

# Brev til brukere av benzodiazepiner – en effektiv måte å få ned forskrivningen på

Åtte allmennpraktikere i Aust-Agder rekrutterte 169 pasienter som brukte benzodiazepiner daglig og som ble funnet egnet til et nedtrappingsforsøk basert på skriftlig informasjon til pasienten inkludert forslag til konkret nedtrappingsprogram. Pasientene ble tilfeldig fordelt i brev- og kontrollgruppe. 4–12 måneder etter brevutsendelse var gjennomsnittlig forskrivning i en seks månedersperiode (målt i definerte døgndoser (DDD)) redusert med 51% i brevgruppen og 24% i kontrollgruppen i forhold til ett år tidligere. De deltagende leger rapporterte at nedtrappingen gikk lettere enn forventet og at pasientene stort sett satte pris på informasjonen. Den store forskrivningsnedgangen også i kontrollgruppen kan tyde på at nedtrappingsargumentene også har vært brukt overfor disse pasientene.

De siste årene har det vært mye diskusjon om nytte og ulemper ved langvarig benzodiazepinbruk (1, 2). Helt fra 1960-årene har man beskrevet toleranseutvikling og abstinensproblemer ved høye doser, men at også regulære og stabile doser kan skape problemer (av enkelte kalt lavdoseavhengighet), er blitt tatt på alvor først de senere år (3–7). Enkelte mener dog fortsatt at avhengighetsproblemene med benzodiazepiner er ubetydelige (8). De fleste leger og helsemyndighetene i Norge er enige om at forbruket bør reduseres (9), og det vil være naturlig å satse spesielt i de områdene av landet der forbruket er høyest, slik som Agder-fylkene.

Størstedelen av benzodiazepinforskrivningen foregår i allmennpraksis. Hvis målet er å få totalforbruket ned, er det viktig at allmennpraktikere er kritiske ved førstegangsforordning, men siden mesteparten av forskrivningen utgjøres av langtidsbruk, ville det monne mer å få langtidsbrukerne til å redusere eller seponere. Hovedbegrunnelsen må selvfølgelig være at en reduksjon vil gagne den enkelte pasient, ikke at salgstallene skal bli «penere».

Mange har tidligere satt seg fore å få ned benzodiazepinforbruket hos uselekterte pasienter i allmennpraksis. Noen har tilbudt psykologisk støttebehandling til pasientene (10, 11), noen har henvendt seg direkte til legene (12–16), mens noen har rettet informasjonen om medikamentbivirkninger di-

---

Gunnar Mouland\*  
Fylkeslegen i Aust-Agder  
Postboks 194  
4801 Arendal

---

\*Nåværende adresse:  
Leggruppen Grandgården  
4800 Arendal

---

Mouland G.

A letter to benzodiazepine users  
may reduce requests for prescriptions

*Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3097–100*

Eight general practitioners in Aust-Agder county (southern Norway) had 169 patients who were found to be suitable for receiving a letter arguing for reduction of daily benzodiazepine intake, or cessation of the drug. The patients were randomly allocated to an intervention or control group. 4–12 months after receiving the letter, the amount of benzodiazepines (DDD/six months) prescribed had decreased by 51% in the intervention group and by 24% in the control group. The impression of the participating doctors was that the patients appreciated the information and that it was easier than expected to get the patients to reduce benzodiazepine intake. The marked reduction in the control group too indicates that the doctors' active attitude towards dose reduction had been applied towards these patients as well.

rette til pasientene (17–20). Cormach og medarbeidere (20) viste at man oppnådde en reduksjon i forbruk på ca. en tredel bare ved å sende et standardbrev til pasientene med informasjon om bivirkninger og oppfordring til langsom nedtrapping. Disse undersøkelsene tyder på at tiltak overfor leger alene har mindre effekt enn tiltak rettet direkte mot pasienter (14).

