

## Vuxna och unga från 16 år - definitioner av klinisk förbättring för diagnosgrupperna i SibeR

SibeR har valt en modell med procentuell förändring av symtom som definition på respons eftersom patienter kan söka hjälp vid lindriga till svåra nivåer av symtom. Vi vill mäta det som är kliniskt relevant förändring under en tidsbegränsad behandling. SibeR har valt ett patient-skattat, sjukdomsspecifikt mått för varje diagnosgrupp för att kunna redovisa effekter av behandling på ett jämförbart sätt, se tabell. För att mäta förändrad funktion används WHODAS 2.0 med 12 frågor. Underlaget för val av formulär och definitioner redovisas längre ned i dokumentet.

| ICD-kod | Diagnos                                                            | Diagnosgrupp    | Mät-formulär                                                       | Definition respons            | Funktion |
|---------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|
| F32     | Depressiv episod                                                   | Depression      | <b>MADRS-S</b>                                                     | Minskning av:<br>MADRS-S ≥40% | WHODAS   |
| F329    | Ospecifik depression                                               |                 |                                                                    |                               |          |
| F33     | Recidiverande depression                                           |                 |                                                                    |                               |          |
| F34     | Ihållande depression/dystymi                                       |                 |                                                                    |                               |          |
| F401    | Social fobi                                                        | Social fobi     | <b>SPIN*</b>                                                       | SPIN ≥30%                     | WHODAS   |
| F410    | Paniksyndrom                                                       | Paniksyndrom    | <b>PDSS-SR</b>                                                     | PDSS-SR ≥40%                  | WHODAS   |
| F411    | Generaliserat ångestsyndrom                                        | Generell ångest | <b>GAD-7</b>                                                       | GAD-7 ≥40%                    | WHODAS   |
| F419    | Ospecifikt ångestsyndrom                                           |                 |                                                                    |                               |          |
| F422    | Tvångstankar med tvångshandlingar                                  | Tvångssyndrom   | <b>OCI-R</b>                                                       | OCI-R ≥40%                    | WHODAS   |
| F429    | Tvångssyndrom                                                      |                 |                                                                    |                               |          |
| F432    | Anpassningsstörning                                                | Stressyndrom    | <b>PSS-10</b><br>och tillägg<br>KEDS om<br>utmattnings-<br>syndrom | PSS-10 ≥30%                   | WHODAS   |
| F38     | Andra specificerade reaktioner på svår stress                      |                 |                                                                    |                               |          |
| F438A   | Utmattningsyndrom                                                  |                 |                                                                    |                               |          |
| F438W   | Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningsyndrom |                 |                                                                    |                               |          |
| F439    | Reaktion på svår stress, ospecificerad                             |                 |                                                                    |                               |          |
| F451    | Somatiformt syndrom                                                | Hälsöångest     | <b>SHAI-14</b>                                                     | SHAI-14 ≥30%                  | WHODAS   |
| F452    | Hypokondri                                                         | Dysmorfofobi    | <b>AAI</b>                                                         | AAI ≥40%                      | WHODAS   |
| F452A   | Dysmorfofobi                                                       |                 |                                                                    |                               |          |
| F510    | Ikke organisk sömnlöshet                                           | Sömnstörning    | <b>ISI</b>                                                         | ISI ≥40%                      | WHODAS   |
| G470    | Insomni                                                            |                 |                                                                    |                               |          |
| G479    | Ospecifik sömnstörning                                             |                 |                                                                    |                               |          |
| F900    | Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning                             | ADHD            | <b>AAQoL</b>                                                       | Ökning av:<br>AAQoL ≥30%      | WHODAS   |
| F900B   | ADHD                                                               |                 |                                                                    |                               |          |
| F900C   | ADD                                                                |                 |                                                                    |                               |          |
| F900X   | Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning UNS                         |                 |                                                                    |                               |          |
| K581    | Irritabel tarm med diarré                                          | Magbesvär/IBS   | <b>GSRS-IBS</b><br>och<br>IBS-BRQ                                  | Minskning av:<br>GSRS ≥30%    | WHODAS   |
| K582    | Irritabel tarm med förstoppning                                    |                 |                                                                    |                               |          |
| 583     | Irritabel tarm med blandade tarmvanor                              |                 |                                                                    |                               |          |
| K588    | Annan och ospecificerad irritabel tarm                             |                 |                                                                    |                               |          |
| K598    | Andra specificerade funktionella tarmrubbingar                     |                 |                                                                    |                               |          |

