

# Benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk: waarom laten we het (niet) zo?

Een exploratief onderzoek

T.H.C.M. GUBBELS  
F.H.J.A. VISSERS  
G.M.H.I. BEUSMANS  
ET AL.

Gubbels THCM, Vissers FHJA, Beusmans GMHI, Kester ADM, Crebolder HFJM.

**Benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk: waarom laten we het (niet) zo? Een exploratief onderzoek.** Huisarts Wet 1999;42(3):107-11.

**Doel** Inventariseren van omvang en karakteristieken van langdurig benzodiazepinegebruikers bij wie de huisarts stoppen geïndiceerd acht en ter sprake wil brengen. Wat is de reden als hij dit niet geïndiceerd acht en niet ter sprake wil brengen?

**Methode** Descriptief onderzoek in vier academische huisartspraktijken (n=17.600). Tien huisartsen werden geïnterviewd over een steekproef van 295 langdurig gebruikers.

**Resultaten** De onderzochte steekproef had een aantal kenmerken die ook in de literatuur terug te vinden zijn: ten opzichte van de totale praktijkpopulatie bevatte de steekproef meer vrouwen, meer ouderen en meer laag opgeleiden; ook zaten in de steekproef meer ziekenfondsverzekerden, meer weduwen/weduwnaars en alleenstaanden en meer bewoners van een verzorgingstehuis. Volgens de huisartsen was het stoppen van het benzodiazepinegebruik in 43% van de gevallen geïndiceerd; bij 70% hiervan achtte hij dit niet echter haalbaar. Door de huisartsen werd 11% als potentiële stopper gezien. Voorspellend ten aanzien van deze selectie waren 'gebruiksduur' (gebruik <1 jaar OR=9,3; p<0,001) en 'burgerlijke staat' (gescheiden OR=8,5; p<0,001).

**Conclusie** Als een patiënt eenmaal langdurig gebruiker is, worden door de huisarts weinig initiatieven ondernomen om reductie van het gebruik te bespreken.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde,  
Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD  
Maastricht.

T.H.C.M. Gubbels, huisarts in opleiding;  
dr. F.H.J.A. Vissers, huisarts;  
dr. G.M.H.I. Beusmans, huisarts;  
dr. A.D.M. Kester, statisticus;  
prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, hoogleraar  
huisartsgeneeskunde.  
Correspondentie: dr. F.H.J.A. Vissers.

## Inleiding

Het benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk vormde een van onderwerpen van de Klinische Patiëntbesprekingen in academische praktijken.<sup>1</sup> Aan de hand van casuïstiek werd een aantal probleemsituaties geschetst rond het langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) zoals de herhaal/baliereceptuur, de indicatiestelling, de hoge satisfactiegraad van de gebruikers<sup>2</sup> en strategieën van stoppen van langdurig gebruik.<sup>3</sup>

Het motiveren tot en het daadwerkelijk stoppen van langdurig gebruik en de begeleiding daarbij werden door de deelnemende huisartsen een moeizaam gebeuren geacht. In de discussie bleek dat zij inschatten dat het bij een aanzienlijk aantal langdurig gebruikers niet zinvol was het gebruik van benzodiazepinen aan de orde te stellen; naast somatische en psychiatrische als ook psychosociale redenen was volgens hen in het merendeel van de gevallen bij de voorschrijvend huisarts een vorm van acceptatie ontstaan: er is een balans bereikt, de patiënt lijkt zich te kunnen handhaven dankzij de benzodiazepine, en de huisarts accepteert dit.

Moeten we ons zoveel zorgen maken om de bestaande groep langdurig gebruikers of zouden we er niet wakker van hoeven te liggen, zoals *Lagro-Janssen* in haar commentaar stelt?<sup>4</sup>

Er werden aangaande selectiecriteria van huisartsen om wel of niet over te gaan tot individuele interventie bij langdurig gebruik in de literatuur geen gegevens gevonden.

