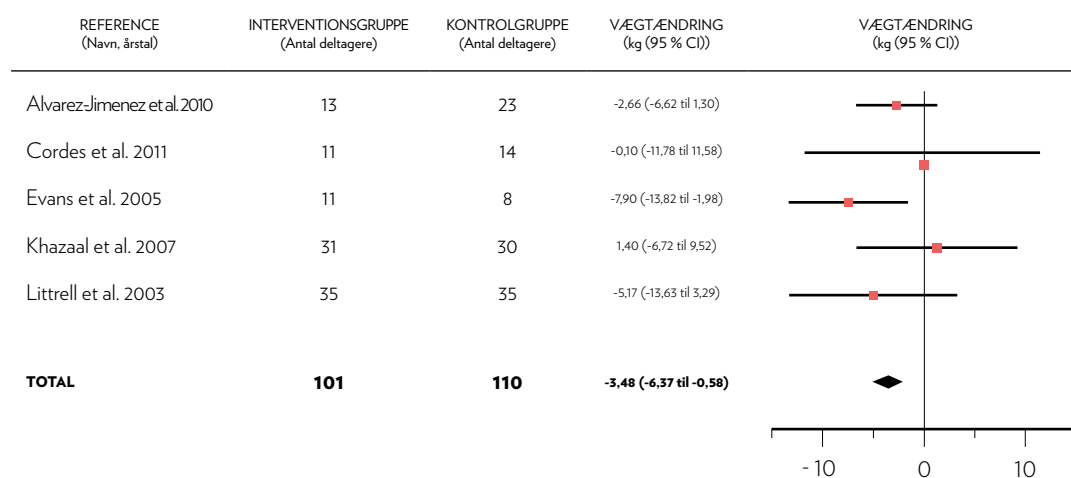
Er det muligt at fastholde vægttabet?

I klinisk praksis er det væsentligt, om det er muligt at fastholde de positive ændringer efter deltagelsen i livsstilsinterventionerne. Fra undersøgelser af baggrundsbefolkningen ved vi, at det er vanskeligt at fastholde et vægttab (7). Der er gennemført followup studier i 7 ud af de 17 interventioner, der er inkluderet i metaanalysen af Caemmerer et al. (2012), hvor effekten enten er opgjort i kilo eller BMI (4). Fem studier opgør resultatet i kilo og viser en signifikant vægtforskel på -3,48 kg [95 % CI: -6,37 til -0,58] efter i gennemsnit 3,6 måneder (mellem 2 til 12 måneder) til fordel for interventionsgruppen. Data tyder således på, at det er muligt at fastholde et vægttab efter endt intervention. Opgøres resultatet i BMI, indgår fem studier, hvoraf tre overlapper med de studier, som opgør resultatet i kilo. I gennemsnit havde deltagerne bevaret et tab i BMI på -0,72 kg/m². Dette var dog ikke signifikant forskelligt fra kontrolgruppen (se Figur 8). Af figurerne fremgår de enkelte studier, antallet af deltagere i hhv. interventions- og kontrolgruppe og vægttabet opgjort i kilo (se Figur 8) og BMI (se Figur 9). Total i Figur 8 og 9 henviser til den gennemsnitlige forandring for begge grupper lagt sammen (markeret med en rudeform).

De trods alt beskedne resultater af livsstilsinterventioner omtalt i dette kapitel rejser spørgsmål om, hvorvidt en vægtreduktion eller en forebyggelse af vægtøgning på omkring 3 kg, svarende til 2,5-4 % af patienternes oprindelige vægt, har helbreds-mæssig betydning. Af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for befolkningen fremgår det, at en vægtreduktion på mellem 5-10 % hos overvægtige har en

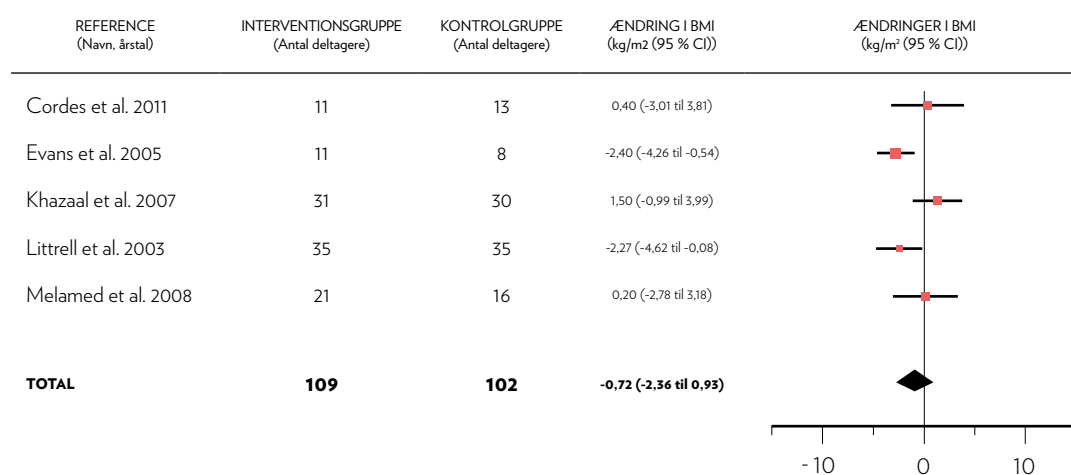
→ FIGUR 8

Oversigt over effekten ved followup efter interventionernes slutning opgjort i kilo (4). Værdier til venstre for 0,00 angiver, at interventionsgruppen har lavere vægt end kontrollen ved tidspunkt for followup. Længden af de vandrette streger, der gennemskærer markeringen, afspejler usikkerheden af målingen (konfidensintervallet) (figuren er optegnet og modificeret med tilladelse fra Elsevire).



