

Stegvis vård psykisk hälsa - tolkningsguide skattningsskalor

Innehåll

Syfte och omfattning	2
Uppföljning av behandlingsresultat	2
Tolkningsstöd för skattningsskalor	3
AAI (Appearance Anxiety Inventory, 0–40)	3
ASRS (ADHD Självrapporteringskala, 0–72).....	4
AQ test (Autism-Spectrum Quotient test, 0-50).....	4
AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test, 0–40)	4
BBQ (Brief Quality of Life Scale, 0-96).....	4
DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test, 0-44).....	5
EDE-Q (Eating disorder Examination Questionnaire, 0–6)	5
GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale, 0-21).....	5
GDS-15 (Geriatric Depression Scale, 0–15).....	6
ISI (Insomnia Severity Index, 0–28).....	6
KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale, 0–54)	6
LSAS-SR (Liebowitz Social Anxiety Scale, 0-144).....	7
MDQ (Mood Disorder Questionnaire, 0–13)	7
MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, 0-54)	7
MI/MIA (Mobility Inventory for Agoraphobia, medelvärde 0-5)	7
OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory Revised, 0–72)	8
PCL-5 (Posttraumatic stress disorder checklist, (0–80)	8
PDSS-SR (Panic Disorder Severity Scale, 0-28)	8
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire, 0–27)	9
PSS-10 (Perceived Stress Scale, 0–40).....	9
SHAI-14 (Short Health Anxiety Inventory, 0-42).....	9
SPIN (Social Phobia Inventory, 0–68)	10
WHODAS-12 (WHO Disability Assessment Schedule, 0–100)	10

WSAS (Work and social adjustment scale, 0-40).....	11
Dokumenthistorik	11
Referenser	12
Bilaga 1. Översiktstabell tröskelvärden	16
Bilaga 2. Översiktstabell diagnosgrupper och diagnoskoder	19

Syfte och omfattning

Denna tolkningsguide syftar till att underlätta tolkningen av skattningsskalor för psykisk ohälsa inom den samlade primärvården, främst vårdcentraler och KBT via nätet, inom Region Uppsala. Dokumentet är ett komplement Stegvis vård psykisk hälsa – Rutin se,

[Stegvis vård psykisk hälsa, rutin, Region Uppsala.se \(pdf\)](#).

Syftet med dokumentet är också att ge vägledning för användning av rekommenderade skattningsskalor och att öka patientsäkerhet och kvalitet genom en mer samstämmig användning av skattningsskalor.

Skattningsskalor har över lag tre syften; screening, uppföljning och utredning:

1. Vid screening vill man fånga sannolik förekomst av tillstånd genom patientens nivåskattningar jämfört med nivåer hos en normalpopulation. I Stegvis vård är detta applicerbart vid exempelvis bedömning.
2. Uppföljning är när man undersöker behandlingsresultatet under eller efter en viss intervention.
3. Utredning som innefattar längre utredningar såsom neuropsykiatrisk utredning.

För att göra en klinisk bedömning behöver man ta hänsyn till all tillgänglig information där resultat på skattningsskalor ingår som en del. (1) (2) (3)

Angivna tröskelvärden är för vägledning, inte absoluta sanningar.

Uppföljning av behandlingsresultat

Validerade skattningsskalor kan användas löpande under behandlingen eller som för- och eftermätningar.

Det finns vetenskapligt stöd för att mätbaserad vård påverkar behandlingen och behandlingsresultatet på ett positivt sätt vid depression och ångestsyndrom (4)

Vården ska innehålla följande delar för att vara mätbaserad:

- Användning av validerade skattningsskalor för att följa upp behandling
- Gemensam genomgång och samtal med patienten om resultaten
- Användning av resultatet som ett underlag för gemensamt beslutsfattande tillsammans med patienten.

När skattningsskalor används löpande under pågående behandling ger det, utöver möjlighet till förbättrade behandlingsresultat också fördelen att tidigt kunna identifiera de patienter som inte svarar på behandling och då kunna fördjupa bedömningen eller anpassa behandlingen.

Valet av skattningsskalor och tröskelvärden för detta kopplat till behandlingsresultat utgår från Nationell formulärsamling samt Svenska Internetbehandlingsregistrets (4) rekommendationer om utfallsmått. Nationell formulärsamling är ett bibliotek av kvalitetsgranskade skattningsskalor som tillhandahålls av SKR och Inera. Gällande skattningsskalor för bedömning har val av dessa samt tröskelvärden hämtats från Nationell formulärsamling.

För fler detaljer om skattningsskalorna och en sökfunktion för skattningsskalor som kan användas som digitalt komplement till denna tolkningsguide, se

[Nationell formulärsamling, Patientenkät.se](#).

För att bedöma **klinisk förbättring** görs en sammanvägning mellan resultat på skattningsskalor (normvärden och tröskelvärden) tillsammans med bedömning av förändrad funktion, patientens upplevelse och den sammantagna kliniska bilden.

Procentuell förändring är basen för hur behandlingseffekt följs på gruppnivå inom den samlade primärvården i Region Uppsala (vårdcentraler och KBT via nätet). Detta är samma mått på klinisk förbättring som svenska internetbehandlingsregistret använder och som KBT via nätet (4). Som enskild kliniker behöver man inte räkna ut den kliniska förbättringen i varje enskilt fall.

