

**Psykisk syges sundhedsstilstand:**

Mænd og kvinder med psykisk sygdom dør hhv. 20 og 15 år tidligere end psykisk raske personer. En betydelig andel af denne overdødelighed er forårsaget af usund livsstil, der i længden fører til en højere forekomst af stort set alle somatiske sygdomme, herunder en fordobling i forekomsten af hjertekarsygdom, apopleksi og type 2-diabetes. Personer med psykisk sygdom har ifølge nye landsdækkende tal dobbelt så hyppigt usunde kostvaner (20,9 % vs. 12,9 %), en stillesiddende adfærd (34,7 % vs. 14,5 %) og er daglige rygere (38,8 % vs. 19,8 %) sammenlignet med resten af befolkningen. Andelen af storrygere (25,9 % vs. 19,1 %) og svært overvægtige (20,9 % vs. 12,9 %) er også væsentlig højere hos personer med psykiske lidelser.

Ønsker personer med psykisk sygdom at ændre livsstil? Nye landsdækkende tal, viser at personer, der selv angiver at have vedvarende psykisk sygdom, har samme høje interesse som den generelle befolkning for at have en sundere livsstil 62,2 % af personerne med psykiske lidelser vil gerne spise sundere sammenlignet med 56,4 % af baggrundsbefolkningen. Og psykisk syge vil lige som resten af befolkningen gerne holde op med at ryge (68,3 % vs. 74,5 %) og være mere fysisk aktive (68,7 % vs. 72,2 %).

Kan personer med psykisk sygdom stoppe med at ryge? Forskningen viser, at der er moderat evidens for, at personer med tidligere eller pågående depression kan forbedre chancen for rygestop ved brug af nikotinsubstitution (14-22 % forbedret chance) og yderligere forbedre chancen ved brug af rygestoprådgivning suppleret med adfærdsterapi med fokus på stemningsleje (50 % forbedret chance) sammenlignet med ingen behandling. Hos personer med skizofreni er der tilsvarende moderat evidens for, at det antidepressive lægemiddel *bupropion* kan næsten tredoble chancen for rygestop uden at have en negativ effekt på de psykotiske symptomer. Der er også svag evidens for, at betaling for deltagelse i et rygestopprogram har en positiv effekt. Andre lægemidler med antidepressiv virkning (fx vareniclin, sertralin, nortryptilin, fluoxetin og naltrexon) har også en positiv effekt, men her er der brug for mere forskning, inden noget sikkert kan konkluderes.

Kan personer med psykisk sygdom blive mere fysisk aktive? Der er stærk evidens for, at gruppebaserede, superviserede motionsprogrammer til ikke-indlagte patienter med depression kan forbedre patienternes kondital med 9 % eller øge deres muskelstyrke på mellem 12-37 %. Motionsprogrammer i hjemmet har vist mindre, men positive effekter på kondital i denne patientgruppe. Her er evidensen dog mere moderat. Kun få studier har undersøgt om deltagelse i motionsprogrammer kan øge konditallet hos mennesker 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, men der er behov for mere forskning på området, inden noget sikkert kan konkluderes.

Antal svarpersoner	Vedvarende psykisk sygdom ¹	
	Ja	Nej
	4.958	159.490
	%	
Dagligrygere	38,8	19,8
Storrygere (≥15 cigaretter pr. dag)	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 stillesiddende (læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende aktivitet)	34,7	14,5
Andel, der gerne vil være mere fysisk aktiv, blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet	68,7	72,2
Svær overvægt (BMI ≥ 30)	20,9	12,9

¹ Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010

Kan personer med psykisk sygdom tabe sig eller forebygge vægtstigning ved at deltage i livsstilsprogrammer, der fokuserer på kostvanerne? Der er moderat evidens for, at livsstilsinterventioner (fx kostvejledning og kognitiv terapi) kan føre til vægttab eller til en forebyggelse af vægtøgning på i gennemsnit 3,12 kg eller udtrykt i BMI 0,94 kg/m². Dette understøttes af positive forandringer i klinisk relevante risikofaktorer, herunder fald i taljemål (-3,58 cm), kroppens fedtprocent (-2,82 %), fasteglukose (-5,79 mg/dL) samt blodets indhold af total-kolesterol (-20,98 mg/dl), LDL-kolesterol (-22,06 mg/dl) og triglycerider (-61,68 mg/dl).

Hvad er de væsentligste barrierer og motiverende faktorer i forhold til at få personer med psykisk sygdom til at deltage i en livsstilsintervention? De væsentligste barrierer for at ændre livsstil er knyttet til symptomer på den psykiske sygdom samt bivirkninger ved den medicinske behandling. Ud over det kan deres livssituation være præget af social isolation og vanskeligheder ved at skabe struktur. Individuelle hensyn er derfor et nøglepunkt i planlægningen og gennemførelsen af livsstilsinterventioner. 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.

Hvad ved vi om rekruttering, fremmøde og fastholdelse i livsstilsændring? Forskningen tyder på, at det kan være vanskeligt at rekruttere personer med psykisk sygdom til at deltage i interventioner, der har fokus på livsstilsændringer. Den fremtidige forskning bør derfor arbejde mere målrettet med strategier for øget deltagelse i livsstilsprogrammer. Undersøgelser af personer med depression tyder på, at deres fremmøde (kompliance) til den tilbudte konditionstræning er mindre (1-2 sessioner/uge) end hos andre sygdomsgrupper (2-3 sessioner/uge), mens vi finder et beskedent deltagerfrafald i de livsstilsinterventioner, der fokuserer på vægttab eller vægtstabilitet (15 % frafald) sammenlignet med kontrolgrupperne (17 % frafald). Der er også indikationer for, at det er muligt at fastholde et vægttab efter endt intervention. Til gengæld mangler der viden om, hvorvidt det er muligt at fastholde rygestop, forbedret kondital og muskelstyrke efter endt intervention.