→ FIGUR 9

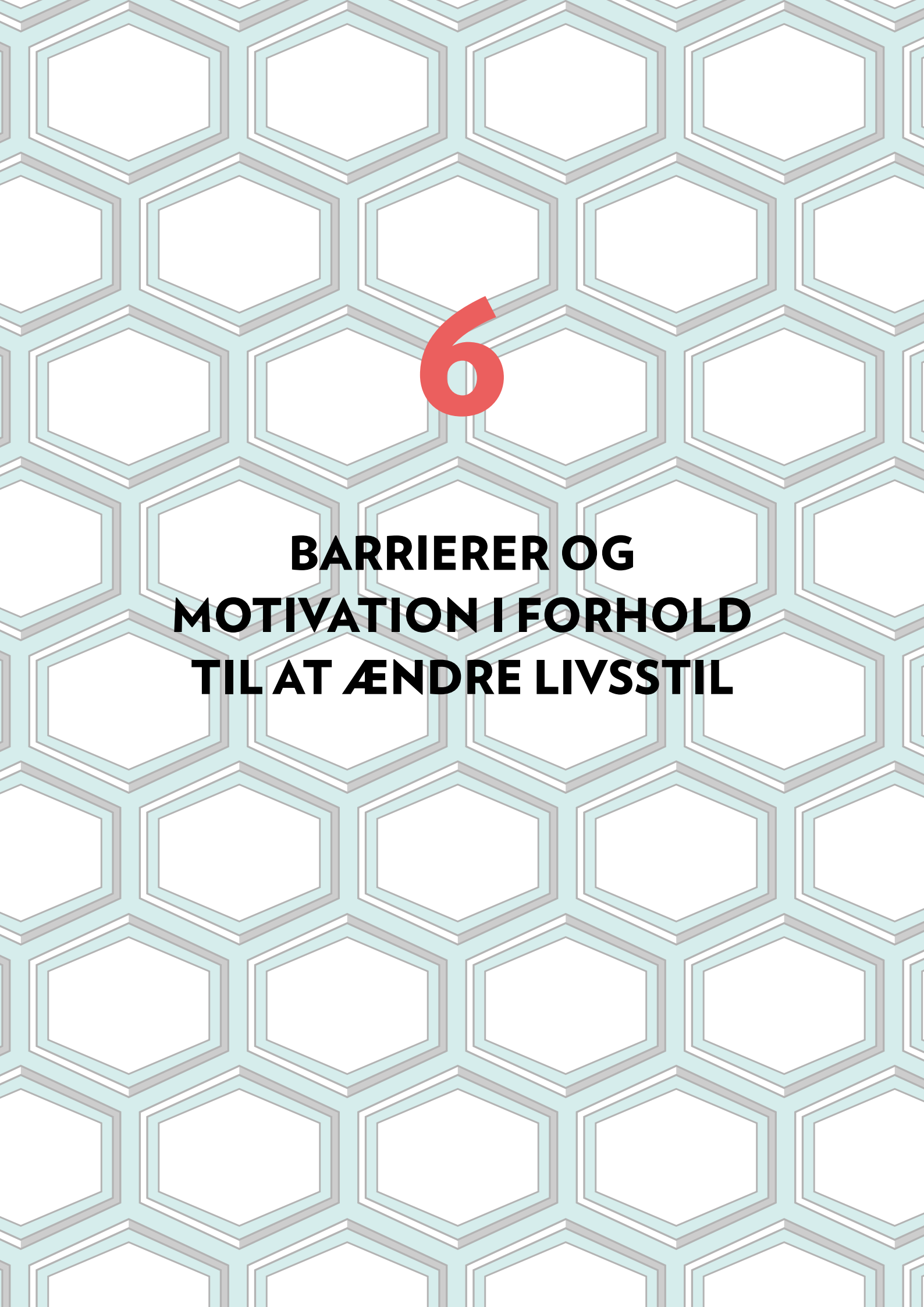
Oversigt over effekten ved followup efter interventionernes slutning opgjort i BMI (4). Værdier til venstre for 0,00 angiver, at interventionsgruppen har lavere BMI end kontrollen ved tidspunkt for followup. Længden af de vandrette streger, der gennemskærer markeringen, afspejler usikkerheden af målingen (konfidensintervallet) (figuren er optegnet og modificeret med tilladelse fra Elsevire).



gavnlig effekt, bl.a. i forebyggelse af diabetes (8). Metaanalysens resultater (4), hvad angår vægttab, lever ikke op til denne anbefaling. Vi mener dog, at der kan argumenteres for, at de opnåede vægttab har en helbredsmæssig betydning alligevel. For det første fordi et gennemsnitligt vægttab på 2,5-4 % betyder, at nogle personer har opnået et vægttab på 5 % eller mere. For det andet må forebyggelse af vægtøgning uanset omfang anses for at være væsentlig, hvis det kan fastholdes eller ligefrem fortsætte efter endt intervention. Vi finder indikationer på, at vægttabet kan fastholdes efter endt intervention. Endelig finder vi, at vægttabet følges af et fald i andre væsentlige risikofaktorer som taljemål og kolesterolindhold i blodet.

5.5 LITTERATUR

1. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia (Review). The Cochrane Collaboration. Wiley 2010.
2. Weiden PJ, Mackell JA, McDonnell DD. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. *Schizophr Res* 2004;66:51-57.
3. Allison DB, Mackell JA, McDonnell DD. The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003;54:565-567.
4. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 2012;140:159-168.
5. Bonfioli E, Berti L, Goss C, Muraro F, Burti L. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 2012;12:78. Epub ahead of print.
6. Beebe LH, Tian L, Morris N, Goodwin A, Allen SS, Kuldau J. Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26:661-676.
7. Wadden TA, Crerand CE, Brock J. Behavioral treatment of obesity. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28:151-170.
8. Müller P, Rømer H, Thomsen JL, Hejgaard T, Aagaard P. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. Dansk Selskab for almen Medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen 2009.



6

BARRIERER OG MOTIVATION I FORHOLD TIL AT ÆNDRE LIVSSTIL

DETTE KAPITEL HANDLER OM DE BARRIERER, DER KAN VÆRE FORBUNDET MED AT ÆNDRE VANER OMKRING KOST, RYGNING OG FYSISK AKTIVITET, OG HVILKE FORHOLD DER KAN VÆRE MOTIVERENDE. KAPITLET BYGGER PRIMÆRT PÅ UNDER-SØGELSER AF PSYKISK SYGES ERFARINGER OG HOLDNINGER.

Vi har i de tre foregående kapitler gennemgået en række forskningsresultater om ændringer i livsstil hos personer med psykisk sygdom. I alle befolkningsgrupper er barrierer og motivation for livsstilsændringer en afgørende faktor. Det gælder både i forhold til at påbegynde og til at fastholde en adfærdsændring. Men for personer med psykiske sygdomme kan disse forhold byde på særlige udfordringer og også være præget af modstridende forhold. Vi vil derfor runde denne rapport af med en beskrivelse af, hvilke gennemgående barrierer, motiverende faktorer og modstridende oplevelser personer med psykisk sygdom oplever i forbindelse med livsstilsforandringer, der omfatter rygning, fysisk aktivitet og livsstilsinterventioner med fokus på kost og vægt.

Litteraturens beskaffenhed

Litteraturen er primært baseret på kvalitative interviews og fokusgruppeinterviews med personer med psykisk sygdom. Kvalitative metoder er især velegnede til at skabe indsigt i, hvordan personer opfatter forskellige forhold og handler som de gør. Disse metoder kan supplere de statistiske opgørelser. Vi har fundet studierne efter en grundig litteratursøgning i PubMed samt manuel søgning i litteraturlister og har brugt følgende kriterier til udvælgelsen:

1. Er metodisk velbeskrevet og velegnet til at belyse emnet.
2. Belyser en variation i interventionsområderne, kost, rygning og fysisk aktivitet.
3. Belyser en variation i kontekst, fx et behandlingstilbud, botilbud eller praktiserende læge, for at få en ide om deltagerens forudsætninger for at ændre livsstil.

Litteratursøgningen har afdækket, at dette forskningsfelt er forholdsvis nyt og kun sparsomt belyst. Det var bl.a. ikke muligt at finde undersøgelser om barrierer og/eller motiverende faktorer delt op på de tre diagnostiske undergrupper: depression, skizofreni og bipolar sygdom. I de fleste undersøgelser er der ikke nogen præcis opgørelse af de involverede deltagers diagnose, men det fremgår, at skizofreni er den mest udbredte sygdom blandt deltagerne. Kun en enkelt undersøgelse omhandler personer med depression, der er i behandling hos en praktiserende læge. De fleste af studierne i dette kapitel omfatter desuden personer med en alvorlig psykisk sygdom, der i nogle tilfælde også har andre vanskeligheder, eksempelvis misbrug, fysisk sygdom eller en på anden måde problematisk livssituation.