För översiktstabell av skattningsskalor, tröskelvärden och användningsområde se [Bilaga 1](#).

För översiktstabell med förslag på diagnoskoder kopplade till diagnosgrupper och relaterad skattningsskala se [Bilaga 2](#).

Tolkningsstöd för skattningsskalor

Informationen om tröskelvärden och referens som presenteras nedan är också inlagd i journalen under varje specifikt sökord (skattningsskala) under **Information**.

Rekommenderade skattningsskalor för bedömning och uppföljning listas i alfabetisk ordning:

AAI (Appearance Anxiety Inventory, 0–40)

AAI används för screening och uppföljning av behandlingsresultat för dysmorfofobi, upplevd fulhet. (5)

Poängresultatet beräknas genom summering av specifika frågor för delskalorna ”upplevt hot” med max 16 poäng och ”undvikande” med max 24 poäng.

I formuläret framgår vilka frågor som hör till vilken delskala. Maxpoäng för hela skattningen är 40 poäng.

Tröskelvärde vid screening:

- Totalpoäng över 20 poäng indikerar hög risk för dysmorfofobi.
- Medelvärde i en icke-klinisk population var 15 poäng.

Klinisk förbättring definieras som en minskning med 40% eller mer.

Exempelvis utgör en minskning från 28 till 16 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition (6).

Kriterier för remission är 13 poäng eller lägre.

ASRS (ADHD Självrapporteringskala, 0–72)

ASRS är konstruerat för att fånga kriterier för ADHD enligt diagnossystemet DSM-IV.

ASRS (Fullskaleversion med 18 frågor, finns i formulärtjänsten) - maximalt 72 poäng, 36 poäng per delskala. Fullskaleversionen består av två delskalor: Ouppmärksamhet (frågorna 1-4,7-11) och hyperaktivitet/impulsivitet (frågorna 5-6,12-18).

Underlaget för tröskelvärden är osäkert, men ju högre poäng desto högre belastning av ADHD-symtom. Mer än 17 poäng på någon av delskalorna innebär viss ökad sannolikhet för att patienten uppfyller diagnoskriterierna för ADHD, vid mer än 24 poäng är det mer sannolikt. Observera att ASRS är känsligt och att de symtom man fångar kan bero på många andra tillstånd, det vill säga har låg specificitet. (7)

AQ test (Autism-Spectrum Quotient test, 0-50)

AQ-test används för screening för autismspektrumtillstånd.(8) (9)

Tröskelvärde:

- 32p eller mer indikerar sannolikt autismspektrumtillstånd.
- Tröskelvärdet baseras på att vid normering hade 80 % av deltagarna med Högfungerande autism 32 poäng eller mer.

För poängberäkning för pappersformuläret mejla: stegvisvard@regionuppsala.se

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test, 0–40)

AUDIT används för att identifiera riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. (10)

Skattningsskalan består av 10 frågor:

- 3 om konsumtion.
- 3 om beroendekriterier.
- 4 om alkoholrelaterade skador.

Gränserna gäller för både män och kvinnor, men vårdpersonalen behöver alltid göra en individuell bedömning.

Kriterierna för poäng gällande risknivåer för AUDIT med 10 frågor är:

- Män 0–7, Kvinnor 0–5: Ej riskabla alkoholvanor.
- Män 8–15, Kvinnor 6–13: Riskabla alkoholvanor men inte nödvändigtvis ett missbruk/beroende.
- Män 16–19, Kvinnor 14–17: Problematiska alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos.
- Män 20+, Kvinnor 18+: Mycket problematiska alkoholvanor, sannolikt föreligger en alkoholrelaterad diagnos.

BBQ (Brief Quality of Life Scale, 0-96)

BBQ är ett kompletterande mått för att mäta livskvalitet som kan användas vid behov inom en enskild verksamhet eller med enskilda patienter. (11)

Tröskelvärde:

Totalpoäng på över 52 indikerar symtom på klinisk nivå.

Tröskelvärdet är baserat på en svensk studie där man jämfört ett icke-kliniskt urval av universitetsstudenter med personer som sökt behandling för social fobi.

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test, 0-44)

DUDIT används för screening av skadligt bruk och beroendetillstånd av olika typer av droger. (10)

- 1 poäng eller mer: För DUDIT pekar en totalpoäng om 1 eller högre för såväl kvinnor som män på att ett problematiskt bruk kan föreligga. Den låga poänggränsen är en följd av att samhällssynen i Sverige föreskriver nolltolerans mot narkotika. Alla klienter som får 1 poäng eller mer på DUDIT bör utredas för att avgöra om det rör sig om ett pågående illegalt bruk.
- Män: >6 poäng drogrelaterade problem. 12 poäng eller mer: förekommer med all sannolikhet en beroendediagnos för en eller fler drogtyper.
- Kvinnor: >2 drogrelaterade problem. 12 poäng eller mer: förekommer med all sannolikhet en beroendediagnos för en eller fler drogtyper.

EDE-Q (Eating disorder Examination Questionnaire, 0–6)

EDE-Q används för screening, bedömning av svårighetsgrad och uppföljning av behandlingsresultat vid ätstörningar. (12)

Resultat av självskattning med instrumentet EDE-Q 6.0 redovisas som ett medelvärde för varje delskala samt ett totalt medelvärde av dessa fyra skalor.

De olika medelvärdena kan variera mellan 0–6.

