

RAPPORT

2020

SYSTEMATISK OVERSIKT

Helsefremmende tiltak
for å forebygge
somatiske sykdommer
hos personer med
psykiske lidelser

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Helsefremmende tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter.
English title	Lifestyle interventions for prevention of somatic diseases in persons with mental illness: Overview of systematic reviews.
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Eva Denison, prosjektleder, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i> Vigdis Underland, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Vist Gunn, <i>seniorforsker, Folkehelseinstituttet</i> Hval Gyri, <i>forskningsbibliotekar, Folkehelseinstituttet</i>
ISBN	978-82-8406-056-9
Publikasjonstype	Systematisk oversikt
Antall sider	42 (62 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Kreftforeningen
Emneord(MeSH)	Mental disorders, life style, therapeutics, prevention
Sitering	Denison E, Underland V, Vist G, Hval G. Helsefremmende tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter. [Lifestyle interventions for prevention of somatic diseases in persons with mental illness: Overview of systematic reviews.] Rapport –2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	10
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	11
FORORD	14
INNLEDNING	15
Avgrensning og problemstilling	17
METODE OG MATERIALE	18
Inklusjonskriterier	18
Eksklusjonskriterier	19
Litteratursøking	19
Artikkelutvelging	19
Vurdering av kvalitet i inkluderte systematiske oversikter	20
Dataekstraksjon	20
Analyser	20
Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen	20
Etikk og helseøkonomi	21
RESULTATER	22
Resultater av litteratursøket	22
Effekter av tiltak	24
DISKUSJON	33
Hovedfunn	33
Kvaliteten på forskningsresultatene	34
Styrker og svakheter	34
Hvor generaliserbare er resultatene?	35
Overensstemmelse med andre oversikter	36
Resultatenes betydning for praksis	36
Kunnskapshull	37
KONKLUSJON	38
REFERANSER	39

VEDLEGG	43
Søkestrategi	43
Ekskluderte oversikter	48
Kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene	56
Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen med GRADE	57
Prosjektplan	60

Hovedbudskap

Psykiske lidelser er blant de vanligste årsakene til ikke-dødelige helsetap og tapte leveår. Tapte leveår har hovedsakelig sammenheng med forekomst av fysiske helseproblemer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, kreft, og kronisk obstruktiv lungesykdom.

Effekten av organiserte helsefremmende og forebyggende tiltak for personer med psykiske lidelser er dokumentert i flere systematiske oversikter. Resultatene fra oversiktene viser følgende

- Ingen av oversiktene hadde studier som direkte sammenlignet de forebyggende tiltakene med kun forebyggende råd om sunne levevaner, men slike råd kan inngå i vanlig behandling.
- Ingen av oversiktene hadde dokumentasjon om effekter av tiltak på dødelighet og sykkelighet.

Det er mulig at forebyggende tiltak, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling gir

- bedre livskvalitet,
- bedring av symptomer på depresjon, (basert på dokumentasjon av lav kvalitet)

Det er usikkert om tiltakene, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling

- bedrer etterlevelse av medisinerer
- psykotiske symptomer. (basert på dokumentasjon av svært lav kvalitet)

Tittel:

Helsefremmende tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter.

Publikasjonstype:

Oversikt over systematiske oversikter

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

Ingen helseøkonomisk vurdering.

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Kreftforeningen.

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter systematiske oversikter ble avsluttet i September 2018.

Eksterne fagfeller:

Petter Andreas Ringen,
Professor II,
Institutt for klinisk medisin,
Enhet voksenpsykiatri,
Universitetet i Oslo

Sammendrag

Innledning

Psykiske lidelser som depresjon, angstlidelser, schizofreni, og bipolar lidelse er blant de vanligste årsakene til ikke-dødelige helsetap og tapte leveår i Norge. Tapte leveår har hovedsakelig sammenheng med forekomst av fysiske helseproblemer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, kreft, og kronisk obstruktiv lungesykdom. Mange mennesker med psykiske lidelser er mindre fysisk aktive, spiser mindre fiber og frukt og mer mettett fett og røyker mer enn personer uten psykiske lidelser. Tiltak for å fremme sunne levevaner kan redusere risiko for fysiske helseproblemer generelt, men vi vet ikke om de kan være til nytte for personer med psykiske lidelser.

Formålet med denne oversikten over systematiske oversikter var å svare på spørsmålet «Hvilken effekt har helsefremmende og forebyggende tiltak som røykeslutt, økt fysisk aktivitet, et sunnere kosthold og et lavere alkoholforbruk på den somatiske og psykiske helsen og livskvaliteten til personer med en allerede etablert psykisk lidelse, sammenlignet med kun forebyggende råd om levevaner?» Spørsmålet ble fremmet av Kreftforeningen til åpen forslagsrunde og spørsmålet ble prioritert i prioriteringsforumet.

Metode

Vi søkte systematisk etter litteratur i åtte elektroniske databaser. To personer gikk uavhengig igjennom titler og sammendrag, valgte ut systematiske oversikter fra fulltekst-artikler, og vurderte kvaliteten på de inkluderte oversiktene. En person trakk ut data fra oversiktene og en annen person verifiserte datauttrekkingen. Vi oppsummerte relevante resultater for spørsmålet fra hver enkelt oversikt. Vi vurderte tilliten til hvert effektestimert med GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) og presenterte resultatene i tekst og tabeller. I GRADE-systemet betyr høy kvalitet at vi har stor tillit til at effektestimert ligger nære den sanne effekten. Middels kvalitet betyr at effektestimert sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig. Lav kvalitet betyr at den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimert. Svært lav kvalitet betyr at vi har svært liten tillit til at effektestimert ligger nær den sanne effekten.

Resultat

Vi fant ni systematiske oversikter som vi vurderte å ha høy kvalitet. Oversiktene inkluderte til sammen 153 primærstudier, hvor majoriteten var randomiserte kontrollerte forsøk. Vi delte, etter forfatterens beskrivelser, opp populasjonene slik: personer med alvorlig psykisk lidelse eller psykisk lidelse, personer med psykisk lidelse og risiko for,

eller med, diabetes type 2, personer med depresjon og personer med schizofreni eller schizoaffectiv lidelse. Ingen av oversiktene hadde som uttalt formål å sammenligne de forebyggende tiltakene direkte med kun forebyggende råd om levevaner.

Personer med alvorlig psykisk lidelse

Fire systematiske oversikter inkluderte personer med alvorlig psykisk lidelse. Formålet med tre av oversiktene var å vurdere tiltak for å fremme endring av fysisk aktivitet og kosthold, og en oversikt vurderte kun tiltak for å fremme fysisk aktivitet. En av oversiktene rapporterte tall på livskvalitet. Den standardiserte gjennomsnittsforskjellen var 0,64 med et 95 % konfidensintervall på 0,35 til 0,92, det vil si moderat effekt. To oversikter rapporterte standardiserte gjennomsnittsforskjeller på symptomer på depresjon basert på forskjellige spørreskjemaer med ulike skalaer, henholdsvis 0,84 med et 95 % konfidensintervall på 0,49 til 1,18, og -0,95 med et 95 % konfidensintervall på -1,90 til 0,0. Resultatene representerer en stor effekt på bedring av symptomer, men det er stor usikkerhet knyttet til disse resultatene. En av oversiktene rapporterte tall på psykotiske symptomer ved schizofreni. Den standardiserte gjennomsnittsforskjellen var 1,0 med et 95 % konfidensintervall på 0,37 til 1,64, det vil si stor effekt på bedring av symptomer. Vi vurderte vår tillit til effektestimatene for alle disse utfallene til lav. En oversikt evaluerte effekt av tiltak på livskvalitet og etterlevelse av medisiner men rapporterte ikke tall, og vi er usikre på effekten. En oversikt hadde til hensikt å evaluere effekt av tiltakene på insidens av hjerte- og karsykdom, men ingen av de inkluderte studiene rapporterte på dette utfallet.

Personer med psykiske lidelser med diabetes type 2 eller risiko for diabetes type 2

To oversikter inkluderte personer med psykiske lidelser og risiko for diabetes type 2, eller med diabetes type 2. Den ene oversikten evaluerte tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet og rapporterte tall på symptomer på depresjon. Den standardiserte gjennomsnittsforskjellen var -0,16 med et 95 % konfidensintervall på -0,27 til -0,06 (en liten reduksjon av symptomer). Vi vurderte vår tillit til effektestimatet til lav. Den andre oversikten hadde som formål å evaluere tiltak for å fremme mestring på dødelighet og opplevd livskvalitet, men fant ikke studier som rapporterte på disse utfallene.

Personer med psykiske lidelser

En systematisk oversikt inkluderte personer med psykiske lidelser og evaluerte internet-baserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Forfatterne rapporterte tall fra to studier hvor effektstørrelsen var henholdsvis 0,07 (liten eller ingen effekt) og 0,67 (moderat effekt, bedring av symptomer). Konfidensintervall var ikke rapportert. Vi vurderte vår tillit til effektestimatet til lav.

Personer med depresjon

En systematisk oversikt inkluderte personer med depresjon og evaluerte internet-baserte tiltak for å støtte endring av levevaner. Forfatterne rapporterte på symptomer på depresjon, men rapporterte ikke tall for alle inkluderte studier, og vi vurderte vår tillit til effektestimatene til svært lav.

Personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse

En systematisk oversikt inkluderte personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse og evaluerte tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt. Forfatterne rapporterte på psykotiske symptomer, men rapporterte ikke tall, og vi er usikre på effekten.

Diskusjon

De inkluderte systematiske oversiktene dekket flere ulike psykiske lidelser. Selv om det mangler en enhetlig definisjon på og enighet om begrepet «alvorlig psykisk lidelse», har vi valgt å forholde oss til de begrepene som forfatterne av de inkluderte oversiktene har brukt for å beskrive populasjonene de har inkludert. Tiltakene var rettet mot en eller flere levevaner, oftest fysisk aktivitet og kosthold, og tiltakene ble gitt individuelt eller i gruppe. Innholdet var basert på veiledning og støtte til endring, og trening hvis rettet mot fysisk aktivitet. Oversiktene rapporterte enten ikke hva tiltakene ble sammenlignet med, eller de ble sammenlignet med standard, ingen, eller annen behandling. Vi fant ikke oversikter som sammenlignet tiltakene direkte med kun forebyggende råd om sunne levevaner, som inklusjonskriteriene spesifiserte. Vi valgte likevel å ta med systematiske oversikter med studier som sammenlignet med standard behandling, andre tiltak, eller ingen tiltak. Særlig sammenligning med standard behandling kan være relevant, men siden sammenligning ikke alltid ble rapportert i detalj valgte vi også å ta med sammenligning med andre tiltak, eller ingen tiltak. Dette er en endring fra protokollen. Vi mener imidlertid at det er nyttig å gjøre rede for de studier og resultater som finnes på effekter av tiltakene. Av de primære utfallene dødelighet, sykелighet, livskvalitet og bruk av medisiner var det kun livskvalitet som hadde tilstrekkelig god dokumentasjon. Mesteparten av dokumentasjonen gjaldt det sekundære utfallet psykisk helse.

Oversikter over systematiske oversikter oppsummerer kunnskap om bredere spørsmål, f. eks. effekter av et bestemt tiltak eller lignende tiltak i flere populasjoner. Dette er en fordel innenfor et felt som psykisk helse som omfatter personer med ulike diagnoser, og hvor flere utfall er aktuelle. Tilnærmingen er systematisk, standardisert og transparent. Ulemper kan være at det ikke er full overensstemmelse mellom spørsmålet og inkluderte oversikter, at informasjon går tapt i oppsummering av primærstudier, og at nyere studier ikke er rukket å bli inkludert i systematiske oversikter slik at ikke hele kunnskapsgrunnlaget blir vurdert.

Vi fant ikke dokumentasjon om effekter av tiltakene på dødelighet og sykелighet. Randomiserte kontrollerte studier med store utvalg og lang oppfølgingstid er nødvendige for å dokumentere effekter på disse utfallene. Det er trolig at multisenterstudier som involverer store forskningsmiljøer har størst sannsynlighet for å kunne rekruttere tilstrekkelig et antall deltakere og minimere risiko for systematiske skjevheter i studier.

Konklusjon

Forebyggende tiltak for å fremme sunne levevaner hos personer med psykiske lidelser kan muligens føre til bedre livskvalitet og bedring av symptomer på depresjon sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling. Det er usikkert om tiltakene reduserer psykotiske symptomer eller gir bedre etterlevelse av medisiner, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling. Vi vet ikke om tiltakene påvirker sykелighet

og dødelighet. Oversiktene mangler direkte sammenligning av de forebyggende tiltakene med kun forebyggende råd om sunne levevaner, men slike råd kan inngå i standard behandling.

Key messages

Mental illness is one of the most common reasons for years lived with disability and years of life lost. Years of life lost are mainly associated with physical diseases such as cardiovascular diseases, type 2 diabetes, cancer, and chronic obstructive pulmonary disease.

Effects of preventive lifestyle interventions for persons with mental illness are documented in several systematic reviews. The results from the reviews show:

- the documentation lacks direct comparison of the intervention with advice only about healthy lifestyle habits, but such advice may be part of usual treatment.
- the documentation lacks results about effects of interventions on mortality and morbidity.

It is possible, based on low quality evidence, that preventive lifestyle interventions, compared to usual/other/no intervention give

- better quality of life
- improvement of symptoms of mental illness

It is uncertain, based on very low quality documentation, whether the intervention affects medication adherence and psychotic symptoms, compared to usual/other/no intervention.

Title:

Lifestyle interventions for prevention of somatic diseases in persons with mental illness: Overview of systematic reviews.

Type of publication:**Overview of systematic reviews**

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

No health economic evaluation.

Publisher:

The Norwegian Institute of Public Health.

Updated:

Last search for studies:
September 2018.

Peer review:

Hege Kornør, Department director,
Division of Health Services
The Norwegian Institute of Public Health
Signe Flottorp, Senior researcher,
Division of Health Services
The Norwegian Institute of Public Health

External reviewer:

Petter Andreas Ringen, Professor II,
Institute of Clinical Medicine, Adult
Psychiatry Unit, University of Oslo

Executive summary (English)

Background

Mental illnesses such as major depression, anxiety, schizophrenia, and bipolar disorder are among the most common reasons for years lived with disability and years of life lost in Norway. Years of life lost are mainly associated with physical disorders such as cardiovascular diseases, type 2 diabetes, cancer, and chronic obstructive pulmonary disease. Persons with mental illness are less physically active, eat less dietary fibre and fruit and more saturated fat, and smoke more than persons without mental illness. Interventions to promote healthy lifestyle habits may reduce the risk for physical health problems generally, but we don't know if such interventions can be beneficial for persons with mental illness.

Objective

The aim of this overview of systematic reviews was to answer the question "What is the effect of preventive lifestyles interventions such as smoking cessation, increased physical activity, a healthier diet, and reduced alcohol consumption on the physical and mental health and quality of life in persons with mental illness, compared to preventive advice only about lifestyle habits?"

Method

We searched systematically for literature in eight electronic databases. Two persons independently screened publications, selected systematic reviews in full text, and assessed the quality of the included reviews. One author extracted data from the reviews and a second author verified the data extraction. We summarized results relevant to our question in each review. We assessed our confidence in the effect estimates with GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) and presented the results in text and tables. In the GRADE system, high quality means that we are very confident that the true effect is close to that of the estimate of the effect. Moderate quality means that the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different. Low quality means that the true effect may be substantially different from the estimate of the effect. Very low quality means that the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Results

We found nine systematic reviews of high methodical quality. The reviews included 153 primary studies, the majority being randomized controlled trials. We categorized

the populations, according to the authors' descriptions, as follows: persons with serious mental illness or mental illness, persons with mental illness and type 2 diabetes, or risk of, type 2 diabetes, persons with depression, and persons with schizophrenia or schizoaffective disorder. None of the reviews aimed to directly compare the interventions with advice only about lifestyle habits.

Persons with serious mental illness

Four systematic reviews included persons with serious mental illness. Three of the reviews aimed to evaluate interventions to improve physical activity and dietary habits, and one review targeted physical activity only. One review reported results on quality of life. The standardized mean difference was 0.64 with a 95% confidence interval of 0.35 to 0.92, corresponding to a moderate effect. Two reviews reported results on symptoms of depression, based on different questionnaires with different scales, respectively 0.84 with a 95% confidence interval of 0.49 to 1.18 (large effect), and -0.95 with a 95% confidence interval of -1.90 to -0.0 (large effect). Both results represent improvement of symptoms. One of the reviews reported results on schizophrenia. The standardized mean difference was 1.00 with a 95% confidence interval of 0.37 to 1.64 (large effect, improvement of symptoms). We assessed our confidence in the effect estimate for these outcomes as low. One review evaluated effects of interventions on quality of life and medication adherence but did not report the actual results, and we assessed our confidence in the effect estimate for these outcomes as very low. One review aimed to evaluate effects of intervention on incidence of cardiovascular disease, but none of the included primary studies reported on this outcome.

Persons with mental illness and type 2 diabetes, or risk of type 2 diabetes

Two systematic reviews included persons with mental illness and type 2 diabetes, or risk of, type 2 diabetes. One of the reviews evaluated interventions to improve dietary habits and/or physical activity and reported numbers on symptoms of depression. The standardized mean difference was -0.16 with a 95% confidence interval of -0.27 to -0.06 (small effect, reduction of symptoms). We assessed our confidence in the effect estimate as low. The other review aimed to evaluate effects of interventions to improve self-management on mortality, but did not find primary studies that reported on this outcome.

