Faculteit huisartsgeneeskunde

Afbouw van benzodiazepines voor slaapproblemen in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de achterliggende gedachten bij benzodiazepine- of Z-druggebruik bij insomnia.

Onderzoeker: Pieter-Jan Van den Eynde
Praktijkopleider: Marc Van den Eynde
Promotoren: Professor dokter Johan Wens
Begeleider: Dokter Peter Dieleman

Inhoudstafel

Inhoudstafel	Pagina 1
Abstract	Pagina 2
Inleiding	Pagina 3
Methodologie	Pagina 4-5
Resultaten	Pagina 6-8
Discussie	Pagina 9-11
Referenties	Pagina 12
Bijlage 1	Pagina 13
Bijlage 2	Pagina 14-16
Bijlage 3	Pagina 17
Bijlage 4	Pagina 18

ABSTRACT

INLEIDING

Slaapproblemen komen zeer frequent voor. Zo merkt het Nederlands Huisartsen Genootschap op dat 20% tot 30% van de volwassenen last heeft van slapenloosheid (1). Ongeveer 60% van deze patiënten met slapeloosheid als nieuwe klacht krijgt van de huisarts een slaapmiddel voorgeschreven; 36% krijgt meer dan één voorschrift. Na een periode van één jaar gebruikt ongeveer de helft van deze populatie nog deze medicatie (1). Volgens de literatuur is het gebruik van benzodiazepines en Z-drugs echter niet de oplossing van de slaapproblemen (3). Het lijkt echter moeilijk om chronisch gebruik van slaapmedicatie af te bouwen.
Men ontwierp afbouwschema's en behandelplannen, soms in combinatie met psychotherapie (1,5). Er werd onderzoek gedaan waarbij brieven naar de patiënt werden gestuurd om hen te sensibiliseren (4). Er werden sites ontworpen om patiënten te begeleiden (6). Ondanks deze strategieën, blijven de cijfers hoog qua chronisch voorgeschreven hypnotica.
In deze masterthesis probeert de onderzoeker de achterliggende gedachten van de patiënt met betrekking tot hypnoticagebruik in kaart te brengen. Op deze manier hoopt de onderzoeker een springplank te zijn voor effectievere en toegankelijkere afbouwstrategieën voor slaapmedicatie.

METHODOLOGIE

De onderzoeker stelde een vragenlijst samen, gebaseerd op de "vragenlijst bij slapeloosheid" van de projectgroep benzodiazepines. Op willekeurige wijze werden 8 patiënten gekozen die chronisch hypnotica gebruikten. Deze patiënten werden gekozen uit het patiëntenbestand van de huisartsenpraktijk "Bisschoppenhof", te Antwerpen. Vervolgens werd een interview opgenomen bij deze patiënten. De interviews werden neergeschreven en de geluidsfragmenten verwijderd. Met behulp van een cross-case benadering werden de interviews geanalyseerd.

RESULTATEN

De resultaten werden gecategoriseerd in zes onderwerpen: start van het slaapprobleem, slaapkwaliteit, ideale nachtrust, bezorgdheden rond de slaapproblemen, eigen initiatieven en verwachtingen en afbouw. Bij het bekijken van de start van het probleem valt op dat de insomnia ettelijke jaren geleden begon tijdens een zeer stressvolle periode in het leven. Tijdens die periode kregen ze voor eerst een hypnoticum voorgeschreven. Op vlak van slaapkwaliteit valt er op te merken dat het voornamelijk om een inslaapproblematiek ging. Het hypnoticum had onmiddellijk een goed effect bij de geïnterviewden. Bij het beschrijven van de ideale nachtrust spreken alle patiënten over een nachtrust van 8 uur, waarbij men onmiddellijk in slaap wilt vallen en kan doorslapen. De grootste bezorgdheid van de ondervraagden is het hervallen in slapeloze nachten, met vermoeidheidsklachten tot gevolg. De patiënten geloven sterk dat de problematiek zeer individueel is. Bijgevolg kan de huisarts weinig voor hen betekenen. Ze zijn van mening dat er enkel kan afgebouwd worden indien er voldoende motivatie is vanuit de patiënt zelf. Ondanks de overtuiging dat afbouw hierdoor moeilijk te bekomen is, denkt de meerderheid van de geïnterviewden in staat te zijn om te kunnen afbouwen. Wel geven ze aan nood te hebben aan steun en sensibilisatie van de huisarts. Op dit moment vinden de patiënten dat ze te weinig aangesproken worden op het hypnoticagebruik vanuit de huisarts.

