

# WHO-5 som et simpelt instrument til måling af livskvalitet i den daglige klinik

Overlæge Henrik Folker & cand.mag. Anna Paldam Folker

Psykiatrien Roskilde, Distrikt Nord, Region Sjælland

## Resume

**Introduktion:** WHO-5 er et spørgeskema til selvadministration udviklet til vurdering af trivsel og livskvalitet. Det er dokumenteret, at der ved reduktion af scoring på < 50 er en høj hyppighed af depression. I denne undersøgelse forsøges det anvendt bredt til at vurdere livskvalitet og ændringer heri under behandling i alle diagnosegrupper i psykiatrien.

**Materiale og metoder:** Ved undersøgelse af 377 patienter på en psykiatrisk afdeling blev metoden anvendt ved indlæggelse og udskrivelse. Ud over WHO-5 blev der anvendt *major depression inventory*.

**Resultater:** Ved anvendelse af WHO-5-spørgeskemaet blev der i psykosegruppen opnået en fremgang i livskvalitet fra 32 til 58 points, og i den affektive gruppe var fremgangen fra 20 til 52 points. Metoden havde høj sensitivitet med hensyn til at omfatte de patienter, der fik en depressionsdiagnose ved udskrivelsen. Specificiteten var lavere. WHO-5 kunne anvendes til at kvantificere effekt af behandling med forskellige psykofarmaka.

**Konklusion:** WHO-5 kan anvendes som generelt mål for trivsel og livskvalitet i forbindelse med behandling i alle diagnostiske grupper i psykiatrien. Med anvendelse af WHO-5 kan man evaluere behandlingskvaliteten over en årrække i forskellige diagnosegrupper, og der kan evalueres på forskellige behandlingsformer. WHO-5 synes i forhold til en filosofisk analyse af begrebet livskvalitet især at omfatte de hedonistiske aspekter heraf. WHO-5-metoden er ganske enkel, og de fleste patienter forstår ideen med det samme. Tidsforbruget til besvarelse er få minutter.

Ideen om at forsøge at måle livskvalitet udspringer af WHO's helbredsdefinition i programmet Sundhed for alle år 2000: »Health means more than freedom from disease, freedom from pain, freedom from untimely death. It means optimum physical, mental and social efficiency and wellbeing«.

Har det en væsentlig betydning i psykiatrien at kunne dokumentere effekt af en behandling? Det vil de fleste mene, på samme måde som det er vigtigt inden for de øvrige lægelege specialer at vise, hvilke resultater der opnås med forskellige behandlingsformer. Der findes allerede et væld af forskellige metoder til dokumentering af specifik sygdomsrelateret ændring i symptomer i de forskellige psykiatriske sygdomsgrupper. De belyser imidlertid ikke et fælles overordnet spørgsmål om bedring af helbred. Spørgsmålet er, om der kan etableres metoder, hvormed man på tværs af sygdomsgrupper kan påvise generelle ændringer i helbreds niveau herunder det

aktuelt undersøgte område om *wellbeing*/trivsel/livskvalitet? I årene efter lanceringen af WHO-programmet blev der skabt en lang række instrumenter med henblik på at måle disse forhold. En del metoder fokuserede på helbredsrelateret livskvalitet med inddragelse af fysisk, psykisk og social funktion. Herunder *Sickness Impact Profile* fra 1976 [1] og *Short-Form-36 (SF-36)*-spørgsmål [2]. Det ultimative spørgsmål om *optimum wellbeing* forholdt forskerne sig noget forsigtigt til i respekt for de eksistentielle og filosofiske aspekter heraf.

I tidligere undersøgelser er det fundet, at WHO-5 <50 indicerer mulig depressionstilstand. *Major depression inventory (MDI)* >25 (ved scoring 0-50) er prædiktivt for depressionstilstand. WHO-5 har været anvendt som instrument til screening af patienter ved mistanke om depression. Ved positiv test (scoring <50) er patienten efterfølgende undersøgt med MDI.