Persons with mental illness

One systematic review included persons with mental illness and evaluated effects of internet-based interventions on physical activity. The authors reported results from two primary studies where the effect size was 0.07 (small or no effect) and 0.67 (moderate effect, improvement of symptoms), respectively. Confidence intervals were not reported. We assessed our confidence in the effect estimate as low.

Persons with depression

One systematic review included persons with depressive disorders and evaluated effects of interventions for change of lifestyle habits. The authors reported on symptoms of depression, but did not report actual results for all included primary studies. The effect is uncertain.

Persons with schizophrenia of schizoaffective disorders

One systematic review included with schizophrenia or schizoaffective disorders and evaluated effects of interventions to change lifestyle habits such as smoking, diet and physical activity. The authors reported on psychotic symptoms but did not report results. The effect is uncertain.

Discussion

The included systematic reviews covered several populations of persons with mental illness. Because a uniformly accepted definition of the concept “serious mental illness” is lacking, we chose to use the concepts used by the authors in the included reviews. The interventions targeted one or more lifestyle habits, most often physical activity and diet and were given individually or in groups. The content was based on counseling and support for change, and participation in exercise if the interventions targeted physical activity. Reports of comparisons were often lacking, or generally described as usual, no, or other intervention. Although none of the reviews explicitly aimed to compare interventions with advice about lifestyle habits only, we chose to include reviews with any comparison. This is a deviation from the protocol. We argue, however, that it is helpful to report available evaluations of the interventions. Of the primary outcomes mortality, morbidity, quality of life, and medication adherence, quality of life was the only one documented. Most of the available documentation concerned the secondary outcome mental health.

Overviews of systematic reviews summarize knowledge on broad questions, e.g. effects of an intervention or similar interventions in several populations. The approach is systematic, standardized, and transparent. Downsides may be that information is lost in summarizing primary studies, and that recently published studies have not yet been included in systematic reviews, leading to incomplete documentation.

We didn't find documentation about effects of the interventions on mortality and morbidity. Randomized controlled trials with large numbers of participants and long follow-up periods are necessary to document effects in these outcomes. Multicenter studies involving large research groups will probably be suited to recruit enough participants and minimize risk of bias.

Conclusion

Preventive interventions for improving lifestyle habits in persons with mental illness may improve quality of life and symptoms of depression compared to usual, other, or no intervention. It is uncertain whether the interventions change medication adherence or psychotic symptoms compared to usual, other, or no intervention. We don't know if the interventions affect morbidity and mortality. The documentation lacks direct comparison of the interventions with preventive advice on lifestyle habits only.

Forord

Denne kunnskapsoppsummeringen er utarbeidet etter et forslag fremmet av Kreftforeningen. FHI ble bedt om å utarbeide en oversikt over systematiske oversikter for å undersøke effekter av organiserte helsefremmende tiltak som røykeslutt, økt fysisk aktivitet, et sunnere kosthold og et lavere alkoholforbruk på den somatiske og psykiske helsen og livskvaliteten til personer med en allerede etablert psykisk lidelse.

Kunnskapsoppsummeringen er relevant for helsepersonell og andre profesjoner som arbeider i helsevesenet eller i sivile samfunnsorganisasjoner og er interessert i tiltak som angår personer med psykiske lidelser.

Prosjektteamet besto av:

Eva Denison, seniorforsker, Folkehelseinstituttet

Vigdis Underland, forsker, Folkehelseinstituttet

Gunn E Vist, seniorforsker, Folkehelseinstituttet

Gyri Hval, forskningsbibliotekar, Folkehelseinstituttet

Vi takker Hege Kornør, avdelingsdirektør i Folkehelseinstituttet, Signe Flottorp, seniorforsker i Folkehelseinstituttet, og Petter Andreas Ringen, avdelingsleder og professor II, Institutt for klinisk medisin, Enhet voksenpsykiatri, Universitetet i Oslo for fagfelle vurdering av rapporten.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Kåre Birger Hagen
Fagdirektør

Hege Kornør
Avdelingsdirektør

Eva Denison
Prosjektleder

Innledning

Psykiske lidelser involverer endringer i tenkning, emosjoner eller atferd (eller en kombinasjon av disse) som kan skape ubehag og/eller problemer i arbeid, sosiale aktiviteter og familieaktiviteter (1). De psykiske lidelsene er klassifisert etter ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, Kapittel V: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (2), eller Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versjon 5 (DSM-5) (3).

Litteraturen som omhandler fysiske helseproblemer hos personer med psykiske lidelser skiller ofte ut en gruppe med «alvorlig psykisk lidelse» (serious mental illness). Det mangler imidlertid en enhetlig definisjon på alvorlig psykisk lidelse, noe som kan bidra til uklarheter og misforståelser. Schinnar og medarbeidere (4) fant 17 ulike definisjoner på alvorlig psykisk lidelse som hadde blitt brukt på 1980-tallet. The Royal College of Psychiatrists foreslo i 2016 en definisjon av alvorlig psykisk lidelse som bygger på disse tre kategoriene (5, side 7): «Severe mental illness' is a frequently used phrase, but is imprecise in its nature. It is generally accepted to have three elements. Diagnosis: a diagnosis of schizophrenia, bipolar disorder, or other psychotic disorder is usually implied. Disability: the disorder causes significant disability. Duration: the disorder has lasted for a significant duration, usually at least 2 years. »

Psykiske lidelser og ruslidelser var estimert til å stå for 7 % av den totale sykdomsbyrden på verdensbasis i 2010 (6). Alvorlig depresjon, angstlidelser, schizofreni, dystymi, bipolar lidelse og andre psykiske lidelser og ruslidelser var blant de 25 vanligste årsakene til ikke-dødelige helsetap på verdensbasis i 2013 (7). Tapte leveår hos personer med psykiske lidelser kan være vanskelig å beregne fordi de fleste dødsfall hos personer med psykiske lidelser tilskrives direkte årsaker som for eksempel hjerte- og kar-sykdom, infeksjoner og selvmord (6). En nylig publisert systematisk oversikt om overdødelighet hos personer med psykiske lidelser har imidlertid estimert at personer med psykiske lidelse har omtrent doblet risiko for død av alle årsaker sammenlignet med personer uten psykiske lidelser eller den allmenne befolkningen. Tapte leveår varierte mellom ett år og 32 år med en medianverdi på 10 år (8).

Studier av dødelighet, årsak til død og forventet levealder etter første innleggelse i psykiatrisk sykehus i Danmark, Finland og Sverige har vist at forventet levealder var ca. 15 år lavere for kvinner og ca. 20 år lavere for menn sammenlignet med den allmenne befolkningen (9). Forskjellige dødsårsaker ble angitt for ulike kategorier av psykiske lidelser. Rusproblemer, schizofreni og personlighetsforstyrrelser var assosiert med høy-

ere risiko for død av sykdommer og medisinske tilstander. Affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser var assosiert med høyere risiko for død av selvmord. Rus var assosiert med høyere risiko for død av ytre årsaker, hovedsakelig ulykker. Det var de samme generelle mønstre i alle tre land (9).

I Norge er depressive lidelser og angstlidelser blant de ti viktigste årsakene til ikke-dødelig helsetap (10). Det har ikke blitt publisert nasjonale studier fra Norge grunnet mangelfulle registerdata før 2008, men regionale studier viser tilsvarende resultater som i de andre skandinaviske land. Studier fra Nordland har rapportert overdødelighet sammenlignet med den allmenne norske befolkningen for personer med schizofreni (11), personlighetsforstyrrelser (12), affektive lidelser (13). Kvinner og menn med schizofreni hadde henholdsvis 2,6 og 3,5 ganger så høy dødelighet (11), kvinner og menn med personlighetsforstyrrelser hadde henholdsvis 2,9 og 4,3 ganger så høy dødelighet (12) og kvinner og menn med affektive lidelser hadde henholdsvis 1,9 og 2,1 ganger så høy dødelighet som den allmenne befolkningen (13). En 20 års prospektiv studie fra Bergen viste at etter første innleggelse i psykiatrisk sykehus hadde kvinner og menn henholdsvis 2,2 og 2,9 ganger så høy dødelighet (14).

Tapte leveår har sammenheng med risikofaktorer innen flere områder. Verdens helseorganisasjon har identifisert faktorer hvor sammenheng er vist for forhold ved individet, forhold ved helsetjenesten, og sosiale faktorer (15). Individfaktorer kan være spesifikke for sykdommen, for eksempel alvorlighetsgrad og symptomer, eller spesifikke for individets atferd, for eksempel livsstilsfaktorer og motivasjon. Eksempler på forhold ved helsetjenesten er begrenset adgang til tjenester, manglende koordinering av tjenester, og avvik fra optimal medisinerings. Eksempler på sosiale faktorer er sosioøkonomiske forhold, sosial isolasjon, stigma og diskriminering.

For personer med alvorlige psykiske lidelser er det rapportert økt prevalens av sykdommer innen flere kategorier slik som luftveissykdommer (særlig KOLS), infeksjonssykdommer, enkelte kreftformer, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer og ernærings- og metabolske sykdommer (16). En nylig publisert systematisk oversikt viser at personer med alvorlige psykiske lidelser har høyere prevalens, insidens og dødelighet av hjerte- og karsykdommer (17). Risikofaktorene for hjerte- og karsykdom er i utgangspunktet de samme som for den allmenne befolkningen, men tillegg av spesifikke faktorer som psykiatrisk diagnose, bruk av enkelte psykotrope legemidler, skadelig bruk av alkohol, bruk av antidepressive legemidler, og sosial deprivasjon kan føre til bedre prediksjon av hjerte- og karsykdom sammenlignet med andre modeller (18). Ved samtidig ruslidelse (særlig alkohol og narkotika) er dødeligheten målt ved standardisert mortalitetsratio over dobbelt så høy både ved schizofreni, alvorlig depresjon og bipolar lidelse (19). Det er også vist at personer med kroniske sykdommer som i tillegg har en psykisk diagnose rapporterer lavere livskvalitet enn personer med kroniske sykdommer som ikke har en psykisk diagnose (120).

Oversikter over levevaner hos personer med psykiske lidelser viser at personer med schizofreni (21), bipolar lidelse (22) og alvorlig depresjon (23) er fysisk aktive i mindre grad enn personer uten psykiske lidelser og i mindre grad enn anbefalt i gjeldende retningslinjer. Personer med psykose (24), bipolar lidelse (22) og alvorlig depresjon (23) er mer stillesittende. Personer med schizofreni har et kosthold preget av høyt inntak av

mettet fett og lavt inntak av fiber og frukt (25). Høyere forekomst av røyking er rapportert hos personer med psykiske lidelser (26) og alvorlige psykiske lidelser (27) og høyere inntak av alkohol er rapportert for personer med alvorlige psykiske lidelser (27).

Til sammenfatning har personer med psykiske lidelse omtrent doblet risiko for død av alle årsaker sammenlignet med personer uten psykiske lidelser eller den allmenne befolkningen (8). Som beskrevet ovenfor er det dokumentert at personer med psykiske lidelser ofte har risikofaktorer relatert til livsstil, som i sin tur kan bidra til somatiske lidelser og overdødelighet, særlig hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, kreft og luftveissykdommer (28). Tiltak for å fremme sunne levevaner kan tenkes å redusere sykkelighet og dødelighet for denne gruppen. Verdens helseorganisasjon publiserte i 2019 kunnskapsbaserte retningslinjer for forebygging og behandling av somatiske sykdommer hos personer med alvorlig psykisk lidelse (28). Retningslinjene dekker ikke personer med psykisk lidelse som ikke betegnes som alvorlig, og ikke heller personer med psykiske lidelser som i tillegg har kreft. Utfall på symptomer av psykisk lidelse og livskvalitet dekkes ikke heller i retningslinjene.

Avgrensning og problemstilling

Kreftforeningen fremmet forslag via åpen forslagsprosess om en kunnskapsoppsummering om effekter av tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser. Forslaget ble fremmet i samarbeid med den norske NCD¹-alliansen (Diabetesforbundet, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Kreftforeningen, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, og Rådet for psykisk helse). Spørsmålet ble prioritert i prioriteringsforum.

Vi utførte en oversikt over systematiske oversikter for å svare på spørsmålet: Hvilken effekt har organiserte helsefremmende og/eller forebyggende tiltak som har til hensikt å fremme røykeslutt, fysisk aktivitet, sunnere kosthold og lavere alkoholforbruk på den somatiske og psykiske helsen og livskvaliteten til personer med en allerede etablert psykisk lidelse, sammenlignet med kun forebyggende råd om levevaner?

¹ NCD er en forkortelse for Noncommunicable diseases – ikke smittsomme sykdommer. NCD-alliansen er et internasjonalt nettverk av sivile samfunnsorganisasjoner.

Metode og materiale

Vi utførte en oversikt over systematiske oversikter i henhold til håndboken Slik oppsummerer vi forskning (29). Lenke til prosjektplanen finnes i Vedlegg Prosjektplan.

Inklusjonskriterier

Populasjon:	Personer med en psykiatrisk diagnose som er beskrevet i ICD-10 (1): Kapittel V, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (F20-F48), eller tilsvarende i DSM-5 (3). Personer med psykiatrisk diagnose beskrevet ovenfor og i tillegg kreft, hjerte- og karsykdom, type 2-diabetes eller kronisk obstruktiv lungesykdom.
Tiltak:	Organiserte helsefremmende og/eller forebyggende individ- eller grupperettede tiltak som har til hensikt å fremme en eller flere av følgende: fysisk aktivitet og/eller trening, sunnere kosthold, røykeslutt eller røykereduksjon, redusert alkoholforbruk. Kun studier av tiltak som har en uttalt hensikt om å fremme endring av levevaner vil bli inkludert. ²
Sammenlikning:	Den opprinnelige sammenlikningen var: Kun forebyggende råd om levevaner med henblikk på fysisk aktivitet og/eller trening, kosthold, røyking og alkoholforbruk som man kan forvente gis i en klinisk konsultasjon (vanlig behandling), inkludert informasjonsmateriell, hvor pasienten har ansvaret for å følge rådene. Vi fant ikke oversikter som hadde denne sammenlikningen. Vi valgte å inkludere oversikter hvor tiltakene ble sammenlignet med vanlig behandling, andre tiltak, eller ingen tiltak. Dette er en endring fra protokollen.
Utfall:	<i>Primære:</i> dødelighet/overlevelse; sykelighet (forekomst av hjerte- og karsykdom, metabolsk syndrom, luftveissykdom; kreft); livskvalitet; bruk av medisiner. <i>Sekundære:</i> utfallsmål på psykisk helse.
Språk:	Ingen begrensninger i søket.

² Studier av for eksempel fysisk aktivitet eller trening som behandling for depressive symptomer eller angst vil derfor ikke bli inkludert.

Studiedesign: Systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet. Vi planla å søke etter primærstudier hvis vi ikke fant systematiske oversikter, se Vedlegg Prosjektplan

Eksklusjonskriterier

Sammendrag og andre publikasjonsformer som ikke formidler full informasjon om oversiktens metoder og resultater, slik at vi ikke kan vurdere kvalitet. Oversikter som kun rapporterer utfall om atferd.

Litteratursøking

Forskningsbibliotekar Gyri Hval utarbeidet sammen med prosjektleder en søkestrategi. Søkestrategien ble fagfellevurdert av en annen forskningsbibliotekar.

Søket ble gjennomført 17.09.2018 i følgende databaser:

- The Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- Epistemonikos
- The Cochrane Controlled Trials Register (CENTRAL)
- MEDLINE (Ovid)
- Embase (Ovid)
- PsycINFO (Ovid)
- Cinahl (EBSCO)

Søkestrategien er presentert i Vedlegg Søkestrategi.

Artikkelutvelging

Alle titler og sammendrag fra søket ble lagt inn i verktøyet COVIDENCE. Fire forfattere (VU, ED, GV og GH) valgte uavhengig av hverandre relevante publikasjoner fra titler og sammendrag, og ble deretter enige om hvilke studier som skulle hentes inn i fulltekst. To forfattere (VU og ED) vurderte fulltekstartikler uavhengig av hverandre opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier og tok avgjørelse om inkludering eller ekskludering av studier i konsensus. Uenighet ble løst ved rådføring med en tredje forfatter (GV).

De inkluderte systematiske oversiktene rapporterte ikke resultater for direkte sammenligning med kun forebyggende råd om levevaner. Vi valgte å rapportere resultater hvor tiltakene ble sammenlignet med vanlig behandling, andre tiltak, eller ingen tiltak. Dette er en endring fra protokollen.

Vurdering av kvalitet i inkluderte systematiske oversikter

To forfattere (VU og GV) vurderte uavhengig av hverandre kvaliteten i de inkluderte systematiske oversiktene ved bruk av en sjekklister for systematiske oversikter basert på EPOC Checklist for Refereeing Protocols for Reviews (30) og ble enige om vurdering «Høy», «Moderat», eller «Lav» kvalitet. Uenighet ble løst ved rådføring med en tredje forfatter (ED).