\* December 2019 ersatte SPIN LSAS-SR som primärt mått för social fobi.

## Om måtten och underlag för definitioner av respons i diagnosgrupperna

För de olika indikationerna och diagnosgrupperna har sjukdomsspecifika mått valts som är väl validerade, fritt tillgängliga och känsliga för förändring. De sjukdomsspecifika måtten används i online-grafer och i årsrapporter för att beskriva behandlingseffekter. Även andra mått kan vara bra att använda för att följa besvärsutveckling vid samsjuklighet eller förändring av funktionsförmåga. När man använder specifika behandlingsprogram för barn och unga så gäller andra utfallsmått, se särskilt dokument ”Barn och unga-definitioner av klinisk förbättring”.

### ADHD

För ADHD används Adult Attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL; Brod et al, 2006). ADHD är en ny indikation i SibeR från 2021 och det sjukdomsspecifika formuläret beskrivs i mer detalj. AAQoL har 29 frågor om de senaste två veckorna och består av fyra distinkta faktorer som korresponderar till de fyra delskalorna (Livsproduktivitet, Psykologisk hälsa, Livsutsikter och Relationer). Total och delskalepoäng transformeras till en 0–100 skala. Högre poäng på AAQoL indikerar bättre funktion och livskvalitet.

Responsivitet har visats vara god i en 8-veckors randomiserad studie med atomoxetine (Matza et al, 2007). Både totalpoäng och delskalor uppvisade signifikanta förbättringar, korrelerade till patient- och observatörsskattade mått på symtom, funktion och livskvalitet samt globalt (CGI). Effekttorlekar var mellan -0.67 till -1.11, och högre än för SF-36. God och jämförbar validitet, reliabilitet och responsivitet har ytterligare styrkts i en större jämförande studie av patienter med ADHD i Europa och USA (n=1819) (Brod et al, 2015). För hela populationen (n=1548) var medelvärde av AAQoL före behandling 47.7 (sd 14.21) och efter 12 veckors behandling hade den ökat med 14.9 (sd 17.89) poäng vilket gav ett standardiserat responsmedelvärde (SRM) på 0.834 dvs hög signifikant responsivitet. Medelvärden av AAQoL korresponderade väl med CGI-ADHD-S-nivåer.

Minsta kliniskt viktiga skillnaden (MCID) för AAQoL har beräknats både med ankar-baserad metod (förändring av klinikerskattad CGI-ADHD-S) och distributions-baserad metod (förändring av standardavvikelse av AAQoL motsvarande 0.5 SD). (Tanaka et al, 2019). Ungefär 8 poängs skillnad utgjorde MCID, beräknat som 17 till 18 % procentuell förändring. I studierna av Matza (2007) och Brod (2015) förbättrades AAQoL i snitt 29-31 %. I SibeR används definitionen för respons att AAQoL har ökat med  $\geq 30\%$ .

### Depression

För depression används Montgomery Åsberg Depression Scale (MADRS-S; Svanborg & Åsberg, 1994) som är det mest använda patientskattade måttet vid depression i Sverige. Den svenska versionen är fri att använda. Vägledning för tolkning av tröskelvärden för MADRS-S är 0-12 ingen depression, 13-19 lindrig depression, 20-34 medelsvår depression och  $\geq 35$  poäng svår depression. Patienter definieras som förbättrade när poängen minskat med  $\geq 40\%$  (Bandelow et al, 2006).

