

Forskning och teori

Under denna rubrik publicerar redaktionen de originalartiklar som inkommit till redaktionen och passerat extern granskning.

Vart är alkoholpreventionen inom primärvården på väg?

Preben Bendtsen och Kjell Johansson

Förväntningar på att primärvården skall ta ett ökat ansvar för patienter med hög alkoholkonsumtion har varit stora och forskningen har visat effekter av enkla interventioner som tar 5-10 minuter av läkarens tid i anspråk. På senare tid har det dock ifrågasatts om denna interventionsmodell är anpassad till primärvården, då den visat sig svår att integrera i hälso- och sjukvårdens rutinverksamhet. I artikeln diskuterar författarna olika möjligheter att utveckla alkoholscreening och intervention mot bättre anpassning till primärvårdens villkor, samtidigt som man når större delen av de patienter som har en alkoholkonsumtion som behöver förändras.

Preben Bendtsen är docent i Socialmedicin och Folkhälsovetenskap vid Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings Universitet och arbetar som forskningsledare för en alkoholskadepreventionsgrupp med inriktning både mot primärvården och akutmottagningar på sjukhus. E-post: prebe@ihs.liu.se

Kjell Johansson är beteendevetare och doktorand inom Socialmedicin och Folkhälsovetenskap vid Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings Universitet. Forskningsområdet är hinder och möjligheter för alkoholpreventivt arbete inom primärvården. E-post: kjell.johansson@lio.se

Introduktion

Det har sedan lång tid funnits stora förväntningar på att primärvården skulle ta ett ökat ansvar för patienter med hög alkoholkonsumtion. Randomiserade studier har visat relativt goda effekter av enkla interventioner som inte tar mer än 5-10 minuter av läkarens tid i anspråk. En stor svårighet har dock visat sig vara att få läkarna att screena alla patienter för hög alkoholkonsumtion. På senare tid har allt fler forskare ifrågasatt om

denna modell, som varit tongivande, är den rätta för primärvården. Ett enklare och mer selektivt screeningskoncept håller nu på att växa fram och fokus har också i större utsträckning riktats mot sjuksköterskornas roll i det alkoholpreventiva arbetet. I ett europeiskt sammanhang pågår ett arbete med att ta fram nya reviderade riktlinjer för primärvårdens engagemang och i Sverige har regeringen gett Familjemedicinska Institutet (FAMMI) i uppdrag att stödja primärvårdens

kompetens och engagemang vad gäller alkoholprevention, i hopp om att förväntningarna på primärvården åtminstone till viss del kan infrias – även om detta fortfarande tycks vara en stor utmaning.

Bakgrund

Sveriges inträde i EU har medfört en rad ändringar i den svenska alkoholpolitiken, som har minskat statens möjlighet att påverka befolkningens alkoholkonsumtion. Effekten av detta har blivit en ökande konsumtion sedan slutet av 90-talet så att den beräknade medelkonsumtionen nu överstiger 10 liter ren alkohol, vilket är mer än på 100 år. För att dämpa denna utveckling antog regeringen en Nationell handlingsplan (Socialstyrelsen, 2000) för att förebygga alkoholskador där man bl a kan läsa:

Det finns också ett starkt forskningsstöd för att alkoholprevention inom sjukvården har positiva effekter. Ett stort antal undersökningar visar att om en läkare eller sköterska ställer frågor om patientens alkoholkonsumtion och ägnar 5–10 minuter åt att ge storkonsumenter råd att skära ner sin konsumtion leder detta till en minskning av alkoholkonsumtionen i målgruppen med 20–30 procent.

Bakom denna skrivning i handlingsplanen ligger många års forskning kring utveckling av enkla metoder för identifikation av och rådgivning till personer med hög alkoholkonsumtion, vilket på engelska ofta refereras till som ”brief intervention” och på svenska som enkel eller minimal intervention. Grundtanken är att nå så många personer som möjligt med hög alkoholkonsumtion i ett så tidigt skede som möjligt och därmed uppnå rimliga resultat utan för stora arbetsinsatser.