6.1 SAMMENFATNING

Deltagerne i de inkluderede undersøgelser udtrykker interesse for at ændre livsstil, hvad angår rygning, kost og fysisk aktivitet. Generelt forbinder de en bedre sundhedstilstand med en mere meningsfyldt hverdag og en bedre livskvalitet. Deltagerne fortæller om en række markante barrierer for at ændre livsstil. De væsentligste barrierer er knyttet til symptomer på den psykiske sygdom (fx manglende energi og initiativ), til bivirkninger ved den medicinske behandling (fx vægtøgning og træthed) samt til deres livssituation (fx social isolation og vanskeligheder ved at skabe struktur). Opbakningen fra såvel professionelle som familie og venner bliver betragtet som betydningsfuldt, og personalets negative holdning til livsstilsforandringer kan udgøre en barriere. Det fremhæves som væsentligt, at personalet på én gang yder en aktiv støtte og respekterer deltagerens autonomi i hverdagen. Deltagerne har selv en række forslag til, hvad der kan være motiverende i forhold til at ændre livsstilen, herunder et ønske om at blive taget med på råd, og at der tages individuelle hensyn i planlægningen og gennemførelsen af aktiviteter.

I Tabel 6.1 har vi samlet en række barrierer og motiverende faktorer for ændringer i hhv. rygeadfærd, fysisk aktivitetsniveau samt kost- og livsstilsvaner hos personer med psykisk sygdom. Tabellen viser også, at det, der på den ene side kan opfattes som en barrierer for livsstilsforandring, samtidig kan have en motiverende effekt. Eksempelvis bliver rygerestriktioner nævnt som et tiltag, der kan give støtte samtidig med, at det kan opleves som et pres eller ligefrem være stigmatiserende. Sund kost fremstilles som efterstræbelsesværdig, og samtidig foretrækkes usunde madvarer i praksis. Angst og utryghed i sociale sammenhænge nævnes som en barriere

for fysisk aktivitet, og samtidig fremhæves det sociale fællesskab og støtten fra netværket som værende motiverende.

6.2 ÆNDRINGER AF RYGEVANER

I et amerikansk studie af Lucksted et al. (2000) om fordele og ulemper ved at holde op med at ryge blev gennemført fokusgruppesamtaler med 40 personer med alvorligt psykisk sygdom fra to psykosociale rehabiliteringsprogrammer. Deltagerne bestod af både rygere, eks-rygere og ikke-rygere (1). Der kunne på baggrund af fokusgruppesamtalerne identificeres fire temaer til beskrivelse af barrierer for rygestop: 1) rygning har en beroligende eller antidepressiv effekt og kan fremme evnen til at fokusere, 2) rygning lindrer oplevelsen af kedsomhed og repræsenterer en mulighed for at foretage sig noget i en hverdag, der er præget af tomhed, 3) rygning opleves som én af få glæder i tilværelsen. Deltagerne fortalte, at andre ofte bekræftede dem i denne opfattelse. En kvinde fortalte, at andre henvendt til hende havde sagt, at hun bare skulle fortsætte med at ryge, fordi hun - pga. sin psykiske sygdom - ikke havde andre glæder, og 4) rygestop kunne afstedkomme frygt for at føle sig uden for fællesskabet i rehabiliteringsprogrammet. Deltagerne mente, at rygerestriktioner måske nok kunne mindske fristelsen til at ryge, men samtidig var nogle utilfredse med disse restriktioner, bl.a. pga. risikoen for stigmatisering. Når deltagerne blev spurgt om grunde til ikke at ryge, dvs. motiverende faktorer for rygestop, blev helbredsmæssige forhold angivet som de vigtigste. Dog var der stor forskel på, hvordan dette blev omtalt af hhv. ikke-rygere, af dem som var motiverede og af dem som ikke ønskede at stoppe med at ryge. Sidstnævnte havde tendenser til at bagatellisere de helbredsmæssige gener eller til at forsøge at komme overens med de alvorlige helbredsmæssige følger af rygning. Andre moti-

→ TABEL 6.1

Oplevelser af barrierer og motiverende faktorer for ændringer i livsstil hos personer med psykisk sygdom.

	OPLEVEDE BARRIERER	OPLEVEDE MOTIVERENDE FAKTORER
RYGNING	› Rygning kan virke beroligende, antidepressivt og fremme koncentrationen › Rygning kan fremme livskvalitet og fællesskab og modvirke social isolation › Rygerestriktioner kan være stigmatiserende › Personalets pres eller manglende tro på deltagernes evne til rygestop › Rygning er en mulighed for at foretage sig noget i en hverdag præget af tomhed og manglende initiativ	› Rygestopgrupper › Ønske om et bedre helbred › Rygerestriktioner › Individuel støtte › Andres anerkendelse ved rygeophør › Sparede penge
KOST OG LIVSSTIL	› Vanskeligheder ved at modstå fristelser › Usunde vaner og præferencer › En dårlig sundhedstilstand, træthed og overvægt › Frygt for ikke at kunne fastholde de opnåede livsstilsændringer og nye strukturer i hverdagen › Frygt for ikke at være i stand til at påvirke sin egen skæbne i positiv retning	› Servering af sund mad › En stærk vilje › Støtte fra personale, venner og familie til at fastholde en sundere livsstil › Meningsfulde og sunde aktiviteter › Indflydelse på indholdet i livsstilsprogrammer › Håb om et sundere liv › Ønske om at tabe sig
FYSISK AKTIVITET	› Bivirkninger ved den medicinske behandling (fx overvægt og træthed) › Fysisk sygdom › Angst, uro og deraf følgende social isolation › Psykisk sygdom (fx ændret kropsopfattelse og mangel på initiativ og energi) › Belastende nærmiljø og stigmatisering › Begrænsede erfaringer med fysisk aktivitet › En hverdag præget af mangel på indhold og struktur › Manglende selvtillid	› Personalets støtte til at overvinde træthed, angst og manglende struktur i hverdagen › Socialt samvær › Information og samtaler om bedre sundhed › Oplevet udbytte af fysisk aktivitet (fysisk, socialt og psykisk) › Variation i tilbuddene › Meningsfulde aktiviteter i hverdagen › Håb om et sundere liv og færre bivirkninger › At være i antidepressiv behandling

verende faktorer var, at andre personer udtrykte anerkendelse af, at de ikke røg, at de kunne spare penge, og at de ikke lugtede af røg. Deltagerne havde en række konkrete forslag til, hvad der kunne hjælpe dem til at holde op med at ryge - både af individuel og kollektiv karakter. Individuel støtte kunne være hjælp til at finde på alternative handlemuligheder, som tygggegummi, at holde sig beskæftiget, eller måder hvorpå de kunne tackle irritabilitet. Fælles tiltag kunne være rygestopgrupper, mere information eller rygerestriktioner. Flere lagde vægt på det uhensigtsmæssige i at forsøge at skræmme eller presse folk til rygeophør (1).