Denne undersøgelse vedrører anvendelse af WHO-5 som mål for livskvalitet, sideløbende med mål for grad af subjektive depressionssymptomer, MDI, til patienterne i en gruppe psykiatriske afsnit i distrikt Nord, Roskilde Amtssygehus Fjorden, i perioden 2002-2007. Der undersøges herunder prædiktiv værdi af WHO-5 i forhold til symptomer på depression, og skalaen anvendes til måling af effekt af psykiatrisk behandling. I samarbejde med filosofisk ekspertise diskuteres også den indre struktur af livskvalitetsbegrebet i skalaen.

## Materiale og metoder

Materialet omfattede 226 kvinder og 151 mænd, der var indlagt i løbet af perioden 2002-2007 på fire sengeafsnit i distrikt Nord, Roskilde Amtssygehus Fjorden – nuværende Psykiatrien Roskilde, Region Sjælland. Målet var at opnå deltagelse fra alle patienter, men i en del tilfælde var det ikke muligt, fordi patienterne ikke var i stand til eller ikke ønskede at svare på spørgsmålene om livskvalitet. Det skønnede totale antal indlagte personer i perioden var 1.000. Kun resultater fra første indlæggelse i perioden er medtaget. Fordeling på diagnostiske grupper, køn og medianalder samt resultatet af svarene på spørgsmålene om livskvalitet fremgår af **Tabel 1**.

Hovedvægten i materialet ligger på diagnosegrupperne 2 og 3 med hhv. 102 og 161 patienter.

Patienterne svarede ved selvurdering på et spørgeskema om livskvalitet (WHO-5) ved indlæggelsen og ved udskrivelsen. Samtidig svarede de ved selvurdering på spørgsmål om depressionssymptomer (MDI).

WHO-5-skalaen, som var baseret på en større skala til vurdering af behandlingskvalitet hos patienter med diabetes mellitus [3], er en enkel og intuitivt god tilnærmelse til dette spørgsmål. Skalaen består af fem udsagn som ved personens

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

svar på spørgeskemaet gradueres i seks klasser. Den pågældende person svarer selv på spørgsmålene om, hvordan situationen har været i de forudgående 14 dage. Der kan skaleres i procent eller i scoring fra 25 til 0. Da de fleste livskvalitetsskalaer refererer til et målesystem, hvor 100 svarer til den bedst tænkelige livskvalitet og 0 til den værst tænkelige livskvalitet, bliver råscoring på WHO-5 i denne undersøgelse multipliceret med 4, dvs. fra 0-25 til 0-100. Skalaen vises i **Figur 1**.

Skalaen er oversat til adskillige sprog, herunder også grønlandsk, og den har været anvendt på adskillige områder. Psykometriske aspekter er undersøgt i en række arbejder [4]. Sideløbende er der til selvvurdering af depressionssymptomer udviklet et spørgeskema (MDI), som kan anvendes til screening for depressionsgrad på grundlag af de diagnostiske kriterier for depression i International Classification of Diseases (ICD)-10. Der er nærmere redegjort for denne skalas psykometriske kvalitet [5] i efterfølgende undersøgelser. MDI opgøres som råscoring fra 0 til 50 point. Spørgeskemaet ses i **Figur 2**.

Det faldt for det meste ikke vanskeligt for patienterne at svare, og tidsforbruget til svar på begge skemaer var 10-15 minutter. Demografiske variable og kort karakteristik af eventuel psykofarmakologisk behandling samt indlæggelsernes varighed blev løbende inddateret i et statistisk program – SPSS, som også blev anvendt til databearbejdning. Der blev her anvendt



FOTO: HANS JAKOB FOLKER

metoder til bearbejdning af nonparametriske data. Metoden *receiver operating curve* (ROC) indgår i standardpakken, og den giver mulighed for at beregne sensitivitet og specificitet af særlige undersøgelser i forhold til et givet kriterium.

**Etik**

Patienterne blev informeret mundtligt om formålet med at indhente disse oplysninger og om, at det var frivilligt at deltage i undersøgelsen.