Aan het eind van de bespreking resteerden volgende vragen:

- Bij welke langdurig gebruikers van benzodiazepinen vindt de huisarts het aangewezen om stoppen/reductie te gaan bespreken?
- Bij wie niet en waarom niet?
- Welke achtergrondvariabelen hebben deze patiënten?
- Welke acties werden door de deelnemende artsen binnen een jaar na inventarisatie ondernomen?

## Methode

Door vier Maastrichtse academische praktijken (qua huisartsbezetting 7 fte, met een populatie van 17.600 patiënten) werd de naburige apotheken verzocht een uitdraai te maken van benzodiazepinerecepten die waren afgeleverd aan patiënten van betrokken praktijken over een periode van drie maanden (1 augustus tot 1 november 1996). Hieruit werden de langdurig gebruikers geselecteerd. Langdurig gebruik werd gedefinieerd als twee of meer recepten in drie maanden.

Voor drie praktijken werd uit het bestand van langdurig gebruikers *at random* een steekproef genomen (40 personen per arts/normpraktijk); van één praktijk werd vanwege de beperkte omvang de totale apotheekuitdraai voor het onderzoek gebruikt. De huisartsen werd gevraagd om over elke langdurig gebruiker (per benzodiazepine) een vragenlijst in te vullen. Deze lijst bevatte, naast leeftijd, geslacht en achtergrondvariabelen (verzekering, burgerlijke staat, woonverband en opleiding) van de patiënt, algemene vragen over het benzodiazepinegebruik (onder andere start van gebruik en de daarbij horende klacht en/of oorzaak van de klacht) en specifieke vragen over het onderwerp stoppen c.q. reduceren. Voor zover de deelnemende artsen dit nodig achtten, werden bij de invulling van de vragenlijsten de dossiers van patiënten nageslagen.

Door de eigen huisarts werd van iedere gebruiker aangegeven of deze al dan niet een potentiële stopper was, die hij van plan was te benaderen om stoppen of reduceren van het gebruik ter sprake te brengen. In die zin is het begrip potentiële stopper in de tekst gebruikt.

Bij gebruik van meer dan één benzodiazepine in de onderzoeksperiode werd voor de analyses uitgegaan van het middel waarvan het grootste aantal eenheden in die periode was afgeleverd. De diagnostische reden(en) (klacht of diagnose) waarvoor het middel gebruikt werd, en de indicatiestelling werden gecodeerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>5</sup> De gegevens werden geanonimiseerd opgeslagen en wer-

den statistisch bewerkt met behulp van SPSS.<sup>6</sup>

Verschillen werden significant beschouwd als de p-waarde  $<0,05$  was. De multivariate analyse werd voor significante variabelen uitgevoerd door middel van een achterwaarts stapsgewijze logistische regressie.<sup>7</sup> In deze analyse werden afzonderlijk variabelen getoetst met de likelihood ratio chi-kwadraattoets.

Drie van de vier deelnemende praktijken maken deel uit van het RegistratieNetwerk Huisartspraktijken (RNH) van de Universiteit Maastricht; dit netwerk levert een geautomatiseerd bestand van patiënt-achtergrondvariabelen en probleemlijsten van de medische verslaglegging.<sup>8</sup> De populatie-opbouw naar leeftijd en geslacht van deze drie praktijken was niet verschillend van het totale RNH-bestand. In verband met deze vergelijking werd verondersteld dat de praktijk (3700 patiënten) die geen onderdeel was van het RNH, niet wezenlijk verschilde van de andere praktijken in populatie-opbouw.

## Resultaten

### Geselecteerde gebruikers

Door de apotheken werden in totaal 548 gebruikers geselecteerd, waaruit een steekproef ( $n=295$ ) genomen werd.

De deelnemende artsen waren in 96 procent van de gevallen op de hoogte van het gebruik. Volgens hen gebruikte 62 procent het middel langer dan drie jaar. De duur van het gebruik was hen in 22 procent van de gevallen niet bekend.