### Dysmorfofobi

För dysmorfofobi används Appearance Anxiety Inventory (AAI; Veale et al, 2014). AAI består av 10 frågor och maximalt antal poäng är 40. Poäng över 20 talar för hög risk för dysmorfofobi. I en icke-klinisk population var medelvärde 15 poäng. Formuläret är fritt att använda.

Responskriterier för AAI har jämförts med CGI-I och BDD-Y-BOCS expertskattning med data från tre IGBT-studier för dysmorfofobi (BDD) som visade att patienter kan definieras som förbättrade när AAI poängen minskat med  $\geq 40\%$  (Flygare et al, 2020). Här framgick att  $\leq 7$  poäng på AAI vid avslutad behandling motsvarar remission.

## Generell ångest

För ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom (GAD) och ospecifikt ångestsyndrom används Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7; Spitzer et al, 2006). GAD-7 består av 7 frågor om förekomsten av oro, anspänning, rastlöshet, irritabilitet, rädslor och svårigheter att kontrollera detta under de senaste två veckorna. Totalpoäng varierar mellan 0 och 21. 5–9 poäng indikerar mild ångest, 10–15 måttligt svår ångest och 16–21 svår ångest. Poäng  $\geq 10$  motsvarar 82:a percentilen för kvinnor och 88:e percentilen för män i befolkningen (Schalet et al, 2014). GAD-7 är framför allt ett mått på svårighetsgrad av upplevd ångest och är känsligt för förändring (Beard & Björgvinsson, 2014). Patienter definieras som förbättrade när poängen minskat med  $\geq 40\%$ . Underlaget för procentuell förändring av GAD-7 baseras på att hos mycket förbättrade patienter med GAD minskade GAD-7 med cirka 5 poäng (Beard et al, 2014), och att reliabelt förändringsindex\* har beräknats till  $\geq 4$  poäng (IAPT. Manual, 2018), samt att förändring med dessa värden har undersökts i ett antal studier och visats motsvara cirka 40%.

## Hälsoångest

För hälsoångest används Short Health Anxiety Inventory-14 (SHAI-14; Salkovskis et al, 2002). SHAI består av 14 frågor om oro för sjukdom och uppmärksamhet på kroppsliga symtom. Totalpoängen varierar mellan 0 och 42. 0–14 poäng indikerar liten sannolikhet för hälsoångest, 15–17 är en gråzon, över 18 poäng indikerar hög sannolikhet för hälsoångest. SHAI har goda psykometriska egenskaper och är känsligt för förändring (Alberts et al, 2013). SHAI är fritt att använda. Vidare svensk utvärdering pågår. Patienter definieras som förbättrade när poängen minskat med  $\geq 30\%$ . Underlaget för procentuell förändring av SHAI baseras på att reliabelt förändringsindex har beräknats till  $\geq 8$  poäng, baserat på data från Salkovskis (2002). Utfallet av minskning med 8 poäng har undersökts i ett antal kliniska studier och bedöms motsvara 30%.

## Magbesvär/Irritable Bowel Syndrome (IBS)

För IBS används Gastrointestinal Symptom Rating Scale för IBS (GSRS-IBS; Wiklund et al, 2003). GSRS består av 13 frågor om besvär med mättnad, buksmärtor, diarré, förstoppning och uppblåsthet under den senaste veckan med en sjugradig skala från inga till mycket stora besvär. Totalpoängen varierar mellan 13 och 91 poäng. En svensk populations-studie har kunnat visa att GSRS väl skiljer personer utan och med IBS samt undergrupper inom diagnosen (Ljótsson et al 2020). Personer med IBS hade i snitt 35,7 (sd 9,7) poäng, och friska 21,1 (sd 8,5) poäng på GSRS. Respons definieras som minskning av GSRS  $\geq 30\%$  (Moore et al, 2010). Formuläret får användas i svensk sjukvård.

