

Fungerar ASRS som remissunderlag till öppenpsykiatri för ADHD utredning?



Stefan Wallin, ST läkare
Vårdcentral Maria Alberts

Rapport 2017:23

FoUU-centrum Fyrbodal

Rapport 2017:23

FoU i VGR: <http://www.researchweb.org/is/vgr/project/224641>

Utförd i kurs Vetenskapligt Förhållningssätt

Närhälsan FoU primärvård

FoUU-centrum Fyrbodal

Handledare:

Bertil Marklund, professor

Närhälsan FoU primärvård, Västra Götalandsregionen

Karin Mossberg, ST-läkare Allmänmedicin, Närhälsan, Herrestad
vårdcentral, Uddevalla. PhD Sahlgrenska Universitetssjukhus Göteborg

Sammanfattning

Då allt fler patienter önskar ADHD utredning och kommer till sin vårdcentral för att få remiss till psykiatri behövs det ett bra verktyg med hög specificitet och sensitivitet för att se till att rätt personer remitteras för utredning. Denna litteraturstudie ämnar att undersöka om "Adult ADHD self report scale" också känt som ASRS v1.1, är ett bra instrument för allmänläkare att använda sig av för detta syfte. Efter genomgång av de mest relevanta studierna framkommer att ASRS har styrkor men troligen ska användas på ett annorlunda sätt än hur det tillämpas idag då specificiteten varierar från hög till låg beroende på i vilken grupp som studeras.

Nyckelord

ASRS, ADHD, specificity, validity, diagnosis

Introduktion

ADHD bland vuxna har uppmärksammats mer och mer de senaste åren. Prevalensen har ökat i takt med att kunskapen om att ADHD persisterar och manifesteras även i vuxen ålder. Enligt en rapport från socialstyrelsen 2016 har andelen vuxna som står på läkemedel mot ADHD ökat med 600% mellan 2006 och 2015 för män mellan 18-24 år och motsvarande siffra för kvinnor är 1099%(1). Den ökade förekomsten av sjukdomen gör att trycket på utredningar har ökat och remisshanteringen och handläggningstiderna förlängs. Detta innebär stor frustration inte minst för läkare inom primärvården då många patienter som önskar utredning behöver en remiss från vårdcentralen.

Som hjälp för allmänläkare finns beslutsstöd som till exempel regionala medicinska riktlinjer(2). Här presenteras väsentliga anamnestiska uppgifter som ska föranleda misstankar om ADHD och ligga till grund för diagnosen. Man rekommenderar även i de flesta fall att patienten i fråga har genomgått ett ASRS vilket är en förkortning av "Adult ADHD self report scale" (bilaga 1-2). Detta är en självskattningsskala där patienten får beskriva hur ofta hen känner av särskilda symtom. Frågorna besvaras med svarsalternativ i sex steg från "aldrig" till "mycket ofta". Dessa frågor korrelerar i olika grad till DSM IV kriterier för ADHD.

ASRS utvecklades av Kessler et al 2003 och blev efter ett par år ett vedertaget screeningsinstrument inom WHO och har översatts till flera språk. Det används nu på olika sätt på många olika språk runt om i världen. I Sverige används den alltså som remissunderlag till öppenspsykiatri.

Felaktig diagnos

Samtidigt som ADHD bland vuxna ökar finns det rapporter om att det finns ett ökande antal patienter med felaktig diagnos. Detta tros bero på sekundära vinster som patienten får i och med diagnosen. Tillgång till centralstimulerande läkemedel som förutom till egen användning även kan säljas vidare till missbrukare är också en anledning till att en ADHD diagnos kan vara eftertraktad. Detta problem fördjupas av att många tester och skattningsskalor är lättmanipulerade(3).

Det är därför viktigt att en självskattningsskala rörande ADHD, som allmänläkare i Västra Götalandsregionen förväntas använda och bifoga som remissunderlag, är tillförlitlig och inte medför att för stort antal patienter remitteras i onödan. Detta kan medföra att belastningen på utredande enheter blir ohållbar men även i att underminera samhällets tro på sjukdomens allvarlighetsgrad och vikten av adekvat behandling och bemötande av patienter med korrekt diagnos.