**Tabel 1.** Oversigt over undersøgelsens resultater relateret til de diagnostiske grupper og køn. DF-gruppe (diagnostisk gruppe), WHO5ind (WHO-5 ved indlæggelse), WHO5ud (WHO-5 ved udskrivelse) *major depression inventory* (MDI)ind (MDI ved indlæggelse), MDIud (MDI ved udskrivning), sengedage (antal indlæggelsesdage).

DF-gruppe	Køn	Antal personer: median					
		WHO5ind	WHO5ud	MDIind	MDIud	sengedage	alder, år
0: organiske tilstande herunder demenstilstande	K	6: 32,00	7: 44,00	6: 34,50	7: 25,00	10: 29,50	10: 47,00
	M	3: 22,00	6: 62,00	3: 14,00	6: 14,00	6: 17,00	6: 47,50
	Total	9: 32,00	13: 60,00	9: 32,00	13: 16,00	16: 17,00	16: 47,50
1: tilstande med misbrug	K	7: 8,00	7: 48,00	7: 36,00	7: 25,00	7: 30,00	7: 54,00
	M	13: 28,00	12: 64,00	13: 29,00	12: 15,50	16: 16,00	16: 43,00
	Total	20: 16,00	19: 60,00	20: 33,50	19: 17,00	23: 17,00	23: 45,00
2: psykotiske tilstande inklusive skizofreni	K	36: 32,00	43: 52,00	37: 27,00	43: 19,00	52: 16,00	52: 44,50
	M	43: 32,00	42: 58,00	42: 29,00	42: 18,00	50: 18,50	50: 39,00
	Total	79: 32,00	85: 56,00	79: 28,00	85: 19,00	102: 16,00	102: 42,00
3: affektive tilstande	K	97: 12,00	93: 48,00	97: 37,00	92: 17,00	106: 21,00	106: 51,50
	M	53: 20,00	48: 52,00	52: 34,50	47: 18,00	55: 21,00	55: 51,00
	Total	150: 12,00	141: 52,00	149: 36,00	139: 17,00	161: 21,00	161: 51,00
4: nervøse og stressrelaterede tilstande	K	17: 20,00	16: 44,00	16: 31,50	16: 19,00	21: 13,00	22: 48,00
	M	12: 18,00	11: 40,00	12: 29,00	11: 17,00	13: 15,00	13: 38,00
	Total	29: 20,00	27: 40,00	28: 29,50	27: 19,00	34: 13,50	35: 43,00
5: spiseforstyrrelser og belastningsreaktioner	K	1: 12,00	1: 32,00	1: 41,00	1: 36,00	1: 106,00	1: 31,00
	Total	1: 12,00	1: 32,00	1: 41,00	1: 36,00	1: 106,00	1: 31,00
6: personlighedsforstyrrelserne	K	20: 8,00	21: 52,00	20: 40,00	22: 20,50	24: 17,00	24: 40,00
	M	9: 20,00	7: 52,00	9: 34,00	7: 14,00	11: 16,00	11: 36,00
	Total	29: 8,00	28: 52,00	29: 39,00	29: 19,00	35: 16,00	35: 37,00
7: mental retardering	K	1: 24,00	1: 76,00	1: 39,00	1: 6,00	1: 31,00	1: 41,00
	Total	1: 24,00	1: 76,00	1: 39,00	1: 6,00	1: 31,00	1: 41,00
Total	K	185: 16,00	189: 48,00	185: 35,00	189: 19,00	222: 18,00	223: 47,00
	M	133: 24,00	126: 56,00	131: 32,00	125: 17,00	151: 18,00	151: 43,00
	Total	318: 20,00	315: 52,00	316: 34,00	314: 18,00	373: 18,00	374: 45,00

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

**Figur 1.** WHO-5 Livskvalitet og trivsel. Disse fem udsagn handler om, hvordan du har haft det gennem de seneste 14 dage. Sæt venligst kryds i den kasse, der passer bedst.