Anledningen till denna ansats är att den stora majoriteten av alkoholrelaterade skador och sjukdomar finns bland dem som har

en relativt låg till måttlig veckokonsumtion, men som nu och då dricker på en riskfylld nivå s k intensivkonsumtion (Roche and Freeman, 2004). Denna ”preventionsparadox” som beskrivs bl a av Kreitman som listade de olika grader av alkoholrelaterade problem som finns i befolkningen till följd av alkoholkonsumtion och visade att en stor andel av dessa förekommer bland dem som relativt dricker minst, men som däremot utgör en stor andel av befolkningen (Kreitman, 1986). Nyligen har Skog också hävdad att de flesta alkoholrelaterade problemen kan tillskrivas den stora andel av befolkningen som mer eller mindre frekvent dricker sig berusade (Skog, 1999), utan att med nödvändighet ha en hög medelkonsumtion. Det finns således en god teoretisk förankring för att hälso- och sjukvården borde uppmärksamma patienternas alkoholvanor i större omfattning än vad som nu är fallet.

Dryckesmönstrets betydelse för alkoholrelaterade skador.

Samtidigt som det finns gott om litteratur om alkoholpolicy och befolkningsbaserad konsumtionsstatistik så finns det relativt få studier som fokuserar på dryckesmönstrets betydelse för den enskildes risk att få alkoholrelaterade skador och sjukdomar. De två riskmått som man här bör uppmärksamma är dels hur mycket en person i genomsnitt dricker en typisk vecka och dels hur ofta man har en tillfällig hög alkohol konsumtion, s k intensivkonsumtion. Medan det visats att en hög veckokonsumtion ökar risken över tid att utveckla ett alkoholberoende och olika sjukdomstillstånd såsom skrumplever, hjärt- kärlsjukdomar, högt blodtryck och olika grader av psykosociala problem, så finns det en brist på studier som fokuserar på konsekvensen av intensiv konsumtion i ett kortare tidsperspektiv.

Det har varit svårt att bestämma vilken veckokonsumtion som utgör en tillräcklig stor risk för att man skall ge råd om att skära ner, medan det är mindre kontroversiellt att sätta en gräns för intensivkonsumtion, som tursamt nog kanske är den konsumtion man bör rikta större delen av sina sekundärpreventiva insatser mot.

Den övre gränsen för vad som anses vara en riskfri veckokonsumtion kan sättas till 110 g ren alkohol för män och 80 g för kvinnor (Rydberg et al., 1993), medan gränsen för vad som är en så hög alkoholkonsumtion för att denna bör åtgärdas, dvs. att en patient skall få råd om att sänka sin konsumtion, ofta sätts 50-100 % högre än de "riskfria" nivåerna.

Man bör här beakta vilka metoder som används för att skatta patientens konsumtion då merparten av de använda screeningsfrågorna underskattar den "sanna" alkoholkonsumtionen i olika utsträckning. Gränsvärdena för när det är lämpligt att ge råd kan således justeras beroende på omständigheterna kring screeningsförfarandet (Room et al., 1995).

Beträffande intensivkonsumtion så talar man i den engelskspråkiga litteraturen om "binge drinking" eller "heavy episodic drinking" som definieras som intag av mer än 5 standardglas för män (motsvarar 60g 100% alkohol) och mer än 4 glas för kvinnor (48g 100% alkohol) vid ett och samma tillfälle, t ex under en kväll (Bush et al., 1998). Däremot definieras i allmänhet inte hur ofta detta skall upprepas för att det skall betecknas som ett riskbeteende som bör förändras.