Dataekstraksjon

En forfatter (VU eller GV) trakk ut data fra de inkluderte systematiske oversiktene og en annen forfatter (VU eller GV) kontrollerte datauttrekket opp mot originalartikkelen. Vi trakk ut følgende data: tittel, forfattere og detaljer om publikasjonen, formålet med oversikten, hvilke studiedesign som ble inkludert, populasjon (diagnose, ev. undergrupper og kontekst), tiltak og hvem som utførte tiltaket, sammenligning, utfall, oppfølgningstid, frafall, informasjon om manglende data, beskrivende dikotome data, beskrivende kontinuerlige data, effektmål, effektestimater, og gradering av effektestimater.

Analyser

Vi sammenstilte resultatene fra de inkluderte oversiktene i tabeller, basert på tiltak, sammenligning og utfall. Vi utførte ikke egne metaanalyser.

Forfatterne av de inkluderte systematiske oversiktene rapporterte standardisert gjennomsnittsforskjell (standardized mean difference, SMD) eller effektstørrelse (effect size, ES) når primærstudiene hadde målt utfallene på ulike måleskalaer. Cohen's d er en effektstørrelse som er brukt for enkeltstudier i noen av oversiktene. Når vi forenkler tolkningen av SMD-estimater og Cohen's d er 0,2 en «liten effekt», 0,5 en «moderat effekt» og 0,8 en «stor effekt».

Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen

Vi vurderte vår tillit til effektestimater ved bruk av Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE; 31). Domenene som vurderes i GRADE er studiebegrensninger, direktet, konsistens, presisjon, og rapporteringsskjevhet, sterke sammenhenger mellom tiltak og utfall, dose-responseeffekter, og forvekslingsfaktorer (31). To forfattere (VU og ED) utførte vurderingen sammen og ble enige om kvaliteten på dokumentasjonen. Uenighet løstes ved rådføring med en tredje forfatter (GV).

Kvaliteten på den samlede dokumentasjonen defineres slik:

Høy kvalitet ⊕⊕⊕⊕: Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.

Middels kvalitet ⊕⊕⊕○: Vi har middels tillit til effektestimater: Det ligger

sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at den kan være forskjellig.

Lav kvalitet ⊕⊕○○: Vi har begrenset tillit til effektestimatet: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.

Svært lav kvalitet ⊕○○○: Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.

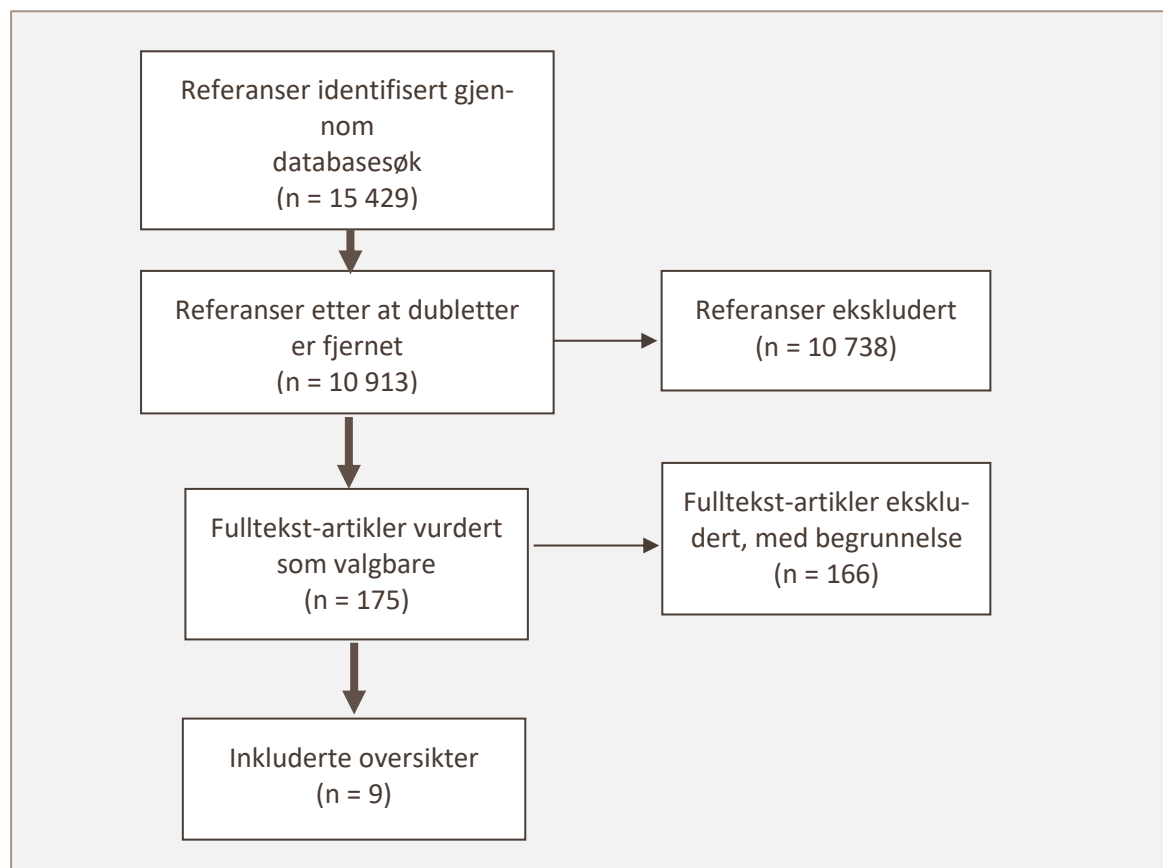
Etikk og helseøkonomi

Betraktninger om etiske problemstillinger og helseøkonomi er ikke en del av denne oversikten.

Resultater

Det systematiske litteratursøket gav 10 913 unike referanser. Vi ekskluderte 10 738 referanser på bakgrunn av relevans, basert på tittel og sammendrag. Vi vurderte 175 systematiske oversikter i fulltekst og ekskluderte 166 basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi inkluderte ni systematiske oversikter (Figur 1).

Resultater av litteratursøket



Figur 1. Flyttdiagram over referanser som ble vurdert.

Ekskluderte oversikter

Vedlegg Ekskluderte oversikter viser de 166 ekskluderte oversiktene og begrunnelsen for å ekskludere dem. Av de ekskluderte oversiktene vurderte 34 % et annet tiltak, 26 % oppfylte ikke kriteriene for systematiske oversikter, 15 % hadde ikke relevant utfall,

13 % hadde en annen populasjon, 4 % hadde en annen problemstilling, 3 % hadde en annen sammenligning, 3 % ble vurdert til å ha lav eller moderat kvalitet (se Vedlegg Kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene), og 2 % var formidlingsaker eller trukket tilbake.

Beskrivelse av studiene

Inkluderte oversikter

Vi inkluderte ni systematiske oversikter som vi vurderte å ha høy kvalitet (se Vedlegg Kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene). Til sammen inkluderte oversiktene 153 primærstudier (variasjonsbredde 1-39, medianverdi 18), hvor majoriteten var randomiserte kontrollerte forsøk. Vi vurderte disse som dekkende for spørsmålet, slik at det ikke var behov for å supplere med primærstudier. Oversiktene inkluderte ifølge forfatterne personer med alvorlig psykisk lidelse (32, 33, 34, 35), personer med psykiske lidelser og diabetes type 2 eller risiko for, diabetes type 2 (36, 37), personer med psykiske lidelser (38), personer med depresjon (39), og personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse (40). Alle oversiktene hadde som formål å vurdere effekter av tiltak for å fremme sunne levevaner, men ingen av oversiktene hadde som uttalt formål å sammenligne de forebyggende tiltakene med kun forebyggende råd om levevaner. Følgende utfall var dekket i oversiktene: dødelighet (36), sykkelighet (34), etterlevelse av medisiner (32), livskvalitet (32, 36, 35), og symptomer (40, 33, 37, 35, 38, 39) (Tabell 1).

Tabell 1. Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene.

Førsteforfatter (referanse, publiseringsår); søkedato	Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Antall studier med relevante utfall (antall studier); oppfølgingstid
Bradshaw (40; 2005); ikke rapportert	Personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse eller ubekreftet schizofrenidiagnose	Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt	Ikke spesifisert i problemstilling eller inklusjonskriterier	Psykotiske symptomer etter tiltak for røykeslutt; psykotiske symptomer etter tiltak for vektreduksjon	2 (16); Etter tiltaket – 6 måneder
Bruins (33; 2014); April 2014	Personer med alvorlig psykisk lidelse	Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold, fysisk aktivitet og vekt	Ikke spesifisert i problemstilling eller inklusjonskriterier	Symptomer på depresjon	4 (25); Ikke rapportert
Cabassa (32; 2017); November 2015	Personer med alvorlig psykisk lidelse	Tiltak for helse og levevaner baserte på likemannsarbeid	Ikke spesifisert i problemstilling eller inklusjonskriterier	Livskvalitet; etterlevelse av medisiner	10 (18); Etter tiltaket

Cezaretto (37; 2017); Mars 2015	Personer med depresjon og diabetes type 2 eller risiko for diabetes type 2	Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet	Ikke spesifisert i problemstilling eller inklusjonskriterier	Symptomer på depresjon	19 (19); Etter tiltaket – 36 måneder
Fernández-San-Martin (34; 2014); Desember 2010	Personer med alvorlig psykisk lidelse	Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. fysisk aktivitet og/eller kosthold	Ikke spesifisert i problemstilling eller inklusjonskriterier	Insidens av hjerte- og kar-sykdom	0 (26); -
McBain (36; 2016); Mars 2016	Personer med alvorlig psykisk lidelse og diabetes type 2	Tiltak for å fremme mestring ved type 2 diabetes	Annen aktiv behandling eller standard behandling	Dødelighet; livskvalitet	0 (1); -
Rosenbaum (35; 2014); Januar 2013	Personer med alvorlig psykisk lidelse	Tiltak for å fremme fysisk aktivitet	Standard behandling, venteliste, undervisning om helse, ingen behandling	Livskvalitet; symptomer på depresjon; symptomer på schizofreni	20 (39); Etter tiltaket
Rosenbaum (38; 2015); Januar 2015	Personer med psykiske lidelser	Internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet	Standard behandling, venteliste, ingen behandling	Symptomer på depresjon	2 (2); Etter tiltaket
Young (39; 2018); Juni 2017	Personer med depresjon	Internettbaserte tiltak for å støtte forandring av levevaner	Annen aktiv behandling	Symptomer på depresjon	7 (7); Etter tiltaket

Effekter av tiltak

Vi presenterer tiltak og resultater i de inkluderte systematiske oversiktene basert på populasjon og herunder tidspunkt for søk. Rekkefølgen er personer med alvorlig psykisk lidelse, personer med psykiske lidelser og diabetes type 2 risiko eller risiko for diabetes type 2, personer med psykiske lidelser, personer med depresjon, og personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse.

Personer med alvorlig psykisk lidelse

Fire systematiske oversikter inkluderte personer med alvorlig psykisk lidelse (32, 33, 34, 35). Tiltakene var rettet mot flere levevaner i tre av oversiktene (32, 33, 34) og mot én levevane i en oversikt (35).

Tiltak for å fremme helse og sunne levevaner basert på likemannsarbeid

Cabassa og medarbeidere (32) inkluderte 18 studier (3 RCT og 15 observasjonsstudier) i sin systematiske oversikt. Gjennomsnittsalder på tvers av studiene varierte mellom 21 og 54 år. Andel menn og kvinner var ikke rapportert. Tiltakene var bygget på likemannsarbeid og var rettet mot evne å håndtere symptomer og behandling («self-management»); røykeslutt; sunne levevaner eller kombinasjoner av disse. De ble gitt enten som gruppe- eller individrettede tiltak eller som en kombinasjon. Varigheten varierte mellom én sesjon og 12 måneder.

Seks studier hadde utfall som gikk på opplevd livskvalitet, og fire studier hadde utfall som gikk på etterlevelse av medisinerings. Resultatene er oppsummert i Tabell 2.

Fullstendig evidensprofil for Tabell 2 vises i Vedlegg Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen med GRADE, Tabell A. Begrensninger ved studiekvalitet, manglende presisjon (kvantitative data ikke rapportert), samt manglende direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til at vi vurderte vår tillit til dokumentasjonen som svært lav for begge utfallene.

Tabell 2. Oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme helse og sunne levevaner basert på likemannsarbeid

Populasjon: Personer med alvorlig psykisk lidelse.

Setting: Primærhelsetjeneste/Spesialisthelsetjeneste.

Intervensjon: Tiltak for helse og levevaner basert på likemannsarbeid.

Sammenligning: Ikke rapportert.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Livskvalitet målt ved: Ikke rapportert	"Mixed results"	2 RCT, 4 observasjonsstudier (387)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,d}
Etterlevelse av medisinerings målt ved: Selvrapportering	"Limited results"	2 RCT, 2 observasjonsstudier (209)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{c,d}

Forklaringer:

a. 4/6 studier hadde gjennomsnittlig skår 7.8/12 på «Methodological Quality Rating Scale».

b. 6 studier med 387 deltakere, ikke rapportert kvantitative data.

c. 4 studier med 209 deltakere, ikke rapportert kvantitative data.

d. Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

Resultatene viser

- Det er usikkert om tiltak basert på likemannsarbeid for å fremme helse og sunne levevaner for personer med alvorlig psykisk lidelse
 - påvirker livskvalitet (svært lav tillit til resultatene)
 - påvirker overholdelse av medisinerings (svært lav tillit til resultatene).

Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold, fysisk aktivitet og vekt

Bruins og medarbeidere (33) inkluderte 25 randomiserte kontrollerte studier i sin systematiske oversikt. Gjennomsnittsalder på tvers av studiene varierte mellom 26 og 54 år og det var 52 % mannlige deltakere. Tiltakene inkluderte veiledning om ernæring og trening og ble gitt enten som gruppe- eller individrettede tiltak eller som en kombinasjon. Gjennomsnittlig varighet var 21 uker, varierende fra 6 uker til 18 måneder.

Fire studier hadde utfall som er aktuelle i denne oversikten. Disse målte symptomer på depresjon og resultatene ble oppsummert i en metaanalyse, se Tabell 3.

Fullstendig evidensprofil for Tabell 3 vises i Vedlegg Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen med GRADE, Tabell B. Begrensninger ved studiekvalitet, og manglende direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til at vi vurderte vår tillit til dokumentasjonen som lav.

Tabell 3. Oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold, fysisk aktivitet og vekt

Populasjon: Personer med alvorlig psykisk lidelse.

Setting: Poliklinikk.

Intervensjon: Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold, fysisk aktivitet og vekt.

Sammenligning: Vanlig behandling, ingen behandling, annen behandling.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Symptomer på depresjon målt ved: Ulike spørreskjemaer	ES -0.95 (95% KI -1.90 to -0.0)	4 RCT (117)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b,c}

ES: Effektstørrelse, **KI:** Konfidensintervall, **RCT:** Randomisert kontrollert forsøk.

Forklaringer:

a. 2/4 studier med uklar eller høy risiko for systematiske skjevheter.

b. I^2 (heterogenitet) 93 %. Størrelsen på effekten er usikker.

c. Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

Resultatene viser, for personer med alvorlig psykisk lidelse:

Det er mulig at tiltak for å fremme sunne levevaner reduserer symptomer på depresjon (lav tillit til resultatene).

Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold, fysisk aktivitet og vekt

Fernandez og medarbeidere (34) inkluderte 26 studier i sin systematiske oversikt, 20 randomiserte kontrollerte studier og seks kontrollerte før-og-etter studier. Forfatterne hadde til hensikt å evaluere effekt av tiltakene på insidens av hjerte- og karsykdom, men ingen av de inkluderte studiene rapporterte på dette utfallet.

Tiltak for å fremme fysisk aktivitet

Rosenbaum og medarbeidere (35) inkluderte 39 randomiserte kontrollerte studier i sin systematiske oversikt. Gjennomsnittlig alder hos deltakerne i studiene varierte mellom

25 og 66 år. Andel menn og kvinner var ikke rapportert. Tiltakene var rettet mot deltakelse i fysisk aktivitet og trening og inneholdt også veiledning for å fremme økt fysisk aktivitet. Varigheten på tiltakene var fra én til 56 uker, med et gjennomsnitt på 14 uker på tvers av studiene.

Seks studier målte opplevd livskvalitet, 20 studier målte symptomer på depresjon, og åtte studier målte symptomer på schizofreni. Forfatterne oppsummerte resultatene i metaanalyser, se Tabell 4.

Fullstendig evidensprofil for Tabell 4 vises i Vedlegg Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen med GRADE, Tabell C. Begrensninger ved studiekvalitet, og manglende direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til at vi vurderte vår tillit til dokumentasjonen som lav for utfallene symptomer på depresjon, symptomer på schizofreni og livskvalitet.

Tabell 4. Oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme fysisk aktivitet

Populasjon: Personer med psykiske lidelser.

Setting: Poliklinikk/primærhelsetjeneste/spesialisthelsetjeneste.

Intervensjon: Tiltak for å fremme fysisk aktivitet.

Sammenligning: standard/ingen behandling, venteliste, undervisning om helse.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Livskvalitet målt ved: Ulike spørreskjemaer	SMD 0.64 (95% KI 0.35 til 0.92)	6 RCT (ikke rapportert)	⊕⊕○○ LAV ^{e, f}
Symptomer på depresjon målt ved: Ulike spørreskjemaer	SMD 0.84 (95% KI 0.49 til 1.18)	20 RCT (1293)	⊕⊕○○ LAV ^{a, b, f}
Symptomer på schizofreni målt ved: Ulike spørreskjemaer	SMD 1.0 (95% KI 0.37 til 1.64)	8 RCT (ikke rapportert)	⊕⊕○○ LAV ^{c, d, f}

SMD: Standardisert gjennomsnittsforskjell,

KI: Konfidensintervall,

RCT: Randomisert kontrollert forsøk.