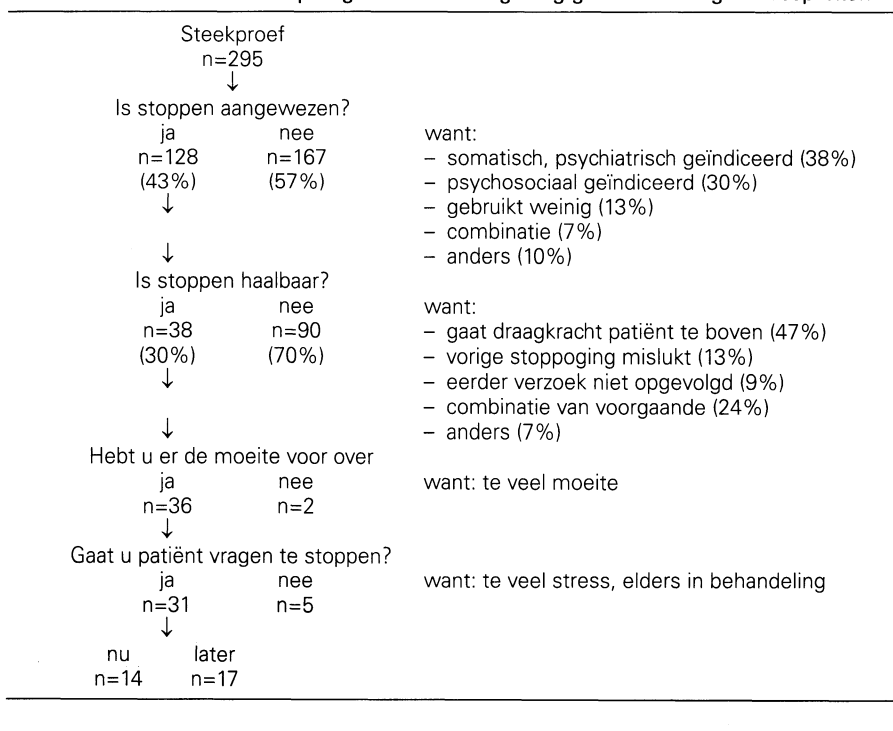
Er werd in de onderzoeksperiode door 24 procent van de gebruikers meer dan één middel gebruikt. De groep gebruikers die in de onderzoeksperiode meer dan één benzodiazepine gebruikt had ( $n=70$ ), verschilde ten opzichte van de andere gebruikers niet qua leeftijd, geslacht, verzekering, burgerlijke staat, woonverband, opleiding en praktijk. Wel kwamen in deze groep meer mensen voor die het middel korter dan 1 jaar gebruikten ( $p<0,005$ ) en meer personen met meer dan één diagnostische reden voor gebruik ( $p<0,001$ ).

**Tabel 1** Achtergrondvariabelen van de steekproef en de RNH-populatie (patiënten  $>24$  jaar). Procentuele verdeling

| Variabele              | Steekproef<br>n=295 | RNH<br>n=9208 | p*       |
|------------------------|---------------------|---------------|----------|
| Geslacht               |                     |               |          |
| – vrouw                | 74                  | 53            | $<0,01$  |
| – man                  | 26                  | 47            |          |
| Leeftijd               |                     |               |          |
| 25-44 jaar             | 12                  | 45            | $<0,01$  |
| 45-64 jaar             | 36                  | 33            |          |
| 65-74 jaar             | 24                  | 13            |          |
| 75+ jaar               | 28                  | 9             |          |
| Burgerlijke staat      |                     |               |          |
| – gehuwd               | 52                  | 59            | $<0,01$  |
| – ongehuwd             | 11                  | 23            |          |
| – samenwonend          | 2                   | 5             |          |
| – weduwe(naar)         | 28                  | 8             |          |
| – gescheiden           | 7                   | 5             |          |
| Woonverband            |                     |               |          |
| – alleenstaand         | 32                  | 22            | $<0,001$ |
| – gezin                | 19                  | 62            |          |
| – echtpaar             | 36                  | 14            |          |
| – verzorgingshuis      | 13                  | 1             |          |
| – overig               | –                   | 1             |          |
| Opleiding              |                     |               |          |
| – lager onderwijs      | 69                  | 43            | $<0,01$  |
| – middelbaar onderwijs | 25                  | 41            |          |
| – hoger onderwijs      | 6                   | 16            |          |
| Verzekering            |                     |               |          |
| – ziekenfonds          | 82                  | 62            | $<0,01$  |
| – particulier          | 18                  | 38            |          |

\* p-waarde van chi-kwadraattoets.