Enkel alkoholintervention inom primärvården

Ett relativt stort antal randomiserade studier har visat att det går att påverka patienterna inom primärvården med riskfylld alkoholkonsumtion genom enkla interventioner. I

flertalet av studierna är det 30-40% av patienterna i interventionsgrupperna och omkring 20% i kontrollgrupperna som ändrar sina alkoholvanor till icke skadlig nivå (Bien et al., 1993; Wilk et al., 1997). Alkoholforskningen har nu under några års tid studerat implementering av de enkla alkoholinterventionerna. Det har då blivit mer och mer uppenbart att den interventionsmodell som man hade hoppats kunna sprida till primärvården inte var så enkel att integrera i hälso- och sjukvårdens rutinverksamhet. Man har därför gradvis börjat inse att den modell som de randomiserade studierna har visat vara effektiv måste anpassas till verkligheten i högre grad än man hade räknat med. Det hinder, förutom tidsaspekten, som visat sig vara påtagligt är bland annat vilket uppdrag primärvården egentligen har när det gäller prevention av alkoholrelaterade skador och sjukdomar hos för övrigt friska individer utan uppenbara symtom på alkoholrelaterade problem (Beich et al., 2002; Roche and Freeman, 2004)

De senaste 10 åren har ett antal studier publicerats där man utan någon större framgång har försökt att marknadsföra och integrera alkoholprevention inom primärvården (Andréasson et al., 2000; Kaner et al., 1999; Lock and Kaner, 2000; Lock et al., 1999). Fram till för några år sedan fanns det dock en viss optimism att det på något sätt skulle vara möjligt att hitta former för systematisk alkoholprevention inom primärvården, utan att ta för mycket av läkarnas tid i anspråk. Men 2002 publicerades en banbrytande, och samtidigt kontroversiell, artikel i British Medical Journal (BMJ) där 39 distriktsläkare i en intervjustudie i Danmark klart markerade att den enkla interventionsmodell för alkoholprevention som man förväntade att de skulle införa i rutinvården, inte var något som de kunde tänka sig att ställa upp på.

Läkarna hade under två månaders tid innan intervjun deltagit i ett projekt, där alla patienter som sökte vård screenades för hög alkoholkonsumtion och de patienter som hade en riskfylld konsumtion fick en enkel intervention. Efter projektets genomförande markerade dessa läkare klart att rådgivning av patienter med hög alkoholkonsumtion, men utan alkoholrelaterade problem eller symtom, inte var något som de ansåg de borde syssla med (Beich et al., 2002). Artikeln väckte stor uppmärksamhet i BMJ och responsen i form av insändare blev kraftig. Ungefär ett år senare skrev Beich et al. åter en artikel i BMJ där man hade utfört en metaanalys av tidigare randomiserade alkoholinterventionsstudier inom primärvården. Slutsatsen blev att systematisk screening för riskfylld alkoholkonsumtion av patienter inom primärvården inte var kostnadseffektiv (Beich et al., 2003). Denna artikel väckte också en kraftig respons där fokus nu var på vilka patienter som man åtminstone borde screena inom rutinvården. Och där står vi nu: det förefaller således klart att det inte är realistiskt att tro att primärvården klarar av att systematiskt screena alla patienter som man kommer i kontakt med – men hur man väljer ut relevanta patientgrupper är fortfarande en viktig fråga att forska kring.

Vilka patienter bör screenas

Det var ursprungligen tänkt att alkoholinterventioner inom primärvården skulle rikta sig till alla patienter som söker vård – dvs. alla patienter oavsett besöksorsak skulle testas, och högkonsumenter skulle ha en kortare rådgivning på 5-10 minuter helst med ett uppföljande samtal (Arndt et al., 2002; Botelho and Richmond, 1996). Detta är också vad som har testats i de randomiserade studierna av metoden, även om det finns en stor variation i utformningen av själva interven-

tionen, vilket har gjort det svårt att göra metaanalyser. Som en naturlig konsekvens bl a av tidsbristen inom primärvården har man enligt ovanstående insett att implementering av universell screening, dvs. av alla patienter, inte är realistisk. En mer begränsad screening av vissa patientgrupper verkar mer rimlig. Det finns dock inte någon konsensus kring eller forskning om vilka patientgrupper som är mest lämpliga att innefatta i denna mer selektiva screeningsmodell.