En dansk spørgeskemabaseret holdningsundersøgelse fra 2010 "Rygning er deres mindste problem", viser tydeligt, at personalets holdninger og forventninger til deltagernes parathed og vilje til at holde op med at ryge er vigtig (2). Undersøgelsen er baseret på besvarelser fra 1.059 personer (62 ledere, 345 medarbejdere eller frivillige og 652 socialt udsatte borgere). I gruppen af socialt udsatte blev det anslået, at ca. en tredjedel var personer med en psykisk sygdom. Det mest bemærkelsesværdige ved undersøgelsen er et misforhold mellem deltagernes ønske om at holde op med at ryge og deres egne forventninger til, om dette var muligt, sat i forhold til personalets vurderinger af og forventninger til deltagerne. Således var der 33 % af deltagerne, og 19 % af personalet, der mente, at socialt udsatte borgere var interesserede i at holde op med at ryge. 24 % af deltagerne og 16 % af personalet mente, at disse personer ville være i stand til at gennemføre et rygestop. Det vil altså sige, at deltagerne vurderede, at de som gruppe havde et større ønske om og potentiale til at gennemføre et rygestop, end de medarbejdere der skulle støtte dem. Dette gjaldt dog ikke for lederne af institutionerne, der generelt så mere positivt på muligheden for rygestop end både personale og deltagere. En væsentlig barriere for at holde op

med at ryge i den danske undersøgelse var, i lighed med den amerikanske undersøgelse, frygten for social isolation og oplevelse af, at rygning øgede livskvaliteten. I alt 33 % af deltagerne svarede bekræftende på, at deltagergruppen som helhed kunne blive socialt isolerede, hvis de holdt op med at ryge. I alt 54 % af deltagerne og 34 % af personalet mente, at deltagergruppen skulle have lov til at ryge, fordi rygning gav livskvalitet. Blandt såvel personale som medarbejdere og ledere var der en stor set lige andel på mellem 42 % og 45 %, der mente, at rygning var deltagernes mindste problem set i forhold til deres øvrige problemer med sindslidelse, misbrug eller hjemløshed (2).

Samlet peger den danske og amerikanske undersøgelse på, at mange med psykisk sygdom ønsker eller overvejer at holde op med at ryge (1, 2). Dette bakkes op af tallene fra Den Nationale Sundhedsprofil i kapitel 2.6. Undersøgelserne giver også vigtige informationer om, hvad der kan stå i vejen for et rygestop. Herunder at det er vigtigt, at medarbejderne og netværket omkring den psykisk syge betragter rygning som en seriøs problemstilling og tror på, at det er såvel gavnligt som muligt for personer med psykisk sygdom at holde op med at ryge. En anden væsentlig barriere for et rygestop er det sociale fællesskab med andre rygere og en frygt for social isolation som følge af et rygestop. Endelig peger undersøgelserne på, at personalets og netværkets oplevelse af, at den psykisk syge ikke har andre glæder i livet end at ryge, er en væsentlig barriere, der er med til at bekræfte den pågældende i en oplevelse af afmagt og pessimisme.

6.3 ÆNDRINGER AF DET FYSISKE AKTIVITETS NIVEAU

I det følgende er det valgt at omtale fire kvalitative undersøgelser med fokus på barriere og motive-

rende faktorer for fysisk aktivitet. Studierne er fra hhv. England, USA og Danmark.

I Edinburgh blev der i 2009 foretaget kvalitative interviews med 27 patienter med skizofreni i ambulant behandling (3). På baggrund heraf fremkom der tre temaer til beskrivelse af barrierer for at være fysisk aktiv: **1)** angst, **2)** begrænsede eller dårlige erfaringer med fysisk aktivitet (fx dårlige minder fra skoletiden) og **3)** psykisk sygdom og bivirkninger (fx vægtøgning). Af de tre barrieretemaer var angst den mest fremtrædende barriere, og vægtøgning var også et forhold, der kunne påvirke patienternes selvværd negativt. Det engelske studie identificerede også et enkelt motiverende tema, nemlig den positive betydning af personalets støtte og samværet med de øvrige deltagere (3).

I tilknytning til et rehabiliteringsprogram i Chicago blev der foretaget fokusgruppeinterviews med 34 deltagere fra to psykiatriske rehabiliteringscentre (4). Foruden at have en alvorlig psykisk lidelse var deltagerne socialt udsatte og etniske minoriteter. Temaerne i denne undersøgelse ligner i høj grad dem fra den førnævnte undersøgelse fra England (3). Her blev dog i tillæg nævnt, at utryghed og angst var under indflydelse af et belastende nærmiljø og oplevelser af diskrimination og stigmatisering. Deltagerne havde også en række forslag til, hvad der kunne motivere dem til at overvinde de nævnte barrierer for fysisk aktivitet. Disse forslag kan samles i følgende fire temaer: **1)** et motiverende lederskab med medarbejdere, der opmuntrer uden at presse, **2)** information og samtaler om sundhed og bivirkninger (fx om risiko for vægtøgning), **3)** gruppeaktiviteter og socialt fællesskab, så deltagerne ikke følte sig alene med ansvaret for at deltage og **4)** varierede muligheder for fysisk aktivitet. En væsentlig faktor, der kunne motivere adfærdsændringer, var desuden i dette rehabilite-

ringsprogram, at deltagerne syntes, at der var en række positive aspekter ved fysisk aktivitet. Blandt andet fik de mere energi, blev mindre stressede, sov bedre og blev afledt fra symptomer og problemer forbundet med den psykiske sygdom (4). For deltagerne var det positive udbytte ikke knyttet til fysisk aktivitet i snæver forstand, men blev forbundet med alle former for aktivitet, selv stillesiddende aktiviteter som at løse krydsord. Endelig blev aktivitet i hverdagen set som en måde, hvorpå man kunne komme sig ovenpå sygdommen (4).

Syv unge personer med skizofrenilidelser deltog i 2008 i et dansk ambulant behandlingstilbud kaldet OPUS (5). En af undersøgelsens konklusioner er, at fysisk aktivitet ofte er forbundet med modstridende oplevelser, der på en gang udgør barrierer og motivation for at være fysisk aktiv. Nedenstående modstridende temaer omkring det at være fysisk aktiv blev beskrevet af de unge deltagere: **1)** et stillestående hverdagsliv stod i modsætning til den energi, som fysisk aktivitet kunne bringe, **2)** en psykotisk betinget oplevelse af svækket orienteringsevne og forvirring blev sat over for en kropslig oplevelse af at være samlet, **3)** socialt samvær i tilknytning til fysisk aktivitet blev oplevet som hhv. angstskabende og udbytterig, og **4)** uro og angst var en væsentlig hindring for at være fysisk aktiv, og samtidig blev fysisk aktivitet beskrevet som middel til at dæmpe denne tilstand og skabe en følelse af ro (5).

I en anden engelsk undersøgelse fra 2009 blev der foretaget kvalitative interviews med 33 personer med depression, der var i behandling hos deres praktiserende læge (6). Deltagerne i denne undersøgelse adskiller sig således fra deltagerne i de tre øvrige undersøgelser af fysisk aktivitet, både hvad angår diagnose og behandlingstype. Deltagerne beskrev væsentlige barrierer for at være fysisk aktive, nemlig manglende motivation, apati,

træthed og manglende selvtillid. Disse forhold var hindringer for at være aktive, men nogle oplevede også selve udførelsen af den fysiske aktivitet som værende demotiverende. Som motiverende faktorer nævnte deltagerne, at fysisk aktivitet havde en positiv effekt på deres depression. De beskrev det endvidere som noget positivt, at tankerne blev afledt, at de fik en oplevelse af at foretage sig noget meningsfuldt, at aktiviteten fremmede det sociale samvær, og at de fik en bedre regulering af søvnrytme og appetit. En motiverende faktor var endvidere selve troen på, at fysisk aktivitet kunne bedre depressionen. Nogle deltagere mente desuden, at medicinsk behandling for depression kunne bidrage til, at de var i stand til at overvinde barriererne for at deltage i og fastholde fysisk aktivitet (6).