**Figuur** Stroomdiagram met betrekking tot het initiatief van de huisarts om het stoppen of reduceren van benzodiazepinegebruik met langdurig gebruikers te gaan bespreken



Tabel 1 geeft een overzicht van de achtergrondvariabelen. In vergelijking met de RNH-populatie kwamen in de steekproef meer vrouwen voor en was de gemiddelde leeftijd hoger; er kwamen met name meer weduwen/weduwnaren voor; eveneens

verschilde het woonverband: er waren meer alleenstaanden, meer echtparen en de groep die in een verzorgingshuis woonde, was groter; de onderzoekspopulatie bevatte meer ziekenfondsverzekerden en meer laag opgeleiden.

De diagnostische reden(en) (klacht en/ of diagnose) waarvoor het middel gebruikt werd, werd door de huisarts voor 95 procent ondergebracht in het ICPC-hoofdstuk van de psychische stoornissen (P): P01, angst/gespannenheid/nervositeit (47%) en P06, slapeloosheid (45%). Volgens de huisartsen ging het bij 4 procent om een lichamelijke stoornis en bij 1 procent om een sociaal probleem.

Bij 175 personen (59 procent) werd geen oorzaak vermeld, inclusief 52 personen van wie de huisarts expliciet aangaf dat hem de oorzaak niet bekend was. Voor zover (n=120 personen) door de huisartsen een of meer oorzaken waren genoemd, ging het in 47 procent van de vermelde oorzaken om psychische stoornissen (ICPC-hoofdstuk P), in 25 procent om lichamelijke stoornissen (ICPC-hoofdstukken A, B, D, K, L, N, R, T en X) en in 28 procent om sociale problemen (ICPC-hoofdstuk Z).

### Stoppen of niet?

In een stroomdiagram konden de huisartsen hun opvattingen aangeven met betrekking tot stoppen of reduceren van het benzodiazepinegebruik (figuur). In 57 procent van de gevallen werd stoppen niet aangewezen geacht. De redenen daarvoor waren vooral somatische of psychiatrische (38%) en psychosociale (30%) indicaties. Bij de resterende 128 personen achtten de huisartsen stoppen in 70 procent van de gevallen niet haalbaar: bij bijna de helft van deze patiënten zou proberen te stoppen hun draagkracht te boven gaan. Tot slot resteerden 31 personen (11%), die door de artsen gerekend werden tot potentiële stoppers en die zij zouden willen benaderen om het gebruik van het psychofarmacon ter discussie te stellen. Bij 14 personen zouden ze dat op korte termijn doen en bij 17 in een latere fase, als de patiënt op het spreekuur zou komen. Van de 264 niet-stoppers was de spreiding over de vier praktijken 17-33 procent. De verschillen waren niet significant.

In de groep potentiële stoppers kwamen meer 'jongeren' (25-64 jaar) voor, meer gescheiden mensen en minder weduwen of weduwnaren. Het betrof vooral de men-