Syfte

Syftet är att undersöka specificiteten i ASRS ur ett allmänläkarperspektiv.

Metod

Sökning i pubmed med meshtermerna:

ADHD ASRS adult validity or ADHD ASRS adult specificity or ADHD ASRS adult diagnosis.

Sökningen gjordes 20170301 och gav 112 resultat

Alla studier som undersöker adolescent har strukits. Alla studier som undersöker komorbiditet med missbruk har strukits. Alla studier som är skrivna på annat språk än engelska har strukits. Av de studier som finns kvar har åtta valts ut som passar frågeställningen bäst.

Resultat

Den första studie som berör ämnet är ursprungsstudien från 2004(4). Två psykiatriker och en grupp av kliniska experter tog fram ett stort antal frågor vars svar korrelerade till symtom av ADHD. Dessa kondenserades sedan ner till 18 frågor - en fråga för varje symtom enligt DSM IV som ingår i diagnosen. Dessa 18 frågor är de som utgör självskattningsskalan idag. ASRS, som den kom att kallas, prövades sedan på 154 patienter ur ett patienturval som varit föremål för en undersökning om komorbiditet gällande ADHD i barndomen från 2003. Dessa patienter genomgick sedan en tvådelad klinisk intervju för att bekräfta eller utesluta diagnosen ADHD. Slutligen fick de göra ASRS. Testet kalibrerades sedan för att få fram vilken nivå av symtomrapportering som krävs (aldrig, sällan ofta, väldigt ofta) för att symtomkriteriet ska bedömas uppfyllt. På detta sätt minimerade man i efterhand andelen falskt negativa och falskt positiva i just det här urvalet.

Man tar upp i diskussionen att man använder en klinisk intervju som gold standard vilket kan ha brister. Man tar även upp att man designar testet för att få lika många falskt positiva som falskt negativa. För övrigt poängterar man att självskattningsskalan genomfördes efter den kliniska intervjun vilket möjligen har påverkat - sensitiserat - patienterna för sina egna symtom och därför påverkat testresultatet. Därtill användes ingen anhörig för att stödja diagnos. Man undersöker även 6 frågors versionen och finner den bättre än den längre versionen och anser den lämplig att tillämpa som screeningsinstrument i primärvården. Sammanfattningsvis blir specificiteten väldigt hög för de cut-off-värdena man valde att tillämpa. För 18 frågors versionen var sensitiviteten 56,3 % och specificiteten 98,3%. För sex frågors versionen 68,7% respektive 99,5%.

Kessler, som är huvudförfattaren till ursprungsstudien, visar i en senare studie att kortversionen av ASRS är bättre än den längre versionen(5). Man undersökte validiteten genom att telefonintervjua ett stort antal patienter där sedan två grupper valdes ut efter positiva och negativa testresultat. I ett tredje steg, för att bekräfta eller utesluta diagnos, genomfördes en semistrukturerad klinisk intervju. Man fick här fram en specificitet på 88,3 eller 94,0 beroende på hur man poängsätte svarsalternativen medan sensitiviteten var lägre - 39,1 eller 64,9. ASRS var även stabilt över tid.

Begränsningar i denna studie är återigen att endast patienten själv, ingen anhörig, lämnar uppgifter i intervjun. Man tror här som tidigare att detta får symtomen att underskattas snarare än överskattas.

Pettersson et al har två studier på området. Den första publicerades 2014 och i den ingick patienter som remitterats för ADHD utredning mellan 2009 och 2011(6). Ur denna grupp kunde man analysera 61 patienter baserat på deras testresultat i tre diagnostiska verktyg CSS (current symptom scale), ASRS och CPT (continuous performance test). Gruppen kunde sedan delas in i två då 41 patienter slutligen fick diagnosen ADHD vilken ställdes enligt gängse riktlinjer och till viss del baserat på resultaten i de tre testerna. Man fann här att självskattningsskalorna CSS och ASRS har bågge hög sensitivitet men lägre specificitet. ASRS i det här fallet hade en sensitivitet på 90,2 men en specificitet på 35%. Man tar dock upp att studien har begränsningar dels på grund av storleken men även då den ej är blindad d.v.s. att de personer som satte diagnosen ADHD också hade tillgång till

testresultaten på de studerade verktygen. Kanske med anledning av detta gör man en mer utförlig studie något år senare där bristerna har korrigerats.