Samlet peger de fire undersøgelser på, at deltagerne har et positivt udbytte af at bevæge sig. Dette udbytte udgør en motivation for at overvinde barriererne. Udbyttet omhandler bl.a. det at få mere energi, at stressniveauet sænkes, så der indtræder en oplevelse af ro, samt at negative og belastende tanker afledes. Et Cochrane review fra 2011 omhandlende effekten af fysisk aktivitet for personer med skizofreni (7) konkluderer i overensstemmelse hermed, at den eksisterende forskning tyder på, at fysisk aktivitet kan bedre negative symptomer som manglende energi og initiativ. Samlet set er de væsentligste barrierer for fysisk aktivitet i de tre kvalitative undersøgelser angst, den psykiske sygdom og bivirkninger ved den medicinske behandling. Dette var dog ikke gældende i den engelske undersøgelse omhandlende personer med depression. Her blev den antidepressive medicinske behandling eksplicit nævnt som en motiverende faktor, der kan bidrage til at fremme deltagelsen i fysisk aktivitet, hvorimod angst og bivirkninger ved medicinen ikke nævnes. Personalets støtte, øget viden om

sundhed og socialt samvær nævnes som forhold, der er motiverende i alle fire undersøgelser.

6.4 ÆNDRINGER AF KOST- OG LIVSSTILSVANER

I det følgende vil et svensk og et amerikansk kvalitativt studie med fokus på barriere og motiverende faktorer for sundere livsstil, herunder kost, hos personer med psykisk lidelse blive omtalt.

I USA blev der i 2010 foretaget fokusgruppeinterviews med 11 beboere på et plejehjem (8). Beboerne havde alle alvorlig psykisk sygdom, og flere havde også et misbrug og somatiske sygdomme, herunder diabetes. I personalegruppen blev netop beboernes ringe almene sundhedstilstand fremhævet som en væsentlig barriere for sundere livsstil. Personalet ønskede et tættere samarbejde med andre faggrupper, fx læger og psykiatere, da de syntes, at de havde dårlige forudsætninger for at støtte og vejlede beboerne. Blandt undersøgelsens deltagere fremstod tre temaer som barrierer for at ændre livsstil: **1)** en ringe evne til at ændre vaner og vanskeligheder ved at modstå fristelser (fx slik og cigaretter), **2)** uoverensstemmelse mellem den mad, som beboerne opfattede som sund, og den mad de ville foretrække at spise, hvis de ikke behøvede at bekymre sig om økonomi (fx is, kage, fastfood) og **3)** dårlige forudsætninger hos beboerne for at bevæge sig (fx pga. overvægt og somatisk sygdom). Beboerne fortalte også om, hvilke faktorer de mente kunne være motiverende i forhold til at ændre livsstil. De mente, at dette kunne ske via deres egen stærke vilje og ikke mindst via støtte fra familie, venner og professionelle. Samtidig gav de udtryk for, at de ønskede autonomi i deres liv. Dette dilemma blev desuden omtalt af personalet. Personalet foreslog et udvidet netværkssamarbejde, der både involverede professionelle og beboere og deres personlige netværk. Deltagerne kom også med

forslag til en række aktiviteter, der kunne fremme en sund livsstil. Karakteristisk for disse forslag var, at de foruden diæt og træning omhandlede brede aspekter af et aktivt og indholdsrigt hverdagsliv. De nævnte bl.a. meditation, dans, vaske op, bede, bruge tid udendørs, lytte til fuglesang, dyrke kampsport, drikke juice, tage vitaminpiller, se deres læge og tage medicin regelmæssigt.

I et svensk studie fra 2005-2006 blev der foretaget kvalitative interviews med 11 deltagere fra et livsstilsprogram omhandlende kost og fysisk aktivitet (9). Deltagerne boede i selvstændige boliger med socialpsykiatrisk støtte. På baggrund af de kvalitative interviews blev der opstillet fire temaer til beskrivelse af barrierer og motivation for at ændre livsstil, herunder kosten: **1)** Min sundhed kan forbedres. Dette tema blev uddybende forklaret som, at deltagelsen i programmet skabte forhåbninger om et sundere liv med nye aktiviteter. Deltagerne fortalte dog også om forhindringer som dårlig form, smerter og social fobi. Ledernes tilgang blev fremhævet som vigtig for motivationen, bl.a. skulle personalet give deltagerne indflydelse på indholdet i livsstilsprogrammet og sørge for, at alle kunne være med, **2)** Min dagligdag har delvist fået et andet indhold. De nye vaner kunne smitte af på hverdagens indhold, således at deltagerne fx ikke blot selv spiste sundere, men også begyndte at invitere gæster til middag, **3)** Større nærhed og lighed med personalet. Et tættere forhold til personalet kunne dog også føre til, at beboerne fik en øget opmærksomhed på forskellene i deres livsbetingelser, hvilket de oplevede som frustrerende, og **4)** Opmærksomhed på egen livssituation. Deltagerne fik en øget oplevelse af, at de ikke havde indflydelse på egen skæbne, og de fik en frygt for, at forbedringer i deres liv kunne blive efterfulgt af et tilbagefald. Samtidig oplevede de, at længslen efter et meningsfyldt liv blev vakt (9).

I en opsummering af de to studier omhandlende kost og livsstil fremstår det som væsentligt at inddrage deltagerne egne forslag til forandringer af deres vaner, og at opnå støtte fra netværket. Et relevant spørgsmål er, om netværket, både det familiære og det professionelle, har forudsætningerne herfor. Undersøgelserne viser, at en ændring af kostvaner kan afstedkomme en række modstridende følelser. Der kan være en diskrepans mellem de gode intentioner og det, personerne holder af. Det gælder eksempelvis ønsket om, at der serveres sund mad og et samtidigt ønske om at have råd til at købe usund mad. Et interessant forhold er desuden, at positiv forandring kan afstedkomme negative følelser i en øget erkendelse af de vanskeligheder, den psykiske sygdom afstedkommer.

6.5 OVERBLIK OVER BARRIERER OG MOTIVERENDE FAKTORER

Vi har nu gennemgået en række enkeltstående kvalitative undersøgelser, der beskæftiger sig med barrierer og motiverende faktorer for livsstilsændringer hos personer med psykisk sygdom. Vores konklusioner på baggrund af denne litteratur vil vi nu som afrunding på dette kapitel sammenholde med et systematisk review af Roberts et al. (2011), (10). Formålet i dette review er at danne et overblik over barrierer og motiverende faktorer for deltagelse i livsstilsinterventioner hos psykisk syge. Reviewet omfatter både kvalitative, kvantitative og blandede metoder og omfatter personer med alvorlige sindslidelser, men ikke personer med depression. Forfatterne til reviewet identificerer ikke undersøgelser, der har specifikt fokus på barrierer og motiverende faktorer for ændringer i livsstil. En af de vigtigste konklusioner i reviewet er derfor, at der mangler viden om barrierer og motiverende faktorer for livsstilsforandringer, og betydningen af yderligere forskning blev understreget. Forskerne finder dog indirekte, at barrierer for at deltage i