CONCLUSIE

De patiënten in dit onderzoek geloven sterk dat deze problematiek zeer individueel is. Bijgevolg zijn ze van mening dat de huisarts weinig voor hen kan betekenen. Ze denken dat er enkel kan afgebouwd worden indien er voldoende motivatie is vanuit de patiënt zelf. Ondanks de overtuiging dat afbouw hierdoor moeilijk te bekomen is, denkt de meerderheid van de geïnterviewden in staat te zijn om te kunnen afbouwen. Hierin kan de huisarts helpen door sensibilisatie over het chronisch gebruik bij het voorschrijven van een herhalingsvoorschrift. Daarnaast kan hij polsen naar de motivatie van de patiënt in verband met het stoppen van de slaapmedicatie. Een vergelijking met het rookstopmodel kan gemaakt worden. Het stimuleren van de motivatie van de patiënt omtrent hypnotica-afbouw zou kunnen bijdragen tot een efficiëntere medicatiestop. Uitgebreider onderzoek rond deze hypothese is echter noodzakelijk.

Inleiding

Slaapproblemen komen zeer frequent voor. Zo merkt het Nederlands Huisartsen Genootschap op dat 20 tot 30 procent van de volwassenen last heeft van slapenloosheid. In Nederland consulteert daarvan slechts 10 tot 15 procent een arts. Dit probleem komt vaker voor op latere leeftijd en bij vrouwen (1). Ongeveer 60 procent van deze patiënten met slapeloosheid als nieuwe klacht krijgt van de huisarts een slaapmiddel voorgeschreven; 36 procent krijgt meer dan één voorschrift. Na een periode van één jaar gebruikt ongeveer de helft van deze populatie nog deze medicatie (1).
Ook in België ziet men indrukwekkende cijfers als het over slaapmiddelengebruik gaat. In een onderzoek, gepubliceerd in het "Tijdschrift voor Geneeskunde", ziet men dat 10 procent van de 55-plussers in België een slaapmiddel gebruikt (2). Eén op de vier vrouwelijke 75-plussers heeft dergelijke medicatie gebruikt in de afgelopen 24 uur. Bij bewoners van een woonzorgcentrum ligt het verbruik zo mogelijk nog hoger volgens een rapport van het KVE uit 2006 (2).
Volgens de literatuur is het gebruik van benzodiazepines en Z-drugs echter niet de oplossing van de insomnia. De richtlijn rond slaapproblemen van "Domus Medica" pleit voor een getrapte aanpak met zinvolle, niet-medicamenteuze interventies, zoals patiëntenvoorlichting en slaaphygiëne adviezen (3). Ook andere bronnen stellen dat cognitieve gedragstherapie de oplossing is voor deze slaapproblemen van psychosociale oorzaak (2). Volgens de richtlijnen zijn de indicaties voor medicatie echter zeer gering: enkel bij een acute presentatie van ernstige insomnia waarbij er een grote impact is op het dagelijks leven. Ook is de therapieduur beperkt tot een maximum van twee weken: men ziet een afname van het effect van deze middelen. Wel blijven de negatieve effecten bestaan (1,2,3). In de richtlijn "Geneesmiddelenverslaving" van Domus Medica vergeleek men het verschil in slaapkwaliteit tussen bejaarde patiënten die de hypnotica stopzetten en zij die dit niet deden. Dit onderzoek wees uit dat er geen verschil was in duur en kwaliteit van de slaap tussen deze twee groepen. Wel zagen ze dat de cognitieve en psychomotorische prestaties van ouderen die het gebruik van hypnotica sinds meerdere jaren stopzetten, verbeterden ten opzichte van diegenen die dit niet deden. (4) Een andere cohortstudie uit deze richtlijn vergelijkt de kenmerken van benzogebruikers (lage dosis en op lange termijn) die bereid zijn hun slaapmedicatiegebruik gedurende drie weken te stoppen, met die van de weigeraars. Men observeerde dat de weigeraars meer klachten hadden en zeer gehecht waren aan hun medicatie. De weigeraars gaven aan dat zij het geneesmiddel nodig hadden om te kunnen slapen en niet zonder zouden kunnen. (4)
Men kan dus concluderen dat het chronisch voorschrijven van de slaapmedicatie niet wenselijk is. De realiteit is echter dat een groot percentage van de Vlamingen weldegelijk medicatie blijft gebruiken. Patiënten ervaren de afbouw van slaapmiddelen echter als zeer moeilijk. Begeleiding is meestal noodzakelijk om de afbouw effectief te bewerkstelligen. (2) Allerlei modellen werden reeds ontwikkeld om dit te kunnen verwezenlijken. Zo ontwierp men afbouwschema's en behandelplannen, soms in combinatie met psychotherapie. (1,5) Er werd onderzoek gedaan waarbij brieven naar de patiënt werden gestuurd om hen te sensibiliseren. (4) Er werden sites ontworpen om patiënten te begeleiden. (6)
Het probleem blijft echter bestaan. Veel huisartsen vinden sommige van deze strategieën moeilijk haalbaar, in de huidige cultuur van tijdsnood (4). Psychotherapie in België is duur en tijdrovend, wat een drempel is voor de patiënt om hierin te investeren (2).
De vraag die echter blijft bestaan: Vanwaar komt de weerstand van de patiënt ten opzichte van de afbouw van deze medicatie? Welke achterliggende gedachten maken de patiënt zo gehecht aan het hypnoticum? De bedoeling van dit onderzoek is om deze achterliggende gedachten in kaart te brengen. Op deze manier hoopt de onderzoeker een springplank te zijn voor effectievere en toegankelijkere afbouwstrategieën voor chronisch slaapmedicatiegebruik.