I studien "diagnosing ADHD in adults: an examination of the discriminative validity of neuropsychological test and diagnostic assessment instruments" får ASRS en sensitivitet på 91.7 och en specificitet på 27.1 enligt samma studiedesign(7). 108 patienter som remitterats från öppenspsykiatrin för ADHD utredning studerades. Alla patienter gick igenom samma procedur inkluderat 8 neuropsykologiska tester, en semistrukturerad intervju, självskattning etc. Alla testutförare var blindade till de övriga testresultaten. Slutligen sattes diagnosen ADHD om alla kriterier och konsensus var uppfyllda. 60 patienter fick slutligen diagnosen ADHD.

Hines et al gör en studie som publiceras 2012(8). I denna gör man en väntrumsundersökning på en vårdcentral i USA. I detta fall används den förkortade versionen med endast sex frågor. ASRS delades ut till patienter sittande i väntrum på 8 vårdcentraler därefter fick de som skattade positivt utföra ett mer utförligt frågeformulär - CAARS-S som är utvecklat ur Connors Adult ADHD rating scale och har en sensitivitet på 82% och en specificitet på 87%. Man tog även en slumpmässigt vald grupp ur de som fick negativt resultat och lät dem göra CAARS-S som jämförelse. 217 patienter tillfrågades om de kunde vara med 200 accepterade. 30 testade positivt på ASRS och 25 av dessa tog CAARS-S. Av de 170 som testade negativt utvaldes en grupp på 35 och 30 av dessa gjorde CAARS-S. Av de som testade positivt på ASRS och tog CAARS testade 48% positivt på CAARS-S. Av de 30 som testade negativt på ASRS testade en person positivt på CAARS-S. Detta ledde fram till en sensitivitet för ASRS kortversion på 92 procent och en specificitet på 69. I diskussionen tar man upp att en anledning till den relativt låga specificiteten jämförelse med tidigare studier kan ha att göra med att många patienter tror att de har ADHD och vill bli testade. Vad som är positivt för testet är dock att det är lätt att administrera och tar kort tid vilket gör det lämpligt för primärvården.

En israelisk studie bedömer validiteten i den hebreiska versionen av ASRS(9). Urvalet bestod av universitetsstudenter varav en del av dessa plockades in med redan kända ADHD diagnoser för att berika underlaget. Urvalsgruppen fick veta att undersökningen rörde hälsa men fick inte reda på att den var designad för att studera ADHD specifikt. Man undersökte även om testet kunde administreras i pappersform och eller via dator och i så fall vilket sätt som var bäst. Specificitet och sensitivitet räknades ut genom att jämföra testresultaten för de utan diagnos och för de med bekräftade diagnoser. Denna fann att ASRS pappersformulär har en sensitivitet på 40-65 % (kortversion vs långversion) och en specificitet på 78,4 kontra 68%.

Melissa D. Fuller Killgore et al undersökte 111 universitetsstudenter i USA med hjälp av självskattningsformulär(10). Bland dessa fanns ASRS kort och långversion. Syftet var att få en jämföra de olika testernas validitet men även för att som det fanns någon korrelation mellan testresultat och studieresultat och kognitiva färdigheter. Som ett led i studien fick de 111 deltagarna även rapportera om de hade ADHD sedan tidigare. För att få fram sensitivitet och specificitet jämförde man testresultaten för de som sagt de hade ADHD med de som hade meddelat att de inte hade ADHD. Sensitiviteten för ASRS kort respektive lång version var 21,4 och 7,1 % medan specificiteten var 95,8 och 100%. Man diskuterar sedan angående studiens brister att självrapportering av tidigare ADHD

diagnos är ett osäkert sätt att mäta sensitivitet och specificitet men samtidigt menar man att det inte funnits några incitament för deltagarna att ljuga om sitt hälsotillstånd.