Tröskelvärden:

- Totalpoäng: 2,76 och högre indikerar kliniska symtom:
- Återhållsamhet: 2,3 och högre indikerar kliniska symtom.
- Ät bekymmer: 1,95 och högre indikerar kliniska symtom.
- Figurbekymmer: 3,69 och högre indikerar kliniska symtom.
- Viktbekymmer: 2,95 och högre indikerar kliniska symtom.

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 30 % eller mer. Exempelvis utgör en minskning från 3 till 2,1 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale, 0-21)

Syftet med GAD-7 är att använda för att upptäcka möjliga fall av generaliserat ångestsyndrom (Generalized Anxiety Disorder) i primärvården och för att bedöma svårighetsgrad av ångestsymtom samt vid utvärdering av behandling (13)

Tröskelvärden:

- 5–9: indikerar mild ångest.
- 10–14: indikerar måttligt svår ångest.
- 15–21: indikerar svår ångest.

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 40 % eller mer. Vid screening är rekommenderat gränsvärde för fortsatt utredning 10 poäng eller mer.

Exempelvis utgör en minskning från 15 till 9 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

GDS-15 (Geriatric Depression Scale, 0–15)

GDS-15 är ett screeningformulär avsett att identifiera depression eller depressiva symtom hos äldre personer eller följa upp behandling. (14) (15)

GDS-15 innefattar femton frågor kring hur personen uppfattat de senaste två veckorna, vilka besvaras med ja eller nej.

Frågorna kan besvaras av personen själv eller genomföras som en intervju.

Svaren poängsätts med 0 eller 1, där 1 poäng ges till det svar som indikerar problem (ibland ja och ibland nej).

Tröskelvärde vid screening:

- Totalpoäng 5 poäng eller mer indikerar pågående depression.

Inga uppgifter finns kring definition av klinisk förbättring i nuläget.

Formuläret används inom Regionen Uppsalas äldremottagningar och denna information är främst för att kunna tolka om en patient screenats med detta formulär inom ramen för detta.

ISI (Insomnia Severity Index, 0–28)

ISI används för screening, bedömning av svårighetsgrad och uppföljning av behandlingsresultat vid insomni. (16)

Tröskelvärde vid screening:

- 10 poäng och högre.

Tröskelvärden för bedömning av svårighetsgrad vid klinisk insomni:

- 8–14: indikerar milda till måttliga sömnproblem
- 15–21: indikerar måttliga sömnproblem
- 22–28: indikerar svåra sömnproblem i samband med betydande funktionsstörningar under dagtid

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 40 % eller mer. Exempelvis utgör en minskning från 19 till 11 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

KEDS (Karolinska Exhaustion Disorder Scale, 0–54)

KEDS används för screening och uppföljning av behandlingsresultat vid utmattningssyndrom. (17)

Tröskelvärde:

- 19 poäng eller högre indikerar utmattningsproblem.

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 30 % eller mer.

LSAS-SR (Liebowitz Social Anxiety Scale, 0-144)

LSAS är ett kompletterande mått som vid behov kan användas inom en enskild verksamhet eller med enskilda patienter för att bedöma svårighetsgrad och för uppföljning av behandlingsresultat vid social fobi. (18)

Tröskelvärde:

- 30: troligen socialt ångestsyndrom.
- 60: troligen generaliserad socialt ångestsyndrom.

Vid uppföljning av behandling kan förbättring definieras som 30 % minskning av totalpoängen.

MDQ (Mood Disorder Questionnaire, 0-13)

MDQ används för att screena för bipolär sjukdom. (19)

Förekomst av maniska symtom efterfrågas med 13 olika frågor som besvaras med ja/nej (del 1). Om symtomen inträffat under samma tidsperiod (del 2) och grad av funktionspåverkan (del 3).

Tröskelvärde vid screening:

- <7 ja-svar: 90 % sannolikhet att patienten inte har bipolär sjukdom.
- 7 ja-svar: 70 % sannolikhet att patienten har bipolär sjukdom.

Notera dock svaren på om symtomen inträffat under samma tidsperiod (del 2) samt funktionspåverkan (del 3).

MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, 0-54)

Syftet med MADRS-S är att ge en bild av patientens aktuella sinnestillstånd och används som stöd vid bedömning av depression samt att följa upp behandlingsresultat vid depressionsbehandling. MADRS-S har visat sig vara känsligt för förändring i graden av depression, varför den lämpar sig för att mäta effekten av behandling samt hur depressionen förändras över tid. (20) (21) (22)

Tröskelvärden:

- 0-12: väsentligen obesvärad
- 13-19: indikerar lindrig depression
- 20-34: indikerar måttlig depression
- 35-54: indikerar svår depression

Fråga 9 rör självmordsrisk och en separat rutin finns för hur skattningar på denna fråga ska hanteras.

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 40 % eller mer. Exempelvis utgör en minskning från 23 till 13 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

MI/MIA (Mobility Inventory for Agoraphobia, medelvärde 0-5)

MI/MIA är ett kompletterande mått som inom en enskild verksamhet eller med enskilda patienter kan användas för screening och uppföljning av behandlingsresultat vid agorafobi. (23)

Tröskelvärde:

- Medelvärde 2,3 poäng eller högre indikerar agorafobi på klinisk nivå.

OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory Revised, 0–72)

OCI-R används för att mäta svårighetsgrad av symtom vid tvångssyndrom. Den används för uppföljning och utvärdering vid behandling av patienter med tvångssyndrom. (24) (25)

Tröskelvärden för svårighetsgrad av tvångssyndrom:

- 0–15 poäng indikerar mild OCD.
- 16–27 poäng indikerar måttlig OCD.
- 28–72 poäng indikerar svår OCD.

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 40 % eller mer (26). Exempelvis utgör en minskning från 30 till 18 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

PCL-5 (Posttraumatic stress disorder checklist, (0–80)

Formuläret PCL-5 används för att screena för och följa upp behandling av posttraumatiskt stressyndrom. För diagnostisering behövs kompletterande åtgärder/ytterligare utredning. (27)

Del A innehåller frågor om vad som hänt och hur det upplevdes och besvaras i fritext. Del B innehåller frågor om upplevda symtom under senaste månaden med skattning av besvärsgrad av 20 olika symtom som är kriterier för PTSD enligt DSM-5.

Efter den första skattningen behöver sedan endast del B administreras som ett symtommått vid uppföljning av behandling.

Tröskelvärden:

- Den totala poängen varierar mellan 0 och 80, där högre poäng indikerar högre nivå av PTSD-symtom.
- Det finns ingen fastställd gräns för diagnos, men en totalpoäng på 31–33 har föreslagits som en möjlig indikation på PTSD (28) om specificitet och sensitivitet värderas lika (29). Beroende på syfte kan gränsvärdet behöva justeras, och klinisk bedömning behövs alltid för diagnos.
- PCL-5 bör inte ensamt användas för att ställa diagnos

Klinisk förbättring (30):

- Vid minst 10 poängs minskning så har behandlingen/insatsen lett till en kliniskt signifikant förbättring.

PDSS-SR (Panic Disorder Severity Scale, 0-28)

PDSS-SR används för screening och uppföljning av behandlingsresultat vid paniksångestyndrom. (31)

Tröskelvärden (32):

- 0–7: Indikerar inget eller minimalt paniksyndrom
- 8–10: Indikerar lindrigt paniksyndrom
- 11–15: indikerar måttligt svårt paniksyndrom

- 15: indikerar svårt paniksyndrom

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 40 % eller mer.

Exempelvis utgör en minskning från 22 till 13 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire, 0–27)

Syftet med PHQ-9 är att det är utformat för att fånga och bedöma svårighetsgrad av depression. PHQ-9 är en kortfattad självskattningsskala för screening av egentlig depression enligt DSM och för vägledning av aktuell symtomnivå för depression. (33)

De första nio frågorna i PHQ-9 motsvarar de nio kriterierna för depression i DSM och handlar om hur ofta man haft symtomen de senaste 2 veckorna.

Den tionde frågan är en enkel funktionsskala och ger vägledning för hur symtomen påverkat funktion.

Skalstegen för de första 9 frågorna poängsätts från 0 till 3 och summeras. Screening ska kompletteras med klinisk bedömning.

Tröskelvärde vid screening (34):

Tröskelvärdet 10 poäng har i sammanläggning av många studier visat bäst kombination för att både fånga och utesluta depression så att:

- <10 poäng ger 85 % sannolikhet att utesluta de som inte har egentlig depression
- ≥10 poäng ger 85 % sannolikhet att fånga egentlig depression

Tröskelvärden för svårighetsgrad av diagnostiserad depression (33):

- 0–4: indikerar ingen eller minimal depression
- 5–9: indikerar mild depression.
- 10–14: indikerar måttlig depression.
- 15–19: indikerar medelsvår depression.
- 20–27: indikerar svår depression.

PSS-10 (Perceived Stress Scale, 0–40)

PSS-10 används för att med 10 frågor mäta upplevd stress och förmågan att hantera denna. (35)

Tröskelvärde:

- 19 poäng eller mer indikerar förhöjd stress (36).

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 30 % eller mer.

Exempelvis utgör en minskning från 30 till 21 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

SHAI-14 (Short Health Anxiety Inventory, 0-42)

Formuläret används främst för att följa upp behandling av hälsoångest, men kan i vissa fall även användas för att identifiera personer med hög grad av hälsoångest. (37)

Tröskelvärden för svårighetsgrad:

- 0–27 poäng indikerar ingen eller mild hälsoångest.
- 28–32 poäng måttlig hälsoångest.
- 33–42 svår hälsoångest.

Klinisk förbättring är definierad som en minskning med 30 % eller mer.

Exempelvis utgör en minskning från 33 till 23 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

SPIN (Social Phobia Inventory, 0–68)

SPIN används för screening, bedömning av svårighetsgrad och uppföljning av behandlingsresultat vid social ångest (38)

Tröskelvärden:

- 0–10: frånvaro av symtom
- 11–20: gränsfall eller mycket lindrig social ångest
- 21–30: indikerar lindrig social ångest
- 31–40: indikerar måttligt social ångest
- 41–50: indikerar svår social ångest
- 51 och över: mycket svår social ångest

Klinisk förbättring definieras som en minskning med 30 % eller mer.

Exempelvis utgör en minskning från 40 till 28 poäng en klinisk förbättring enligt denna definition.

WHODAS-12 (WHO Disability Assessment Schedule, 0–100)

Syftet med WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 12 frågor är att skatta svårigheter och funktionshinder på grund av sjukdomar eller andra kortvariga eller långvariga hälsoproblem, skador, psykiska och känslomässiga problem, eller problem med alkohol eller droger.

