

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

Tabellen visar SibeRs patient-skattade, sjukdomspecifika mått för diagnosgrupper och diagnoser enligt ICD-10.

| ICD-kod | Diagnos | Diagnosgrupp | Mät-formulär | Definition respons | Funktion |
|------------------------|---|--------------------------|---|---|--------------------|
| F10.1 | Skadligt bruk av alkohol | Alkoholbruks- syndrom | Antal standardglas alkohol senaste veckan (TLFB) | Minskning av antal standardglas per vecka $\geq 30\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| F10.2 | Alkoholberoende | | | | |
| F10.8 | Andra specificerade störningar orsakade av alkohol | | | | |
| F10.9 | Störningar orsakade av alkohol, ospecificerade | | | | |
| F32 (32.0, 32.1, 32.8) | Depressiv episod | Depression | MADRS-S | Minskning av: MADRS-S $\geq 40\%$ | WHODAS- 12 frågor |
| F32.9 | Depression, ospecificerad | | | | |
| F33 (33.0, 33.1, 33.8) | Recidiverande depression | | | | |
| F33.9 | Rec. depression, ospecificerad | | | | |
| F34.1 | Ihållande depression/dystymi | | | | |
| F40.1 | Social fobi | Social fobi | SPIN | SPIN $\geq 30\%$ | WHODAS |
| F40.2 | Specifik fobi | Specifik fobi | - | - | WHODAS |
| F41.0 | Paniksyndrom | Paniksyndrom | PDSS-SR | PDSS-SR $\geq 40\%$ | WHODAS |
| F41.1 | Generaliserat ångestsyndrom | GAD | GAD-7 | GAD-7 $\geq 40\%$ | WHODAS |
| F41.3 | Andra blandade ångestillstånd | Ångestillstånd | GAD-7 | GAD-7 $\geq 40\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| F41.8 | Andra specificerade ångestillstånd | | | | |
| F4.19 | Ångestillstånd, ospecificerat | | | | |
| F42 (42.0, 42.1, 42.2) | Tvångssyndrom präglad av tvångstankar (TT), eller tvångshandlingar (TH), eller både TT och TH | Tvångssyndrom | OCI-R | OCI-R $\geq 40\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| F42.9 | Tvångssyndrom, ospecificerat | | | | |
| F43.2 | Anpassningsstörning | Stressyndrom | PSS-10 | PSS-10 $\geq 30\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| F43.8 | Andra specificerade reaktioner på svår stress | | | | |
| F43.8W | Andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom | | | | |
| F43.9 | Reaktion på svår stress, ospecificerad | | | | |
| F43.8A | Utmattningssyndrom | Utmattningssyndrom | KEDS | KEDS $\geq 30\%$ | WHODAS |
| F45.1 | Somatoformt syndrom | Hälsöångest | SHAI-14 | SHAI-14 $\geq 30\%$ | WHODAS |
| F45.2 | Hypokondri | | | | |
| F45.2A | Dysmorfofobi | Dysmorfofobi | AAI | AAI $\geq 40\%$ | WHODAS |
| F50.2 | Bulimia nervosa | Hetsätning | EDE-Q | EDE-Q $\geq 30\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| F50.3 | Atypisk bulimia nervosa | | | | |
| F50.8 | Annan specificerad ätstörning | | | | |
| F50.9 | Ätstörning, ospecificerad | | | | |
| F51.0 | Icke organisk sömnlöshet | Sömnstörning | ISI | ISI $\geq 40\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| G47.0 | Insomni | | | | |
| G47.2 | Dygnsrytmstörning | | | | |
| G47.9 | Ospecifik sömnstörning | | | | |
| F90.0 | Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning | ADHD | AAQoL | Ökning av: AAQoL $\geq 20\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| F90.0B | ADHD | | | | |
| F90.0C | ADD | | | | |
| F90.0X | Aktivitets- och uppmärksamhetsstörning UNS | | | | |
| K58.1 | Irritabel tarm med diarré | Magbesvär/IBS | GSRS-IBS och IBS-BRQ | Minskning av: GSRS $\geq 30\%$ | WHODAS – 12 frågor |
| K58.2 | Irritabel tarm med förstoppning | | | | |
| 58.3 | Irritabel tarm med blandade tarmvanor | | | | |
| K58.8 | Annan och ospecificerad irritabel tarm | | | | |
| K59.8 | Andra specificerade funktionella tarmrubbingar | | | | |

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 statistikvisningar online och i årsrapporter för att beskriva behandlingseffekter. SibeR har valt en modell med procentuell förändring av symtom som definition på respons för det patient-skattade, sjukdomsspecifika måttet för varje diagnosgrupp. Patienter kan ha lindriga till svåra nivåer av symtom och vi mäter kliniskt relevant förändring under en tidsbegränsad behandling.