Privitera et al utförde ett experiment för att se hur deltagares självförtroende och/eller självkänsla inför en ADHD utredning påverkar resultatet av självrapporteringsskalor (11). Denna undersökning utfördes genom att man tog en grupp universitetsstuderande och valde ut deltagare för att få fram ett urval med så lite kännedom om ADHD diagnostik och behandling som möjligt och därtill utan tidigare kända psykiska sjukdomar. 74 valdes ut och alla fick genomföra ASRS 18 frågor. 20 deltagare fick kliniskt signifikanta resultat på testet och resterande 54 valdes ut till att utföra experimentet. Dessa 54 delades in i tre grupper som fick göra om testet en vecka senare dock med omvänd ordning på frågorna. De tre grupperna hade inför testet fått olika feedback. Den ena gruppen fick feedback på att de hade tecken talande för ADHD, den andra gruppen på att de inte hade tecken talande för ADHD och den tredje gruppen fick ingen feedback alls. I själva verket var feedbacken grundlös då testresultaten inte skilde sig mellan grupperna vid första testningen. Resultatet av den andra testningen var dock att gruppen som hade fått feedback om att de hade symtom talande för ADHD fick nu signifikant högre resultat. Av 18 negativa vid den första testningen fick nu 8 av dessa positiva resultat talande för en ADHD diagnos. Denna studie undersöker inte sensitivitet eller specificitet för testet men resultatet understryker hur förutfattade meningar om sin egen hälsa kan påverka testresultatet. Man menar att eftersom många som söker för att genomgå ADHD utredning troligen har en förutfattad mening om att de lider av sjukdomen så finns det en risk för att de överskattar sina symtom vilket gör ASRS till icke tillförlitligt.

Diskussion

Denna litteraturstudie har visat att det råder delade meningar angående ASRS tillförlitlighet. Vissa studier pekar på att testet har låg sensitivitet men däremot mycket bra specificitet(4,5,10). Detta kan ha att göra med att patienter underskattar sina symtom möjligen på grund av att ADHD diagnosen är förenat med stigmatisering. Andra tester visar dock att testet snarare har en låg specificitet men en bättre sensitivitet(6,7). Detta förklarats snarare av att patienter har en tendens att överskatta sina symtom. Andra studier hamnar nånstans mittemellan(8,9).

Experimentet som utfördes angående förutfattade meningar om ADHD belyser en intressant aspekt som kanske kan förklara de olika resultaten i de olika studierna(10). Här kan man se att patientens föreställningar om sin hälsa på ett tydligt sätt påverkar resultatet i självskattningsskalan. Möjligen är det ett sådant fenomen som ger den låga specificiteten i Petterssonstudierna då urvalet är patienter som remitterats för en ADHD utredning och då möjligen har en övertygelse om att de lider av sjukdomen(6,7). I detta fall hade det varit intressant att se huruvida specificiteten påverkas av om patienten själv önskat en utredning eller om den är initierad av den remitterande läkaren.

I de studier där ASRS får högre specificitet rör det sig oftast om screeningstudier på en grupp människor som inte önskar utredning eller är del i en utredning. Här

kan det som tidigare diskuterats finnas en ovilja att ha diagnosen på grund av stigmatisering.

Petterssonstudierna är trots allt de studier som i de närmaste belyser min frågeställning(6,7). De ligger närmast den kliniska vardag som råder på en vårdcentral i Sverige. Det rör sig då framför allt om patienter som tror sig ha ADHD och önskar en utredning mer än att läkaren själv misstänker diagnosen. Här får man fram en generellt låg specificitet för ASRS och betonar i sin diskussion att ASRS inte är ett användbart diagnostiskt verktyg. Då det är för inkluderande - ger för många falskt positiva resultat. I diskussionen påtalar man att den strukturerade intervjun DIVA har en mycket högre specificitet. Detta är dock mycket mer tidskrävande varför det inte lämpar sig på en vårdcentral.