Forklaringer:

a. 10/20 studier rapportert å ha 5 eller mindre/10 poeng på PEDro skalaen, særlig ikke skjult allokering og ikke ITT.

b. I² 86 %. Størrelsen på effekten er usikker.

c. 7/8 studier rapportert å ha lav kvalitet.

d. I² 88 %. Størrelsen på effekten er usikker.

e. 5/6 studier rapportert å ha lav kvalitet.

f. Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

Resultatene viser, for personer med alvorlig psykisk lidelse:

Det er mulig at tiltak for å fremme fysisk aktivitet

- forbedrer opplevd livskvalitet (lav tillit til resultatene)

- reduserer symptomer på depresjon (lav tillit til resultatene)
- reduserer symptomer på schizofreni (lav tillit til resultatene).

Personer med psykiske lidelser og diabetes type 2 eller risiko med risiko for diabetes type 2

To systematiske oversikter inkluderte personer med psykiske lidelser og diabetes type 2 eller med risiko for diabetes type 2 (36, 37). Tiltakene var rettet mot mestring ved diabetes type 2 i den ene oversikten og kosthold og/eller fysisk aktivitet i den andre.

Tiltak for å fremme mestring

McBain og medarbeidere (36) inkluderte én studie i sin systematiske oversikt. Mestringstiltakene inkluderte grunnleggende undervisning om diabetes og ernæring samt oppfølging av fysisk aktivitet. Forfatterne hadde til hensikt å evakuere effekt av tiltakene på blant annet dødelighet og opplevd livskvalitet, men den inkluderte studien rapporterte ikke på disse utfallene.

Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet

Cezaretto og medarbeidere (37) inkluderte 19 randomiserte kontrollerte studier i sin systematiske oversikt. Deltakernes alder varierte mellom 18 og 80 år. Andel menn og kvinner er ikke rapportert. 15 studier inkluderte personer med diagnostisert diabetes type 2 og fire studier personer med risiko for diabetes type 2. Tiltakene var rettet mot fysisk aktivitet og kosthold, og ble gitt enten som gruppe- eller individrettede tiltak, ansikt til ansikt, ved telefonsamtaler eller ved bruk av Internett. Varigheten varierte mellom to og 36 måneder med en medianverdi på seks måneder.

Alle de 19 studiene målte symptomer på depresjon og resultatene ble oppsummert i en metaanalyse, se Tabell 5.

Fullstendig evidensprofil for Tabell 5 vises i Vedlegg Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen med GRADE, Tabell D. Begrensninger ved studiekvalitet, og manglende direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til at vi vurderte vår tillit til dokumentasjonen som lav.

Tabell 5. Oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet

Populasjon: Personer med depresjon og risiko for/type 2 diabetes.

Setting: Ikke rapportert.

Intervensjon: Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet

Sammenligning: Ikke rapportert.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Symptomer på depresjon målt ved: Ulike spørreskjemaer	SMD -0.16 (95% KI -0.27 to -0.06)	19 RCT (9107)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b,c}

Tabell 5. Oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet

Populasjon: Personer med depresjon og risiko for/type 2 diabetes.

Setting: Ikke rapportert.

Intervensjon: Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet

Sammenligning: Ikke rapportert.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
--------	--------	----------------------------	------------------------------------

SMD: Standardisert gjennomsnittsforskjell,

KI: Konfidensintervall,

RCT: Randomisert kontrollert forsøk.

Forklaringer:

a. 10/19 studier hadde uklar eller høy risiko for systematiske skjevheter for randomiseringssekvens og skjult allokering.

b. I² 68%. Størrelsen på effekten er usikker.

c. Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

Resultatene viser, hos personer med depresjon og risiko for/type 2 diabetes:

Tiltak for å fremme sunne levevaner reduserer muligens symptomer på depresjon (lav tillit til resultatene).

Personer med psykiske lidelser

En systematisk oversikt inkluderte personer med psykiske lidelser (38) og evaluerte internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet.

Internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet

Rosenbaum og medarbeidere (38) inkluderte to randomiserte kontrollerte studier i sin systematiske oversikt. Gjennomsnittlig alder i den ene studien var 25 år og i den andre studien 49 år. Andel menn og kvinner er ikke rapportert. Tiltakene ble gitt via internett og hadde til hensikt å fremme deltakelse i fysisk aktivitet eller trening. Begge studiene brukte elementer fra psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi. Tiltakene ble først gitt i ni moduler i løpet av ni uker og deretter i fire moduler i løpet av 10 uker.

Begge studiene målte symptomer på depresjon, se Tabell 6.

Fullstendig evidensprofil for Tabell 6 vises i Vedlegg Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen med GRADE, Tabell E. Begrensninger ved studiekvalitet, manglende presisjon (to studier med få deltakere), samt manglende direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til at vi vurderte vår tillit til dokumentasjonen som lav.

Tabell 6. Oppsummering av resultatene om internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser

Populasjon: Personer med psykiske lidelser.

Setting: Primærhelsetjeneste.

Intervensjon: Internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet.

Sammenligning: Standard/ingen behandling, venteliste.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Symptomer på depresjon målt ved: Ulike spørreskjemaer	Cohen's d 0.07 i en studie og 0.67 i en studie.	2 RCT (95)	⊕⊕○○ LAV ^{a,b,c,d}

RCT: Randomisert kontrollert forsøk.

Forklaringer:

a. PEDro skår 5 og 6, ikke skjult allokering eller blindet måling av utfall.

b. Cohen's d 0.07 i en studie og 0.67 i en studie. Størrelsen på effekten er usikker.

c. 2 studier med 47 og 48 deltakere.

d. Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

Resultatene viser, for personer med psykiske lidelser:

Det er mulig at internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet reduserer symptomer på depresjon (lav tillit til resultatene).

Personer med depresjon

En systematisk oversikt inkluderte personer med depresjon (39) og evaluerte internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner.

Internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner

Young og medarbeidere (39) inkluderte syv randomiserte kontrollerte studier i sin systematiske oversikt. Alder og fordeling av deltakere på menn og kvinner er ikke rapportert. Tre studier inkluderte unge voksne i alderen 18 til 25 år. Tiltakene ble gitt via internett og var rettet mot atferdsendring innen fem områder: bruk av alkohol, rusmidler og tobakk, søvn og fysisk aktivitet. Adgang til tiltaket på Internett varte mellom én sesjon og tre måneder, med et gjennomsnitt på syv uker.

Alle studiene målte symptomer på depresjon, se Tabell 7.

Fullstendig evidensprofil for Tabell 7 vises i Vedlegg Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen med GRADE, Tabell F. Begrensninger ved studiekvalitet, manglende konsistens, manglende presisjon (kvantitative data ikke rapportert for 4/7 studier), samt manglende direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til at vi vurderte vår tillit til dokumentasjonen som svært lav.

Tabell 7. Oppsummering av resultatene om internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner**Populasjon:** Personer med depresjon.**Setting:** Ikke rapportert.**Intervensjon:** Internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner.**Sammenligning:** Annen aktiv behandling.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Symptomer på depresjon målt ved: ulike spørreskjemaer	4 studier viste ikke signifikant forskjell. En studie viste forskjell mellom grupper Cohen's $d = 0.71$ og en studie = 0.69 . En studie viste forandring over tid Cohen's d tiltaksgruppen = 0.74 og i kontrollgruppen = 0.66 .	7 RCT (1964)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,c,d}

ES: effektstørrelse,**RCT:** Randomisert kontrollert forsøk.*Forklaringer:*

- 4/7 studier rapportert å ha kvalitetsskår under 36/44. Utilstrekkelig informasjon for å vurdere viktige aspekter av risiko for systematiske skjevheter.
- 4/7 studier rapportert å ha ikke signifikant forskjell mellom gruppene; 2 studier rapportert forskjell mellom gruppene Cohen's $d=0.71$ og $d=0.69$; 1 studie rapportert med forandring over tid Cohen's $d=0.74$ i tiltaksgruppen og 0.66 i kontrollgruppen.
- Kvantitative data ikke rapportert for 4/7 studier.
- Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

Resultatene viser, for personer med depresjon:

Det er usikkert om internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner påvirker symptomer på depresjon (svært lav tillit til resultatene).

Personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse

En systematisk oversikt inkluderte personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse (40) og evaluerte tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt.

Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt

Bradshaw og medarbeidere (40) inkluderte 16 studier i sin systematiske oversikt. Gjennomsnittsalder var 40 år og det var 63 % mannlige deltakere. Tiltakene var rettet mot røyking, trening, vekt, og ernæring og ble gitt som gruppe- eller individuelt tiltak. Varigheten på tiltakene var tre til 28 uker.

To av studiene hadde utfall som er aktuelle i denne oversikten. En randomisert kontrollert studie med 32 deltakere målte psykotiske symptomer etter tiltak for å fremme røykeslutt og en observasjonsstudie målte psykotiske symptomer etter tiltak for vekt-reduksjon. Resultatene er oppsummert i Tabell 8.

Fullstendig evidensprofil for Tabell 8 vises i Vedlegg Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen med GRADE, Tabell G. Begrensninger ved studiekvalitet, manglende presisjon (en studie med få deltakere og kvantitative data ikke rapportert), samt manglende direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til at vi vurderte vår tillit til dokumentasjonen som svært lav for begge utfallene.

Tabell 8. Oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt

Populasjon: Personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse.

Setting: Poliklinikk/primærhelsetjeneste.

Intervensjon: Tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt.

Sammenligning: Ikke rapportert.

Utfall	Effekt	Antall studier (deltakere)	Tillit til dokumentasjonen (GRADE)
Psykotiske symptomer etter tiltak for røykeslutt målt ved: Ikke rapportert	"None of the studies showed a detrimental effect on positive psychotic symptoms"	1 RCT (32)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{a,b,e}
Psykotiske symptomer etter tiltak for vektreduksjon målt ved: Ulike spørreskjemaer	"No significant changes in psychiatric symptoms"	1 observasjonsstudie (21)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{c,d,e}

RCT: Randomisert kontrollert forsøk.

Forklaringer:

a. Kvalitetsskår 48/100,

b. En studie, 32 deltakere fullførte studien, kvantitative data ikke rapportert,

c. Kvalitetsskår 60/100,

d. En studie, 11/21 deltakere fullførte studien, kvantitative data ikke rapportert,

e. Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

Resultatene viser, for personer med schizofreni eller schizoaffektive lidelser

- Det er usikkert om tiltak for å fremme røykeslutt påvirker psykotiske symptomer (svært lav tillit til resultatene).
- Det er usikkert om tiltak for å fremme vektreduksjon påvirker psykotiske symptomer (svært lav tillit til resultatene).

Diskusjon

Hovedfunn

Vi inkluderte ni systematiske oversikter som vi vurderte å ha høy kvalitet. Til sammen inkluderte oversiktene 153 primærstudier (variasjonsbredde 1-39, medianverdi 18), hvor majoriteten var randomiserte kontrollerte forsøk. Fire systematiske oversikter inkluderte personer med alvorlig psykisk lidelse (32, 33, 34, 35). Tiltakene var rettet mot flere levevaner i tre av oversiktene (32, 33, 34) og mot én levevane i en oversikt (35). To systematiske oversikter inkluderte personer med psykiske lidelser og diabetes type 2 eller med risiko for diabetes type 2 (36, 37). Tiltakene var rettet mot mestring ved diabetes type 2 i den ene oversikten og kosthold og/eller fysisk aktivitet i den andre. En systematisk oversikt inkluderte personer med psykiske lidelser (38) og evaluerte internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet. En systematisk oversikt inkluderte personer med depresjon (39) og evaluerte internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner. En systematisk oversikt inkluderte personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse (40) og evaluerte tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt.

Vi fant at

- Ingen av de inkluderte systematiske oversiktene sammenlignet organiserte helsefremmende tiltak for å fremme sunne levevaner med kun forebyggende råd om levevaner.
- Oversiktene som hadde som formål å vurdere effekter på henholdsvis dødelighet (36) og sykelighet (34) fant ikke studier som rapporterte på disse utfallene.
- Organiserte helsefremmende tiltak for å fremme sunne levevaner kan muligens bedre livskvalitet (35) hos personer med psykiske lidelser, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling.
- Organiserte helsefremmende tiltak for å fremme sunne levevaner kan muligens bedre symptomer på depresjon (33, 35, 37, 38), sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling.
- Det er usikkert om organiserte helsefremmende tiltak for å fremme sunne levevaner fører til bedring psykotiske symptomer eller etterlevelse av medisiner, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling.

Kvaliteten på forskningsresultatene

Vi inkluderte ni systematiske oversikter som vi vurderte å ha høy kvalitet. Til sammen inkluderte oversiktene 153 primærstudier og av disse hadde 64 studier (42 %) utfall som var relevante for vårt spørsmål.

De systematiske oversiktene mangler informasjon om utfallene dødelighet og sykkelighet. Det er begrenset informasjon om livskvalitet, og vi har vurdert dokumentasjonen til å ha lav til svært lav kvalitet. Det er også begrenset informasjon om etterlevelse av medisiner, og vi har vurdert dokumentasjonen til å ha svært lav kvalitet. Kunnskapsgrunnlaget er mest omfattende for utfall på symptomer på psykisk lidelse, og vi har vurdert dokumentasjonen til å ha lav til svært lav kvalitet.

Vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen ved å bruke GRADE (31) og domenene studiebegrensninger, direkthet, konsistens, presisjon, og rapporteringskjøvet. Begrensninger i studiekvalitet og mangel på direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner førte til nedgradering av kvaliteten for alle utfall. I tillegg førte manglende presisjon i utfall med få studier eller deltakere til nedgradering av kvaliteten på dokumentasjonen.

Styrker og svakheter

Styrker ved systematiske oversikter

Systematiske oversikter svarer på et strukturert og spesifikt spørsmål. Tilnærmingen er systematisk, standardisert og transparent gjennom hele arbeidet. Kritiske momenter som utvelgning av studier og vurdering av kvalitet på inkluderte primærstudier blir utført av to personer uavhengig av hverandre. I tillegg blir søkestrategien for litteratursøket uavhengig fagfelle-vurdert av en annen forskningsbibliotekar enn den som planlegger og gjennomfører søket.

Oversikter over systematiske oversikter følger den samme standardiserte metoden men oppsummerer kunnskap om bredere spørsmål, f. eks. effekter av et tiltak i flere populasjoner. Dette er en fordel innenfor et felt som psykisk helse som inkluderer personer med ulike diagnoser, og hvor flere utfall er aktuelle.

Mulige begrensninger ved oversikter over systematiske oversikter

En ulempe er at det i mange tilfeller ikke er full overensstemmelse mellom spørsmålet (populasjon, tiltak, sammenligning og utfall) og hva som er rapportert i de inkluderte systematiske oversiktene. Ytterligere en ulempe er tap av informasjon når enkeltstudier oppsummeres i en systematisk oversikt. Mangelfull informasjon i systematiske oversikter, for eksempel sosiodemografiske data om deltakere i inkluderte studier, antall deltakere i studier, og statistiske data, kan bidra til usikkerhet i vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen. Det er også en mulighet at nyere studier ikke er rukket å bli inkludert i systematiske oversikter slik at ikke hele kunnskapsgrunnlaget blir vurdert. Det systematiske litteratursøket som denne oversikten baseres på er fra september

2018. Dette kan muligens øke risikoen for at vi ikke har funnet nyere systematiske oversikter.

Hvor generaliserbare er resultatene?

Hvor dekkende og nyttige er forskningsresultatene om effekt fra den systematiske oppsummeringen?

De systematiske oversiktene inkluderte studier som hovedsakelig var utført i vestlige land.

Resultatene vi har oppsummert omhandler personer med psykisk lidelse, og tiltakene er rettet mot levevanene som er oppført i spørsmålet. Vi fant ikke informasjon om personer med psykisk lidelse og som i tillegg har kreft, hjerte- og karsykdom, eller kronisk obstruktiv lungesykdom. To systematiske oversikter inkluderte personer med psykisk lidelse og diabetes type 2.

De inkluderte systematiske oversiktene rapporterte ikke resultater for direkte sammenligning med kun forebyggende råd om levevaner. Vi valgte å rapportere resultater hvor tiltakene ble sammenlignet med vanlig behandling, andre tiltak, eller ingen tiltak. Dette er en endring fra protokollen. Særlig sammenligning med vanlig behandling kan være relevant, men siden sammenligningen ikke alltid er rapportert i detalj valgte vi også å ta med sammenligning med andre tiltak, eller ingen tiltak. En konsekvens av vårt valg er at vi ikke kan si med sikkerhet om vi har svart på spørsmålet. Vi mener imidlertid at det er nyttig å gjøre rede for de studier og resultater som finnes på nærliggende spørsmål mht. sammenligningen

De to oversiktene som hadde til hensikt å vurdere effekter på dødelighet og sykkelighet fant ingen studier som rapporterte på disse utfallene (36, 34). Det var også få studier som rapporterte på livskvalitet og medisinerings (32, 36, 35). Mesteparten av resultatene gjelder utfall på symptomer hos personer med psykiske lidelser. Resultatene i oversikter hvor det er utført metaanalyse på resultater fra randomiserte kontrollerte forsøk (33, 37, 35) går alle i den samme retningen, reduksjon av symptomer på depresjon i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

Vi vurderte vår tillit til effektestimaterne til lav for hovedparten av utfallene og til svært lav for noen utfall. Det betyr ikke at tiltakene ikke kan ha effekt, men at det er usikkerhet knyttet til hvilken effekt tiltakene ville ha dersom de ble gjennomført blant personer med psykiske lidelser i kliniske settinger.