Det andra utfallsmåttet vid psykologisk behandling vid IBS, Irritable Bowel Syndrome- Behavioral Responses Questionnaire (IBS-BRQ; Reme et al, 2010), fokuserar på vidmakthållande tanke- och beteendemönster. IBS-BRQ består av 26 frågor som besvaras på en Likert-skala från 1 (aldrig) till 7 (alltid). Totalpoängen varierar från 26 till 182.

## Paniksyndrom

För paniksyndrom används Panic Disorder Severity Scale (PDSS-SR; Shear et al, 2001) som finns fritt tillgänglig i en svensk auktoriserad översättning (Öst & Bergström). PDSS-SR kan ge maximalt 28 poäng. Vägledning för tolkning av PDSS-SR är att remission kan definieras som  $\leq 7$  poäng och 10–15 poäng som måttligt svårt paniksyndrom (Furukawa et al, 2009). Patienter definieras som förbättrade när poängen minskat med  $\geq 40\%$  (Furukawa et al, 2009).

## Social fobi

Sedan december 2019 används Social Phobia Inventory (SPIN; O'Connor et al, 2000) för social fobi. SPIN innefattar 17 frågor kring upplevelser senaste veckan i domänerna rädsla, undvikande och fysiologisk arousal. Totalpoängen är 0–68. Poäng mellan 11 och 20 indikerar mycket mild, mellan 21 och 30 mild, mellan 31 och 40 måttligt svår och över 41 poäng svår social fobi. SibeR har säkrat en svensk auktoriserad översättning som finns på SibeRs hemsida och avtal med copyright-ägaren

Jonathan Davidson att SPIN får användas i svensk sjukvård. Svensk psykometrisk utvärdering pågår men är ännu inte publicerad. För det tidigare måttet Liebowitch Social Phobia Scale (LSAS-SR; Fresco et al, 2001) med 48 frågor, definierades patienter som förbättrade när poängen minskat med  $\geq 30\%$  (Bandelow et al, 2006). En direkt jämförelse mellan SPIN och LSAS-SR gav motsvarande antal förbättrade vid en minskning av SPIN med  $\geq 30\%$ .

## Stressyndrom

För stressyndromen används Perceived Stress Scale-10 (PSS-10; Cohen et al, 1983). PSS-10 är ett väl validerat och brett använt formulär som består av 10 frågor om upplevd stress och förmåga att hantera detta den senaste månaden. Totalpoäng varierar mellan 0 och 40.

I en studie av svensk befolkning var snittet för hela normgruppen 13,5 poäng (Nordin & Nordin, 2013) vilket överstämde väl med amerikanska normer. Populationen vid 75:e percentilen skattade 19 poäng. Patienter definieras som förbättrade vid  $\geq 30\%$  minskning av poäng för PSS-10. Underlaget för procentuell förändring av PSS-10 baseras på att reliabelt förändringsindex har beräknats till  $>5$  poäng (Ebert et al, 2016). Utfallet av minskning med 6 poäng har undersökts i ett antal studier och bedöms motsvara 30%.

PSS-10 finns i Sverige i minst tre översättningar. Det finns även versioner med PSS-14 dvs med 14 frågor. Den version av PSS-10 (Upplevd stress-10) som aktuellt lagts upp på SibeRs hemsida kommer från f-banken (<https://fbanken.se/>). SibeR har i ett samarbete med Institutet för Stressmedicin i Göteborg (Ingibjörg Jonsdottir), Gustavsbergs Akademiska vårdcentral (Elin Lindsäter och Erik Hedman) samt en större referensgrupp genomfört en ny översättning med referensram en vecka. Anledningen till detta är att kvalitetsregistret ser en roll i att harmonisera formulär så att resultat kan jämföras och eftersom tidsramen en vecka lämpar sig bättre för värdering av behandlingseffekter. Det pågår nu normering i ett befolkningsunderlag och i en klinisk grupp av denna översättning.