En del studier avgränsar målgruppen till patienter med alkoholrelaterade problem utan att definiera vad detta är (Aalto et al., 2003a; Roche, 1990). I andra studier har man låtit deltagande läkare bestämma vilka patientgrupper som skall screenas, t ex Aalto et al. som inkluderade patienter med diabetes, hypertension och lättare psykiska problem såsom sömnproblem och ångest (Aalto et al., 2003a). En tre års uppföljning av läkare som accepterade att screena dessa patientgrupper visade dock att även med denna avgränsning är det ett fåtal patienter som screenas (Aalto et al., 2003b). Andra studier har också visat att läkarna har svårt att ta upp frågor som inte patienterna själva ber om hjälp med (Aalto et al., 2003a; Roche, 1990; Roche and Freeman, 2004).

Det finns därför ett stort behov av forskning som undersöker vilka patientgrupper som det är mest kostnadseffektivt att screena. Det urval man gör bör innefatta patienter som ännu inte har fått alkoholrelaterade skador och sjukdomar men som ändå har en riskfylld alkoholkonsumtion, eftersom denna grupp innefattar individer med de bästa förutsättningar att förebygga alkoholrelaterade skador och sjukdomar (Roche and Freeman, 2004). Ett flertal studier har dock visat att det är denna målgrupp som läkarna har svårast att ställa frågor till om alkohol, eftersom man helst vill att patienten skall ha symptom

eller besvär som man kan tillskriva en hög alkoholkonsumtion, för att det skall kännas naturligt att fråga om alkohol. Till detta kommer att många läkare finner det svårt att använda standardiserade frågeformulär som oftast utgör det screeningsförfarande som rekommenderas inom ramen för enkel alkoholintervention (Andréasson et al., 2000; Roche and Freeman, 2004; Spandorfer et al., 1999). Screeningsfrågor angående alkoholkonsumtion har dock mer och mer ändrats till att fokusera på perioder av intensivdrickande, vilket underlättar implementeringen inom primärvården eftersom man inte behöver något speciellt frågeformulär för detta (Roche and Freeman, 2004). Med en enkel fråga om hur ofta man vid samma tillfälle dricker 5 standardglas alkohol som man eller 4 som kvinna kan man fånga upp över 80% av de patienter som har en alkoholkonsumtion som bör förändras (Bush et al., 1998).

Ytterligare bidragande orsaker till svårigheterna att sprida alkohol interventioner inom primärvården, är att alkohol uppfattas som ett privat och känsligt ämne och att preventiva insatser inte har särskilt hög status inom läkarkåren. Prevention i stort inom hälso- och sjukvården ifrågasattes också nyligen i en artikel i BMJ, där man hävdade att läkarens roll är att fokusera på det som patienten söker för, istället för att bli distraherad av en mängd krav på screening för olika riskfaktorer. Man diskuterar om den kurativa medicinen skall särskiljas från den preventiva eftersom man anser det har startas en "riskepidemi" i den medicinska litteraturen, där läkarna uppmanas att screena för en uppsjö av olika riskfaktorer som är mer eller mindre vetenskapligt underbyggda. Visserligen säger man att livsstil och hypertension är väletablerade preventionsområden men ifrågasätter ändå den totala nyttan med alla de möjliga preventionsåtgärder som

Socialmedicinsk tidskrift nr 3/2004

finns nu för tiden (Getz et al., 2003). En annan studie från USA beräknade att om man skulle screena patienter inom primärvården för alla de riskfaktorer som US Preventive Services Task Force rekommenderar skulle detta ta 7,4 timmar i anspråk per arbetsdag för varje enskild läkare (Yarnall et al., 2003). I en artikel i Läkartidningen skriver Sigurdsson et al att man borde delegera det preventiva uppdraget till annan personal än läkarna men även kanske stanna upp och begrunda utvecklingen – kanske det finns bättre alternativ än att använda konsultationen till preventiva insatser (Sigurdsson et al., 2004).

Sammanfattningsvis så finns det en rad olika hinder som gör det svårt att tro att man kan förvänta sig att primärvården på ett systematiskt sätt börjar identifiera patienter med hög alkoholkonsumtion, utan att det görs förändringar i vårdens organisation och innehåll. Självklart förekommer det viss screening och rådgivning om alkohol i enskilda patientmöten, men mycket talar för att detta endast är mer eller mindre slumpmässigt och inte i någon större omfattning (Roche and Freeman, 2004). Utan att förändra primärvårdens organisation kommer vi kanske inte så mycket längre med läkarkåren, vilket Botelho och Richmond redan för ett antal år sedan påpekade, men tydligen inte har fått så stort gensvar för (Botelho and Richmond, 1996)

Hur kommer vi vidare?