**Tabel 2** Potentiële stoppers en niet-stoppers. Procentuele verdeling

| Variabele                          | Potentiële stoppers<br>n=31 | Niet-stoppers<br>n=264 | p*    |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------|
| Geslacht                           |                             |                        |       |
| – vrouw                            | 77                          | 74                     | ns    |
| – man                              | 23                          | 26                     |       |
| Leeftijd                           |                             |                        |       |
| 25-44 jaar                         | 23                          | 11                     | <0,05 |
| 45-64 jaar                         | 47                          | 35                     |       |
| 65-74 jaar                         | 20                          | 24                     |       |
| 75+ jaar                           | 10                          | 30                     |       |
| Burgerlijke staat                  |                             |                        |       |
| – gehuwd                           | 58                          | 51                     | <0,01 |
| – ongehuwd                         | 10                          | 12                     |       |
| – samenwonend                      | –                           | 2                      |       |
| – weduwe/weduwnaar                 | 10                          | 30                     |       |
| – gescheiden                       | 22                          | 5                      |       |
| Woonverband                        |                             |                        |       |
| – alleenstaand                     | 24                          | 33                     | ns    |
| – gezin                            | 24                          | 18                     |       |
| – echtpaar                         | 38                          | 35                     |       |
| – verzorgingshuis                  | 14                          | 14                     |       |
| Opleiding                          |                             |                        |       |
| – lager onderwijs                  | 71                          | 69                     | ns    |
| – middelbaar onderwijs             | 25                          | 25                     |       |
| – hoger onderwijs                  | 4                           | 6                      |       |
| Verzekering                        |                             |                        |       |
| – ziekenfonds                      | 87                          | 82                     | ns    |
| – particulier                      | 13                          | 18                     |       |
| Arts niet op de hoogte van gebruik | 13                          | 3                      | <0,05 |
| Start in onderzoeksperiode         | 17                          | 6                      | <0,05 |
| Duur van gebruik in jaren:         |                             |                        |       |
| <1                                 | 46                          | 12                     | <0,01 |
| 1-2                                | 15                          | 13                     |       |
| 2-3                                | 4                           | 9                      |       |
| >3                                 | 35                          | 66                     |       |
| Reden voor gebruik                 |                             |                        |       |
| – psychische stoornissen           | 97                          | 95                     | ns    |
| – lichamelijke stoornissen         | 3                           | 4                      |       |
| – sociale problemen                | –                           | 1                      |       |

\* p-waarde van chi-kwadraat toets.

sen die met het gebruik waren begonnen in de onderzoeksperiode en/of het psychofarmakon korter dan één jaar gebruikten. Geslacht, woonverband, opleiding, verzekering en diagnostische reden voor gebruik verschilden niet significant (tabel 2).

De groep gebruikers die meer dan één benzodiazepine gebruikte in de onderzoeksperiode, verschilde ten opzichte van de andere gebruikers niet qua kans om tot de groep potentiële stoppers te horen.

Van de steekproef konden alle personen in de regressie-analyse geïnccludeerd worden. In een logistische regressie (met als afhankelijke variabele wel/niet een gesprek aangaan over stoppen) werden alle variabelen opgenomen die in de bivariate analyse significant waren. Nadat vervolgens in dit regressiemodel de niet-significante variabelen waren weggelaten, bleven twee variabelen over: duur van het gebruik ( $p < 0,001$ ) en burgerlijke staat ( $p < 0,001$ ). Wat betreft de variabele 'duur van gebruik' bleken vooral personen die het middel korter dan één jaar gebruikten ten opzichte van degenen die langer dan drie jaar gebruikten, een significante kans te hebben om tot de potentiële stoppers te behoren ( $OR = 9,3$ ;  $p < 0,001$ ). Voor de 'burgerlijke staat' gold dit vooral voor de categorie gescheiden mensen ten opzichte van de gehuwden ( $OR = 8,5$ ;  $p < 0,001$ ).

### Eén jaar later

Bij inventarisatie na een jaar bleken de huisartsen bij 13 (42%) van de 31 potentiële stoppers het stoppen besproken te hebben (niet meer in praktijk  $n = 3$ , overleden  $n = 2$ ). Door 10 van deze 13 personen werd het gebruik daadwerkelijk gestopt.