Overensstemmelse med andre oversikter

Stemmer den systematiske oversikten over oversikter overens med andre oversikter?

Gierish og medarbeidere (41) vurderte effekter av tiltak for å redusere risiko for hjerte- og karsykdom hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Tiltakene gikk enten på endring av atferd eller medisinerer, og utfallene gikk på metabolske faktorer som vekt, glykemisk kontroll og høyt kolesterol. Forfatterne hadde også til hensikt å vurdere effekter av tiltakene på dødelighet men fant ikke studier som rapporterte på utfallet.

Hunt og medarbeidere (42) vurderte systematisk effekter av psykososiale tiltak på bruk av rusmidler, det vil si atferd, sammenlignet med vanlig behandling. Forfatterne rapporterte også på fire studier med til sammen 442 deltakere som vurderte effekten av kognitiv atferdsterapi på dødelighet. Forfatterne fant ikke effekt av tiltakene på dødelighet. De vurderte tilliten til effektestimaterne til lav-svært lav. En studie med 110 deltakere vurderte effekten av kognitiv atferdsterapi og motiverende samtale på livskvalitet. Studien rapporterte høyere skår på livskvalitet i tiltaksgruppen, men konfidensintervallet inkluderte liten eller ingen forskjell. Forfatterne vurderte tilliten til effektestimaterne til lav.

Tosh og medarbeidere (43) vurderte effekter av generelle råd om helse sammenlignet med vanlig behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse. Det vil si at tiltaket som ble evaluert er det som er sammenligningen i vår systematiske oversikt. Utfallene gikk på atferd, livskvalitet, og dødelighet. Forfatterne fant ikke effekt av tiltakene på hverken livskvalitet (1 studie, 54 deltakere) eller dødelighet (2 studier 487 deltakere). De vurderte tilliten til effektestimaterne til henholdsvis svært lav og lav.

Verdens helseorganisasjon publiserte i 2019 kunnskapsbaserte retningslinjer for forebygging og behandling av somatiske sykdommer hos personer med alvorlig psykisk lidelse (28). Retningslinjene gir anbefalinger om tiltak for å fremme sunne levevaner hos personer som i tillegg til alvorlig psykisk lidelse har hjerte- og karsykdom, eller risiko for hjerte- og karsykdom og/eller diabetes type 2. Tilliten til dokumentasjonen som anbefalingene er basert på ble vurdert til lav eller svært lav.

Resultatene betydning for praksis

For å kunne tilby kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester, bør forskningsbasert kunnskap integreres med erfaringskunnskap hos fagpersoner og brukere samt konteksten.

Å jobbe kunnskapsbasert vil dermed si at man bruker

- forskningsbasert kunnskap der man systematisk innhenter forskning og kritisk vurderer funnene
- erfaringsbasert kunnskap hos fagfolk, som kan være ferdigheter og vurderings-evne, kommunikasjon og relasjoner utviklet i praksis

- brukerkunnskap og brukermedvirkning, som kan være kunnskap, erfaringer, verdier, ønsker og behov hos brukere, pasienter eller pårørende

Disse tre elementene vurderes så i en kontekst.

Resultatene i denne oversikten over systematiske oversikter indikerer hovedsakelig store kunnskapshull i den forskningsbaserte kunnskapen om effekter av organiserte helsefremmende og/eller forebyggende tiltak som har til hensikt å fremme endring av levevaner hos personer med psykiske lidelser. Et rammeverk som systematisk inkluderer andre viktige faktorer enn fordeler og ulemper med tiltakene, som for eksempel ressursbruk, gjennomførbarhet, og brukernes verdier og preferanser kan bidra til integrering av resultatene i praksis (44).

Kunnskapshull

Kreftforeningen fremmet forslag via åpen forslagsprosess om en kunnskapsoppsummering om effekter av helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot livsstilsfaktorer som fysisk inaktivitet, usunt kosthold, røyking og helseskadelig bruk av alkohol. Spørsmålet var om den type tiltak kunne bidra til bedre fysisk og psykisk helse, lavere kreftforekomst og økt levealder hos personer med psykiske lidelser.

Det er godt dokumentert at personer med psykiske lidelser har kortere forventet levealder enn befolkningen generelt, og at tapte leveår hovedsakelig har sammenheng med forekomst av fysiske helseproblemer (8).

Dokumentasjonen vi har oppsummert mangler informasjon om effekter av tiltak for å fremme sunne levevaner på dødelighet og sykelighet. I tillegg har vi vurdert dokumentasjonen på livskvalitet, medisiner, og symptomer til å være av lav til svært lav kvalitet.

Randomiserte kontrollerte studier med store utvalg og lang oppfølgingstid er nødvendige for å dokumentere effekter på dødelighet og sykelighet. Utfordringer knyttet til gjennomføring av slike studier inkluderer for eksempel å rekruttere og beholde deltakere (45). Det er trolig at multisenterstudier som involverer store forskningsmiljøer har størst sannsynlighet for å kunne rekruttere tilstrekkelig antall deltakere og minimere risiko for systematiske skjevheter i studier.

Konklusjon

Vi har systematisk oppsummert resultater i systematiske oversikter om effekter av organiserte forebyggende tiltak for å fremme sunne levevaner hos personer med psykiske lidelser. Kunnskapsgrunnlaget kjennetegnes hovedsakelig ved få og små studier. Vi trekker følgende konklusjoner av resultatene

- Kunnskapsgrunnlaget mangler direkte sammenligning av tiltakene med kun forebyggende råd om sunne levevaner, men slike råd kan inngå i standard behandling.
- Kunnskapsgrunnlaget mangler resultater om effekter av tiltak på dødelighet og sykelighet.
- Det er mulig at tiltakene kan bedre livskvalitet hos personer med psykiske lidelser, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling.
- Det er mulig at tiltakene fører til bedring av symptomer på depresjon, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling.
- Det er usikkert om tiltakene reduserer psykotiske symptomer eller bedrer etterlevelse av medisiner, sammenlignet med vanlig, annen eller ingen behandling.

Referanser

1. American Psychiatric Association. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra:<https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>.
2. Helsedirektoratet. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015, norsk utgave; Oslo: Helsedirektoratet, 2015.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Schinnar A, Rothbard A, Kanter R, Jung Y. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*, 1990;147:1602-8.
5. Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI. Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions (OP100). Royal College of Psychiatrists, 2016.
6. Whiteford H, Degenhardt L, Rehm J, Baxter A, Ferrari A, Erskine H, et. al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575-86.
7. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386:743-800.
8. Reisinger Walker E, McGee R, Druss B. Mortality in mental disorders and global disease burden implications. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
9. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, et. al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE* 8:e55176.
10. Knudsen AK, Tollånes M, Haaland Ø, Kinge J, Skirbekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). [Disease Burden in Norway 2015. Results from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)] Rapport 2017. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

11. Høyе A, Jacobsen B, Hansen V. Increasing mortality in schizophrenia: Are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980–2006 in Northern Norway. *Schizophr Res* 2011;132:228–32.
12. Høyе A, Jacobsen B, Hansen V. Sex differences in mortality of admitted patients with personality disorders in North Norway – a prospective register study. *BMC Psychiatry* 2013;13:317.
13. Høyе A, Nesvåg R, Reichborn-Kjennerud T, Jacobsen B. Sex differences in mortality among patients admitted with affective disorders in North Norway: a 33-year prospective register study. *Bipolar Disord* 2016;18:272-81.
14. Nome S, Holsten F. Changes in mortality after first psychiatric admission: year prospective longitudinal clinical study. *Changes in mortality after first psychiatric admission: A 20-year prospective longitudinal clinical study. Nord J Psychiatry* 2012;66:97-106.
15. World Health Organisation. Meeting report on excess mortality in persons with severe mental disorders. Geneva, 2013.
16. De Hert M, Correll C, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et. al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77
17. Correll C, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et. al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017;16:163–80.
18. Osborn D, Hardoon S, Omar R, Holt R, King M, Larsen J, et al. Cardiovascular risk prediction models for people with severe mental illness: Results from the prediction and management of cardiovascular risk in people with severe mental illnesses (PRIMROSE) Research Program. *JAMA Psychiatry* 2015;72:143-51.
19. Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros M, Toftdahl N, Erlangsen A, Andersen J, et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry* 2015;2:801-08.
20. Baumeister H, Hutter N, Bengel J, Härter M. Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2011;80:275–86.
21. Stubbs B, Firth J, Berry A, Schuch F, Rosenbaum S, Gaughran F, et. al. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophr Res* 2016; 176:431–40.
22. Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Rosenbaum S, De Hert M, Mugisha J, et. al. Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;201:145–52.
23. Schuch F, Vancampfortd D, Firth J, Rosenbaum S, Ward P, Reichert T, et. al. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;210:139–50.

24. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2016;171:103–9.
25. Dipasquale S, Pariante C, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *J Psychiatr Res* 2103;47:197e207.
26. R  ther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et. al. EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry* 2014;29:65–82.
27. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs* 2011;32:589–97.
28. World Health Organization. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva, 2018.
29. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>.
30. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Vedlegg 2: sjekklister. Lest 22.08.2017. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklister.pdf.
31. Balshem H, Helfand M, Sch  nemann H, Oxman A, Kunze R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clinl Epidemiol* 2011;64:401-6.
32. Cabassa LJ, Camacho D, Velez-Grau C. M, Stefancic, A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *J Psychiatr Res* 2017;84:80-9.
33. Bruins J, Jorg F, Bruggeman R, Slooff C, Corpeleijn E, Pijnenborg M. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PLoS ONE* 2014;9:e112276.
34. Fernández-San-Martín MI, Martín-López LM, Masa-Font R, Olona-Tabue  a N, Roman Y, Martin-Royo J, et al. The effectiveness of lifestyle interventions to reduce cardiovascular risk in patients with severe mental disorders: Meta-analysis of intervention studies. *Community Ment Health J* 2014;50:81-95.
35. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014;75:964-74.
36. McBain H, Mulligan K, Haddad M, Flood C, Jones J, Simpson A. Self management interventions for type 2 diabetes in adult people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(4):doi10.1002/14651858.CD011361.pub2.

37. Cezaretto A, Ferreira SRG, Sharma S, Sadeghirad B, Kolahdooz F. Impact of lifestyle interventions on depressive symptoms in individuals at-risk of, or with, type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2016;26:649-62.
38. Rosenbaum S, Newby JM, Steel Z, Andrews G, Ward PB. Online physical activity interventions for mental disorders: A systematic review. *Internet Interv* 2015;2:214-20.
39. Young CL, Trapani K, Dawson S, O'Neil A, Kay-Lambkin F, Berk, M, et al. Efficacy of online lifestyle interventions targeting lifestyle behaviour change in depressed populations: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2018;52:834-46.
40. Bradshaw T, Lovell K, Harris N. Healthy living interventions and schizophrenia: A systematic review. *J Adv Nurs* 2005;49:634-54.
41. Gierisch JM, Nieuwsma JA, Bradford DW, Wilder CM, Mann-Wrobel MC, McBroom AJ, et al. Interventions To Improve Cardiovascular Risk Factors in People With Serious Mental Illness. *Comparative Effectiveness Review 105* (prepared by the Duke Evidence-based Practice Center). Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.
42. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10: CD001088.
43. Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 3: CD008567.
44. Moberg J, Oxman, AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Res Policy Syst*, 2018;16:45.
45. Kanuch, SW, Cassidy KA, Dawson NV, Athey M, Fuentes-Casiano E, Sajatovic M. Recruiting and retaining individuals with serious mental illness and diabetes in clinical research: Lessons learned from a randomized, controlled trial. *J Health Dispar Res Pract* . 2016 ; 9: 115–26.

Vedlegg

Søkestrategi

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to September 14, 2018

Dato for søk: 17.09.2018

- 1 exp Mental Disorders/ (1134218)
- 2 ((mental or psychiatric) adj (disorder* or diagnos* or illness*)).ti,ab. (102305)
- 3 1 or 2 (1165269)
- 4 exp Alcohol Drinking/ (63352)
- 5 exp "tobacco use"/ (1818)
- 6 exp "tobacco use cessation"/ (1027)
- 7 exp Smoking Cessation/ (25905)
- 8 exp Smoking/ (137360)
- 9 exp Food Habits/ (155387)
- 10 Motor Activity/ (92896)
- 11 exp exercise/ (169244)
- 12 ((alcohol* adj2 (drink* or consumption)) or (drinking adj5 (behavio?r or habit*)) or nutrition* or diet* or food* or feed* or eating or meal or meals or ((physical or motor) adj5 (activ* or exercis*)) or physical conditioning).ti,ab. (1449166)
- 13 (running or jogging or swimming or walking or skiing or cycling or climbing or smok* or tobacco* or cigarette*).ti,ab. (493615)
- 14 or/4-13 (2099467)
- 15 systematic review.kw. (10530)
- 16 meta-analysis.pt. (92098)
- 17 ((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*)).ti,ab. (403782)
- 18 (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab. (140588)
- 19 or/15-18 (491025)
- 20 3 and 14 and 19 (4852)

Database: Embase 1974 to 2018 September 14

Dato for søk: 17.09.2018

- 1 exp *mental disease/ (1219913)
- 2 ((mental or psychiatric) adj (disorder* or diagnos* or illness*)).ti,ab. (135017)

- 3 1 or 2 (1268402)
- 4 alcohol consumption/ (110913)
- 5 exp "tobacco use"/ (345935)
- 6 smoking cessation/ (52297)
- 7 exp feeding behavior/ (155544)
- 8 exp physical activity/ (352952)
- 9 exp exercise/ (293773)
- 10 fitness/ (34605)
- 11 exp sport/ (140024)
- 12 ((alcohol* adj2 (drink* or consumption)) or (drinking adj5 (behavio?r or habit*))) or nutrition* or diet* or food* or feed* or eating or meal or meals or ((physical or motor) adj5 (activ* or exercis*)) or physical conditioning or running or jogging or swimming or walking or skiing or cycling or climbing or smok* or tobacco* or cigarette*).ti,ab. (2310002)
- 13 or/4-12 (2839829)
- 14 Meta Analysis/ (147600)
- 15 Systematic Review/ (176020)
- 16 (review and (pubmed or medline)).ti,ab,kw. (142133)
- 17 ((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*)).ti,ab. (481353)
- 18 (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab. (181156)
- 19 or/14-18 (656052)
- 20 3 and 13 and 19 (7170)
- 21 limit 20 to embase (5360)

Database: PsycINFO 1806 to September Week 2 2018

Dato for søk: 17.09.2018

- 1 exp Mental Disorders/ (562110)
- 2 ((mental or psychiatric) adj (disorder* or diagnos* or illness*)).ti,ab. (121545)
- 3 1 or 2 (602400)
- 4 exp Alcohol Drinking Patterns/ (63778)
- 5 alcohol drinking attitudes/ (3044)
- 6 tobacco smoking/ (28997)
- 7 smoking cessation/ (12160)
- 8 eating behavior/ (11310)
- 9 food intake/ (13889)
- 10 food preferences/ (4406)
- 11 exp physical activity/ (37100)
- 12 running/ (1777)
- 13 swimming/ (1637)
- 14 walking/ (4895)
- 15 physical fitness/ (4012)
- 16 exp sports/ (24176)

- 17 ((alcohol* adj2 (drink* or consumption)) or (drinking adj5 (behavio?r or habit*)) or nutrition* or diet* or food* or feed* or eating or meal or meals or ((physical or motor) adj5 (activ* or exercis*)) or physical conditioning or running or jogging or swimming or walking or skiing or cycling or climbing or smok* or tobacco* or cigarette*).ti,ab. (364037)
- 18 or/4-17 (440491)
- 19 Meta Analysis/ (4239)
- 20 Systematic Review.md. (19773)
- 21 Meta Analysis.md. (18783)
- 22 ((systematic* or literature) adj3 (overview or review* or search*)).ti,ab,id. (107913)
- 23 (meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella review* or overview of reviews or review of reviews or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,id. (32970)
- 24 or/19-23 (133039)
- 25 3 and 18 and 24 (3015)

Database: CINAHL

Dato for søk: 17.09.2018

#	Query	Results
S29	S3 AND S21 AND S27 Limiters - Exclude MEDLINE records	996
S28	S3 AND S21 AND S27	2,641
S27	S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	123,332
S26	TI ((meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N2 synth*) or synthesis-review*)) OR AB ((meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* N2 synth*) or synthesis-review*))	28,789
S25	TI (((systematic* or literature) N3 (overview or review* or search*))) OR AB (((systematic* or literature) N3 (overview or review* or search*)))	92,065
S24	TI ((review and (pubmed or medline))) OR AB ((review and (pubmed or medline)))	26,762
S23	(MH "Meta Analysis")	22,581
S22	(MH "Systematic Review")	42,857