På senare åren har det höjts fler och fler röster för att sjuksköterskor inom primärvården skulle kunna ha en bättre förutsättning att ansvara för alkoholinterventioner inom rutinvården (Andréasson et al., 2000; Deehan et al., 1998; Roche and Freeman, 2004). Ett argument för detta är att sjuksköterskor i allmänhet har en mer preventiv roll inom primärvården. Än så länge finns det inte

så många studier som fokuserat på om det går att få sjuksköterskor att genomföra enkel alkoholintervention på ett mer systematisk sätt än läkare, men mycket talar för att man skulle kunna öka antalet alkoholinterventioner om man systematisk stöttade och satsade på sköterskorna och inte enbart på läkarkåren (Roche and Freeman, 2004). Det finns dock en rad olika faktorer som måste belysas innan vi kan rekommendera sjuksköterskor att sig an detta uppdrag; bl.a. behöver vi veta vilket utbildningsbehov som finns och vilka screeningsstrategier som är mest lämpliga med tanke på om man skall rekommendera standardiserade frågeformulär eller om man skall ställa frågor om konsumtionen som en del av dialogen med patienten. Viktigt är också att utvärdera vilka patientgrupper som är mest lämpliga för sjuksköterskor att screena, t ex kan man välja patienterna utifrån symptom, besöksorsak, ålder etc.

Än finns det hopp?

Det framstår alltså som en ganska stor utmaning att integrera alkoholprevention i primärvårdens arbetssätt. Trots detta finns det eldsjälur som inte ger sig så lätt. En av dessa är Peter Andersson som under många års tid har arbetat inom WHO för att stimulera primärvårdens engagemang i alkoholprevention. Tillsammans med Antoni Gual leder han nu ett projekt som finansieras av EU kommissionen, PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol). Syftet med projektet är att tillsammans med erfarna forskare från alla EU-länder hitta nya sätt att integrera alkoholprevention inom de dagliga rutinerna i primärvården. En expertgrupp bestående av ett 20-tal forskare kommer att producera en evidensbaserad manual för utbildning inom alkoholprevention. Fokus kommer att vara på motiverande samtal samt praktiska riktlinjer för hur man kan läg-

ga upp rutiner för alkoholpreventivt arbete inom primärvården. Tanken är att manualen sedan skall översättas till olika språk och att en lokal arbetsgrupp i varje EU land skall sprida kunskaperna till berörda myndigheter och organisationer. Förhoppningen är att riktlinjerna på ett vetenskapligt och tydligt sätt skall understyrka de fördelar som en läkare och dennes patienter kan få om man arbetar alkoholpreventivt inom rutinvården. Förväntningarna på primärvården är relativt lågt satta i dessa riktlinjer och det handlar således inte längre om att man skall screena alla patienter, utan snarare ett lämpligt urval efter lokala förutsättningar. Själva interventionen som tidigare rekommenderats vara relativt långvarig och välstrukturerad, har nu bantats till att t ex genomföra screening med en enkel fråga om intensivdrickande och sedan ge en enkel återkoppling om rimliga dryckesgränser för patienten, istället för att gå in i ett mer strukturerat och tidskrävande motiverande samtal. Förste författaren till denna artikel ingår i gruppen som svensk representant, med professor Anders Romelsjö som rådgivare i det lokala arbetet i Sverige. Regeringen har nyligen gett i uppdrag till Familjemedicinska Institutet (FAMMI) att starta ett nationellt centrum för frågor kring riskbruk av alkohol. Den övergripande målsättningen för centrets arbete är att ”verka för att alkoholvanorna får en självklar plats i den öppna vårdens arbete med att behandla och förebygga ohälsa” Centret skall vidare arbeta för att stärka vårdpersonalens kompetens när det gäller att stödja och motivera patienter med riskbruk till att förändra sina alkoholvanor. Dessa två initiativ är exempel på att det är för tidigt att ge upp tanken på att primärvården på något sätt skall hitta en väg framåt beträffande ett ökat alkoholpreventivt arbete – men det tycks vara lång väg dit!