### Beschouwing

Het onderzoek vond plaats in vier academische huisartspraktijken. In de eerste besprekingen werd de aanpak van langdurig gebruik door alle artsen als een probleem ervaren. Het feit dat op de vragenlijst gebruik en middel vermeld werden, vormde voor de huisarts mogelijk een bias ten aan-

zien van de vragen over het op de hoogte zijn van het gebruik en de aard van de klacht waarvoor het middel gebruikt werd. Het weergeven van de diagnostische reden (klacht/diagnose) én oorzaak ervan bleek niet altijd consequent te gebeuren; met name als een diagnose werd gehanteerd, werd het aangeven van een oorzaak vaak achterwege gelaten. Tevens werd de reden voor gebruik voornamelijk symptoomgericht weergegeven. Door dit feit en door het veelal ontbreken van de oorzaak van de reden voor gebruik was het niet goed mogelijk op diagnosesniveau een beeld te schetsen omtrent het voorkomen van psychische/psychiatrische stoornissen en sociale problemen in de onderzochte groep langdurig gebruikers. Methodologisch zijn ook ten aanzien van de opzet van dit onderzoek enige bezwaren aan te voeren, zoals het ontbreken van een controlegroep waarbij geen interventie plaatsvond en onvoldoende blinding van de artsen.

De onderzochte groep langdurig gebruikers van deze praktijken had een aantal kenmerken die we in de literatuur terugvinden: oververtegenwoordigd zijn van het vrouwelijk geslacht, een hogere leeftijd en een lagere opleiding.<sup>9-14</sup>

Het feit dat slechts 11 procent van de steekproef als potentiële stopper gezien werd en dat daarvan na één jaar minder dan de helft feitelijk benaderd was, geeft aan dat de groep langdurig gebruikers in de ogen van deze huisartsen een gegeven is en niet leidt tot een actieve opstelling. De vraag blijft natuurlijk of de gebruikers die niet geselecteerd waren door de huisartsen om te stoppen, dezelfde mening zijn toegedaan. Gegevens uit de literatuur lijken het antwoord op deze vraag te bevestigen; hun tevredenheid over het effect van de gebruikte middelen is groot en bijwerkingen worden nauwelijks ervaren. Ook wordt door hen in het merendeel van de gevallen aangegeven dat ze niet het gevoel hebben (gehad) te moeten stoppen.<sup>2,12,13</sup>

Op basis van dit oriënterend onderzoek concluderen we dat, als het op het initiatief van de huisartsen aankomt om langdurig gebruikers van benzodiazepinen individueel te benaderen, dit waarschijnlijk maar

beperkt resultaat zal hebben, op grond van de door de huisarts beoordeelde indicatiestelling en beperkte haalbaarheid. Van het benaderen van deze gebruikers op groepsniveau is wellicht meer te verwachten. Het verstrekken van een informatieve brief aan alle langdurig gebruikers reduceert volgens de literatuur het gebruik voor 25 tot 30 procent.<sup>15,16</sup>

Op basis van dit onderzoek is niet duidelijk welke diagnostische criteria de huisarts hanteert ten aanzien van de indicatie voor continuering van gebruik. Hier toe dient nader onderzoek plaats te vinden met een aangepaste onderzoeksopzet en een hierop gerichte vraagstelling.

Het feit dat begeleiding van stoppogingen door de participerende huisartsen als moeizaam ervaren werd, en dat interventiestudies in de eerste lijn een beperkt resultaat te zien geven voor diverse methoden van aanpak,<sup>3</sup> pleit voor nader onderzoek naar interventiemethoden die de huisarts mogelijkheden bieden stoppogingen beter te begeleiden.

### Dankbetuiging

Met dank voor de inzet van de participerende huisartsen en hun assistentes van de gezondheidscentra Heer, de Hofhoek, van Kleef en huisartspraktijk Zwietering, als ook de apothekers Rümkes, Schüssler-van Hees, Straver, Van Thoor en Willems, allen te Maastricht.