Självadministrerad WHODAS 2.0 med 12 frågor används för övergripande skattning av hälsotillståndets påverkan på funktion i vardagen de senaste 30 dagarna, och kan användas för att mäta förändringar efter interventioner.

WHODAS 2.0–12 är en kortversion av WHODAS 2.0 med 36 frågor. Det är ett uppföljningsmått av funktion i internationellt kärnbatteri för depression och ångest. (3)

Summan av råpoängen omvandlas till ett värde mellan 0 och 100 för att kunna översättas till procent, där 100 procent innebär extrema svårigheter och 0 procent att det inte föreligger någon funktionsnedsättning.

I en australiensisk undersökning skattade 45 procent av befolkningen 0, det vill säga ingen funktionsnedsättning och ungefär 10 procent av befolkningen 21 procent, det vill säga de hade en kliniskt signifikant funktionsnedsättning. Svenska normer och cut-off-värden saknas. (39) Se [WHODAS-12, hälsorelaterad funktion | Nationell patientenkät | SKR](#).

Vid uppföljning av interventioner jämförs värden över tid. I två svenska behandlingsstudier med patienter med stressyndrom och hälsoångest var reliabel förbättring relaterat till en minskning med cirka 3 råpoäng och kliniskt signifikant förbättring relaterat till en minskning med cirka 7 råpoäng på WHODAS 2.0 med 12 frågor (Axelsson et al 2017). Minsta kliniskt signifikanta förändring efter behandling för ryggbesvär har bedömts till 4 råpoäng (Wong et al, 2023).

I 1177 formulärhantering får man både svaret på frågorna i procent och i råpoäng. Observera att det endast är "Resultat Whodas2.0 i procent" som ska föras in i Cosmic, inte råpoängen.

Om pappersformulär använts kan du räkna om från råpoäng till procent på SibeRs hemsida, här: [Skattningsinstrument - Svenska internetbehandlingsregistret SibeR](#).

WSAS (Work and social adjustment scale, 0-40)

WSAS består av frågor om hur upplevt problem påverkat funktionen inom 5 områden. WSAS kan användas för bedömning av funktionsförmåga och för uppföljning av behandlingsresultat vid psykosociala besvär. (40)

Det finns inget tröskelvärde för screening eller jämförelser i normalbefolkning.

Tröskelvärden för svårighetsgrad (41):

- <15 indikerar lindrig funktionsnedsättning.
- 15–30 indikerar måttlig funktionsnedsättning.
- 30 indikerar svår funktionsnedsättning.

En förändring på 8 poäng innebär en kliniskt signifikant förändring (42).

WURS (Wender Utah Rating Scale, 0-100)

WURS-25 används för att screena för ADHD hos vuxna baserat på beteenden och känslor som upplevts under barndomen. Det används som en del av en bredare utredning för att bedöma om en vuxen person kan ha ADHD.

Ett tröskelvärde på minst 36 poäng är lämpligt för screening med en sensitivitet på 96 % för att identifiera ADHD-symtom under barndomen, samt att mer än 44 poäng indikerar att ADHD är sannolikt. (43)

För poängberäkning för pappersformuläret maila: stegvisvard@regionuppsala.se Observera att inte alla frågor räknas med vid sammanställning.

Dokumenthistorik

Författare:

Emelie Tegmyr och Kerstin Jeding arbetsgruppen psykisk hälsa primärvård (vuxna). Anneli Sjöberg, Amanda Simonsson och Cecilia Svanborg tidigare medlemmar i projektgruppen Stegvis vård psykisk hälsa.

Granskare: Amanda Simonsson, kvalitetsledare psykisk hälsa, Lisa Brandelius och Lisa Westring arbetsgruppen psykisk hälsa primärvård (vuxna)

Ansvarig: kvalitetsledare psykisk hälsa/Amanda Simonsson

Datum:

2024-12-20 Nytt dokument.

2025-03-17 Emelie Tegmyr. Innehållet under rubrik WHODAS uppdateras utifrån uppdaterad nationell kunskapsstyrning; Nationell formulärsamling.

2025 08 12 Emelie Tegmyr. Tillägg PSS-10 bilaga 1: Uppföljning av behandlingsresultat

2026 02 13 Emelie Tegmyr. Tillägg: ASRS och WURS i löptext och tabell.

2026 03 14 Emelie Tegmyr. Går igenom de skattningsskalor som finns i nationell formulärsamling och uppdaterar referenser och tröskelvärden både i löptext och tabell i bilaga 1. Läger till AQ i löptext och tabell.