En spesielt stor forbruksreduksjon er oppnådd ved Psykiatriska beroendekliniken i Stockholm, der man for en stor del har behandlet storforbrukere (84% av ambulante pasienter var medikamentfrie etter ett år) (21). Jeg tilpasset behandlingsprinsippene herfra (langsom nedtrapping og langvarig oppfølging) til bruk overfor «vanlige» pasienter i min egen allmennpraksis og oppnådde 57% reduksjon i B-preparatforskrivning på to år (22). Jeg ønsket så å undersøke hvilken effekt et informasjonsbrev direkte til pasientene sammen med et skriftlig forslag til nedtrappingsplan kunne ha på forskrivningen.

## Materiale og metode

I forbindelse med kurs om benzodiazepinbivirkninger arrangert av Fylkeslegen i Aust-

Agder våren 1994 ble en del leger i fylket spurt om å være med på prosjektet. Åtte av legene i fylket som drev fulltids allmennpraksis var villige. Alle var menn, hadde drevet praksis på samme sted i over ti år og var spesialister i allmennmedisin. Fire av legene arbeidet sammen i en femlegepraksis, to arbeidet sammen i en tolegepraksis, en arbeidet i en trelegepraksis og en arbeidet alene. Enelegen arbeidet i en liten innlandskommune, de andre legene drev praksis i tre av byene. Fem av legene hadde Infodoc journalsystem, tre hadde Profdoc.

## Pasientene

For å finne frem til egnede pasienter til et nedtrappingsforsøk var det meningen å ta utgangspunkt i en datautskrift av alle pasientene som hadde fått forskrevet benzodiazepiner i perioden 1.3.–31.5. 1994. Inklusjonskriterium var antatt daglig bruk av benzodiazepiner i minst tre måneder, ut fra journalopplysninger og legens kjennskap til pasienten. Den forskrevne dosen (eventuelt summen av flere benzodiazepinpreparater) skulle i løpet av tremånedersperioden være  $\geq 0,2$  definert døgndose (DDD) per døgn i gjennomsnitt, f.eks. minimum 10 mg oxazepam daglig. (En DDD for benzodiazepiner er: diazepam (Stesolid, Valium, Vival) 10 mg, flunitrazepam (Flunipam, Rohypnol) 1 mg, nitrazepam (Apodorm, Mogadon) 5 mg, oxazepam (Alopam, Serepax, Sobril) 50 mg.) Eksklusjonskriterier var kronisk psykose, alvorlig personlighetsforstyrrelse, alvorlig somatisk sykdom der medikamentendring ble ansett kontraindisert, evnemesig svekkelse (i en slik grad at skriftlig informasjon ikke ble forstått fullt ut), misbruk av alkohol eller narkotika og daglig bruk av kodeinholdige analgetika.

Fra de fem Infodoc-legene var det enkelt å få utskrevet en liste med alle pasienter som hadde fått forskrevet benzodiazepiner i inklusjonsperioden, til sammen 525 pasienter. 117 av disse var dobbeltregistrert pga. forskrivninger av kolleger i gruppepraksisen under egen leges fravær. Det var således 408 forskjellige pasienter som hadde fått resept på benzodiazepiner i tremånedersperioden hos de fem Infodoc-legene (variasjon 47–117 per lege). Av disse ble 107 funnet egnet til studien, mens 186 ut fra forskrivning og pasientkjennskap ble rubrisert som ikke-dagligbrukere og 115 ble ekskludert på grunnlag av de øvrige kriterier. Dagligbrukere som ble funnet uegnet hadde gjennom-

**Tabell 1** Gjennomsnittlig forskrivning av benzodiazepiner i seks månedersperiodene mars–august 1994 og 1995 for pasientene som deltok i nedtrappingsprosjektet (brevgruppen) og kontrollgruppen fordelt på de deltakende legene. Brevene med oppfordring til nedtrapping ble utsendt september–oktober 1994