	Hvor stor en del af tiden passer udsagnet?					
	hele tiden	det meste af tiden	lidt over 50% af tiden	lidt under 50% af tiden	lidt af tiden	på intet tidspunkt
Jeg er humørmæssigt vel til mode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig energisk og aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min hverdag er udfyldt med ting, som interesserer mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Når jeg vågner op, føler jeg mig frisk og udhvilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler mig rolig og afslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoring	n×20 <input type="checkbox"/> +	n×16 <input type="checkbox"/> +	n×12 <input type="checkbox"/> +	n×8 <input type="checkbox"/> +	n×4 <input type="checkbox"/> +	n×0 <input type="checkbox"/>
I alt						<input type="checkbox"/>
Ved scoring <50 undersøges nærmere for symptomer på depression Normal værdi for scoring ≥ 70						

	Hvor stor en del af tiden passer udsagnet?					
	hele tiden	det meste af tiden	lidt over 50% af tiden	lidt under 50% af tiden	lidt af tiden	på intet tidspunkt
1. Har du følt dig tritst til mode, ked af det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du følt, at du manglede energi og kræfter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du haft mindre selvtillid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du følt, at livet ikke var værd at leve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a. Har du følt dig rastløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Har du følt dig mere stille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a. Har du haft nedsat appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b. Har du haft øget appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoring (ved a/b vælges den højeste værdi af de 2 svar)	n×5 <input type="checkbox"/> +	n×4 <input type="checkbox"/> +	n×3 <input type="checkbox"/> +	n×2 <input type="checkbox"/> +	n×1 <input type="checkbox"/> +	n×0 <input type="checkbox"/>
I alt						<input type="checkbox"/>

**Figur 2.** Major depression inventory. Disse udsagn handler om, hvordan du har haft det gennem de seneste 14 dage. Sæt venligst kryds i den kasse, der passer bedst.

## Resultater

I Tabel 1 ses en oversigt over undersøgelsens resultater. Primært opdeles der efter diagnostisk gruppe og køn. Medianalderen i de to store grupper DF2 og DF3 var hhv. 39 år og 51 år.

I diagnosegruppe DF2 blev der opnået en fremgang fra 32 til 58, i diagnosegruppe DF3 var fremgangen fra 20 til 52 målt med WHO-5.

I diagnosegruppe DF2 reduceredes depressionsgraden fra 29 til 18 og i gruppe DF3 fra 34,5 til 18 målt med MDI (maksimal scoring 50). Den mediane indlæggelsestid i DF2-gruppen var 18,5 dage, og i DF3-gruppen var den 21 dage.

De to metoders sensitivitet og specificitet mht. at finde indlagte patienter med en diagnostisk affektivt depressiv problematik (udskrivningsdiagnose inden for diagnosegruppe DF32,0-DF34,9) kan måles med ROC-metodik.

»WHO5ind« med afskæringspunkt på 30 gav en sensitivitet på 85% og en specificitet på 53%. Dette kan alternativt formuleres således, at patienter med scoring på 30 eller derunder med WHO-5 omfattede 85% af den affektivt depressive

gruppe, mens 47% af patienterne hørte til den ikkeeffektivt depressive gruppe.

»MDIind« med afskæringspunkt på 25 gav en sensitivitet på 90% og en specificitet på 40%. Dette kan alternativt formuleres således, at patienter med scoring på 25 eller derunder med »MDIind« omfattede 90% af den affektivt depressive gruppe, mens 60% af patienterne hørte til den ikkeeffektivt depressive gruppe.

Metodernes diagnostiske specificitet er imidlertid ikke den afgørende kvalitet her. Det er til gengæld muligheden for at opnå et generelt mål for livskvalitet på tværs af diagnostiske grupper. Der findes en entydig sammenhæng mellem ændringer i livskvalitet og depressionsgrad. Statistisk kan det betegnes som en høj negativ korrelation. Korrelationskoefficienten kunne opgøres til -0,676. Herved er signifikansniveauet på 0,01 (Spearman's rho). Opgjort over en årrække giver WHO-5 en overskuelig form for overblik over den samlede behandlingsmæssige kvalitet. Der kan også dokumenteres effekt for udvalgte behandlingselementer. Dette vises i **Tabel 2**.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Målet for psykiatrisk behandling er, at patienterne opnår en lige så høj livskvalitet som befolkningsgrupper uden psykisk sygdom. Værdien af WHO-5 ligger hos disse grupper omkring 70. Det ses, at dette mål ikke er opnået under forholdsvis kortvarig indlæggelse. Patienterne følges ambulant, og det er vores rutine at forespørge om status for livskvalitet to måneder og seks måneder efter udskrivelsen.