Även andra mått kan vara bra att använda för att följa besvärutveckling vid samsjuklighet eller förändring av funktionsförmåga. För att mäta förändrad funktion används WHODAS 2.0 med 12 frågor.

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). Effektstorlekar 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 medelvärdet 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 $\geq 20\%$.

Alkoholbrukssyndrom

För alkoholbrukssyndrom används självskattad total alkoholkonsumtion senaste sju dagarna, mätt med Timeline Follow-Back-metoden (TLFB; Sobell et al, 2003). TLFB-metoden rekommenderas av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, av Vård- och insatsprogram för missbruk och beroende samt Beroendecentrum Stockholm. TLFB användes som primärt mått i en kontrollerad studie där internetbehandling jämfördes med ansikte-mot-ansikte-behandling för alkoholbrukssyndrom (Johansson et al, 2021). Här minskade den genomsnittliga konsumtionen från cirka 24 till 12 standardglas.

TLFB går till så att patienten får ange ”Antal standardglas alkohol” som intagits varje dag senaste veckan vilket räknas ihop till en totalsumma för veckan. TLFB är ett konsumtionsmått som i sammanhanget internetbehandling bedöms kunna variera mellan 0–140 glas per vecka. TLFB-metoden är fri att använda.

Patienter definieras som förbättrade i sin alkoholkonsumtion om antal standardglas minskat med $\geq 30\%$ vid avslut av behandlingen. Definitionen baseras på en utredning från Beroendecentrum Stockholm där man konstaterat att en 30%-ig minskning approximerar den vanliga gränsen för icke-skadligt bruk visavi förväntade vanliga ingångsvärden. Ett vanligt fenomen vid skadligt bruk är att patienten temporärt minskat sitt intag vid starten av behandlingen. För att hantera detta rekommenderas att frågan om alkoholkonsumtion senaste veckan modifieras vid behandlingsstart till ”antal standardglas en vanlig vecka innan du sökte hjälp”.

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. MADRS-S består av 9 frågor och totalpoängen varierar mellan 0–54. Vägledning för tolkning av tröskelvärden för MADRS-S är 0-12 ingen depression, 13-19 lindrig depression, 20-34 medelsvår depression och ≥ 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 medelvärdet 15 poäng. Formuläret är fritt att använda.

Responskriterier för AAI har jämförts med CGI-I och BDD-Y-BOCS expertskattning med data från tre IKBT-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 också att ≤ 7 poäng på AAI vid avslutad behandling motsvarar remission.

Generaliserat ångestsyndrom och Ospecificerade ångesttillstånd

För ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom (GAD) och ospecificerade ångesttillstånd 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 ≥ 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 ≥ 4 poäng (IAPT. Manual, 2018), samt att förändring med dessa värden har undersökts i ett antal studier och visats motsvara cirka 40%.

Under 2022 så delades diagnosgruppen upp i två delar, GAD och Ångesttillstånd, på grund av implementering av specifika behandlingsprogram för GAD. Förbättring mäts med samma mått för bägge grupperna.

Hetsätning

För hetsätning används Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q 6.0; Fairburn & Beglin, 2008) för vilket det finns svenska normer (Welch et al, 2011). EDE-Q mäter ätstörningspatologi under de senaste 28 dagarna med fyra delskalor. Varje delskala mäts med 0 - 6 poäng, totalpoängen är ett medelvärde av de fyra delskalorna. Totalpoängen varierar mellan 0,00 – 6,00 poäng där 2,76 och högre indikerar kliniska symtom. Gränsvärden för kliniska symtom för delskala Återhållsamhet är 2,3, för Ätbekymmer 1,95, för Figurbekymmer är 3,69 och för Viktbekymmer är 2,98. Formuläret innehåller även frågor om antal dagar med hetsätning, tappad kontroll över ätande, hetsätning, kräkningar, laxermedel och överträning. Svaren på dessa frågor ingår inte i poängberäkningen för totalpoängen som är den som redovisas i SibeR. Formuläret är fritt att använda.