Lege	Antall pasienter			Forskrivning DDD/måned				Endring i forskrivning 1994–95 (%)	
	Brev- gruppe	Kontroll- gruppe	Sum	Brevgruppe		Kontrollgruppe		Brev- gruppe	Kontroll- gruppe
				1994	1995	1994	1995		
1	11	12	23	26,82	12,08	22,92	17,87	-55	-22
2	12	8	20	17,19	7,32	21,73	16,04	-57	-26
3	20	3	23	25,73	11,71	17,50	10,83	-54	-38
4	11	10	21	23,56	15,06	34,22	32,30	-36	-6
5	4	2	6	19,71	15,29	13,75	10,83	-22	-21
6	9	8	17	25,09	14,17	33,87	30,10	-44	-11
7	20	14	34	28,80	16,15	37,43	23,27	-44	-38
8	5	6	11	22,00	1,67	27,08	20,69	-92	-24
Sum	92	63	155	24,63	12,40	29,02	22,39	-51	-24

snittsalder 69 år, mens de som ble regnet som egnet, var 64 år i gjennomsnitt. Profdocs daværende standardversjon var lite egnet til å produsere den ønskede navnelisten, slik at vi fra de tre Profdoc-legene måtte nøye oss med å få en inkomplett liste over egnede pasienter, 62 pasienter fra tre leger. Totalt hadde vi 169 egnede pasienter. Frafallet i løpet av registreringsperioden var 14 (fire døde, seks hadde lange institusjonsinnleggelse og fire skiftet til lege utenfor praksisen). 155 pasienter ble således fulgt i hele registreringsperioden (tab 1).

### Intervensjonen

Jeg, som ikke-deltakende lege, randomiserte de egnede pasientene til enten brev- eller kontrollgruppe ut fra lik/ulik fødselsdato. Det ble kastet mynt og krone om hvilken datogruppe som skulle få brev. 100 av pasientene (59%) havnet i brevgruppen og 69 (41%) i kontrollgruppen.

I perioden september–oktober 1994 fikk alle brevpatientene tilsendt et likelydende brev fra deres egen lege med informasjon om langtidsbivirkninger av benzodiazepiner og forslag til individuell nedtrappingsplan for den første måneden (fig 1). I brevet ble de bedt om å bestille time hos legen etter ca. én måned. Videre oppfølging ble deretter overlatt til hver enkelt lege. Alle legene hadde fått råd om hvordan en nedtrapping burde håndteres (22). Overfor pasientene i kontrollgruppen skulle det ikke være noen spesiell oppmerksomhet.

### Effekt

Alle de aktuelle pasientenes benzodiazepin-forskrivninger ble registrert fra mars 1994 til august 1995 og omregnet til DDD. Som mål for effekt av intervensjonen ble benzodiazepin-

pinforskrivningen i månedene mars–august 1994 (kalt 1994-forskrivning) sammenliknet med tilsvarende tall for mars–august 1995 (kalt 1995-forskrivning). Legene visste at det skulle gjøres en forskrivningsregistrering også etter intervensjonen, men de var ukjent med hvilke perioder som skulle sammenliknes.

### Resultater

De 155 pasientene som ble inkludert i studien, hadde gjennomsnittsalder 64 år (spredning 33–90 år), og 70% var kvinner. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i kjønn, alder eller gjennomsnittlig benzodiazepin-forskrivning før intervensjon mellom gruppene. Forskrivningen før og etter intervensjon er fremstilt i figur 2. Forskrivningen (gjennomsnitt for seks månedersperiodene) falt fra 1994 til 1995 i brevgruppen fra 24,63 DDD/måned (spredning 5–80 DDD/måned) til 12,40 DDD/måned (spredning 0–70 DDD/måned) og i kontrollgruppen fra 29,02 DDD/måned (spredning 4–108 DDD/måned) til 22,39 DDD/måned (spredning 0–102 DDD/måned). Dette tilsvarer en gjennomsnittlig nedgang i forskrivning fra 1994 til 1995 på 51% i brevgruppen (59% for menn og 48% for kvinner) og 24% i kontrollgruppen (26% hos menn, 23% hos kvinner). Forskjellen mellom 1994- og 1995-tallene er signifikant i begge grupper ( $p < 0,01$ ). Forskjellen i forskrivningsendring mellom brev- og kontrollgruppen er også statistisk signifikant ( $p < 0,01$ ). Pasientenes alder influerte lite på forskrivningsendringen.