livsstilsinterventioner primært er forbundet med symptomer på den psykiske sygdom og bivirkningerne af den medicinske behandling. De fremhæver i den forbindelse mangel på motivation, kognitive begrænsninger, ustabil mental tilstand, dårlig social funktion, lavt selvværd, inaktivitet, vægtøgning og forstyrret eller nedsat fornemmelse af kroppen. Som en selvstændig faktor nævnes desuden en opgivende eller negativ indstilling hos personalet. Hvad angår forhold, der kan være motiverende for at deltage i livsstilsprogrammer, peger reviewet først og fremmest på vigtigheden af en støttende og motiverende indstilling hos personalet, herunder at de deltager i aktiviteterne på en positiv måde (10). Gruppeinterventioner og socialt fællesskab nævnes desuden som motiverende. Andre undersøgelser fremhæver fordelene ved en individuel intervention. Hvor interventionen foregår i grupper, er strukturen i disse betydningsfuld. Øget viden om sundhed og om de fordele, der kan være ved at ændre livsstil, bliver ligeledes fremhævet som motiverende faktorer. Endelig bliver det i reviewet konkluderet, at det er vigtigt, at tilbuddene tilpasses patienternes behov, og at der er plads til variation og valgfrihed (10). Sammenholdes konklusionerne i reviewet med de

kvalitative undersøgelser beskrevet i dette kapitel ses en god overensstemmelse. Både reviewet og de kvalitative studier beskriver den psykiske sygdom og bivirkninger som vigtige barrierer. Der er desuden overensstemmelse, hvad angår fremhævelsen af personalets fremtrædende rolle, da personalet både kan udgøre en væsentlig motiverende faktor og en barriere for forandring af psykisk syges livsstil.

Vi har i dette kapitel 6 vist, at personer med psykisk sygdom er interesserede i at ændre deres livsstil og forbinder livsstilsforandringer med såvel bedre sundhed som øget livskvalitet. Ønsket om forbedret livsstil kan også dokumenteres i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 omtalt i rapportens kapitel 2. Vi har også givet en sammenfatning (Tabel 6.1) over nogle af de væsentligste barrierer og motiverende faktorer for ændringer af livsstil hos personer med psykisk sygdom. Alt dette kan være godt at have i baghovedet for personale, tilrettelæggere og beslutningstagere, når de overvejer hvorfor og evt. hvordan de kan gøre en indsats i forhold til livsstilen blandt personer med psykisk sygdom.

6.6 LITTERATUR

1. Lucksted A, Dixon LB, Semblly JB. A focus group pilot study of tobacco smoking among psychosocial rehabilitation clients. *Psychiatr Serv* 2000;51:1544-1548.
2. Christensen B. Rygning er deres mindste problem? Røgfrihed for alle. Sund By Netværket 2010.
3. Johnstone R, Nicol K, Donaghy M, Lawrie S. Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of mental Health* 2009;523-532.
4. McDevitt J, Snyder M, Miller A, Wilbur J. Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship* 2006;38:50-55.
5. Moltke A. Kroppens ambivalens. Copenhagen: Frydenlund; 2010.
6. Searle A, Calnan M, Lewis G, Campbell J, Taylor A, Turner K. Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2011;61:149-156.
7. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2010; 5(pp CD004412):2010.
8. Xiong G, Ziegahn L, Schuyler B, Rowlett A, Cassady D. Improving dietary and physical activity practices in group homes serving residents with severe mental illness. *Prog Community Health Partnersh* 2010;4:279-288.
9. Forsberg KA, Lindqvist O, Bjorkman TN, Sandlund M, Sandman PO. Meanings of participating in a lifestyle programme for persons with psychiatric disabilities. *Scand J Caring Sci* 2011;25:357-364.
10. Roberts SH, Bailey JE. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *J Adv Nurs* 2011; 67:690-708.

SUMMARY

There are good reasons to work on the lifestyles of people suffering from mental illness. A significant share of their excess mortality, which shortens their duration of life by 15-20 years, is specifically due to somatic illness caused by unhealthy lifestyles. New nationwide data show that obesity, smoking, unhealthy diets and sedentary behaviour is seen approximately twice as frequently in people who self report that they have a mental illness as compared with the general population. However, the data also show that these people, to the same extent as the general population, want to stop smoking, eat more healthily and be more physically active.

In summary, we conclude that with the correct intervention, it is possible for people with mental illness to change their life style and that to a large extent they also want this change. We find, however, that people suffering from mental illness encounter a number of barriers to lifestyle changes, including their illness symptoms, adverse drug effects and their life situations. Individual consideration and support from the professional and personal networks is therefore, significant in connection with the planning and completion of lifestyle interventions and activities.

Among other things, the report shows that:

- › There is substantial evidence that supervised training programmes for people with depression will improve their fitness ratings and muscular strength.
- › There is moderate evidence that home-based training for depressed people results in improving their fitness ratings.

- › There is moderate evidence that nicotine substitution treatment and counselling to help quit smoking increases smoking cessation among people with previous or ongoing depression, while bupropion can improve the chances of smoking cessation among people with schizophrenia.
- › There is moderate evidence that it is possible to achieve weight reduction or prevent weight increase. There is also moderate evidence of positive changes of clinically relevant risk markers, including the body fat percentage, waist measurement, fasting plasma glucose and the blood fat level.
- › There is a lack of knowledge about the extent to which it is possible to maintain smoking cessation and improved fitness ratings and muscular strength, while we find indications that it is possible to maintain weight loss.
- › With regard to recruitment, we find that it is often more difficult than in other illness groups.

Increased morbidity, increased mortality and lifestyle

People suffering from schizophrenia, depression and bipolar disorders have increased morbidity and mortality. Their life expectancy is approximately 20 years shorter for men and 15 years shorter for women with bipolar disorders, while the number of years lost is slightly less for people suffering from depression. Suicide and accidents play a certain role in the reduced life expectancy, but the primary cause is early death due to somatic illness. Quantitatively, cardiovascular disease plays the largest

role. People with schizophrenia, depression or bipolar disorders often have less healthy lifestyles than the control group. New nationwide data from the National Health Profile 2010 document that people who self report that they have long-lasting mental illness, have an unhealthy dietary pattern (20.9 % vs. 12.9 %), sedentary behaviour (34.7 % vs. 14.5 %) and smoke daily (38.8% vs. 19.8%) compared with the general population. They are also more often heavy smokers (25.9% vs. 10.1%) and are obese (20.9% vs. 12.9%), but have, on the other hand, the same keen interest in changing lifestyle as in the general population with regard to smoking (68.3 % vs. 74.5 %), diet (62.2 % vs. 56.4 %) and physical activity (68.7 % vs. 72.2 %).

Smoking

There is moderate evidence that nicotine substitution treatment increases cessation of smoking among people with previous or ongoing depression. The effect of nicotine is the same as among smokers without depression, corresponding to 14-22 % cessation after six months of smoking cessation intervention. There is also moderate evidence that counselling to help quit smoking works among people with previous or ongoing depression. If behavioral mood management therapy is included smoking cessation counselling increases the chance of smoking cessation by approximately 1.5 times, compared with no counselling. Evidence of the effect of bupropion and other antidepressant drugs to promote smoking cessation is not as clear, but indicates a slightly higher tendency of smoking cessation among people with depression who took these drugs. In the case of people with schizophrenia, there is moderate evidence that bupropion can nearly triple the chance of smoking cessation after six months without having a negative effect on the psychotic symptoms. The effect of varenicline is not as clear, but the literature indicates that schizophrenics tolerate it

and, in the short term, it can increase the chance of smoking cessation. There is also weak evidence that payment for participation in a smoking cessation programme has a positive effect, but it is uncertain whether this also applies to the long term. In general, it has proven to be difficult to recruit people with bipolar disorders and ongoing depression for smoking cessation intervention and there are almost no studies that focus on how to maintain achieved smoking cessation.