### Literatuur

- 1 De Kock CA, Crebolder HFJM, Beusmans GMH, Gielen-Van Steenberghe S. Patiëntbesprekingen in academische praktijken. Opzet en een eerste inventarisatie. Med Contact 1997;52:1061-3.
- 2 Vissers FHJA, Jongbloet AJ, Knottnerus JA, et al. Benzodiazepinen: de gebruiker en zijn huisarts. Bijwerkingen, satisfactie, afhankelijkheid en stoppen, gezien door de bril van de gebruiker en zijn huisarts. Huisarts Wet 1998;41:329-34.
- 3 Vissers FHJA, Knottnerus JA, Van der Grinten RF, Van der Horst FGEM. Interventies in de eerste lijn bij langdurig gebruik van benzodiazepinen. Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1997;40:244-7.
- 4 Lagro-Janssen T. Benzodiazepinen en de goedmoedigheid van de huisarts [Commentaar]. Huisarts Wet 1993;36:402-4.
- 5 Lamberts H, Wood M. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford, etc.: Oxford

- University Press, 1987.
- 6 Norusis MJ. SPSS. Professional Statistics. Release 6.0. Chicago: SPSS, 1993.
  - 7 Schouten H. Klinische statistiek. Een praktische inleiding in methodologie en analyse. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
  - 8 Metsemakers JFM, Höppener P, Knottnerus JA, et al. Computerized health information in the Netherlands: a registration network of family practices. *Br J Gen Pract* 1992;42:102-6.
  - 9 Blijenberg-Ruis B, Garretsen HFL, Schuurman JH, Verdonk ALT. Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen. Een secundaire analyse van een Rotterdams onderzoek. *Tijdschrift Soc Gezondheidsz* 1986;64:491-7.
  - 10 Salinsky JV, Dore CJ. Characteristics of long-term benzodiazepine users in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:202-4.
  - 11 Ashton H, Golding JF. Tranquillizers: prevalence, predictors and possible consequences. Data from a large United Kingdom survey. *Br J Addict* 1989;84:541-6.
  - 12 Lagro-Janssen T, Liberton IJW. Profielen van regelmatige gebruikers van benzodiazepinen in een huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1969-73.
  - 13 Vissers FHJA, Knottnerus JA, Van der Grinten RF, Van der Horst FGEM. Langdurig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1993;36:405-8.
  - 14 Van der Waals FW. Sex differences in benzodiazepine use [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1995.
  - 15 Cormack MA, Sweeney KG, Huges-Jones Foot GA. Evaluation of an easy, cost effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:5-8.
  - 16 Verberk H. Benzodiazepinen: (voor wie) zijn ze een probleem? *Patient Care* 1993;20(2):34-46. ■

# Abstract

**Gubbels THCM, Vissers FHJA, Beusmans GMHI, Kester ADM, Crebolder HFJM.**  
**Benzodiazepine use in general practice: why do(n't) we change it? An explorative study. *Huisarts Wet* 1999;42(3):107-11.**

**Objective** To describe the size and characteristics of long-term benzodiazepine-users in general practice, who according to the GP should stop using the drug and with whom he wishes to discuss it; what are his reasons if not.

**Design** Descriptive study.

**Setting** Four academic general practices (N=17.600).

**Method** Ten participating GPs answered questionnaires about a random sample of 295 long-term benzodiazepine-users.

**Results** The sample of long-term users had the same characteristics as mentioned in the literature. Compared to the total general practice population there were more women and more elderly people; the level of education was lower. The sample contained more people who were insured by the sick fund, more widowed and single people and more people living in a home for elderly people. The GPs considered for 43 per cent of the sample that it was indicated to stop using the benzodiazepines, but for 70 per cent of this group he thought stopping was not feasible. According to the GPs 11 per cent of the long-term users were patients, who might be able to stop using. Predictive factors for bringing up the subject of stopping were 'duration of taking benzodiazepines' (using <1 year, OR=9.3; p<0.001) and 'civilian status' (divorced people OR=8.5; p<0.001).

**Conclusion** Once a person has become a long-term user of benzodiazepines, the GP initiates less effort to discuss the reduction of this use.

**Correspondence** Dr. F.H.J.A. Vissers, PhD, Department of General Practice, University Maastricht, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, Netherlands.