Enkeltpatientenes forskrivningsendring fra 1994 til 1995 er vist i figur 3. 35 pasienter hadde ingen forskrivning siste seks månedersperiode, 29 (32%) i brevgruppen og

seks (10%) i kontrollgruppen. Det er kontrollert i pasientjournalen at disse pasientene ikke har skiftet lege i siste registreringsperiode. Disse pasientene var i gjennomsnitt 69 år (spredning 40–88 år), og 63% var kvinner. I inklusjonsperioden 1994 hadde de en gjennomsnittsforskrivning på 20,45 DDD/måned (spredning 5–50 DDD/måned).

### Diskusjon

Det var ingen systematisk utvelgelse av leger til undersøkelsen. Jeg klarte å få med leger med EDB-journal fra forskjellige byer og én fra landsbygda. Den manglende representativitet i utvelgelsen av leger antar jeg betyr lite i dette forsøket, siden hensikten var å sammenlikne virkningen av en brevintervensjon i forhold til en kontrollgruppe.

Alders- og kjønnsfordeling for pasientene er typisk for norske benzodiazepinbrukere (23). De oppsatte inklusjons- og eksklusjonskriterier viste seg å være vanskelige å følge helt entydig, både pga. svakhet ved det ene datasystemets rapportsystem og pga. noe forskjellig dristighet når det gjaldt å inkludere pasienter til nedtrappingsforsøk. Muligens har en del ubevisst plusset på eksklusjonskriteriet «det kan kje nytte». Den ulike rubreringspraksis hos legene førte kanskje til noe inhomogene pasientgrupper fra lege til lege, men jeg tror dette betydde lite i dette forsøket, da hensikten her var å få et høyt nok antall egnede pasienter som senere skulle randomiseres til brev- eller kontrollgruppe. «Forsiktig» inklusjon av pasienter ville sannsynligvis bety at man bare tok med de pasientene man antok det var størst håp for, dermed ville både brev- og kontrollgruppen ha de antatt mest seponeringsmotiverte pasienter. Det er vanskelig å si om en «forsiktig» inklusjonspraksis vil tendere til større eller mindre forskjell mellom brev- og kontrollgruppe. Dette er avhengig av i hvor stor grad legens holdning til kontroll-pasientene endres som følge av «smitte» fra brev-pasientene. Muligens vil noen leger skjerpe seg generelt så lenge en forskrivningsundersøkelse er i gang.

Hvis legene som deltok var spesielt «seponeringsivrige», ville det kunne føre til at forskjellen mellom brev- og kontrollgruppe ble redusert, da slike leger sannsynligvis ubevisst og sterkere enn ellers ville argumentere for seponering også i kontrollgruppen.

Forskjellen i forskrivningsendring hos brev- og kontrollpasientene er nokså ensartet hos de fleste legene (tab 1), men to leger (lege 5 og 7) skiller seg ut med omtrent like stor nedgang i begge grupper. Lege 7 har antakelig argumentert sterkt for nedtrapping også i kontrollgruppen. Lege 8 har svært stor forskrivningsnedgang i brevgruppen, men her er antall pasienter for lite til å spekulere på årsaken.

Registreringsperioden i 1995 kommer få

Dato

Kjære .....

Jeg sender dette brevet til deg fordi jeg ser av journalen at du har brukt ..... i lengre tid.

De siste årene er det gjort mye forskning, spesielt i Sverige og England, på langtids-effekter av benzodiazepiner (Valium-lignende medikamenter) (Alopam, Apodorm, Flunipam, Mogadon, Rohypnol, Sobril, Stesolid, Valium og Vival). Forskningen har vist at det kan oppstå medikament-avhengighet og abstinensreaksjoner hvis man bruker disse medisinene daglig, også i normale eller lave doser. Avhengighetsreaksjonene kan ligne svært på de symptomene som var grunnen til at man begynte med medisinene (angst, uro, søvnløshet m.m.). Det er faktisk en rekke eksempler på pasienter som har fått mindre angst, mindre uro og mindre søvnproblemer etter å ha sluttet med medisinene. Dette tyder på at mange av dem som mener de trenger disse medisinene fast p.g.a. kronisk angst etc, i virkeligheten bruker medisinene for å dempe abstinensen etter forrige tablett!