Patienter definieras som förbättrade när poängen minskat med $\geq 30\%$. Underlaget för detta har tagits fram i samverkan med kvalitetsregister RiksÄT och bygger på värdering av tre studier (Welch et al, 2011; Ekeroth & Birgegård, 2014; Turner et al, 2015). Patienter med hetsätning (Bulimia nervosa och hetsätning NUD) har vanligen snittvärden för EDE-Q kring 4,0 (sd 1,2) och normalbefolkningen kring 1,56 (sd 1,27). Reliabelt förändringsindex har beräknats till 0,8 poäng på EDE-Q (Ekeroth & Birgegård, 2014) vilket motsvarar en reduktion på 20 % från 4,0. En 30-procentig reduktion av EDE-Q från 4,00 till 2,80 approximerar gränsen för kliniska symtom.

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. 0–27 poäng indikerar ingen eller mild hälsoångest, 28–32 poäng måttlig hälsoångest och 33–42 svår hälsoångest (Österman et al, 2022). SHAI har goda psykometriska egenskaper och är känsligt för förändring (Alberts et al, 2013). SHAI är fritt att använda.

Patienter definieras som förbättrade när poängen minskat med $\geq 30\%$. Underlaget för procentuell förändring av SHAI baseras på att reliabelt förändringsindex har beräknats till ≥ 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 måttad, buksmärta, 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 $\geq 30\%$ (FDA, 2012; Dear et al, 2016). Formuläret får användas i svensk sjukvård.

Det andra utfallsmåttet vid psykologisk behandling av IBS, Irritabel 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 ≤ 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 $\geq 30\%$.

Specifik fobi

Text under utveckling

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.

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.

Utmattningssyndrom

För utmattningssyndrom används Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besér et al, 2014). KEDS ligger nära svensk definition av utmattningssyndrom och 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.

Internetförmedlade behandlingsprogram för specifikt utmattning började användas i reguljär vård först 2020–21. Utmattningssyndrom som enskild diagnosgrupp infördes i SibeR först hösten 2022 efter att erfarenheter av KEDS som kompletterade mått vid stressyndrom hade insamlats.

Patienter definieras som förbättrade vid $\geq 30\%$ minskning av poäng för KEDS. Patienter med kliniskt utmattningssyndrom har i snitt kring 30 poäng på KEDS vid uppstart och kring 20 poäng vid avslut av behandlingarna (data från SibeR och data från rapport utvärdering- Stressrehab vid Danderyds sjukhus). En 30-procentig reduktion av KEDS från 30 poäng till 21 poäng approximerar gränsen för klinisk diagnos.

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 sömnforskning. SibeR har säkrat avtal med MAPI-institutet så att den akademiska versionen kan användas i fritt i svensk sjukvård och i elektroniskt format. Formuläret i den akademiska översättningen och avtalet 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 medelvärdet 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. 0-15 poäng indikerar mild OCD, 16-27 poäng indikerar måttlig OCD och 28-72 poäng indikerar svår OCD (Abramovitch et al, 2020).

Responskriterier för OCI-R har jämförts med CGI-I och Y-BOCS expertskattning med data från tre IKBT-studier för OCD. Resultaten visar att patienter kan definieras som förbättrade när OCI-R poängen minskat med $\geq 40\%$ (Flygare et al, 2023)

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 tröskelvärdet som definierar personer med och utan dessa problem, i en kombination av depressionsmättet 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-12 frågor

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 (Midhage et al, 2021, Svanborg et al, 2022).

SibeR rekommenderar WHODAS 12-frågor med enkel poängberäkning (0–48) som omräknas till funktionsnedsättning 0–100, benämnt som % nedsättning. 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 enheter av WHODAS-12 frågor innebär en tillförlitlig och meningsfull förändring (Obbarius et al, 2017). Resultat avseende WHODAS presenteras i årsrapporter men inte i statistikvisning online.

En stor del av befolkningen skattar 0% på WHODAS, d v s har ingen nedsättning. Det saknas vedertagna tröskelvärden för att gradera svårighetsgrad av funktionsnedsättning men baserat på svenska normdata (Norén et al, 2023) kan följande tröskelvärden vara vägledande:

- 0–4 % indikerar ingen funktionsnedsättning
- 5–7 % indikerar mycket liten funktionsnedsättning
- 8–22 % indikerar liten funktionsnedsättning
- 23–41 % indikerar måttlig funktionsnedsättning
- 42–51% indikerar stor funktionsnedsättning
- 52 % och högre indikerar mycket stor funktionsnedsättning

Referenser

Abramovitch, A., Abramowitz, J. S., Riemann, B. C., & McKay, D. (2020). Severity benchmarks and contemporary clinical norms for the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100557.