Physical activity

There is strong evidence that supervised training programmes for non-hospitalised patients suffering from depression will improve their fitness ratings by 9 % or result in an increased muscular strength of between 12-37 %, depending on the type of training. The effect is possibly lower in studies in which the training is not supervised. Our knowledge about the effect of training programs for hospitalised patients suffering from depression is limited. Studies of non-hospitalised depressed people indicate that they show up for fitness training somewhat less often (1-2 sessions per week) than is the case for other groups of illness (2-3 sessions per week). Only a few studies have been carried out on people with schizophrenia, but these studies indicate that participation in training programmes can improve their fitness ratings. More research is needed before anything can be concluded with certainty. There is only weak evidence that participation in training programmes will lead to loss of weight among people suffering from depression and schizophrenia. Finally, we see that it is difficult to recruit people with mental illness for lifestyle programmes that focus on physical activity.

Diet and weight

We find moderate evidence that it is possible to take actions that lead to weight loss or to the

prevention of weight increases of an average of 3.12 kg or 0.94 kg/m² measured as BMI in obese mentally ill people undergoing antipsychotic treatment. There are large differences between the effects achieved in the studies. In addition to the effect on weight, significant changes have been found in other clinically relevant somatic risk factors, including the level of body fat percentage, waist measurement, fasting plasma glucose and the blood fat level. We find a modest dropout rate in the lifestyle interventions that focus on weight loss or weight stability compared with the control groups (15 % vs. 17 %). This indicates that the lifestyle interventions, in addition to being effective, are also possible to carry out for the participants in the study. There is also data that indicates that it is possible to maintain weight loss after the intervention has ended, because the weight loss achieved (- 3.48 kg) was still significant after 3.6 months (2-12 months). There is a lack of knowledge regarding non-motivated psychiatric patients in lifestyle interventions that focus on diet.

Barriers and motivation with regard to lifestyle changes

We find that people with mental illness have the same interest as the control group in changing their lifestyle with regard to smoking, diet and physical activity, and that they associate better health with a more meaningful daily life and better quality of life. The most significant barriers to changing their lifestyle are partly the symptoms of the mental illness and partly the adverse drug effects of the medical treatment, as well as a life situation characterised by social isolation and difficulties with creating a structured life. The lifestyles of the mentally ill are also influenced by a number of dilemmas and conflicting feelings, so that good intentions about a healthier lifestyle do not always result in taking action. The key to planning and completing lifestyle interventions and activities is

to take individual considerations. The support of professionals, family and friends is also important. A number of studies indicate that the negative position held by personnel regarding lifestyle changes can actually be a barrier. It is also important that the support strikes a balance between pressure and encouragement and between support and autonomy in daily life.

Research recommendations

Our knowledge about the lifestyle habits of people suffering from mental illness in Denmark is primarily based on a large Danish self reported survey (the National Health Profile 2010). This survey does not make it possible to identify differences on the basis of psychiatric diagnoses, but provides a combined category: long-term mental illness. Therefore, it is necessary to obtain a better overview of the state of health and lifestyle conditions among people suffering from mental illness in Denmark.

There is a lack of knowledge about the extent to which smoking cessation can be maintained after the completion of intervention, and it would therefore be beneficial if future research were to include a focus on this area. Investigation of smoking cessation among people suffering from bipolar disorders has been so limited that it is currently not possible to draw any conclusions regarding what is effective in this case. More research in this area would, therefore, also be beneficial.

So far, current research regarding the effect of physical activity among people with mental illness has focused on any positive effects of physical activity on the symptoms of mental illness. Future research should also focus on the beneficial somatic effects of physical activity and goal-oriented work with strategies for increased participation in training programmes. There is also a lack of general knowledge regarding how to improve

the physical activity level of patients with bipolar disorders. Finally, we do not know very much about how to maintain an achieved improvement of the fitness rating or muscular strength after the training programmes have ended.

There is a need for further research on the effects of lifestyle programmes that include dietary changes, on and in what way patients can carry out changes of their dietary habits and the extent to which a given effect can be maintained for a longer time frame.

Finally, there is a need for more research on which barriers and motivating factors people suffering from mental illness experience in connection with lifestyle changes. Both the international and national qualitative literature in the area is limited and does not make it possible to draw conclusions about the extent to which special barriers and motivating factors exist for the individual diagnoses discussed in the report: depression, schizophrenia and bipolar disorders.

ORDLISTE

Adfærdsterapi med fokus på stemningsleje (behavioral mood management) = adfærds-terapeutiske interventioner, hvis formål er at modvirke depressive tankemønstre.

Affektive sygdomme = stemningslidelser, som findes i alle grader: fra de letteste depressioner, som kan være svære at skelne fra almindelig tristhed, til alvorlig stemning med stærke selvmordstanker og vrangforestillinger. Nogle er også plaget af forskellige grader af opstemthed i perioder.

Aerobe træningsprogrammer = træningsprogrammer der har til formål at øge konditallet.

Apopleksi = blødning eller blodprop i hjernen.

Bipolar sygdom = forekomst af både maniske og depressive episoder. Under manier er de mest karakteristiske symptomer opstemthed eller irritabilitet, talepres, overaktivitet, rastløshed, lille søvnbehov, øget selvfølelse, uansvarlig eller kritikløs adfærd. Bipolar sygdom er lige hyppig hos mænd og kvinder og kan debutere i alle aldersklasser.

BMI (Body Mass Index) = en matematisk formel for sammenhæng mellem personers højde og vægt. Vægten angives i kilogram og højden i meter og benævnes med enheden kg/m². Formlen kan anvendes til at beregne over- eller undervægt.

Bupropion = et antidepressivt lægemiddel, der kan dæmpe abstinenser ved rygestop.

Cochrane review = systematisk litteraturgennemgang af fx behandlingseffekter. Cochrane er et internationalt netværk, der bl.a. har til formål at

udarbejde systematiske litteraturgennemgange af diverse behandlingseffekter med henblik på at kvalificere beslutningstagere og klinikere. Se evt. www.cochrane.dk

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) = en landsdækkende kvalitetsdatabase, som har eksisteret siden 2001. For alle patienter med skizofreni, indlagt på psykiatrisk afdeling eller i ambulant behandling, skal der mindst en gang årligt indrapporteres oplysninger, der dokumenterer kvaliteten af den behandling, de har modtaget. NIP har fra 2012 skiftet navn til Den Nationale Skizofrenidatabase.

Den Nationale Sundhedsprofil 2010 = en undersøgelse fra 2010 af den voksne befolknings sundhed og sygelighed. Undersøgelsen er gennemført af Sundhedsstyrelsen, de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet (SIF). Næsten 180.000 danskere har deltaget i undersøgelsen, og dette giver et solidt og repræsentativt materiale at arbejde videre med. I undersøgelsen er der blevet indsamlet data om sundhed, sygelighed og trivsel.