Referenser

1. **Zhu, M. et al.** "The Efficacy of Measurement-Based Care for Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." . *The Journal of clinical psychiatry* . 2021.
2. **Xiao, L. et al.** "The effectiveness of enhanced evidence-based care for depressive disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials." . *Translational psychiatry* . 2021.
3. **Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D. M., Crocker, A. G., de Beurs, E., ... & Langford, L.** Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research* . 2017.
4. **SibeR. Definitioner klinisk förbättring, SibeR- Svenska Internetbehandlingsregistret.** [Online] den 27 11 2023. https://registercentrum.blob.core.windows.net/siber/r/Vuxna-och-unga-fr-16-a-r_Definitioner-klinisk-fo-rba-ttring-diagn-BkxECEHpLu.pdf.
5. **The Appearance Anxiety Inventory: validation of a process measure in the treatment of body dysmorphic disorder.** Veale, D, et al. 2014, Behavioural and cognitive psychotherapy, pp. 42(5), 605–616.
6. **Empirically defining treatment response and remission in body dysmorphic disorder using a short self-report instrument.** Flygare, O., Chen, L. L., de la Cruz, L. F., Rück, C., Andersson, E., Enander, J., & Mataix-Cols, D. 2021, Behavior therapy, pp. 52(4), 821-829.
7. **Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K.** Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *nnals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*. 8(3) 145–148, 2006.
8. **The Autism-Spectrum Quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians.** Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. u.o. : J Autism Dev Disord, 2001, Vol. 31 (1): 5–1.
9. **Screening adults for Asperger Syndrome using the AQ: a preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice.** Woodbury-Smith, M. R., Robinson, J., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. u.o. : J Autism Dev Disord, Vol. 35 (3): 331–5.
10. **Anne H Berman 1, Hans Bergman, Tom Palmstierna, Frans Schlyter.** Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. 2005, Vol. 11(1).
11. **The Brunnsviken Brief Quality of Life Scale (BBQ): Development and Psychometric Evaluation.** Lindner, P, et al. 2016, Cognitive Behaviour therapy, pp. 45(3), 182-195.

12. *Eating Disorder Examination Questionnaire and Clinical Impairment Assessment Questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden.* Welch, E, et al. 2011, Behaviour Research and Therapy, pp. 49, 85-91.
13. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder.* Spitzer, R L, et al. 2006, Archives of General Medicine, pp. 166, 1092-97.
14. *Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment.* Conradsson M, Rosendahl E, Littbrand H, Gustafson Y, Olofsson B, Lövheim H. 2013, ss. 638– 45.
15. *Accuracy in detecting major depressive episodes in older adults using the Swedish versions of the GDS-15 and PHQ-9.* Pellas, J., & Damberg, M. 2021, Upsala Journal of Medical Sciences, s. 126(1).
16. *Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research.* Bastien, C H, Vallières, A and Morin, C M. 2001, Sleep Medicine, pp. 2, 297-307.
17. *Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale.* Besèr, A, et al. 2014, Scandinavian journal of psychology, pp. 1, 72-82.
18. *The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the properties of self-report and clinician administered formats.* Fresco, D M, et al. 2001, Psychological Medicine, pp. 31, 1025-35.
19. *Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire.* Hirschfeld, R.M.A., Janet B.W. Williams, D.S.W., Robert L. Spitzer, M.D., Joseph R. Calabrese, M.D., Laurie Flynn, B.S., Paul E. Keck Jr., M.D., Lydia Lewis, B.A., Susan L. McElroy, M.D., Robert M. Post, M.D., Daniel J. Rapport, M.D., James M. Russell, M. 2000, American Journal of Psychiatry, pp. 157(11), 1873-1875.
20. *Reliability of the CPRS between the disciplines of psychiatry, general practice, nursing and psychology in depressed patients.* Montgomery, S, et al. 1978, Acta Psychiatrica Scandinavia, pp. 57(S271), 29-32.
21. *A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale.* Svanborg, P and Åsberg, M. 1994, ACTA Psychiatrica Scandinavia, pp. 89, 21-28.
22. *Self- and clinician-rated Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice.* Journal Of Affective Disorders. Bondolfi, G, et al. 2010, Journal of Affective Disorders, pp. 121(3), 268-272.
23. *The Mobility Inventory for Agoraphobia.* Chambless, D L, et al. 1985, Behavior Research and Therapy, pp. 23, 35-44.
24. *The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory.* Psychological Assessment. Foa, E B, et al. 1998, Psychological Assessment, pp. 10, 206-214.
25. *Severity benchmarks and contemporary clinical norms for the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R).* Abramovitch, A, et al. 2020, Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, pp. 27, 100557.

26. *Empirically Defining Treatment Response and Remission in Obsessive-Compulsive Disorder Using the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*. Flygare, O, et al. 2023, *Behavior Therapy*, pp. 54(1), 43-50.
27. Weathers, F W, et al. The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). *The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5)*. [Online] 2013.
https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_Standard_form.PDF.
28. *The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist for DSM-5: A Systematic Review of Existing Psychometric Evidence*. Shannon R Forkus, Alexa M Raudales, Hanan S Rafiuddin, Nicole H Weiss, Brett A Messman, Ateka A Contractor. u.o. : *Clin Psychol (New York)*, 2023, Vol. Mar;30(1).
29. *Psychometric properties of the Swedish version of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in a mixed trauma sample. Under review*. Bondjers, K., Willebrand, M., & Arnberg., F. u.o. : *European Journal of psychotraumatology*, 2025.
30. *Reliable and clinically significant change in the clinician-administered PTSD Scale for DSM-5 and PTSD Checklist for DSM-5 among male veterans*. Marx, B P, et al. 2022, *Psychological Assessment*, pp. 34(2), 197.
31. *Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension*. Shear, M K, et al. 2001, *Journal of Psychiatric Research*, pp. 35, 293-296.
32. *Evidence-based guidelines for interpretation of the Panic Disorder Severity Scale*. Furukawa, T A, et al. 2009, *Depression and Anxiety*, pp. 26(10), 922-929.
33. *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. Kroenke, K, Spitzer, R L and Williams, J B. 2001, *Journal of general internal medicine*, pp. 16(9), 606-613.
34. *Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis*. Negeri, Z F, et al. 2021, *British medical journal*, p. 375.
35. *A global measure of perceived stress*. Cohen, S, Kamarck, T and Mermelstein, R. 1983, *Journal of health and behavior*, pp. 385-396.
36. *Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale*. Nordin, M and Nordin, S. 2013, *Scandinavian Journal of Psychology*, pp. 54, 502-507.
37. *The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis*. Salkovskis, P M, et al. 2002, *Psychological Medicine*, pp. 32(5), 843-853.
38. *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN)*. Connor, K M, et al. 2000, *British Journal of Psychiatry*, pp. 176, 379-386.
39. Andrews, G., Alice Kemp, A., Matthew Sunderland, M., Von Korff, M., Bedirhan Ustun, T. Normative Data for the 12 Item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. *PLoS. One*. 2009, Vol. 4(12).
40. *The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning*. Mundt, J C, Marks, I M and Greist, J M. 2002, *The British Journal of Psychiatry*, pp. 180(5), 461-464.