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.
- Besèr, A., Sorjonen, K., Wahlberg, K., Peterson, U., Nygren, Å., & Åsberg, M. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scandinavian journal of psychology* 2014;55(1):72-82.
- 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.
- Dear BF, Gandy M, Karin E, Ricciardi T, Langman N, Staples LG, Fogliati VJ, Sharpe L, McLellan LF, Titov N. The Pain Course: exploring predictors of clinical response to an Internet-delivered pain management program. *Pain*. 2016 Oct;157(10):2257-2268. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000639. PMID: 27257857.
- 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.
- Ekeröth, K., & Birgegård, A. Evaluating reliable and clinically significant change in eating disorders: comparisons to changes in DSM-IV diagnoses. *Psychiatry Research* 2014; 216(2):248-254.
- Fairburn, C. G., & Beglin S. J. (2008). *Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0)*. In C. G. Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, New York: Guilford Press
- Flygare, O., Chen, L. L., de la Cruz, L. F., Rück, C., Andersson, E., Enander, J., & Mataix-Cols, D. (2021). Empirically defining treatment response and remission in body dysmorphic disorder using a short self-report instrument. *Behavior Therapy*, 52(4), 821-829.
- Flygare, O., Wallert, J., Chen, L. L., de la Cruz, L. F., Lundström, L., Mataix-Cols, D., ... & Andersson, E. (2023). Empirically Defining Treatment Response and Remission in Obsessive-Compulsive Disorder Using the Obsessive-Compulsive Inventory–Revised. *Behavior Therapy*, 54(1), 43-50.
- Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langer R, Kichic R, Hajcak G. The Obsessive-Compulsive Inventory. Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment* 2002;14:485-496.

Food and Drug Administration (FDA). Guidance for Industry Irritable Bowel Syndrome – Clinical Evaluation of Drugs for Treatment. <https://www.fda.gov/media/78622/download> (2012) Accessed Jan 27 2021

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.

Midhage, R., Hermansson, L., Söderberg, P., Tungström, S., Nordenskjöld, A., Svanborg, C., ... & Ramklint, M. Psychometric evaluation of the Swedish self-rated 36-item version of WHODAS 2.0 for use in psychiatric populations—using classical test theory. *Nordic Journal of Psychiatry* 2021, 75(7), 494-501.

Norén, P., Karlsson, J., Ohlsson-Nevo, E., Möller, M., & Hermansson, L. (2023). Psychometric evaluation of the WHODAS 2.0 and prevalence of disability in a Swedish general population. *Journal of patient-reported outcomes*, 7(1), 1-11.

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.

Johansson, M., Sinadinovic, K., Gajecki, M., Lindner, P., Berman, A. H., Hermansson, U., & Andréasson, S. (2021). Internet-based therapy versus face-to-face therapy for alcohol use disorder, a randomized controlled non-inferiority trial. *Addiction* 2021;116(5); 1088-1100.

Ljótsson B, Jones M, Talley NJ, Kjellström L, Agréus L, Andreasson A. Discriminant and convergent validity of the GSRS-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.
- Sobell, L. C., Agrawal, S., Sobell, M. B., Leo, G. I., Young, L. J., Cunningham, J. A., & Simco, E. R. Comparison of a quick drinking screen with the timeline followback for individuals with alcohol problems. *Journal of studies on alcohol* 2003;64(6), 858-861.
- 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, C., Amer, A., Nordenskjöld, A., Ramklint, M., Söderberg, P., Tungström, S., ... & Hermansson, L. Evidence for validity of the Swedish self-rated 36-item version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in patients with mental disorders: a multi-centre cross-sectional study using Rasch analysis. *Journal of patient-reported outcomes* 2022, 6(1), 1-15.
- 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.
- Turner, H., Marshall, E., Stopa, L., & Waller, G. Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: Effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behaviour research and therapy* 2015: 68:70-75.
- 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.
- Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating Disorder Examination Questionnaire and Clinical Impairment Assessment Questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 85-91
- 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
- Österman, S., Axelsson, E., Lindefors, N., Hedman-Lagerlöf, E., Hedman-Lagerlöf, M., Kern, D., ... & Ivanov, V. Z. The 14-item short health anxiety inventory (SHAI-14) used as a screening tool: appropriate interpretation and diagnostic accuracy of the Swedish version. *BMC psychiatry* 2022, 22(1), 701.