### Diskussion

Er det hermed sandsynliggjort, at WHO-5 er en metode, som kan anvendes til at vise ændringer i livskvalitet under psykiatrisk behandling med?

Først vil det være på sin plads at overveje selve begrebet *wellbeing*/trivsel/livskvalitet noget nærmere.

I forhold til filosofiske teorier om livskvalitet kan WHO-5 opfattes som en operationalisering af livskvalitetsbegrebet med særligt fokus på hedonistiske aspekter. Det vil sige aspekter, der bestemmer livskvalitet i forhold til bestemte psykologiske tilstande. Livskvalitet er at have det godt og at have gode oplevelser (opleve at man er glad, energisk etc.). Den filosofiske tradition rummer imidlertid også en anden opfattelse af livskvalitet, *eudaimonia*, med rødder til *Aristoteles* [6]. Her er fokus ikke på subjektive oplevelser, men på den objektive karakter af personers liv. Ifølge denne tankegang er livskvalitet et spørgsmål om at realisere en række menneskelige potentialer, at bruge fornuften i teoretisk og praktisk forstand, at etablere dybe venskaber samt at erfare æstetik og skønhed uafhængigt af, om dette leder til gode eller behagelige oplevelser. Denne tankegang kan forekomme noget fjern og elitær i dag, men den rummer ikke desto mindre en vis plausibilitet. Personer kan f.eks. foretrække at tilsidesætte umiddelbart behagelige psykologiske tilstande til fordel for tilstande, der er karakteriseret ved bestemte kognitive eller meningsfyldte kvaliteter. Efter sigende nægtede Freud således at indtage stærkere medicin end aspirin med følgende begrundelse: »I prefer to think in torment than not to be able to think clearly« [7]. Tilsvarende kan det at have en bestemt mening eller et formål med tilværelsen fungere som et højere ordensaspekt af livskvalitet, der kan »trumfe« mere basale hedonistiske aspekter som godt humør eller at være udhvilet og rolig. Forældre angiver f.eks. almindeligvis, at samvær med deres børn hører til blandt de største glæder i deres liv. Denne kilde til livskvalitet kan dog være vanskelig at indfange på en hedonistisk skala. Ifølge *Loewenstein & Ubel* [8] har man således i studier påvist, at forældre vurderer den tid, de reelt bruger sammen med deres børn, forholdsvist lavt på skalaer, hvor man måler umiddelbare, hedonistiske aspekter af livskvalitet, og at mange forældre angiver højere livskvalitet ved gøremål som indkøb og madlavning end ved det daglige samvær med børnene. Udsagn nr. 3 i WHO-5: »Min hverdag er udfyldt med ting som interesserer mig« kan dog i et vist omfang indfange disse elementer, da »interesse« kan fortolkes i et bredere (og evt. mere langsigtet) perspektiv end umiddelbart

velbehag. Ikke desto mindre er der formentlig eudaimonistiske aspekter af livskvalitet, der ikke bliver indfanget ved WHO-5-metoden. Spørgsmålet er imidlertid, om dette er relevant i forhold til målsætningen om at have et simpelt, sammenligneligt mål for generelle ændringer i livskvalitet på tværs af patientgrupper med henblik på at kunne dokumentere effekten af en behandling? Her forekommer det rimeligt først og fremmest at fokusere på de mere basale, hedonistiske aspekter, da man med disse efter alt at dømme indfanger de elementer af livskvalitetsbegrebet, som finder størst udbredelse, og som ved at være målelige gør det muligt at sammenligne med værdier fra befolkningsundersøgelser. Det kan dog samtidig være værd at overveje, i hvilket omfang det er muligt

**Tabel 2.** Patienterne beskrevet med scoring for livskvalitet ved indlæggelse (WHO5ind) og udskrivelse (WHO5ud). Indlæggelsestid anføres (sengedage). Patienterne opdeles efter psykofarmakologisk behandling og diagnostisk gruppe (DF-gruppe) (se Tabel 1).