S21	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20	400,101
S20	TI (((alcohol* N2 (drink* or consumption)) or (drinking N5 (behavio#r or habit*)) or nutrition* or diet* or food* or feed* or eating or meal or meals or ((physical or motor) N5 (activ* or exercis*)) or physical conditioning or running or jogging or swimming or walking or cycling or climbing or skiing or smok* or tobacco* or cigarette*)) OR AB (((alcohol* N2 (drink* or consumption)) or (drinking N5 (behavio#r or habit*)) or nutrition* or diet* or food* or feed* or eating or meal or meals or ((physical or motor) N5 (activ* or exercis*)) or physical conditioning or running or jogging or swimming or walking or cycling or climbing or skiing or smok* or tobacco* or cigarette*))	290,501
S19	(MH "Snow Skiing+")	429
S18	(MH "Cycling")	5,941
S17	(MH "Walking")	13,326
S16	(MH "Running")	6,328
S15	(MH "Swimming")	2,531
S14	(MH "Physical Activity")	25,819
S13	(MH "Exercise+")	69,338
S12	(MH "Motor Activity")	5,065
S11	(MH "Eating Behavior+")	18,920
S10	(MH "Smoking Cessation Programs")	1,718
S9	(MH "Smoking Cessation")	12,474
S8	(MH "Smoking+")	41,809
S7	(MH "Tobacco")	4,876
S6	(MH "Drinking Behavior+")	17,505
S5	(MH "Sports+")	50,174
S4	(MH "Physical Fitness+")	10,982
S3	S1 OR S2	323,471

S2	TI (((mental or psychiatric) W0 (disorder* or diagnos* or illness*))) OR AB (((mental or psychiatric) W0 (disorder* or diagnos* or illness*)))	23,807
S1	(MH "Mental Disorders+")	317,390

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews

Dato for søk: 17.09.2018

- #1 MeSH descriptor: [Mental Disorders] explode all trees 61634
- #2 ((mental or psychiatric) NEXT (disorder* or diagnos* or illness*)):ti,ab,kw 10029
- #3 #1 or #2 65488
- #4 MeSH descriptor: [Alcohol Drinking] explode all trees 3386
- #5 MeSH descriptor: [Tobacco Use] explode all trees 312
- #6 MeSH descriptor: [Tobacco Use Cessation] explode all trees 261
- #7 MeSH descriptor: [Smoking Cessation] explode all trees 3529
- #8 MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees 374
- #9 MeSH descriptor: [Feeding Behavior] explode all trees 7896
- #10 MeSH descriptor: [Motor Activity] this term only 3634
- #11 MeSH descriptor: [Exercise] explode all trees 20663
- #12 ((alcohol* NEAR/2 (drink* or consumption)) or (drinking NEAR/5 (behavior?r or habit*)) or nutrition* or diet* or food* or feed* or eating or meal or meals or ((physical or motor) NEAR/5 (activ* or exercis*)) or physical conditioning or running or jogging or swimming or walking or skiing or cycling or climbing or smok* or tobacco* or cigarette*):ti,ab,kw184893
- #13 #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 192155
- #14 #3 and #13 in Cochrane Reviews and Protocols 170

Database: Epistemonikos

Dato for søk: 17.09.2018

Mental disorder drinking : 6 broad syntheses, 13 structured summaries, 361 systematic reviews

Mental disorder eating : 2 broad syntheses, 9 structured summaries, 241 systematic reviews

Mental disorder physical activity : 9 broad syntheses, 92 structured summaries, 444 systematic reviews

Mental disorder smoking : 2 broad syntheses, 3 structured summaries, 23 systematic reviews

Ekskluderte oversikter

Referanse	Begrunnelse for eksklusjon
Aarsland D, Sardahaee FS, Anderssen S, Ballard C. Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review. <i>Aging Ment Health</i> . 2010;14(4):386-95.	Annen populasjon
Adams V, Volo J, Burnside A, Cross J, Kalafut M, Figuers C. Effects of Exercise on Women With Postpartum Depression: A Systematic Review of the Literature. <i>Journal of Women's Health Physical Therapy</i> . 2018;42(1):38-9.	Annen populasjon
Aguirre-Molina M, Gorman DM. Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use. <i>Annu Rev Public Health</i> . 1996;17:337-58.	Ikke systematisk oversikt
Akvardar Y, Ucku R. How are alcohol related problems prevented? Brief intervention approach in the treatment of alcohol use disorders. [Turkish]. <i>Anadolu Psikiyatri Dergisi</i> . 2010;11(1):51-9.	Annen populasjon
Aldi GA, Bertoli G, Ferraro F, Pezzuto A, Cosci F. Effectiveness of pharmacological or psychological interventions for smoking cessation in smokers with major depression or depressive symptoms: A systematic review of the literature. <i>Subst Abus</i> . 2018:1-18.	Ikke riktige utfall
Alexander CN, Robinson P, Rainforth M. Treating and preventing alcohol, nicotine, and drug abuse through transcendental meditation: A review and statistical meta-analysis. <i>Alcoholism Treatment Quarterly</i> . 1994;11(1-2):13-87.	Annet tiltak
Alexandratos K, Barnett F, Thomas Y. The impact of exercise on the mental health and quality of life of people with severe mental illness: A critical review. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> . 2012;75(2):48-60.	Annet tiltak
Algar MJM, Garcia PB. Approach to anxiety in patients diagnosed with cancer. <i>Psicooncologia</i> . 2016;13(2-3):227-48.	Annet tiltak
Ashdown-Franks G, Williams J, Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Hubbard K, et al. Is it possible for people with severe mental illness to sit less and move more? A systematic review of interventions to increase physical activity or reduce sedentary behaviour. <i>Schizophr Res</i> . 2018;03:03.	Moderat metodisk kvalitet
Baker AL, Hiles SA, Thornton LK, Hides L, Lubman DI. A systematic review of psychological interventions for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorders. <i>Acta Psychiatr Scand</i> . 2012;126(4):243-55.	Ikke riktige utfall
Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. <i>J Affect Disord</i> . 2012;139(3):217-29.	Annet tiltak
Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? <i>Addiction</i> . 2010;105(7):1176-89.	Ikke riktige utfall
Barnes MJ, Hong J. Exercise as a Non-Pharmaceutical Treatment Modality to Prevent Comorbidity of Type II Diabetes and Major Depression. <i>International Journal of Caring Sciences</i> . 2012;5(2):203-14.	Ikke systematisk oversikt
Bartley CA, Hay M, Bloch MH. Meta-analysis: Aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. <i>Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry</i> . 2013;45:34-9.	Annet tiltak
Bartlo P, Klein PJ. Physical activity benefits and needs in adults with intellectual disabilities: systematic review of the literature. <i>Am J Intellect Dev Disabil</i> . 2011;116(3):220-32.	Annen populasjon
Bauer IE, Galvez JF, Hamilton JE, Balanza-Martinez V, Zunta-Soares GB, Soares JC, et al. Lifestyle interventions targeting dietary habits and exercise in bipolar disorder: A systematic review. <i>J Psychiatr Res</i> . 2016;74:1-7.	Ikke systematisk oversikt
Baxter AJ, Harris MG, Khatib Y, Brugha TS, Bien H, Bhui K. Reducing excess mortality due to chronic disease in people with severe mental illness: meta-review of health interventions. <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> . 2016;208(4):322-9.	Moderat metodisk kvalitet
Berk M, Sarris J, Coulson CE, Jacka FN. Lifestyle management of unipolar depression. <i>Acta Psychiatr Scand Suppl</i> . 2013(443):38-54.	Ikke systematisk oversikt
Bernard P, Ninot G. Benefits of exercise for people with schizophrenia: A systematic review. [French]. <i>Encephale</i> . 2012;38(4):280-7.	Ikke systematisk oversikt
Bernard P, Ninot G, Moulec G, Guillaume S, Courtet P, Quantin X. Smoking cessation, depression, and exercise: Empirical evidence, clinical needs, and mechanisms. <i>Nicotine and Tobacco Research</i> . 2013;15(10):1635-50.	Ikke systematisk oversikt

Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. <i>Clin Rehabil.</i> 2009;23(10):873-87.	Annet tiltak
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. <i>BMC Psychiatry.</i> 2012;12:78.	Ikke riktige utfall
Boniface S, Malet-Lambert I, Coleman R, Deluca P, Donoghue K, Drummond C, et al. The Effect of Brief Interventions for Alcohol Among People with Comorbid Mental Health Conditions: A Systematic Review of Randomized Trials and Narrative Synthesis. <i>Alcohol Alcohol.</i> 2018;53(3):282-93.	Ikke riktige utfall
Bradford DW, Cunningham NT, Slubicki MN, McDuffie JR, Kilbourne AM, Nagi A, et al. An evidence synthesis of care models to improve general medical outcomes for individuals with serious mental illness: A systematic review. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2013;74(8):e754-e64.	Annen problemstilling
Bridle C, Spanjers K, Patel S, Atherton NM, Lamb SE. Effect of exercise on depression severity in older people: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. <i>Br J Psychiatry.</i> 2012;201(3):180-5.	Annet tiltak
Brondino N, Rocchetti M, Fusar-Poli L, Codrons E, Correale L, Vandoni M, et al. A systematic review of cognitive effects of exercise in depression. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2017;135(4):285-95.	Ikke riktige utfall
Brown A-M, Robinson A, Jones F, Smith A, Williams P, Hanley J. The effectiveness of prescription exercises for women diagnosed with postnatal depression: a systematic review. <i>MIDIRS Midwifery Digest.</i> 2017;27(4):488-95.	Annen populasjon
Brown JC, Huedo-Medina TB, Johnson BT, Pescatello SM, Ryan SM, Ferrer RA, et al. The Efficacy Of Exercise Interventions On Depression Among Cancer-Survivors: A Meta-Analysis. <i>Med Sci Sports Exerc.</i> 2011;43:277-8.	Annet tiltak
Brown JC, Huedo-Medina TB, Pescatello LS, Ryan SM, Pescatello SM, Moker E, et al. The efficacy of exercise in reducing depressive symptoms among cancer survivors: A meta-analysis. <i>PLoS ONE.</i> 2012;7 (1)	Annet tiltak
Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, Brown WJ, Biddle SJ. Physical activity interventions and depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. <i>Sports Med.</i> 2013;43(3):195-206.	Annen populasjon
Cabassa LJ, Ezell JM, Lewis-Fernandez R. Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: a systematic literature review. <i>Psychiatr Serv.</i> 2010;61(8):774-82.	Ikke riktige utfall
Cabrera E, Sutcliffe C, Verbeek H, Saks K, Soto-Martin M, Meyer G, et al. Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. <i>European Geriatric Medicine.</i> 2015;6(2):134-50.	Annen populasjon
Caddick N, Smith B. The impact of sport and physical activity on the well-being of combat veterans: A systematic review. <i>Psychology of Sport and Exercise.</i> 2014;15(1):9-18.	Ikke systematisk oversikt
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. <i>Schizophr Res.</i> 2012;140(1-3):159-68.	Ikke riktige utfall
Campion J, Checinski K, Nurse J. Review of smoking cessation treatments for people with mental illness. <i>Advances in Psychiatric Treatment.</i> 2008;14(3):208-16.	Ikke systematisk oversikt
Carter T, Morres ID, Meade O, Callaghan P. The Effect of Exercise on Depressive Symptoms in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.</i> 2016;55(7):580-90.	Annet tiltak
Catalan-Matamoros D, Gomez-Conesa A, Stubbs B, Vancampfort D. Exercise improves depressive symptoms in older adults: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. <i>Psychiatry Res.</i> 2016;244:202-9.	Annet tiltak
Chalfoun C, Karelis AD, Stip E, Abdel-Baki A. Running for your life: A review of physical activity and cardiovascular disease risk reduction in individuals with schizophrenia. <i>J Sports Sci.</i> 2016;34(16):1500-15.	Ikke riktige utfall
Chanas AK, Reid G, Hoover ML. Exercise effects on health-related physical fitness of individuals with an intellectual disability: a meta-analysis [corrected] [published erratum appears in ADAPT PHYS ACT Q 1998 Oct; 15(4): 401]. <i>Adapted Physical Activity Quarterly.</i> 1998;15(2):119-40.	Annen populasjon
Chen M-D. Effects of Exercise in Adults with Physical and Cognitive Disabilities - A Meta-Analysis: University of Illinois at Chicago; 2011.	Annen populasjon
Chen M-D. Effects of exercise in adults with physical and cognitive disabilities - a Meta-Analysis. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.</i> 2013;74.	Annen populasjon

Cimo A, Stergiopoulos E, Cheng C, Bonato S, Dewa CS. Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes self-management for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: a systematic review. <i>BMC Psychiatry</i> . 2012;12:24.	Ikke riktige utfall
Coventry PA, Hind D. Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis. <i>J Psychosom Res</i> . 2007;63(5):551-65.	Annen populasjon
Coventry PA, Bower P, Keyworth C, Kenning C, Knopp J, Garrett C, et al. The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. <i>PLoS ONE</i> . 2013;8 (4).	Annen populasjon
Craft LL, Landers DM. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. <i>Journal of Sport & Exercise Psychology</i> . 1998;20(4):339-57.	annet tiltak
Craft LL, VanIterson EH, Helenowski IB, Rademaker AW, Courneya KS. Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. <i>Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention</i> . 2012;21(1):3-19.	Ikke riktig sammenligning
da Silva Lourenço B, de Almeida Peres MA, Porto IS, de Oliveira RMP, Dutra VFD. Physical activity as a therapeutic strategy in mental health: an integrative review with implication for nursing care. <i>Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem</i> . 2017;21(3):1-8.	Annen problemstilling
Daley A. Exercise and depression: a review of reviews. <i>J Clin Psychol Med Settings</i> . 2008;15(2):140-7.	Ikke systematisk oversikt
Danielsson L, Noras AM, Waern M, Carlsson J. Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence. <i>Physiother</i> . 2013;29(8):573-85.	Annet tiltak
Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, et al. Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. <i>J Adolesc Health</i> . 2016;59(4, Suppl):S49-S60.	Annet tiltak
Dauwan M, Begemann MJH, Heringa SM, Sommer IE. Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. <i>Schizophr Bull</i> . 2016;42(3):588-99.	Annet tiltak
De Araujo SRC, De Mello MT, Leite JR. Anxiety disorders and physical exercise. [Portuguese]. <i>Rev Bras Psiquiatr</i> . 2007;29(2):164-71.	Ikke systematisk oversikt
De Moraes HS, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Ribeiro P, Laks J. Physical exercise in the treatment of depression in the elderly: A systematic review. [Portuguese]. <i>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</i> . 2007;29(1):70-9.	Ikke systematisk oversikt
De Rosa C, Sampogna G, Luciano M, Del Vecchio V, Pocai B, Borriello G, et al. Improving physical health of patients with severe mental disorders: a critical review of lifestyle psychosocial interventions. <i>Expert rev</i> . 2017;17(7):667-81.	Lav metodisk kvalitet
de Souza Moura AM, Lamego MK, Paes F, Ferreira Rocha NB, Simoes-Silva V, Rocha SA, et al. Effects of Aerobic Exercise on Anxiety Disorders: A Systematic Review. <i>CNS Neurol Disord Drug Targets</i> . 2015;14(9):1184-93.	Annet tiltak
Den Heijer AE, Groen Y, Tucha L, Fuermaier ABM, Koerts J, Lange KW, et al. Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. <i>J Neural Transm</i> . 2017;124(Supplement 1):3-26.	Annen populasjon
Donaghy ME. Exercise can seriously improve your mental health: Fact of fiction? <i>Advances in Physiotherapy</i> . 2007;9(2):76-88.	Ikke systematisk oversikt
Dong B, He P, Lu Z, Wu T, Liu G, Huang CC. Exercise for older depressed people. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2008;(3).	Tilbaketrukket
Eichner E, Rollins V. Is physical activity an effective treatment for anxiety and depression. <i>Evidence-Based Practice</i> . 2009;12(10):4-.	Ikke systematisk oversikt
Eriksson S, Gard G. Physical exercise and depression. <i>Physical Therapy Reviews</i> . 2011;16(4):261-8.	Annet tiltak
Fabricatore A, Wadden T, Higginbotham A, Faulconbridge L, Nguyen A, Heymsfield S, et al. Intentional weight loss and changes in symptoms of depression: A systematic review and meta-analysis. <i>Int J Obes (Lond)</i> . 2011;35(11):1363-76.	Ikke riktig sammenligning
Farah WH, Alsawas M, Mainou M, Alahdab F, Farah MH, Ahmed AT, et al. Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. <i>Evid Based Med</i> . 2016;21(6):214-21.	Annet tiltak
Faulkner G, Biddle S. Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of the literature. <i>J Ment Health</i> . 1999;8(5):441-57.	Ikke systematisk oversikt
Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2007(1):CD005148.	Ikke riktige utfall