41. **Reliability and validity of the work and social adjustment scale in phobic disorders.** Mataix-Cols, D, et al. 2005, *Comprehensive Psychiatry*, pp. 46(3), 223-228.
42. **The work and social adjustment scale: Reliability, sensitivity and value,** *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. Zahra, D, et al. 2014, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, pp. 18(2), 131-138.
43. Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 150, 885-890, 1993.
44. **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.** Axelsson, E, et al. 2017, *JMIR mental health*, pp. 4(4), e7479.
45. **Psychometric evaluation of the WHODAS 2.0 and prevalence of disability in a Swedish general population.** Norén, P, et al. 2023, *Journal of patient-reported outcomes*, pp. 7(1), 1-11.
46. Shulman, M. A., Kasza, J., & Myles, P. S. Defining the Minimal Clinically Important Difference and Patient-acceptable Symptom State Score for Disability Assessment in Surgical Patients. *Anesthesiology*. 132(6), 1362-1370., 2020.

Bilaga 1. Översiktstabell tröskelvärden

Skattningsskala och användningsområde	Användningssätt	Tröskelvärde för klinisk nivå	Tröskelvärden för svårighetsgrad
AAI (0-40) Dysmorfofobi	Screening Uppföljning av behandlingsresultat	20 poäng	
ASRS (0-72) ADHD	Screening		Indikativ nivå: >17 poäng (ökad sannolikhet), >24 poäng (högre sannolikhet)
AQ (0-50) Autismspektrum	Screening	32 poäng indikerar	
AUDIT (0-40) Alkoholkonsumtion	Screening Bedömning av svårighetsgrad	Riskbruk Män>5 poäng Kvinnor>4 p.	Män:8-15, 16-19, 20-40 Kvinnor: 6-13, 14-17, 18-40
BBQ (0-96) Livskvalitet	Screening	53 poäng	
DUDIT (0-44) Droganvändning	Screening	>1 poäng: problematiskt bruk kan föreligga. Drogrelaterade problem Män >6 poäng Kvinnor >2 p.	>12 poäng förekommer med all sannolikhet en beroendediagnos
EDE-Q (0-6) Ätstörning	Screening Uppföljning av behandlingsresultat	Medelvärde 2,76 poäng	
GAD-7 (0-21) GAD och ospecifika ångesttillstånd	Screening Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat	5 poäng	5-9: mild ångest 10-15: måttligt svår ångest 16-21: svår ångest
GDS-15 (0-15) Depression och depressiva symtom hos äldre	Screening Bedömning av svårighetsgrad	6 poäng	

Skattningsskala och användningsområde	Användningssätt	Tröskelvärde för klinisk nivå	Tröskelvärden för svårighetsgrad
ISI (0-28) Insomni	Screening Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat	10 poäng	8-14: indikerar milda till måttliga sömproblem 15-21: indikerar måttliga sömproblem. 22-28: indikerar svåra sömproblem
KEDS (0-54) Utmattningssyndrom	Screening Uppföljning av behandlingsresultat	19 poäng	
LSAS-SR (0-144) Social fobi (Social ångest)	Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat	30 poäng – specifik social fobi 60 poäng generaliserad	55-65: måttlig 66-80: påtaglig 81-85: svår 96-144: mycket svår
MDQ (0-13) Bipolaritet	Screening	7 poäng	
MADRS-S (0-54) Depression	Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat	13 poäng	13-19: lindrig 20-34: måttlig 35-54: svår depression
MI/MIA (medelvärde 0-5) Agorafobi	Screening Uppföljning av behandlingsresultat	Medelvärde 2,3 eller högre	
OCI-R (0-72) OCD/tvångssyndrom	Screening Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat	Vid screening: 21 poäng	0-15: mild 16-27: måttlig 28-72: svår
PCL-5 (0-80) PTSD	Screening Uppföljning av behandlingsresultat	Ej fastställd gräns. 31-33 poäng möjlig indikator	
PDSS-SR (0-28) Paniksyndrom	Screening Uppföljning av behandlingsresultat	8 poäng	0-7: inget/minimalt 8-10: lindrigt 11-15: måttligt >15: svårt
PHQ-9 (0-27) Depression	Screening	10 poäng	0-4: ingen/minimal 5-9: mild