Den eneste sikre måten å finne ut om man vil få det bedre uten disse medisinene, er å gjøre et nedtrappings-forsøk. Det er viktig at nedtrappingen skjer langsomt, ellers kan abstinensreaksjonene bli svært plagsomme. Noen ganger kan abstinensplagene fortsette i flere uker etter at man har sluttet med tablettene, men sjelden mer enn 4-5 uker.

Noen merker lite ubehag når de trapper langsomt ned, mens andre kan få mange "rare" symptomer. De vanligste abstinenssymptomene ved bruk/nedtrapping av benzodiazepin-medikamenter er: Svimmelhet, hjertebank, muskelsmerter, overfølsomhet for sanseintrykk, tåkesyn, tretthet, nedsatt hukommelse, angst, panikkreaksjon og depresjon. Det er viktig å huske på at abstinensreaksjonene går over.

På baksiden har jeg satt opp et forslag til nedtrappingsplan. Hvis du har innvendinger til denne, vil jeg be deg ringe meg. I alle tilfeller foreslår jeg at du bestiller en time her for å fortelle om hvordan det har gått og for å sette opp videre nedtrapping om ca. 1 mnd.

Vennlig hilsen

Eksempel på nedtrappingsplan

Dato/periode	Kl. 8	Kl. 13	Kl. 17	Kl. 22
10-16/9	Sobril 10mg	Sobril 10mg	Sobril 10mg	Rohypnol 1mg
17-23/9	— " —	— " —	— " —	Rohypnol 0,5mg
24-30/9	— " —	— " —	— " —	0
1-7/10	Sobril 10mg	Sobril 5mg	0	Sobril 10mg

NB Ta med dette arket når du kommer til kontroll!

Figur 1 Brevet som ble sendt fra legene til pasientene i intervensjonsgruppen med eksempel på forslag til individuell nedtrappingsplan for de første fire ukene

måneder etter brevutsendelsen. I min registrering av egne pasienter fortsatte nedgangen i forskrivning i minst to år (22). Muligens ville derfor reduksjonen være enda større hvis pasientene hadde vært fulgt lenger.

«Pene» resultater kan bety at pasienter får forskrevet benzodiazepiner av andre leger, men sannsynligvis er dette problemet relativt lite når pasienten selv er medvirkende i nedtrappingsopplegget (22).

### Brev fra legen

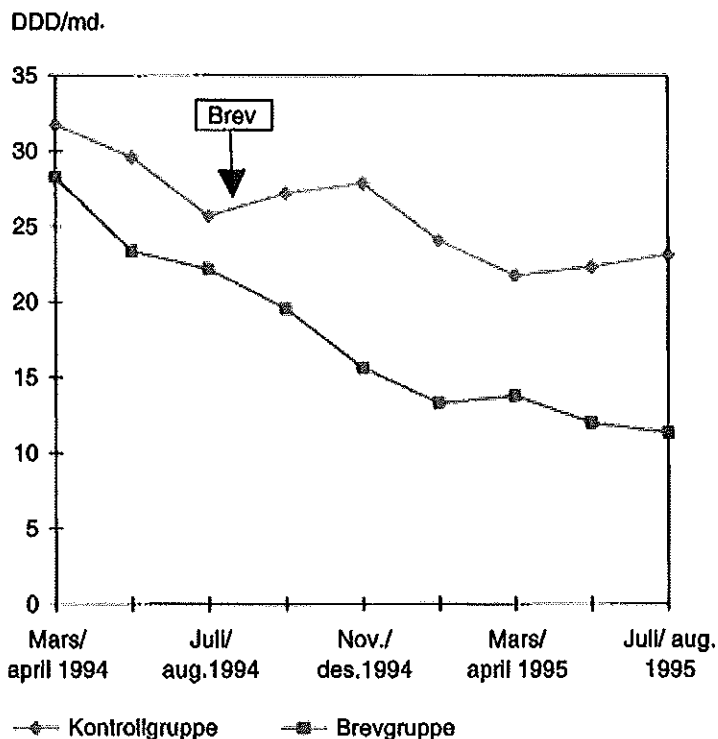
De fleste pasienter mottar sjelden brev fra sin lege. Det er derfor noe som blir lagt merke til. Et slikt initiativ viser at legen «bryr seg», noe de fleste vil sette pris på (10, 18, 22). Man sikrer seg at informasjonen kommer helt frem til pasienten, som kan bruke den nødvendige tid til å tilegne seg innholdet. Når attpåtil brevet forespeiler en mulig bedring av helseilstanden, oppfattes nok dette av de fleste som en betydningsfull hendelse. I og med at pasienten ble oppfordret til å starte nedtrapping selv og senere bestille time hos legen, ble pasienten delvis pådriver i den videre prosessen, uavhengig av hvor interessert legen var.