Faulkner G, Soundy A, Lloyd K. Schizophrenia and weight management: A systematic review of interventions to control weight. <i>Acta Psychiatr Scand.</i> 2003;108(5):324-32.	Ikke riktige utfall
Fink A, Cieslak S, Rosenbach F. Non-Pharmacological Interventions for the Prevention of Weight Gain in Schizophrenic Patients Treated with Antipsychotic Medication: Systematic Review and Meta-Analysis. [German]. <i>Psychiatr Prax.</i> 2015;42(7):359-69.	Ikke riktige utfall
Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung A. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. <i>Psychol Med.</i> 2015;45(7):1343-61.	Annet tiltak
Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D, Malchow B, Schuch F, et al. Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Schizophr Bull.</i> 2017;43(3):546-56.	Ikke riktige utfall
Fox B, Hodgkinson B, Parker D. The effects of physical exercise on functional performance, quality of life, cognitive impairment and physical activity levels for older adults aged 65 years and older with a diagnosis of dementia: A systematic review. <i>JBHI Database System Rev Implement Rep.</i> 2014;12(9):158-276.	Annen populasjon
Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. <i>Med J Aust.</i> 2005;182(12):627-32.	Annet tiltak
Frederick JT, Steinman LE, Prohaska T, Satariano WA, Bruce M, Bryant L, et al. Community-Based Treatment of Late Life Depression. An Expert Panel-Informed Literature Review. <i>Am J Prev Med.</i> 2007;33(3):222-49.	Annet tiltak
Gellis ZD, Kang-Yi C. Meta-analysis of the effect of cardiac rehabilitation interventions on depression outcomes in adults 64 years of age and older. <i>American Journal of Cardiology.</i> 2012;110(9):1219-24.	annet tiltak
Gierisch JM, Bastian LA, Calhoun PS, McDuffie JR, Williams JW. Smoking cessation interventions for patients with depression: A systematic review and meta-analysis. <i>J Gen Intern Med.</i> 2012;27(3):351-60.	Ikke riktige utfall
Giesen ES, Deimel H, Bloch W. Clinical exercise interventions in alcohol use disorders: a systematic review. <i>J Subst Abuse Treat.</i> 2015;52:1-9.	Annen populasjon
Gorczyński P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2010(5):CD004412.	Annet tiltak
Graeme T, Andrew VC, Jun X, Margueritte MW. General physical health advice for people with serious mental illness. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014;3(3):CD008567.	Annet tiltak
Gurusamy J, Gandhi S, Damodharan D, Ganesan V, Palaniappan M. Exercise, diet and educational interventions for metabolic syndrome in persons with schizophrenia: A systematic review. <i>Asian J Psychiatr.</i> 2018;36:73-85.	Ikke riktige utfall
Happell B, Davies C, Scott D. Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. <i>Int J Ment Health Nurs.</i> 2012;21(3):236-47.	Ikke riktige utfall
Happell B, Davies C, Scott D. Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: a systematic review. <i>Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).</i> 2013.	Ikke riktige utfall
Happell B, Platania-Phung C, Scott D. A systematic review of nurse physical healthcare for consumers utilizing mental health services. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing.</i> 2014;21(1):11-22.	Annen problemstilling
Harkness E, Macdonald W, Valderas J, Coventry P, Gask L, Bower P. Identifying Psychosocial Interventions That Improve Both Physical and Mental Health in Patients With Diabetes: A systematic review and meta-analysis. <i>Diabetes Care.</i> 2010;33(4):926-30.	Annen populasjon
Heinzel S, Lawrence JB, Kallies G, Rapp MA, Heissel A. Using exercise to fight depression in older adults: A Systematic review and meta-analysis. <i>GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry.</i> 2015;28(4):149-62.	Annet tiltak
Herring MP, Puetz TW, O'Connor PJ, Dishman RK. Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Arch Intern Med.</i> 2012;172(2):101-11.	Annen populasjon
Hoffmann KD. A participatory approach to physical activity among people with severe and persistent mental illness. <i>Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.</i> 2014;75.	Ikke systematisk oversikt
Holley J, Crone D, Tyson P, Lovell G. The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. <i>Br J Clin Psychol.</i> 2011;50(1):84-105.	Annet tiltak
Holt RIG. The prevention of diabetes and cardiovascular disease in people with schizophrenia. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica.</i> 2015.	Ikke systematisk oversikt

Jain S, Boyd C, Fiorentino L, Khorsan R, Crawford C. Are there efficacious treatments for treating the fatigue-sleep disturbance-depression symptom cluster in breast cancer patients? A Rapid Evidence Assessment of the Literature (REAL©). <i>Breast Cancer: Targets and Therapy</i> . 2015;7:267-91.	Annet tiltak
Janzon E, Abidi T, Bahtsevani C. Can physical activity be used as a tool to reduce depression in patients after a cardiac event? What is the evidence? A systematic literature study. <i>Scand J Psychol</i> . 2015;56(2):175-81.	annet tiltak
Jin Young S, Ying-Yu C. Effects of Exercise Interventions on Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults in the United States: A Systematic Review. <i>J Gerontol Nurs</i> . 2018;44(3):31-44.	Annet tiltak
Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. <i>Scand J Med Sci Sports</i> . 2014;24(2):259-72.	Ikke riktig sammenligning
Kaner EFS, Brown N, Jackson K. A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions. <i>Mental Health and Substance Use</i> . 2011;4(1):38-61.	Annet tiltak
Khanna P, Clifton AV, Banks D, Tosh GE. Smoking cessation advice for people with serious mental illness. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2016;2016 (1).	Annet tiltak
Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. <i>Disabil Rehabil</i> . 2015;37(16):1490-5.	Ikke systematisk oversikt
Krogh J, Hjorthoj C, Speyer H, Gluud C, Nordentoft M. Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. <i>BMJ Open</i> . 2017;7(9):e014820.	Annet tiltak
Krogh J, Nordentoft M, Sterne JAC, Lawlor DA. The effect of exercise in clinically depressed adults: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2011;72(4):529-38.	Annet tiltak
Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. <i>J Affect Disord</i> . 2016;202:67-86.	Annet tiltak
Ledochowski L, Stark R, Ruedl G, Kopp M. [Physical activity as therapeutic intervention for depression]. <i>Nervenarzt</i> . 2017;88(7):765-78.	Ikke systematisk oversikt
Lett HS, Davidson J, Blumenthal JA. Nonpharmacologic treatments for depression in patients with coronary heart disease. <i>Psychosom Med</i> . 2005;67(SUPPL. 1):S58-S62.	Ikke systematisk oversikt
Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-Analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. <i>Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Supplement</i> . 2009;35(1):7-18.	Annet tiltak
Martin H, Beard S, Clissold N, Andraos K, Currey L. Combined aerobic and resistance exercise interventions for individuals with schizophrenia: A systematic review. <i>Mental Health and Physical Activity</i> . 2017;12:147-55.	Annet tiltak
Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo MET, Lawlor DA. Exercise for depression. <i>Mental Health and Physical Activity</i> . 2009;2(2):95-6.	Ikke systematisk oversikt
Melo MCA, Daher EDF, Albuquerque SGC, De Bruin VMS. Exercise in bipolar patients: A systematic review. <i>J Affect Disord</i> . 2016;198:32-8.	Ikke systematisk oversikt
Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. <i>Actas Esp Psiquiatr</i> . 2011;39(2):106-14.	Ikke riktige utfall
Mura G, Moro MF, Patten SB, Carta MG. Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: a systematic review. <i>CNS Spectr</i> . 2014;19(6):496-508.	Annet tiltak
Nebiker L, Lichtenstein E, Minghetti A, Zahner L, Gerber M, Faude O, et al. Moderating effects of exercise duration and intensity in neuromuscular vs. Endurance exercise interventions for the treatment of depression: A meta-analytical review. <i>Frontiers in Psychiatry</i> . 2018;9 (JUL).	Annet tiltak
North TC, McCullagh P, Tran ZV. Effect of exercise on depression. <i>Exerc Sport Sci Rev</i> . 1990;18:379-415.	Ikke systematisk oversikt
North TC, McCullagh P, Tran ZV, Lavalley D, Williams JM, Jones MV, et al. Effect of exercise on depression. Maidenhead, BRK, England: Open University Press; England; 2008. p. 258-84.	Ikke systematisk oversikt
Nystrom MB, Neely G, Hassmen P, Carlbring P. Treating Major Depression with Physical Activity: A Systematic Overview with Recommendations. <i>Cognitive Behav Ther</i> . 2015;44(4):341-52.	Annet tiltak
O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B, Taylor CB. Impact of depression treatment on mental and physical health-related quality of life of cardiac patients: a meta-analysis. <i>Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention</i> . 2011;31(3):146-56.	Annet tiltak

Opie RS, O'Neil A, Itsiopoulos C, Jacka FN. The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. <i>Public Health Nutr.</i> 2015;18(11):2074-93.	Ikke riktig sammenligning
Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, Geddes J. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Psychiatry.</i> 2014;14:117.	Annet tiltak
Pearsall R, Thyarappa Praveen K, Pelosi A, Geddes J. Dietary advice for people with schizophrenia. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2016(3).	Ikke riktig sammenligning
Peckham E, Brabyn S, Cook L, Tew G, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis. <i>BMC Psychiatry.</i> 2017;17(1):252.	Ikke riktige utfall
Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Re-dondo I, Martínez-Vizcaino V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Birth: Issues in Perinatal Care.</i> 2017;44(3):200-8.	Annen populasjon
Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The antidepressive effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials. <i>Sports Med.</i> 2009;39(6):491-511.	Ikke systematisk oversikt
Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Piette JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. <i>Psychiatr Serv.</i> 2005;56(3):324-31.	Ikke systematisk oversikt
Riper H, Andersson G, Hunter SB, de Wit J, Berking M, Cuijpers P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. <i>Addiction.</i> 2014;109(3):394-406.	Annet tiltak
Robertson R, Robertson A, Jepson R, Maxwell M. Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. <i>Mental Health and Physical Activity.</i> 2012;5(1):66-75.	Annet tiltak
Rosenbaum S, Lederman O, Stubbs B, Vancampfort D, Stanton R, Ward PB. How can we increase physical activity and exercise among youth experiencing first-episode psychosis? A systematic review of intervention variables. <i>Early Interv Psychiatry.</i> 2016;10(5):435-40.	Ikke systematisk oversikt
Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis (Provisional abstract). <i>Database of Abstracts of Reviews of Effects.</i> 2014.	Sammendrag
Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Science and Medicine in Sport.</i> 2014;18((Rosenbaum S.; Tiedemann A.; Sherrington C.) Musculoskeletal Division, George Institute for Global Health, School of Public Health University of Sydney, Australia):e150.	Sammendrag
Rosenbaum S, Tiedemann A, Stanton R, Parker A, Waterreus A, Curtis J, et al. Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: an Australian perspective. <i>Australas.</i> 2016;24(1):49-54.	Annen problemstilling
Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. <i>Psychiatry Res.</i> 2015;230(2):130-6.	Annet tiltak
Sarris J, Moylan S, Camfield DA, Pase MP, Mischoulon D, Berk M, et al. Complementary medicine, exercise, meditation, diet, and lifestyle modification for anxiety disorders: A review of current evidence. <i>Evidence-based Complementary and Alternative Medicine.</i> 2012;2012.	Ikke systematisk oversikt
Schuch F, Vasconcelos-Moreno M, Fleck M. "The impact of exercise on quality of life within exercise and depression trials: A systematic review": Corrigendum. <i>Mental Health and Physical Activity.</i> 2012;5(1):103.	Ikke systematisk oversikt
Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. <i>J Psychiatr Res.</i> 2016;77:42-51.	Annet tiltak
Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Stubbs B. Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response. <i>Psychiatry Res.</i> 2016;241:47-54.	Annet tiltak
Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Veronese N, et al. Exercise for depression in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. <i>Rev Bras Psiquiatr.</i> 2016;38(3):247-54.	Annet tiltak
Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Fleck MP. The impact of exercise on Quality of Life within exercise and depression trials: A systematic review. <i>Mental Health and Physical Activity.</i> 2011;4(2):43-8.	Annet tiltak

Secades-Villa R, Gonzalez-Roz A, Garcia-Perez A, Becona E. Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2017;12 (12).	Annet tiltak
Silveira H, Moraes H, Oliveira N, Coutinho ESF, Laks J, Deslandes A. Physical exercise and clinically depressed patients: A systematic review and meta-analysis. Neuropsychobiology. 2013;67(2):61-8.	Ikke systematisk oversikt
Sjosten N, Kivela S-L. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: A systematic review. Int J Geriatr Psychiatry. 2006;21(5):410-8.	Annet tiltak
Smith-Turchyn J, Morgan A, Richardson J. The Effectiveness of Group-based Self-management Programmes to Improve Physical and Psychological Outcomes in Patients with Cancer: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2016;28(5):292-305.	Annen populasjon
Soundy A, Muhamed A, Stubbs B, Probst M, Vancampfort D. The benefits of walking for individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. International Journal of Therapy & Rehabilitation. 2014;21(9):410-20.	Annet tiltak
Soundy A, Roskell C, Stubbs B, Probst M, Vancampfort D. Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review. Psychiatr. 2015;27(1):2-13.	Moderat metodisk kvalitet
Stammes R, Spijker J. [Physical training to treat depression]. Tijdschr Psychiatr. 2009;51(11):821-30.	Ikke systematisk oversikt
Stammes R, Spijker J. Physical training to treat depression. [Dutch]. Tijdschr Psychiatr. 2009;51(11):821-30.	Ikke systematisk oversikt
Stanton R, Happell B. Exercise for mental illness: A systematic review of inpatient studies. Int J Ment Health Nurs. 2014;23(3):232-42.	Annet tiltak
Stathopoulou G, Powers MB, Berry AC, Smits JA, Otto MW. Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2006;13(2):179-93.	Ikke systematisk oversikt
Stevinson C. Meta-analysis shows antidepressant effects of exercise. Focus on Alternative & Complementary Therapies. 1999;4(3):139-40.	Ikke systematisk oversikt
Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D, Ward PB, Schuch FB. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with depression: A meta-analysis of randomized control trials. J Affect Disord. 2016;190:249-53.	Ikke riktige utfall
Stubbs B, Rosenbaum S, Ward PB, Barreto Schuch F, Vancampfort D. No evidence of a control group response in exercise randomised controlled trials in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2015;229(3):840-3.	Annen problemstilling
Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). European Psychiatry. 2018.	Annet tiltak
Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Firth J, Cosco T, Veronese N, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. Psychiatry Res. 2017;249:102-8.	Annet tiltak
Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, Ward P, Richards J, Ussher M, et al. Challenges Establishing the Efficacy of Exercise as an Antidepressant Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis of Control Group Responses in Exercise Randomised Controlled Trials. Sports Med. 2016;46(5):699-713.	Annen problemstilling
Stubbs B, Williams J, Shannon J, Gaughran F, Craig T. Peer support interventions seeking to improve physical health and lifestyle behaviours among people with serious mental illness: A systematic review. Int J Ment Health Nurs. 2016;25(6):484-95.	Ikke systematisk oversikt
Takacs J, Stauder A. [The role of regular physical activity in the prevention and intervention of symptoms of anxiety and anxiety disorders]. Psychiatr. 2016;31(4):327-37.	Ikke systematisk oversikt
Tavares BB, Moraes H, Laks J. Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or alzheimer's disease: A systematic review. Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2014;36(3):134-9.	Annet tiltak
Tsoi DT, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(3).	Ikke riktige utfall
Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2012(1).	Annet tiltak

Van Der Heijden MMP, Van Dooren FEP, Pop VJM, Pouwer F. Effects of exercise training on quality of life, symptoms of depression, symptoms of anxiety and emotional well-being in type 2 diabetes mellitus: A systematic review. <i>Diabetologia</i> . 2013;56(6):1210-25.	Annen problemstilling
van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2013(8):CD006102.	Ikke riktige utfall
van Hasselt FM, Krabbe P, van Ittersum DG, Postma MJ, Loonen AJM. Evaluating interventions to improve somatic health in severe mental illness: A systematic review. <i>Acta Psychiatr Scand</i> . 2013;128(4):251-60.	Ikke systematisk oversikt
Vancampfort D, De Hert M, Skjerven LH, Gyllenstein AL, Parker A, Mulders N, et al. International Organization of Physical Therapy in Mental Health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimising cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. <i>Disabil Rehabil</i> . 2012;34(1):1-12.	Ikke systematisk oversikt
Vancampfort D, Rosenbaum S, Probst M, Soundy A, Mitchell A, De Hert M, et al. Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: A clinical overview and meta-analysis. <i>Acta Psychiatr Scand</i> . 2015;132(2):131-43.	Ikke systematisk oversikt
Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch F, Ward PB, Richards J, Mugisha J, et al. Cardiorespiratory Fitness in Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>Sports Med</i> . 2017;47(2):343-52.	Ikke riktige utfall
Vancampfort D, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. <i>Schizophr Res</i> . 2015;169(1-3):453-7.	Ikke riktige utfall
Vancampfort D, Stubbs B, De Hert M, du Plessis C, Gbiri CAO, Kibet J, et al. A systematic review of physical activity policy recommendations and interventions for people with mental health problems in Sub-Saharan African countries. <i>Pan Afr Med J</i> . 2017;26:104.	Ikke systematisk oversikt
Vashistha V, Singh B, Kaur S, Prokop LJ, Kaushik D. The Effects of Exercise on Fatigue, Quality of Life, and Psychological Function for Men with Prostate Cancer: Systematic Review and Meta-analyses. <i>European Urology Focus</i> . 2016;2(3):284-95.	Annen populasjon
Verhaeghe N, De Maeseneer J, Maes L, Van Heeringen C, Annemans L. Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions on physical activity and eating habits in persons with severe mental disorders: a systematic review. <i>Int</i> . 2011;8:28.	Lav metodisk kvalitet
Wang D, Wang Y, Li R, Zhou C. Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. <i>PLoS ONE</i> . 2014;9(10):e110728.	Annen populasjon
Ward MC, White DT, Druss BG. A meta-review of lifestyle interventions for cardiovascular risk factors in the general medical population: lessons for individuals with serious mental illness. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2015;76(4):e477-86.	Annen populasjon
Wegner M, Helmich I, Machado S, Nardi AE, Arias-Carrion O, Budde H. Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta-Analyses and neurobiological mechanisms. <i>CNS and Neurological Disorders - Drug Targets</i> . 2014;13(6):1002-14.	Ikke systematisk oversikt
Wen J. Depression and exercise therapy. [Chinese]. <i>Chinese Journal of Clinical Rehabilitation</i> . 2006;10(46):152-4.	Ikke systematisk oversikt
Wright Kim A, Everson-Hock ES, Taylor AH. The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. <i>Mental Health and Physical Activity</i> . 2009;2(2):86-94.	Ikke systematisk oversikt
Yang Z, Xiong GL. Managing obesity in patients with mental illness: A literature review and implication for clinical practice. <i>Current Psychiatry Reviews</i> . 2015;11(4):290-7.	Ikke systematisk oversikt

Kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene

I tabellen nedenfor viser vi våre vurderinger av kvaliteten på de systematiske oversiktene etter vurdering i fulltekst. Kun oversikter som ble vurdert å ha høy kvalitet ble inkludert i vår oversikt over systematiske oversikter.