Andelen som önskar utredning för ADHD överstiger kapaciteten hos utredande enheter vilket resulterar i långa väntetider och lång tid för sant positiva diagnoser att få hjälp. När dessa personer kommer till vårdcentralen behövs det ett bra verktyg som förutom bra sensitivitet även har en hög specificitet. I denna litteraturstudie har jag inte kunnat visa att ASRS uppfyller dessa kriterier. Man bör dock ta till vara den höga sensitivitet som testet har och använda det som ett regelrätt screeningsinstrument. Med detta menas inte när patienten initierat en utredning utan när misstanken väcks av läkaren själv som vid missbruksproblem eller annan komorbiditet associerad med diagnosen.

Konklusion/slutsats

ASRS sensitivitet och specificitet är beroende av vilken grupp som testas. Det finns anledning att tro att testets låga specificitet gör det olämpligt att använda i som remissunderlag när patienten önskar utredning. Troligen är det bättre att använda när läkaren själv misstänker en ADHD diagnos.

Referenser

1. Föreskrivning av adhd-läkemedel 2015 – Trender och prognos av utvecklingen 2016-06-08 09:00 Socialstyrelsen.se 2017-04-01 09:00
2. Utredning vid misstanke om ADHD hos vuxna. Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 10-2016) giltigt till september 2018. Utarbetad av sektorsråd psykiatri och sektorsråd allmänmedicin <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/3584/Utreddning%20vid%20misstanke%20om%20ADHD%20hos%20vuxna.pdf?a=false&guest=true> 2017-04-01 09:00
3. Julie a. suhr et al. the relationship of non-credible performance to continuous performance test scores in adults referred for attention-deficit/hyperactivity disorder evaluation”.
4. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med.* 2005 Feb;35(2):245-56.
5. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007;16(2):52-65.
6. Söderström S, Pettersson R, Nilsson KW. Quantitative and subjective behavioural aspects in the assessment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Nord J Psychiatry.* 2014 Jan;68(1):30-7. doi: 10.3109/08039488.2012.762940. Epub 2013 Mar 26
7. Pettersson R, Söderström S, Nilsson KW. Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *J Atten Disord.* 2015 Dec 17. pii: 1087054715618788. [Epub ahead of print
8. Hines JL, King TS, Curry WJ. The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Board Fam Med.* 2012 Nov-Dec;25(6):847-53. doi: 10.3122/jabfm.2012.06.120065.
9. Zohar AH, Konfortes H. Diagnosing ADHD in Israeli adults: the psychometric properties of the adult ADHD Self Report Scale (ASRS) in Hebrew. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2010;47(4):308-15.
10. Fuller-Killgore MD1, Burlison J, Dwyer W. Comparison of three ADHD screening instruments in college students of varying cognitive ability. *J Atten Disord.* 2013 Jul;17(5):449-54. doi: 10.1177/1087054712438136. Epub 2012 Mar 26.
11. Privitera GJ, Agnello JE, Walters SA, Bender SL. Randomized feedback about diagnosis influences statistical and clinical significance of self-report ADHD assessment in adults. *J Atten Disord.* 2015 May;19(5):447-51. doi: 10.1177/1087054712461178. Epub 2012 Oct 9.

Vuxen-ADHD Självrapportskala (ASRS-v1.1) Instruktioner till Symtom-checklistan

Frågorna på baksidan är tänkta att stimulera en dialog mellan dig och dina patienter och att hjälpa till att bekräfta om de uppvisar ADHD-symtom.

Beskrivning: Symtom-checklistan är ett instrument som består av de arton kriterierna enligt DSM-IV-TR. Sex av de arton frågorna har visat sig vara de som är mest prediktiva av ADHD-symtom. Dessa sex frågor utgör grunden för ASRS Screener v1.1 och utgör även del A av Symtom-checklistan. Del B av Symtom-checklistan innehåller de återstående tolv frågorna.

Instruktioner:

Symtom

1. Be patienten fylla i både del A och B av Symtom-checklistan genom att markera med ett kryss i den ruta som bäst motsvarar förekomsten av varje symtom.
2. Lägg ihop värdena för del A. Om fyra eller fler kryss är markerade i de mörkt skuggade rutorna inom del A uppvisar patienten symtom som i hög grad överensstämmer med ADHD hos vuxna och motiverar vidare utredning.
3. Symtomfrekvensen som markerats i del B ger ytterligare tecken och kan fungera som en vägvisning vad det gäller patientens symtom. Notera särskilt de kryss som hamnar inom det skuggade området. De frekvensbaserade svarsalternativen uppvisar större känslighet för vissa frågor. Inget totalvärde eller diagnostisk sannolikhet används för dessa tolv frågor. Det har visat sig att de sex frågorna under del A är de som är mest prediktiva för störningen och fungerar bäst som screening instrument.