Alla patienter med psykisk ohälsa tenderar att skatta ganska högt på upplevd stress. Därför kan det behövas kompletterande mått som mäter symtom på mer långvarig stress och utmattning. Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besér et al, 2014) består av 9 frågor om upplevda konsekvenser och symtom på långvarig stress och utmattning de senaste två veckorna. Totalpoäng varierar mellan 0 och 54. I jämförelse med friska kontroller har gränsvärdet 19 poäng visat hög träffsäkerhet för att identifiera utmattningsproblem. Formuläret är fritt att använda.

Vid stressyndromen rekommenderas användning av PSS-10 som primärt mått men detta kan med fördel kompletteras med andra mått beroende på symtomprofil, exempelvis ISI om sömnproblem, MADRS-S om depressiva symtom, GAD-7 vid ångest eller KEDS vid utmattningssymtom.

## Sömnstörning

För sömnstörningar används Insomnia Severity Index (ISI; Bastien et al, 2001). ISI mäter subjektiv upplevelse av sömnbesvär med 7 frågor och maximalt antal poäng är 28. Gränsvärdet för insomni är 10 poäng, 11-14 poäng räknas som mild insomni, 15-21 poäng som medelsvår och 22-28 poäng som svår insomni.

SibeR rekommenderar en svensk auktoriserad version (Jernelöv, 2017) som förankrats med svenska forskare inom insomniområdet. Denna akademiska version har sänts till upphovsmannen Charles Morin och finns registrerad på MAPI-institutets hemsida. MAPI som copyright-ägare har en egen svensk version av ISI som SibeR valt att inte använda eftersom den akademiska versionen bedöms vara en bättre översättning. Vår bedömning är att ISI i den akademiska versionen är fri att använda i svensk sjukvård. Formuläret i den akademiska översättningen finns på SibeRs hemsida. En stor mängd data för svenska psykometriska studier av ISI är insamlade. Definitionen för respons har föreslagits vara 8 poäng (Morin et al, 2009). Utfallet av minskning med 8 poäng har undersökts i ett antal kliniska

studier och bedöms motsvara 40%. Patienter definieras som förbättrade när poängen minskat med  $\geq 40\%$ .

## Tvångssyndrom

För tvångssyndrom används Obsessive-Compulsive Inventory Revised (OCI-R; Foa et al 2002). Guldstandard för att mäta behandlingseffekter vid behandling av tvångssyndrom är Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al, 1989) som främst används som expertbedömt mått, men även finns i en patientskattad version. SibeR bedömer att Y-BOCS kan vara svår att hantera för löpande skattningar och man behöver ansöka om rättigheter för användning. SibeR använder därför OCI-R som mäter svårighetsgrad av tvångssyndrom med 18 frågor och maximal totalpoäng 72. I en norsk studie var medelvärde för patienter med OCD 30,6 poäng och 10,4 poäng hos friska kontroller (Solem et al, 2010). OCI-R finns i svensk översättning som används fritt med tillåtelse av konstruktören Edna Foa.

Responskriterier för OCI-R har jämförts med CGI-I och Y-BOCS expertskattning med data från tre IKBT-studier för OCD. Resultaten kommer att publiceras och visar att patienter kan definieras som förbättrade när OCI-R poängen minskat med  $\geq 40\%$ .

## Andra modeller

Det finns ingen vedertagen standard för hur klinisk förbättring (respons) ska definieras inom området depression, sömnstörningar, ångest- och stressyndrom. SibeR har valt en modell med procentuell förändring av symtom som definition på respons eftersom patienter kan söka hjälp vid lindriga till svåra nivåer av symtom, samt att förändringen ska vara betydelsefull för patienten.