Methodologie

Stap 1: Onderzoekspopulatie: Via Careconnect werd er een zoekactie gedaan in het patiëntenbestand van praktijk "Bisschoppenhof" te Deurne, Antwerpen. Het aantal actieve GMD's in het patiëntenbestand bevat 2416 patiënten. Voor dit onderzoek zocht men naar patiënten waarbij er een "voorgeschreven verpakking" was van Zolpidem, Lorazepam, Loramet of Bromazepam in al zijn vormen (andere producent, generieken, andere hoeveelheid tabletten en dergelijke). Tegelijk moesten de patiënten ook ouder zijn dan 18 jaar. Hoe deze zoekopdracht exact tot stand kwam, wordt beschreven in bijlage 1. De onderzoeker koos voor deze producten omdat zijn praktijkopleider voornamelijk deze producten voorschreef voor insomnia. Gezien de praktijkopleider reeds 35 jaar in deze praktijk werkt, kan men aannemen dat deze zoekopdracht een realistisch beeld geeft van de hypnotica-gebruikers in deze huisartsenpraktijk. De zoekopdracht gaf 172 patiënten weer als zoekresultaat.

Stap 2: Steekproef creëren: Vanuit deze zoekopdracht wilde de onderzoeker een steekproef bekomen van acht proefpersonen die zullen geïnterviewd worden. Er werd gekozen voor een steekproef van acht personen omdat het hier om een kwalitatieve studie gaat, waarbij er slechts een kleine steekproef nodig is. Daarnaast werd deze thesis uitgevoerd in het tijdsbestek van enkele maanden en is tijd een beperkende factor. De selectie gebeurde willekeurig. De praktijkopleider koos acht willekeurige getallen van 1 tot 172. De namen die overeenkwamen met deze getallen in de zoekopdracht, werden gekozen voor de steekproef. Na deze willekeurige selectie werd in het dossier nagegaan of het effectief om een chronisch gebruik ging. Indien de willekeurig gekozen patiënt toch niet zou voldoen aan de eisen, werd deze geweerd uit het onderzoek. Nadien werd er willekeurig een andere patiënt gekozen tot er weer een steekproef van acht patiënten werd bekomen.

Stap 3: Bereiken van deze proefpersonen: Deze patiënten werden telefonisch gecontacteerd. Er werd kort uitleg gegeven over het opzet en de methode van het onderzoek. Daarnaast werd ook toegelicht dat deze patiënten op willekeurige basis gekozen zijn. Vervolgens werd er gepeild naar de interesse in deelname aan het onderzoek. Indien de patiënt akkoord was, bezorgde de onderzoeker de informatiefiche en het formulier voor de geïnformeerde toestemming aan de patiënt. Daarna werd de patiënt enige tijd gegund om deze informatie door te nemen. Nadien maakte de onderzoeker een afspraak met de patiënt voor de afname van het interview. Indien de patiënt weigerde deel te nemen aan het onderzoek, werd er een nieuwe patiënt geloot om de steekproef van acht patiënten te behouden.