Førsteforfatter	Metode for å finne primærstudier	Tilfredsstillende litteratursøk	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	Seleksjonskriterier og vurdering av to personer	Kriterier for vurdering av intern validitet	Relevante kriterier for vurdering av intern validitet	Sammenfatning av resultatene beskrevet	Sammenfatning på forsvarlig måte	Konklusjon støttet av data	Sluttvurdering
Ashdown-Franks 2018	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Moderat
Baxter 2016	Usikkert	Usikkert	Ja	Usikkert	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Moderat
Bradshaw (40)	Ja	Ja	Ja	Usikkert	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Bruins (33)	Ja	Ja	Ja	Usikkert	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Cabassa (32)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Usikkert	Ja	Ja	Ja	Høy
Cezaretto (37)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
DeRosa 2017	Ja	Ja	Ja	Usikkert	Nei	Nei	Usikkert	Ja	Ja	Lav
Fernandez (34)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
McBain (36)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Rosenbaum (35)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Rosenbaum (38)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Soundy 2015	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Usikkert	Ja	Moderat
Verhaege 2011	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Usikkert	Nei	Ja	Lav
Young (39)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy

Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen med GRADE

Tabell A – G viser fullstendig evidensprofil for hver og en av oppsummeringstabellene i resultatdelen (Tabell 2 – 8).

Tabell A. Fullstendig evidensprofil for oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme helse og sunne levevaner basert på likemannsarbeid (Tabell 2).

Forfatter: Cabassa (32)

Spørsmål: Tiltak for helse og levevaner basert på likemannsarbeid hos personer med alvorlig psykisk lidelse

Setting: primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
Ne of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations			
Livskvalitet målt ved: Ikke rapportert)									
6	observational studies	serious ^a	not serious	serious ^d	very serious ^b	none	"Mixed results"	⊕○○○ VERY LOW	CRITICAL
Etterlevelse av medisiner (målt ved: Selvrapporing)									
4	observational studies	not serious	not serious	serious ^d	very serious ^c	none	"Limited results"	⊕○○○ VERY LOW	IM-PORTANT

Explanations

a. 4/6 studies had average score of 7.8/12 on Methodological Quality Rating Scale.

b. 6 studies with 387 participants, quantitative data not reported.

c. 4 studies with 209 participants, quantitative data not reported.

d. Not direct comparison with advice.

Tabell B. Fullstendig evidensprofil for oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold, fysisk aktivitet og vekt (Tabell 3).

Forfatter: Bruins (33)

Spørsmål: Tiltak for å fremme sunne levevaner compared to sammenligning in personer med psykotiske lidelser

Setting: Poliklinikk

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
Ne of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations			
Symptomer på depresjon (assessed with: Ulike spørreskjemaer)									
4	randomised trials	serious ^a	not serious ^b	serious ^c	not serious	none	ES -0.95 (95% CI -1.90 to -0.0)	⊕⊕○○ LOW	IM-PORTANT

Explanations

a. 2/4 studies with unclear/high risk of bias.

b. I-square 93%. The size of the effect is uncertain.

c. Not direct comparison with advice.

Tabell C. Fullstendig evidensprofil for oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme fysisk aktivitet (Tabell 4).

Forfatter: Rosenbaum (35)

Spørsmål: Tiltak for å fremme fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser

Setting: Poliklinikk/primærhelsejenneste/spesialisthelsejenneste

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
Ne of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations			
Symptomer på depresjon (målt ved: Ulike spørreskjemaer)									
20	randomised trials	serious ^a	not serious ^b	serious ^f	not serious	none	SMD 0.84 (95% CI 0.49 to 1.18)	⊕⊕○○ LOW	IM-PORTANT
Symptomer på schizofreni (målt ved: Ulike spørreskjemaer)									
8	randomised trials	serious ^c	not serious ^d	serious ^f	not serious	none	SMD 1.0 (95% CI 0.37 to 1.64)	⊕⊕○○ LOW	IM-PORTANT
Livskvalitet målt ved: Ulike spørreskjemaer)									
6	randomised trials	serious ^e	not serious	serious ^f	not serious	none	SMD 0.64 (95% CI 0.35 to 0.92)	⊕⊕○○ LOW	CRITICAL

Explanations

a. 10/20 studies 5 or less/10 points on PEDro scale, especially no allocation concealment and no ITT.

b. I-square 86%. The size of the effect is uncertain.

c. 7/8 studies of low quality.

d. I-square 88%. The size of the effect is uncertain.

e. 5/6 studies of low quality.

f. Not direct comparison with advice.

Tabell D. Fullstendig evidensprofil for oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme sunne levevaner mht. kosthold og/eller fysisk aktivitet (Tabell 5).

Forfatter: Cezaretto (37)

Spørsmål: Tiltak for å fremme sunne levevaner hos personer med depresjon og risiko for/type 2 diabetes

Setting: Ikke rapportert

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
Ne of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations			
Symptomer på depresjon (målt ved: Ulike spørreskjemaer)									
19	randomised trials	serious ^a	Not serious ^b	serious ^c	not serious	none	SMD -0.16 (95% CI -0.27 to -0.06)	⊕⊕○○ LOW	IM-PORTANT

Explanations

a. 10/19 studies unclear/high risk of bias in sequence generation and allocation concealment.

b. I-square 68%. The size of the effect is uncertain.

c. Not direct comparison with advice.

Tabell E. Fullstendig evidensprofil for oppsummering av resultatene om internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser (Tabell 6).

Forfatter: Rosenbaum (38)

Spørsmål: Internettbaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser

Setting: Primærhelsetjeneste

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations			
Symptomer på depresjon (målt ved: Ulike spørreskjemaer)									
2	randomised trials	serious ^a	not serious ^b	Serious ^d	serious ^c	none	Cohen's d 0.07 in one study and 0.67 in one study.	⊕⊕○○ LOW	IM-PORTANT

Explanations

- a. PEDro scores 5 and 6, not allocation concealment or blinded outcome assessment.
- b. Cohen's d 0.07 in one study and 0.67 in one study. The size of the effect is uncertain.
- c. 2 studies with 47 and 48 participants.
- d. Not direct comparison with advice.

Tabell F. Fullstendig evidensprofil for oppsummering av resultatene om Internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner (Tabell 7).

Forfatter: Young (39)

Spørsmål: internettbaserte tiltak for å støtte endring av levevaner hos personer med depresjon

Setting: ikke rapportert

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	In-directness	Imprecision	Other considerations			
Symptomer på depresjon (assessed with: Ulike spørreskjemaer)									
7	randomised trials	serious ^a	serious ^b	serious ^d	serious ^c	none	4 studies = not significant. One study between-groups Cohen's d = 0.71 and one = 0.69. One study within-group Cohen's d intervention = 0.74 and control = 0.66.	⊕○○○ VERY LOW	IM-PORTANT

Explanations

- a. 4/7 studies have quality scores below 36/44. Insufficient information to judge important aspects of bias.
- b. 4/7 studies not significant; 2 studies have Cohen's d 0.71 and d=0.69 between groups; 1 study reports within-group Cohen's d: intervention 0.74, control 0.66.
- c. Quantitative data not reported for 4/7 studies.
- d. Not direct comparison with advice.

Tabell G. Fullstendig evidensprofil for oppsummering av resultatene om tiltak for å fremme sunne levevaner mht. røyking, fysisk aktivitet, kosthold og vekt (Tabell 8).

Forfatter: Bradshaw (40)

Spørsmål: Tiltak for å fremme sunne levevaner hos personer med schizofreni

Setting: Poliklinikk/prinærhelsetjeneste

Certainty assessment							Impact	Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations			

Psykotiske symptomer etter tiltak for røykeslutt (målt med: Ikke rapportert)

1	randomised trials	serious ^a	not serious	serious ^e	very serious ^b	none	"None of the studies showed a detrimental effect on positive psychotic symptoms"	⊕○○○ VERY LOW	IM-PORTANT
---	-------------------	----------------------	-------------	----------------------	---------------------------	------	--	------------------	------------

Psykotiske symptomer etter tiltak for vektreduksjon (assessed with: Ulike spørreskjemaer)

1	observational studies	serious ^c	not serious	serious ^e	very serious ^d	none	"No significant changes in psychiatric symptoms"	⊕○○○ VERY LOW	IM-PORTANT
---	-----------------------	----------------------	-------------	----------------------	---------------------------	------	--	------------------	------------

Explanations

a. Quality score 48/100

b. One study, 32 participants completed study, no quantitative data reported.

c. Quality score 60/100

d. One study, 11/21 completed study, no quantitative data reported.

e. Ikke direkte sammenligning med forebyggende råd om levevaner.

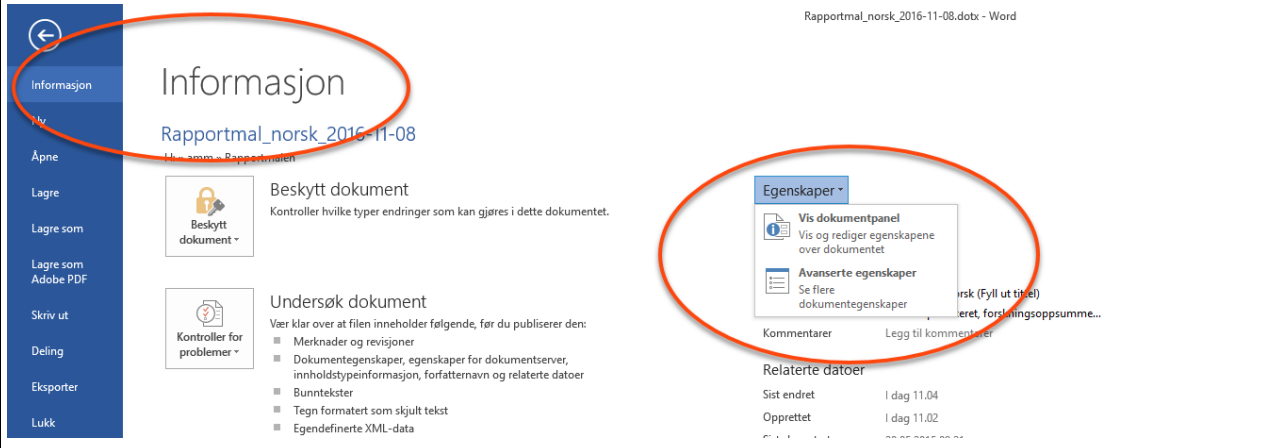
Prosjektplan

<https://www.fhi.no/prosjekter/forebyggende-tiltak-for-personer-med-psykiske-lidelser-prosjektbeskrivelse/>

Sjekklisten

(Skriv den ut og gjennomgå nøye før du sender godkjent manus til infoteamet.)

Sjekkliste		Status
Merk riktig rapporttype med <u>understreking</u>: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Systematisk oversikt</u> • Metodevurdering • Helseøkonomisk oversikt • Helseøkonomisk evaluering • Hurtigoversikt (notat) • Kvalitetsmåling (notat/rapport) • Annet: _____ (hva) 		
Valgte du den nyeste malen fra Kilden da du begynte å skrive på rapporten?		Ja
Har du med alle følgende elementer i kolofonen (side 1):		
<i>Tittel</i>	Har du skrevet både norsk og engelsk?	Ja
<i>Forfatter</i>	Har du sjekket stavemåte for alle? Har du fylt inn arbeidsstedet for de eksterne og sjekket stavemåten? Her kan du sjekke mot institusjonsnavneliste fra Språkrådet.	Ja
<i>ISBN</i>	Dette får du fra arkivet	Ja
<i>ISSN</i>	Brukes bare ved rapporter, ikke ved notater. Rapport fra Folkehelseinstituttet: spør kommunikasjonsrådgiveren ; PasOpp-rapport: ISSN 1890-1565.	
<i>Rapportnummer</i>	Legges inn av kommunikasjonsrådgiveren	
<i>Prosjektnummer</i>		
<i>Rapporttype</i>	Avklar med seksjonsleder	Ja
<i>Sidetall</i>		43 (61)
<i>Oppdragsgiver</i>		Kreftforeningen
<i>Siteringsteksten</i>	Husk oversettelse av norsk tittel til engelsk i klammeparantes.	Ja
Takketeksten i forordet fyll inn alle som har bidratt. Har du sjekket at de synes det er OK?		
Måned/år for avsluttet søk: Legges inn nederst i høyrespalte Hovedbudskap/Key messages-sidene		Ja
Har du kjørt stavekontroll på teksten din? 1. Merk hele teksten (Ctrl + A) 2. Klikk Se gjennom.		Ja

3. Klikk Språk > Angi språk > Norsk (bokmål) > Klikk OK	
Har du språkvasket hoveddelen av rapporten? (Kommunikasjonsrådgiveren leser normalt bare gjennom hovedbudskap, sammendrag og overskrifter.)	Ja
Har du skrevet "Hovedbudskap" og "Sammendrag"?	Ja
Har du oversatt begge til engelsk?	Ja
Har du oppdatert innholdsfortegnelsen?	Ja
Har du oppdatert og kvalitetssjekket referanselisten? (Kontakt bibliotekar Ingvild Kirkehei hvis du trenger hjelp til dette.)	Ja
Er prosjektplanen lagt inn som vedlegg til rapporten?	Lenke
Har du fylt ut engelske emneord (MeSH)? MeSH står for Medical Subject Headings, et standardisert emneordsystem som brukes i blant annet Medline/PubMed og Cochrane Library. Du finner dem blant søkeordene brukt i søkestrategien. MeSH brukes til indeksering av medisinsk litteratur ved universitets- og sykehusbibliotek, og vi bidrar til korrekt indeksering av våre publikasjoner ved å bruke MeSH. MeSH har også emneord for publikasjonstyper. Mer informasjon om MeSH: http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html	Ja
Har du tagget dokumentet for gjenfinning i søkemotorer? Ja Klikk FIL/FILE oppe i venstre hjørne i word-dokumentet. Du kommer til Informasjon (jif skjermdump under). I høyre kolonne finner du Egenskaper/Properties. Trykk på trekanten og velg Avanserte egenskaper. Åpne fanen Sammendrag og fyll ut feltene <i>Tittel, Emne, Forfatter, Nøkkelord</i> . Nøkkelord/Keywords hjelper folk til å finne publikasjonen når de søker i Google eller andre søkemotorer. Eksempel på nøkkelord: forskningsoppsummering, forskningsoversikt, systematisk oversikt, metodevurdering. I tillegg til slike generelle nøkkelord bør du legge til temarelaterte nøkkelord. Disse ordene hjelper folk til å finne rapporten når de søker på nettet. Stadig flere kommer til våre publikasjoner fra en søkemotor. Nøkkelordene er med å sikre at de som trenger publikasjonen, men ikke husker tittel eller ikke vet om publikasjonen, likevel kan finne den!	
	

Endringslogg

Ikke fjern denne kommentarboksen før rapporten er helt ferdig. Man trenger nemlig minst 1 kommentarfelt her på høyre margen for å kunne se alle instruksjonsbokser i spor- endring visningsmodus "enkel markering".

Dato	Side#	Endring	Produ- sent
21. 9.. 2015	1-49	Ny mal	AMM
2. 10. 2015	37	«Behov for videre forskning» endret til «Kunnskaps- hull»	AMM
12.1.2016	1-49	Tilpasninger til Folkehelseinstituttets rapportmaler	AMM
3.3.2016	3, 10	Kolofonen (antall vedlagte institusjonsrapporter for PasOpp), signering av forordet	AMM
8.3.2016	25	«Kvalitativ oppsummering» endret til «Narrativ opp- summering».	AMM
10.3.2016		Sidenummerering fra kolofon satt til 2.	AMM
9.10.2017	42	Lagt inn i sjekklista om prosjektplanen er med i ved- legg.	AMM
8.11.2017	43	Revidert oppskriften for tagging for gjenfinning i søkemotorer	AMM

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Februar 2020

Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no