### Hva skjer med legene?

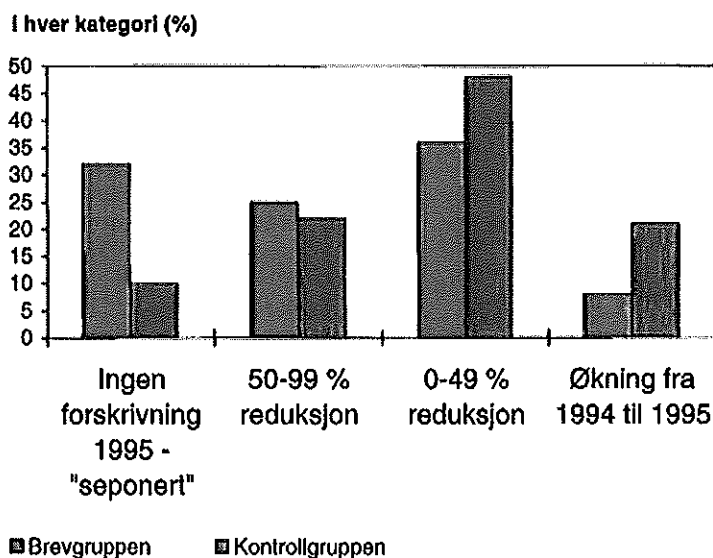
Jeg fikk muntlig respons fra alle legene. Selv om brevet var ferdiglaget (fig 1) og bare underskriften var deres egen, ble legene i og med oppsetting av individuell nedtrappingsplan så delaktige i prosessen at de regnet intervensjonen som sin. Dermed engasjerte de seg. Det kan synes som om den offensive holdning til nedtrapping/seponering har smittet over på kontrollpasientene, i og med at gjennomsnittlig reduksjon for denne gruppen er på hele 24%, mens salgstall for benzodiazepiner i Aust-Agder viser en økning fra 1994 til 1995 på 1% (opplysninger fra Norsk Medisinaldepot). En slik smitteeffekt til kontrollgruppen vil være naturlig hvis man har erfart at nedtrappingen i brevgruppen har gått lettere enn forventet. Flere av legene bemerket spontant at reaksjonene fra pasientene var gjennomgående positive og at nedtrappingen gikk lettere enn de hadde regnet med.

### Brev med informasjon – en mulig vei å gå

Mitt og andres (24) inntrykk er at mange allmennpraktikere føler ubehag ved mange av sine benzodiazepin-forskrivninger. Mange føler nok at de mangler tid og kunnskap om alternativ behandling. Erfaringer med egne pasienter og denne intervensjonen viser at man uten så store anstrengelser kan oppnå stor reduksjon i forskrivning hvis man informerer pasienten om bivirkninger og lar pasienten være medbestemmende. En så enkel



Figur 2 Forskrivning av benzodiazepiner (gjennomsnitt for tomånedersperioder) omregnet til DDD/md. for pasientene i brev- og i kontrollgruppen. Brevene med oppfordring til nedtrapping ble utsendt september-oktober 1994



Figur 3 Endring av benzodiazepinforskrivning fra 1994 til 1995 (gjennomsnitt for seksmånedersperiodene mars-august) for pasientene i brev- og i kontrollgruppen

metode som utsendelse av et brev kan gi store utslag, men den forutsetter oppfølging fra legen. I og med at pasientenes egne erfaringer ved en slik metode ennå ikke er systematisk kartlagt, må det være forskrivende leges ansvar å påse at pasientens tilstand forbedres, i hvert fall ikke forverres, under en nedtrapping.