Stap 4: Opbouw van de vragenlijst en testinterviews: Het interview werd afgenomen op basis van een vragenlijst, opgesteld door de onderzoeker. Deze vragenlijst is gebaseerd op de "vragenlijst bij slapeloosheid" van de projectgroep benzodiazepines (zie bijlage 2). Deze werd aangepast om het doel van het onderzoek beter te kunnen dienen. De originele vragenlijst en de aangepaste versie kan men vinden onder respectievelijk bijlage 2 en 3. De originele vragenlijst spitst zich voornamelijk op het slaapprobleem voor de start van slaapmedicatie. De focus van het onderzoek ligt, naast de origine van het slaapprobleem, voornamelijk op de in standhoudende elementen en de houding ten opzichte van de medicatiestop. Hierdoor voegde de onderzoeker enkele vragen toe om een beter idee te krijgen over deze twee aspecten van chronisch slaapmiddelengebruik. Daarnaast schrapte de onderzoeker rubriek "Vragen over uw slaapproblemen". Het draait hier om ja/nee-vragen. Deze lenen zich niet goed voor een interview. Daarnaast focust deze rubriek zich wederom voornamelijk op de origine. Gezien er in het interview reeds voldoende tijd besteed werd aan dit topic, werd deze rubriek achterwege te laten.
Voorafgaand aan de effectieve interviews, vond er een test-interview plaats met de praktijkopleider en de collega-huisarts van de praktijk "Bisschopppenhof". Zo werd nagegaan of alles duidelijk was.

Ook kreeg de onderzoeker een idee van de duur van een interview. Het interview duurde rond de 20 à 25 minuten. Verder werden er geen aanpassingen gedaan.

Stap 5: Afname van het interview: Het interview werd bij voorkeur bij de patiënt thuis afgenomen om de patiënt zich zo comfortabel mogelijk te laten voelen. Indien de patiënt wenste op een andere plaats geïnterviewd te worden, was dit ook mogelijk. Drie interviews werden niet bij de patiënt thuis opgenomen. Er werden geen namen genoteerd bij het interview om de anonimiteit van de patiënt te kunnen garanderen. Wel werd er gevraagd naar leeftijd, geslacht, sociale context en de desbetreffende slaapmedicatie, om de interviews vanuit verschillende oogpunten te kunnen analyseren (verschillen op vlak van geslacht, sociale context en dergelijke). Het interview werd opgenomen met behulp van een dictafoon. Ook nam de onderzoeker korte notities tijdens het interview.

Stap 6: Informatie verwerken: Achteraf werden de geluidsopnames beluisterd en schreef de onderzoeker de interviews neer als een word-document. Na verificatie dat de neergeschreven tekst overeenkwam met de geluidsopnames, werden de geluidsopnames vernietigd. De teksten werden bewaard in een aparte map op de laptop van de onderzoeker. Deze map werd beveiligd met een wachtwoord, enkel gekend door de onderzoeker. Er werd een digitale kopie gemaakt op een externe harde schijf van de onderzoeker om te verzekeren dat de informatie niet verloren gaat bij een eventuele crash van de laptop. Ook deze externe harde schijf werd beveiligd met een wachtwoord. Op de neergeschreven interviews staat geen naam vermeld, enkel het serienummer van het interview. (Het eerste interview kreeg het nummer 1, het tweede het nummer 2 enz…). Deze transcripties worden bewaard om de authenticiteit van de interviews te kunnen aantonen. Enkel de onderzoeker, de praktijkopleider en de promotor konden deze interviews inkijken. Indien de patiënt het wenste, kon de patiënt ook zijn eigen interview inkijken. Geen enkele patiënt vroeg echter de transcriptie in te kijken.
De tekst werd vervolgens geanalyseerd. Dit onderzoek gebruikte een zogenaamde “cross case” benadering: meerdere cases werden met elkaar vergeleken om mogelijke samenhang tussen factoren te kunnen ontwaren. Deze onderzoekaanpak bevindt zich voor wat betreft diepte en breedte tussen een enkelvoudige case study en een kwantitatief ingestoken vragenlijstonderzoek in. De resultaten werden neergeschreven in deze masterproef.

Resultaten

Bij het analyseren van de onderzochte populatie zien we dat er 5 vrouwen en 3 mannen werden geïnterviewd. Bij het vergelijken van de leeftijden van de ondervraagden, valt het op dat – op één 43-jarige vrouw na – alle participanten ouder zijn dan 55 jaar. Qua slaapmedicatie nemen ze "Zolpidem", "Alprazolam" of "Lormetazepam". Ze hebben of hadden allemaal uiteenlopende beroepen: van poetshulp en zorgkundige tot ploegbaas in een fabriek en directie in een school. Zes van de acht deelnemers zijn reeds gepensioneerd. Zes participanten zijn getrouwd. Eén ondervraagde is weduwnaar, een andere gescheiden. In bijlage 4 wordt een overzicht de participanten weergegeven in tabelvorm.