Referenser

- Aalto, M., Perkuri, P. and Seppä, K. (2003a) Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug and Alcohol Review* 22, 169-73.
- Aalto, M., Perkuri, P. and Seppä, K. (2003b) Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence* 69, 9-14.
- Andréasson, S., Hjalmarsson, K. and Rehnman, C. (2000) Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: A feasibility study. *Alcohol & Alcoholism* 35, 525-30.
- Arndt, S., Schultz, S. K., Turvey, C. and Petersen, A. (2002) Screening for alcoholism in the Primary health Care Setting: Are we talking to the right people? *The Journal of Family Practice* 51, 41-46.
- Beich, A., Gannik, D. and Malterud, K. (2002) Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experience of general practitioners. *British Medical Journal* 325, 1-5.
- Beich, A., Thorsen, T. and Rollnick, S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 327, 536-42.
- Bien, T. H., Miller, W. R. and Tonigan, J. S. (1993) Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88, 315-36.
- Botelho, R. J. and Richmond, R. (1996) Secondary prevention of excessive alcohol use: assessing the prospects of implementation. *Family Practice* 13, 182-93.
- Bush, K., Kivlahan, D., McDonell, M., Fihn, S. and Bradley, K. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine* 158, 1789-1795.
- Deehan, A., Templeton, L., Taylor, C., Drummond, C. and Strang, J. (1998) Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995. *Journal of Advanced Nursing* 28, 592-7.
- Getz, L., Sigurdsson, A. and Hetlevik, I. (2003) Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *British Medical Journal* 327, 498-500.
- Kaner, E. F., Lock, C. A., McAvoy, B. R., Heather, N. and Gilvarry, E. (1999) A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practice* 49, 699-703.
- Kreitman, N. (1986) Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction* 81, 353-63.
- Lock, C. A. and Kaner, E. F. (2000) Use of marketing to disseminate brief alcohol intervention to general practitioners: promoting health care interventions to health promoters. *Journal of Evaluation of Clinical Practise* 6, 345-57.
- Lock, C. A., Kaner, E. F. S., Heather, N., McAvoy, B. R. and Gilvarry, E. (1999) A randomized trial of three marketing strategies to disseminate a screening and brief alcohol intervention programme to general practitioners. *British Journal of General Practice* 49, 695-8.
- Roche, A. M. (1990) When to intervene for male and female patients' alcohol consumption: what general practitioners say. *The medical journal of Australia* 152, 622-5.
- Roche, A. M. and Freeman, T. (2004) Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review* 23, 11-18.
- Room, R., Bondy, S. J. and Ferris, J. (1995) The risk of harm to oneself from drinking. *Addiction* 90, 499-513.
- Rydberg, U., Thakker, K. D. and Skerfving, S. (1993) Risk Evaluation of Alcohol. *International review of psychiatry* 1, 563-600.
- Sigurdsson, J. A., Getz, L. and Hetlevik, I. (2004) Checklist och screening - ett hot mot konsultationen. *Läkartidningen* 101, 1412-15.
- Skog, O.-J. (1999) Alcohol policy: why and roughly how? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 16 (English Suppl), 21-34.
- Socialstyrelsen (2000) Nationell handlingsplan för alkoholskadeförebyggande arbete, Proposition 2000/2001:20. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Spandorfer, J. M., Israel, Y. and Turner, B. J. C. (1999) General practitioners' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *Journal of Family Practice* 48, 899-902.
- Wilk, A. I., Jensen, N. M. and Havighurst, T. C. (1997) Meta-analysis of randomized controlled trials addressing brief intervention in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12, 274-83.
- Yarnall, K. S. H., Pollack, K. I., Östbye, T., Krause, K. M. and Michener, J. L. (2003) Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health* 93, 635-41.