#### Litteratur

1. Bjørndal A, Fugelli P. Myte eller realitet? Fysisk avhengighet ved bruk av benzodiazepiner i terapeutiske doser. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2343-5.
2. Shapiro AK, Struening EJ, Shapiro E, Milcarek BI. Diazepam - how much better than placebo? J Psychiatr Res 1983; 17: 51-73.
3. Skjøtskift S, Bjelland I, Bolstad A, Drønen T, Larsen G. Medikamenteravhengighet - og bruken

- av vanedannende medikamenter. Temaserie 1994; 2. Oslo: Rusmiddelkontrollrådet, 1994.
4. Borg S, Blennow G, Sandberg P, Tønne U, Vikander B. Benzodiazepinberoende og andre langtidsbivirkninger - en oversikt. Läkartidningen 1986; 83: 321-6.
5. Benzodiazepiner - beroendeframkallende psykofarmaka. Delbetänkande av psykiatriutredningen. SOU 1993; 5. Stockholm: Socialdepartementet, 1993.
6. Johansson K, Tønne U. Risk for tillvänning föreligger - att bemöta och behandla läkemedelsberoende. Stockholm: Lic förlag, 1992.
7. Terapianbefaling: farmakoterapi ved angst. Nytt fra Statens legemiddelkontroll 1995; 8: 8.
8. Piper A. Addiction to benzodiazepines - how common? Arch Fam Med 1995; 4: 964-70.
9. Holm HA. B-preparatene - en kraftig utfordring til legestanden. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 928-9.
10. Cormack MA, Sinnott A. Psychological alternatives to long-term benzodiazepine use. J R Coll Gen Pract 1983; 33: 279-81.
11. Skinner PT. Skills not pills: learning to cope with anxiety symptoms. J R Coll Gen Pract 1984; 34: 258-60.
12. Holm M. Intervention against long-term use of hypnotics/sedatives in general practice. Scand J Prim Health Care 1990; 8: 113-7.
13. Bjerke E, Aga J, Bjørndal A. Effekt av tilbakemelding og selvevaluering på forskrivning av beroligende midler. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2246-8.
14. Haugeng KL, Matheson I. Tiltak overfor leger og pasienter - kan det redusere forbruket av B-preparater? Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 1992; 14: 21-3.
15. Krokstad S, Gjelsvik PA, Mjelva E. Reduksjon i forskrivning av B-preparater i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3634-7.
16. Rokstad K, Straand J, Fugelli P. Can drug treatment be improved by feedback on prescribing profiles combined with therapeutic recommendations? A prospective, controlled trial in general practice. J Clin Epidemiol 1995; 48: 1061-8.
17. Andreasen CM, Errebo-Knudsen L, Kristensen KA. Patientinformation kan redusere forbruket av benzodiazepiner i almen praksis. Ugeskr Læger 1989; 45: 2968-70.
18. Cormack MA, Owens RG, Dewey ME. The effect of minimal interventions by general practitioners on long-term benzodiazepine use. J R Coll Gen Pract 1989; 39: 408-11.
19. Witt K, Hector O. Nedbringelse af sovemiddelforbruget ved hjælp af sundhedsoplysning. Ugeskr Læger 1991; 153: 3460-3.
20. Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. Br J Gen Pract 1994; 44: 5-8.
21. Vikander B, Borg S, Leifman H, Tønne U. Läkemedelsberoende. Öppenvårdsbehandling med stödkontakt och långsam nedtrapping ger gott resultat. Läkartidningen 1993; 90: 579-82.
22. Moulund G, Rutle O. Reduksjon av B-preparatforskrivning i allmennpraksis - stor gevinst med liten innsats. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1889-92.
23. Bjørndal A og medarbeidere. Gagn eller ugagn? Forbruk av psykofarmaka i Norge. Gruppe for helsestjenesteforskning. Rapport nr. 4 1983. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1983.
24. Dybwad TB. Hva ligger bak de store variasjonene i legers forskrivning av benzodiazepiner? Konsensuskonferanse om bruk av benzodiazepiner. Oslo: 13.-14.2.1996. Rapport nr. 10 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Oslo: Norges forskningsråd, 1996.