1. Start van het slaapprobleem

Bij het bekijken van de start van het probleem, ziet men dat het probleem al jaren bestaat. Dit gaat van 4 jaar tot maar liefst 40 jaar. De medicatie werd in bijna alle gevallen opgestart door de huisarts. Slechts in één geval startte de psychiater de slaapmedicatie. Bij het vergelijken van de oorzaken van de insomnia kan men concluderen dat ze terug te brengen zijn op één gemeenschappelijke oorzaak: Een zeer stressvolle periode in het leven van de patiënt. Burn out door stress op het werk komt voor bij drie van de ondervraagden. Twee anderen gaven aan dat het verlies van een naaste de oorzaak was van het slaapprobleem. Lichamelijke problemen werden vernoemd bij nog twee anderen. Echter geven ze allemaal aan dat dat specifieke, zeer stressvolle moment in het leven van de patiënt ervoor zorgde dat ze piekerend in bed wakker lagen. Wat opvalt: ondanks dat enkelen het werk als voornaamste stessfactor aanduidden, bleven ze daar wel werken. Zo antwoordde een vrouwelijke participant van 61 jaar op de vraag of ze daar ondanks de stress bleef werken:
Ja, merkwaardig genoeg wel. Bijna 20 jaar lang.

2. Slaapkwaliteit

Bij het dieper ingaan op de slaap voor de start van de hypnotica, kan men concluderen dat het voornamelijk om een inslaapprobleem ging. Zes van de acht ondervraagden gaven aan in die stressvolle periode één tot meerdere uren slapeloos in bed te liggen. Twee van hen herinnerden zich dat ze ook toen weinig problemen hadden met inslapen. Ze werden echter 's nachts in paniek wakker, waarna ze de slaap niet meer konden vatten. Na inname van slaapmedicatie ging het in alle gevallen opmerkelijk beter: Na 15 tot 30 minuten konden alle participanten de slaap vatten. Bij het navragen of de participanten doorsliepen, kan men zien dat dit nauwelijks een probleem vormde. Op één ondervraagde na, werden alle ondervraagden nauwelijks wakker 's nachts.
Bij vergelijken van de gemiddeld aantal uren slaap met of zonder slaapmedicatie, ziet men subjectief wel een duidelijke winst van een aantal uren. Gemiddeld slapen deze patiënten zes tot negen uur nu. Toen hen gevraagd werd of ze overdag hinder ondervonden van het slecht slapen, gaven nagenoeg alle patiënten aan dat ze zich moe voelden, humeurig waren en moeite hadden bij dagdagelijkse activiteiten. Zo vertelde een 61-jarige mannelijke participant:
Er wordt nog maar iets verkeerd gezegd en dan word ik heel krekelig. Maar ik heb daar dan 2 minuten later spijt van. Dat is echt stom.
De meeste geïnterviewden zijn zich bewust van het veranderd gedrag en de impact ervan op hun omgeving. Vreemd genoeg gaven toch twee patiënten aan geen last te ondervinden van de slechte nachtrust. Een 43-jarige vrouw vertelde:
Ik denk dat ik die korte slaap gewoon ben. En als ik dan eens langer slaap, dan voelt mijn lichaam heel moe aan. Precies van: Wat heb je nu gedaan?

3. Ideale nachtrust

Als men de beschrijving van de ideale nachtrust gaat vergelijken, ziet men dat de patiënten heel erg terugvallen op wat ze denken dat een sociaal aanvaardbare nachtrust is: Ze wensen allemaal acht à negen uur te kunnen slapen. Ze wensen onmiddellijk in slaap te vallen of na even te lezen. Doorslapen is voor hen belangrijk, alsook zich uitgerust en vitaal voelen. Ook geven velen van hen aan te weten dat dit "gezonde" slaap is: Op deze manier slapen is essentieel om gezond te kunnen zijn. Bij één ondervraagde, een 93-jarige man, werd er aangegeven dat slaap door middel van een hypnoticum geen kwaliteitsvolle slaap is. Hierop antwoordde hij:
Dat wist ik niet. Ik merk toch geen verschil, hoor. Zolang ik maar geslapen heb.