Depression = nedsat stemningsleje, nedsat interesse og lyst til aktiviteter, som man ellers har været optaget af, og nedsat energi. Herudover kan der være selvbefejdelser, oplevelse af at blive overvældet af problemer, vanskeligheder ved at overskue sin situation, bekymringer, oplevelse af håbløshed og selvmordstanker. Depression kan være ledsaget af fysiologiske fænomener som søvnbesvær, nedsat appetit og nedsat sexlyst. Der kan være forværring af tilstanden i morgentimerne. Depression forekommer hyppigere hos kvinder end hos mænd og kan debutere i alle aldersklasser.

Fluoxetin = er et antidepressivt virkende lægemiddel.

Fokusgruppeinterview = i en fokusgruppe er en gruppe personer samlet med det formål at diskutere et forskerbestemt emne. I datagenereringen lægges vægt på interaktionen mellem fokusgruppens deltagere i højere grad end interaktionen mellem deltagere og forsker.

Followupstudie = studie af helbredsændringer over tid i en persongruppe.

Hazard ratio = risiko ved en given faktors indvirkning i forhold til dem, som ikke har denne faktor.

Højintensiv fysisk aktivitet = træning, der foregår tæt på individets maksimale ydeevne. Eksempelvis vil træningsprogrammer, der stiler mod, at individet træner ved en puls på 90-100 % af den maksimale puls, betegnes som højintensive.

Incidens = hyppighed af en begivenhed. Kan udtrykkes som incidensrate eller kumuleret incidensproportion.

I² = studier inkluderet i metaanalyser vil typisk være nogenlunde ens, men sjældent have helt det samme effektestimat. Denne forskel i effektestimater kan enten tilskrives tilfældigheder (stokastisk variation) eller skyldes reelle forskelle i effekt. Andelen af variation, som skyldes reelle forskelle i effekt, udtrykkes ved I². Eksempelvis kan forskelle i medicindosis eller graden af sygdom variere fra studie til studie resulterende i forskellige effektestimater.

Kognitiv terapi = en psykoterapeutisk retning inden for hvilken tænkningen er det centrale mål for den terapeutiske indsats. I den kognitive terapi er der udviklet specialiserede behandlingsmetoder og teoretiske modeller rettet mod de enkelte former

for psykiske lidelser. Behandlingen kan både foregå individuelt og i grupper og kan omhandle en række problemstillinger, herunder ændring af uhensigtsmæssig adfærd.

Kondital = konditalet udtrykker, hvor mange milliliter ilt pr. kg kropsvægt individet kan optage pr. minut (ml/kg/min). Desto højere kondital, jo bedre er personens evne til langvarigt fysisk arbejde.

95 % konfidensinterval (95 % CI) = et 95 % konfidensinterval vil sige, at der er 95 % sandsynlighed for, at parameteren ligger i intervallet.

Kvalitativ undersøgelse = en betegnelse for videnskabelige metoder, der kan tages i anvendelse, når formålet er at få viden om personers oplevelser, motiver og handlinger og den betydning, det enkelte menneske tillægger disse forhold. Kvalitative metoder kan generere en dybere indsigt bag målbare enheder som fx for frafaldsraten til en given aktivitet.

Livsstilsintervention = livsstilsintervention er en fællesbetegnelse for tiltag, der har til formål at støtte personer i at få sunde vaner i hverdagen. Livsstil omhandler dagligdagsvaner, bl.a. omkring kost, rygning, fysisk aktivitet og alkohol. I en livsstilsintervention kan der indgå flere elementer, fx et fysisk aktivitetsprogram, rygestopsamtaler, undervisning om sundhed og rådgivning om ernæring.

Lodtrækningsforsøg = blindforsøg, hvor deltagerne undervejs skifter behandling, således at de først behandles med det aktive stof og herefter en virkningsløs placebopille (kalktablet) – eller i modsat rækkefølge.

Metaanalyse = en samlet systematisk og statistisk bearbejdning af mange videnskabelige undersøgelser lavet over samme emne.

Metabolisk syndrom = metabolisk syndrom er ifølge International Diabetes Federation defineret som samtidig forekomst af central fedme (>94 cm for mænd og >80 cm for kvinder) og mindst to af følgende faktorer: Øget triglyceridniveau eller behandling for dette, nedsatte fasteværdier for high-density lipoprotein-cholesterol (HDL-cholesterol), forhøjet blodtryk (>130/85 mmHg) og forhøjet fasteplasmaglukose eller type 2-diabetes.

Moderat fysisk aktivitet = træning, der foregår tæt på et moderat niveau i forhold til individets maksimale ydeevne. Eksempelvis vil aktiviteter, hvor individet træner ved en puls på 70 % af den maksimale puls, betegnes som moderat fysisk aktivitet.

Naltrexon = et lægemiddel i familie med morfin, som anvendes som supplerende middel til vedligeholdelse af stoffrihed hos tidligere narkomaner eller i kombination med psykosocial rådgivning til behandling af alkoholmisbrug.

Nikotinsubstitution = en fællesbetegnelse for tilførsel af nikotin på anden måde end ved rygning, fx som tyggegummi, plaster, inhalator, næsespray og sugetablet.

Number Needed to Treat (NNT) = angiver det antal patienter, som skal behandles for at opnå succes, fx betyder NNT på 3, at 3 patienter skal behandles, for at én holder op med at ryge.

Nortryptilin = et ældre lægemiddel med antidepressiv virkning.

Personår = det tidsrum, som de i populationen indgående individer tilsammen har risiko for at blive syge.

Placebo = se lodtrækningsforsøg.

Relativ Risiko (RR) = ratio mellem to risici. Undertiden anvendes relativ risiko også om estimat, der er beregnet som Odds Ratio (OR) eller incidensrate-ratio.

Review artikel = oversigtsartikel.

Repetition Maximum (RM) = hvor stor en vægt en person kan løfte/skubbe præcis én gang.

Rådgivning vedrørende adfærd (behavioral counselling) = dækker over flerstrengt rådgivning om strategier, der har til formål at ændre adfærden.

Sertralin = er et lægemiddel med antidepressiv virkning.

Skizofreni = skizofreni er oftest kendetegnet ved periodiske eller længerevarende hallucinationer (ofte hørelseshallucinationer) eller vrangforestillinger (ofte følgeselsforestillinger) samt forekomst af såkaldte negative symptomer, hvor social tilbagerækning, nedsat aktivitet og engagement er de mest dominerende. Sygdommen debuterer i ungdomsårene og forekommer hyppigere og i alvorligere grad hos mænd end hos kvinder.

Stemmingsregulerende terapi (mood management treatment component) = kognitiv terapi der fokuserer på stemningsregulering.

Subgruppeanalyse = analyser af en undergruppe af deltagere i et forsøg, fx en analyse, som kun medtager personer med skizofreni, selv om forsøget også omfatter personer med andre psykiske sygdomme.

Type 2-diabetes = sygdom karakteriseret ved nedsat insulinfølsomhed, utilstrækkelig insulinsekretion, nedsat glukosetolerance og tendens til udvikling af organskader.

Vareniclin = det kemiske navn for et lægemiddel, som har dokumenteret effekt til at fremme rygestop ved at nedsætte lysten til at ryge hos brugeren (handelsnavn er Champix).

Zyban = handelsnavn for det præparat, som indeholder indholdsstoffet bupropion.