Psyko-farmakologisk behandling	DF-gruppe	Antal personer: median		
		WHO5ind	WHO5ud	sengedage
Ingen behandling	0	4: 48,00	5: 76,00	7: 46,00
	1	8: 12,00	7: 52,00	9: 17,00
	2	4: 8,00	5: 68,00	5: 43,00
	3	24: 26,00	24: 64,00	29: 16,00
	4	7: 16,00	7: 44,00	9: 13,00
	6	8: 28,00	5: 56,00	8: 19,50
	Total	55: 20,00	53: 56,00	67: 17,00
Neuroleptika	2		1: 80,00	2: 56,50
	Total		1: 80,00	2: 56,50
Tricykliske antidepressiva	2	2: 12,00	2: 36,00	2: 17,00
	3	11: 12,00	11: 40,00	11: 28,00
	4	1: 8,00	2: 34,00	2: 158,50
	5	1: 12,00	1: 32,00	1: 106,00
	Total	15: 12,00	16: 38,00	16: 27,50
Serotonin-genoptagelses-hæmmere	0	2: 23,00	2: 43,00	2: 11,50
	1	6: 28,00	6: 62,00	6: 9,00
	2	7: 20,00	7: 64,00	7: 10,00
	3	99: 10,00	89: 48,00	100: 21,00
	4	13: 16,00	11: 40,00	13: 15,00
	6	11: 8,00	11: 12,00	12: 16,00
Total	138: 12,00	126: 46,00	140: 20,00	
Neuroleptika	0		1: 24,00	1: 6,00
	2	14: 50,00	13: 68,00	18: 14,50
	6	2: 20,00	3: 28,00	3: 13,00
	Total	16: 44,00	17: 48,00	22: 13,50
Atypiske neuroleptika	0	3: 32,00	5: 60,00	6: 38,00
	1	6: 16,00	6: 56,00	8: 24,00
	2	52: 32,00	57: 56,00	68: 17,50
	3	16: 40,00	17: 60,00	21: 24,00
	4	8: 34,00	7: 44,00	10: 11,00
	6	8: 6,50	9: 68,00	12: 16,00
	7	1: 24,00	1: 76,00	1: 31,00
	Total	94: 32,00	102: 60,00	126: 18,00
Total	0	9: 32,00	13: 60,00	16: 17,00
	1	20: 16,00	19: 60,00	23: 17,00
	2	79: 32,00	85: 56,00	102: 16,00
	3	150: 12,00	141: 52,00	161: 21,00
	4	29: 20,00	27: 40,00	34: 13,50
	5	1: 12,00	1: 32,00	1: 106,00
	6	29: 8,00	28: 52,00	35: 16,00
	7	1: 24,00	1: 76,00	1: 31,00
Total	318: 20,00	315: 52,00	373: 18,00	

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

og ønskværdigt i højere grad at inddrage eudaimonistiske elementer i måling af livskvalitet.

Faktisk findes der en gennemarbejdet mulighed herfor med en procedure for individuel bestemmelse af livskvalitet, hvor den enkelte person udvælger seks områder, som findes mest afgørende for personlig livskvalitet, giver dem en vægtning og tager stilling til graden af opfyldelse heraf på det pågældende tidspunkt [9]. Der kan tænkes situationer, hvor den subjektive hedonistiske livskvalitet er væsentlig forringet, men den eudaimonistiske livskvalitet i høj grad er bevaret.

Både WHO-5 og MDI havde en høj grad af sensitivitet med hensyn til at identificere de patienter, som ved udskrivelsen fik en depressionsdiagnose i gruppen DF32,0-DF34,9.