Skattningsskala och användningsområde	Användningsätt	Tröskelvärde för klinisk nivå	Tröskelvärden för svårighetsgrad
	Bedömning av svårighetsgrad		10–14: måttlig 15–19: medelsvår 20–27: svår depression
PSS-10 (0–40) Stress	Screening Uppföljning av behandlingsresultat	19 poäng	
SHAI-14 (0–42) Hälsångest	Screening Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat	18 poäng	0–27: ingen/minimal 28–32: måttlig 33–42: svår hälsångest
SPIN (0–68) Social ångest	Screening Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat	21 poäng	0–10: frånvaro av symtom 11–20: gränfall/mycket lindrig 21–30: lindrig 31–40: måttlig 41–50: svår
WHODAS-12 (0–100) Funktionsförmåga	Screening Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat		100 procent innebär extrema svårigheter och 0 procent : ingen funktionsnedsättning.
WSAS (0–40) Funktionsförmåga	Bedömning av svårighetsgrad Uppföljning av behandlingsresultat		<15: lindrig funktionsnedsättning 15–30: måttlig >30: svår
WURS (0-110) ADHD	Screening		Indikativ nivå: ≥36 poäng (ökad sannolikhet för adhd-symtom i barndomen). ≥44 poäng indikerar hög sannolikhet.

Bilaga 2. Översiktstabell diagnosgrupper och diagnoskoder

Diagnos-grupp	ICD-koder som ingår	Skattnings-skala	Funktionsmått
Depression	F330 Recidiverande depression, lindrig episod F399 Ospecificerat förstämningssyndrom F388 Andra specificerade förstämningssyndrom F381 Andra recidiverande förstämningssyndrom F380 Andra enstaka förstämningssyndrom F349 Kroniskt förstämningssyndrom, ospecificerat F348 Andra specificerade kroniska förstämningssyndrom F341 Dystymi F339, Recidiverande depression ospecificerad F338 Andra specificerade recidiverande depressioner F320 Lindrig depressiv episod F321 Medelsvår depressiv episod F322 Svår depressiv episod utan psykotiska symtom F328 Andra specificerade depressiva episoder F329 Depressiv episod, ospecificerad F333 Recidiverande depression, svår episod med psykotiska symtom F331 Recidiverande depression, medelsvår episod F332 Recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symtom	MADRS-S	WHODAS-12
Social fobi	F401 Social fobi	SPIN	WHODAS-12
Panik-syndrom	F400 Agorafobi F410 Paniksyndrom	PDSS-SR	WHODAS-12
Generaliserat ångest-syndrom och blandade ångest-tillstånd	F411 Generaliserat ångestsyndrom F413 Andra blandade ångesttillstånd F418 Andra specificerade ångesttillstånd F419 Ångesttillstånd, ospecificerat F412 Blandade ångest och depressionstillstånd	GAD-7	WHODAS-12
Tvångs-syndrom	F420 Tvångssyndrom präglad av tvångstankar F421 Tvångssyndrom präglad av tvångshandlingar F422 Tvångstankar med tvångshandlingar F429 Tvångssyndrom ospecificerat F428 Andra specificerade tvångssyndrom	OCI-R	WHODAS-12

Diagnos-grupp	ICD-koder som ingår	Skattnings-skala	Funktionsmått
Stress-syndrom	F438W Andra reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom F438 Andra specificerade reaktioner på svår stress F432 Anpassningsstörning F439 Reaktion på svår stress, ospecificerad	PSS-10	WHODAS-12
Utmattningssyndrom	F438A Utmattningssyndrom	KEDS	WHODAS-12
Hälsoångest	F451 Somatoformt syndrom F452 Hypokondri	SHAI-14	WHODAS-12
Dysmorfofobi	F452A Dysmorfofobi	AAI	WHODAS-12
Sömn-störning	G470 Insomni F510 Icke organisk sömnlöshet G472 Dygnsrytmstörning G479 Sömnstörning, ospecificerad F519 Icke organisk sömnstörning, ospecificerad F518 Andra specificerade icke-organiska sömnstörningar	ISI	WHODAS-12
Ätstörningar	F502 Bulimia nervosa F503 Atypisk bulimia nervosa F508 Annan specificerad ätstörning F509 Ätstörning, ospecificerad F504 Överdrivet ätande i sammanhängande med andra psykiska störningar F505 Kräkningar sammanhängande med andra psykiska störningar	EDE-Q	WHODAS-12
PTSD	F431 Posttraumatiskt stressyndrom F430 Akut stressreaktion	PCL-5	WHODAS-12
Psykiska symtom	R450 Nervositet R451 Rastlöshet och upphetsning R452 Olycklighetskänsla R453 Apati och förlust av självförtroende R454 Irritabilitet och vrede R455 Fientlig attityd R456 Fysisk våldstendens R457 Tillstånd med känslomässig chock och stress, ospecificerat	Eventuellt lämplig diagnosspecifik skala enligt tabell	WSAS

Diagnos-grupp	ICD-koder som ingår	Skattnings-skala	Funktionsmått
	R458 Andra symtom och sjukdomstecken avseende känsloläget		
Psykosocial problematik	Z729 Problem som har samband med livsstil, ospecificerat Z739 Problem som har samband med att kontrollera livssituationen, ospecificerat		WSAS