Funktionsnedsättning:

1. Gå igenom hela Symtom-checklistan med dina patienter och gör en bedömning av graden av funktionsnedsättning förknippad med symtomen.
2. Beakta arbete/skola, den sociala omgivningen och familjeförhållanden.
3. Frekvensen av symtom står ofta i relation till symtomens allvar. Därför kan checklistan vara vägledande i bedömningen av funktionsnedsättningar. Om dina patienter har frekventa symtom kan det vara idé att be dem förklara hur dessa problem har påverkat deras förmåga att sköta arbetet, hemmet eller komma överens med andra människor, såsom make/maka/sambo.

Sjukdomshistoria:

1. Gör en bedömning av förekomsten av dessa symtom eller liknande symtom i barndomen. Vuxna med ADHD har inte nödvändigtvis fått diagnosen som barn. För att göra en bedömning av patientens historia, sök efter tecken på tidiga och ihållande problem med uppmärksamhet eller självkontroll. Vissa betydande symtom bör ha funnits i barndomen, men en fullständig sjukdomsbild är inte nödvändig.

Vuxen-ADHD Självrapportskala (ASRS-v1.1) - Symtom-checklista

Patientens namn	Dagens datum					
Besvara frågorna nedan genom att skatta dig själv med hjälp av skalan till höger. För varje fråga, sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver hur du har känt och betett dig de senaste 6 månaderna. Lämna gärna den ifyllda checklistan till din läkare vid dagens besök så att ni tillsammans kan gå igenom resultatet.		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
1.	Hur ofta har du svårigheter med att avsluta de sista detaljerna i en uppgift/ett projekt när de mer krävande momenten har avklarats?					
2.	Hur ofta har du svårigheter med att få ordning på saker och ting när du ska utföra en uppgift som kräver organisation?					
3.	Hur ofta har du problem att komma ihåg avtalade möten, t ex läkarbesök, eller åtaganden?					
4.	Hur ofta händer det att du undviker eller skjuter på att sätta igång med en uppgift som kräver mycket tankemöda?					
5.	Hur ofta händer det att du sitter och plockar med något, eller skruvar på dig och rör händer eller fötter när du är tvungen att sitta en längre stund?					
6.	Hur ofta känner du dig överaktiv och tvungen att hålla igång, som om du gick på högvarv?					
Del A						
7.	Hur ofta händer det att du gör slarvfel när du arbetar med en tråkig eller svår uppgift?					
8.	Hur ofta händer det att du har svårt att hålla kvar uppmärksamheten när du utför tråkigt eller monotont arbete?					
9.	Hur ofta händer det att du har svårt att koncentrera dig på vad folk säger, även när de pratar direkt till dig?					
10.	Hur ofta händer det att du förlägger eller har svårt att hitta saker hemma eller på arbetet?					
11.	Hur ofta händer det att du distraheras av händelser eller ljud i din omgivning?					
12.	Hur ofta händer det att du lämnar din plats under möten eller i andra situationer där du förväntas sitta kvar?					
13.	Hur ofta händer det att du känner dig rastlös eller har svårt att vara stilla?					
14.	Hur ofta händer det att du har svårt att gå ner i varv och koppla av när du har en stund över?					
15.	Hur ofta händer det att du kommer på dig med att prata för mycket i sociala sammanhang?					
16.	Hur ofta händer det att du avslutar meningar åt dem du talar med, innan de själva hinner avsluta dem?					
17.	Hur ofta händer det att du har svårt att vänta på din tur i situationer då det krävs?					
18.	Hur ofta händer det att du avbryter/stör andra när de är upptagna?					
Del B						

Närhälsan

Närhälsan FoU primärvård, FoUU-centrum Fyrbodal,
Vänerparken 15, 462 35 Vänersborg
Hemsida: www.narhalsan.se/fou-fyrbodal