Ved anvendelse af WHO-5 som screeningsinstrument med værdi <30% blev 85% af de patienter, som fik en udskrivningsdiagnose inden for diagnosegruppe DF32,0-34,9, identificeret. Når de herefter svarede på MDI, fik patienter, som lå på >25 i 90%, en udskrivningsdiagnose i det samme område. Dette forekommer at være et godt udgangspunkt på et område, hvor der har været væsentlig tendens til underdiagnosticering.

Specificiteten blev mindre, idet en gruppe patienter fra de omliggende diagnosegrupper sandsynligvis havde komorbiditet med hensyn til depressiv fænomenologi.

Generelt blev der, som det ses i Tabel 1, opnået en bedring i livskvalitet under indlæggelsen på 32 point og en reduktion i depressionsscore på 16 point. Disse parametre kan anvendes til bedømmelse af samlet behandlingskvalitet og udvikling heri, f.eks. i forbindelse med specialisering af behandlingstilbuddet i psykiatrien.

Det hierarkiske princip i ICD-10 betyder i sig selv, at hvis der forekommer opfyldte psykosekriterier, kriterier for mis-

brug eller en organisk sikker årsag, er hoveddiagnosen inden for DF0, DF1 eller DF2. Derudover ses der også patienter især fra gruppen af personlighedsforstyrrelser DF6 med en depressionsscore. Også her kan der være tale om komorbiditet, som dog træder i baggrunden i forhold til de personligheds-mæssige konstaterede faktorer.

Den høje grad af negativ korrelation mellem metoderne kan tages som indikator for, at livskvalitet som sit afgørende indhold har fravær af depressionssymptomer.

Korrespondance: *Henrik Folker*, Mølledammen 5, DK-4000 Roskilde.  
E-mail: henrik@folker.dk

Antaget: 4. november 2007

Interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

1. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S et al. The Sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *Int J Health Serv* 1976;6:393-415.
2. Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T et al. Dansk manual til SF-36. København: Lif, 1997.
3. Bech P, Gudex C, Johansen S. The WHO (ten) wellbeing index: validation in diabetes. *Psychoter Psychosom* 1996;65:183-90.
4. Awata S, Bech P, Yoshida S et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organisation-Five Wellbeing index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007;61:112-9.
5. Bech P, Rasmussen N, Olsen R et al. The sensitivity and specificity of the MDI using the present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Dis* 2001;66:159-64.
6. Aristoteles. *Etikken*. Frederiksberg: Det lille forlag, 2000.
7. Griffin J. *Well-Being. Its Meaning, Measurement and Moral Importance*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
8. Loewenstein G, Ubel PA. *Hedonic Adaptation and the Role of Decision and Experience Utility in Public Policy*. London: London School of Economics, 2006.
9. Martin F, Camfield L, Rodham K et al. Twelve years experience with the Patient Generated Index (PGI) of quality of life: a graded structured review. *Qual Life Res* 2007;16:705-15.

## Livskvalitetsmål og børn

Lektor Mikael Thastum

Aarhus Universitet, Psykologisk Institut,  
Sundhedspsykologisk Forskningsenhed

Indtil for nylig har den altovervejende forskning i helbredsrelateret livskvalitet (HRQoL) været foretaget med voksne populationer, og anvendelse af livskvalitetsmåling hos børn og unge i såvel den kliniske praksis som i forbindelse med kliniske forsøg hører fortsat til undtagelsen. I en oversigt fra 2004 blev der fundet blot 18 kliniske forsøg med børn og unge, hvori HRQoL-målinger blev inddraget [1], og til dato

har man kun i et studie undersøgt gennemførlighed og brugbarhed af standardiseret HRQoL-måling i pædiatrisk klinisk praksis [2].

Selv om der ikke er generel enighed om, hvorledes HRQoL defineres, er det fælles for de fleste definitioner, at HRQoL for det første er subjektiv og derfor om muligt skal vurderes ud fra patientens perspektiv og for det andet er en multidimensionel konstruktion, der som minimum indeholder en fysiologisk, en psykologisk og en social komponent.

Formålet med denne artikel er at give en kort introduktion til mulige anvendelsesområder, typer af instrumenter og særlige forhold, der gør sig gældende for livskvalitetsmåling hos børn og unge.