En konservativ modell för att beräkna respons är att patienter ska ha förbättrats med 50% av det sjukdomsspecifika måttet från start till avslut av behandlingen. En annan modell är att beräkna antalet poäng som innebär tillförlitlig förbättring eller försämring med hänsyn till mätosäkerhet för måttet (Reliable Change Index, RCI\*; Jacobson & Truax, 1991). I det brittiska systemet för uppföljning av psykologisk behandling (Improving Access to Psychological Treatment; IAPT) använder man måttet tillförlitlig återhämtning (reliable recovery). Det är en kombination av reliabelt förändringsindex med att patienten skattar under tröskelvärde som definierar personer med och utan dessa problem, i en kombination av depressionsmåttet PHQ-9 med ett specifikt mått för ångestsyndrom (IAPT, 2018).

## Funktion

Vid behandling är det väl så angeläget att förbättra funktionsförmåga och hälso-relaterad livskvalitet som att minska symtom. Med funktion brukar man avse förmågan till att leva ett självständigt liv, arbetskapacitet, förmåga till återhämtning, och förmåga att vidmakthålla adekvata sociala relationer. Livskvalitet avspeglar personens egen värdering av hur personligt viktiga områden i livet är tillfredsställda.

## WHODAS

WHODAS 2.0 mäter funktion uppbyggt på ramverket i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). I den längre versionen med 36 frågor omfattas 6 domäner (kognition, förflyttning, personlig vård, relationer, dagliga aktiviteter och delaktighet i samhället). En kortare version, WHODAS 2.0–12 frågor, förklarar en stor andel av de skillnader som mäts mellan individer med den längre versionen (81 % av variansen). Formuläret har goda mätegenskaper och är känsligt för förändring (Andrews et al, 2009; Garin et al, 2010) samt har visats fungera tillförlitligt vid administrering via internet (Axelsson et al, 2017). WHODAS får användas fritt i svensk auktoriserad översättning.

SibeR rekommenderar WHODAS 12-frågor med enkel poängberäkning (0–48) som översätts till funktionsnedsättning 0–100 %. I ett stort stickprov från den australiensiska befolkningen skattade

nästan hälften 0 % funktionsnedsättning, 10 procent skattade 21 % eller högre funktionsnedsättning, resterande mindre än 21 % nedsättning. (Andrews et al, 2009). I en sammanställning av 14 studier där WHODAS -12 frågor hade administrerats online vid psykisk ohälsa varierade funktionsnedsättningen mellan 17–68 %, snittet var 32 % nedsättning (Axelsson et al, 2017). Man har beräknat att förändring med 9 procentenheter av WHODAS-12 frågor innebär en tillförlitlig och meningsfull förändring (Obbarius et al, 2017). Detta innebär att det går att beräkna andelar behandlingar där patienten förbättrades, var oförändrad eller försämrades i sin funktionsnivå. Detta presenteras i årsrapporten men inte i online-grafer.

## Referenser

- Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von Korff M, Üstün TB. Normative Data for the 12 item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. PLoS ONE 2009;(4)12:e8343.
- Axelsson E, Lindsäter E, Ljótsson B, Andersson E, Hedman-Lagerlöf E. The 12-item Self-Report World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 Administered Via the Internet to Individuals With Anxiety and Stress Disorders: A Psychometric Investigation Based on Data From Two Clinical Trials. JMIR Mental Health 2017;8;4(4):e58
- Bandelow B, Baldwin DS, Dolberg OT, Anderson HF, Stein DJ. What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? The Journal of Clinical Psychiatry 2006;67(9):1428.
- Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Medicine 2001;2:297-307.
- Beard C, Björgvinsson T. Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogenous psychiatric sample. Journal of Anxiety Disorders 2014;28:547-552.
- Brod, M., Johnston, J., Able, S., & Swindle, R. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life Scale (AAQoL): a disease-specific quality-of-life measure. Quality of life research 2006; 15(1): 117-129.
- Brod, M., Adler, L. A., Lipsius, S., Tanaka, Y., Heinloth, A. N., & Upadhyaya, H. (2015). Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale in European patients: comparison with patients from the USA. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(2), 141-150.
- Cohen S, Karmack T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behaviour 1983;24:385-396.
- Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Wexler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). British Journal of Psychiatry 2000;176:379-386.
- Ebert DD, Lehr D, Heber E, Riper H, Cuijpers P, Berking M. Internet- and mobile-based management for employees with adherence-focused guidance: efficacy and mechanisms of change. Scandinavian Journal of Work Environmental Health 2016;42(5):382-394.
- Flygare O, Chen L-L, Fernandez de la Cruz L, Enander J, Mataix-Cols D, Rück C, Andersson E. Empirically defining treatment response and remission in body dysmorphic disorder using a short self-report instrument. Behavior Therapy 2020. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.10.006>
- Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langer R, Kitchic R, Hajcak G. The Obsessive-Compulsive Inventory. Development and Validation of a Short Version. Psychological Assessment 2002;14:485-496.



Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, Goetz D. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the properties of self-report and clinician administered formats. *Psychological Medicine* 2001;31:1025-35.

Furukawa TA, Shear KM, Barlow DH, Gorman JM, Woods SW, Money R, Leucht S. Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale. *Depression and Anxiety* 2009; 26(10):922-929.

Garin O, Ayuso-Mateos JL, Almansa J, Nieto M, Chatterij S, Vilagut G, Alonso J, Cieza A, Svetskova O, Burger H, Racca V, Francescutti C, Vieta E, Kostanjsek N, Raggi A, Leonardi M, Ferrer M, for the MHADIE consortium. Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010;8:51.

Matza, L. S., Johnston, J. A., Faries, D. E., Malley, K. G., & Brod, M. (2007). Responsiveness of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality of life scale (AAQoL). *Quality of Life Research*, 2007; 16(9): 1511-1520.

Matza, L. S., Van Brunt, D. L., Cates, C., & Murray, L. T. Test–retest reliability of two patient-report measures for use in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2011; 15(7): 557-563.

Moore A, Eccleston R, Derry S, et al. “Evidence” in chronic pain– establishing best practice in the reporting of systematic reviews. *Pain* 2010;150:386–389.

Nordin M, Nordin S. Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Psychology* 2013;54:502-507.

IAPT. The Improving Access to Psychological Therapies Manual. Appendices and helpful resources. National Collaboration for Mental Health 2018. NHS, UK

Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 78(4):384-90.

Ljótsson B, Jones M, Talley NJ, Kjellström L, Agréus L, Andreasson A. Discriminant and convergent validity of the GRS-IBS symptom severity measure for irritable bowel syndrome: A population study. *United European Gastroenterology Journal* 2020; 0(0): 1-9.

Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., ... & Langford, L. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research* 2017;26(12), 3211-3225

Reme SE, Darnley S, Kennedy T, Chalder T. The development of the irritable bowel syndrome-behavioral responses questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2010;69:319-325.

Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine* 2002;32(5):843-53.

Shear MK, Rucci P, Williams et al. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *Journal of Psychiatric Research* 2001;35:293-296.

Solem S, Hjemdal O, Vogel PA, Stiles TC: A Norwegian version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Psychometric properties. *Scandinavian Journal of Psychology* 2010;51:509-516.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of General Medicine* 2006;166:1092-97.

Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89:21-28

Tanaka, Y., Brod, M., Lane, J. R., & Upadhyaya, H. (2019). What Is a Clinically Relevant Improvement in Quality of Life in Adults With ADHD? *Journal of attention disorders* 2019; 23(1): 65-75.

Veale D, Eshkevari E, Kanakam N, Ellison N, Costa A, Werner T. The Appearance anxiety inventory: Validation of a process measure in the treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2014;42:605-616.

Wiklund IK, Fullerton S, Hawkey CJ, Jones RH, Longstreth GF, Mayer EA, Peacock RA, Wilson IK, Naesdal J. An Irritable Bowel Syndrome-Specific Symptom Questionnaire: Development and Validation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2003;38:947-954