4. Bezorgdheden rond de slaapproblemen

Bij het vergelijken van de bezorgdheden van de patiënt bij het wederoptreden van het slaapprobleem, zien we twee grote tendensen. De meerderheid van de patiënten geeft aan angst te hebben om uitgeput te geraken en niet meer te kunnen functioneren. De meeste van hen hebben reeds ondervonden wat het is om uitgeput te zijn en hebben angst om te hervallen. Ook de patiënten die weinig last te hadden van de slechte slaapkwaliteit, vrezen voor vermoeidheidsklachten. Een 43-jarige vrouw gaf aan dat haar grootste bezorgdheid was om ooit eens te "crashen":
En wat met de kinderen dan?
En andere element dat naar boven komt, voornamelijk bij de oudere en eenzamere patiënten, is het wakker liggen 's nachts. Het zijn niet alleen de effecten van de slechte nachtrust die ze vrezen, maar ook – en vooral – het wakker liggen 's nachts. De nacht kan immers zeer lang duren. Bij gebrek aan activiteiten en sociaal contact 's nachts, zijn ze van mening dat de nacht dient om te slapen. Door hypnotica te gebruiken, willen ze verveling tegengaan.

5. Eigen initiatieven

Tijdens het interview werd er gepolst naar methoden die de patiënten zelf hadden ondernomen om beter te kunnen slapen. Twee patiënten hadden zelf niets ondernomen, de anderen wel. Heel uiteenlopende dingen werden hierop geantwoord. Zo probeerden ze accupunctuur, relaxatieoefeningen, plantaardige medicatie/vitamines, kamillethee en ging één van hen naar een slaappsycholoog. Echter gaf geen van deze methoden een verbeterend effect op de slaapkwaliteit. Gezien niets een gunstig effect had, besloten ze de huisarts te raadplegen.
Er werd hen gevraagd of ze een slaappsycholoog geraadpleegd hadden. Op één ondervraagde na was het antwoord negatief. Deze ondervraagde, een man van 67 jaar, vertelde over de slaappsycholoog:
Dan moest ik toen van die rare dingen doen. Op een bed gaan liggen met mijn ogen toe. En denken aan een plaats waar ik graag zou zitten enzo. En dan ben ik een keer of 3-4 keer naar toe geweest. Maar dan had ik ook zoiets van: wat zit ik hier mijn tijd te verdoen. Ik had daar eigenlijk geen baat bij.
Wel gaven 5 van hen aan naar de psycholoog te zijn geweest voor het onderliggend probleem: de zeer stressvolle periode in hun leven. De psychotherapie was echter gestart na de start van de slaapmedicatie.

6. Verwachtingen en afbouw

Er werd de patiënten gevraagd of ze dachten dat de huisarts – of de geneeskunde in het algemeen – de slaapproblematiek kon oplossen of "genezen". De houding van de patiënten op deze vraag was zeer negatief. De meeste patiënten gaven aan dat ze denken dat dit probleem niet te genezen is. Het is een persoonlijk iets en kan enkel opgelost worden door de patiënt zelf. Als de patiënt niet wil, zal er niets veranderen. Ze moeten zelf omgaan met de stress of het verlies. Ook werd er een vergelijking gemaakt met het stoppen van roken: indien er geen motivatie is vanuit de patiënt, is er

niets wat de artsen kunnen doen om een roker te doen stoppen.
Enkele van hen geven aan dat ze geloven in een soort van ontwenningskuur: ze zouden dan een aantal weken in afzondering moeten gaan. Een 63-jarige patiënte denkt dat er biologische oorzaak is:
Ik denk dat dat te laat is, dat ik dat al te lang neem. En dat dat iets is bij mij… Dat ik die stof in mijn hersenen niet maak...
Men stelt in het algemeen dat de geneeskunde machteloos is ten opzichte van de insomnia. Ze kunnen dit enkel zelf te boven komen omdat het een zeer individuele problematiek is.
Wel geeft men aan dat het luisterend oor van de huisarts deugd kan doen: het hart luchten draagt bij aan meer gemoedsrust. Zo zegt een 61-jarige man:
Het is wel zo dat elke keer dat ik naar de huisarts ben geweest, dat ik me geruster voel.
Wat ook terugkomt bij verschillende interviews is dat de huisarts meer kan sensibiliseren. Bij het voorschrijven van een herhalingsrecept kan de huisarts even aanhalen dat de medicatie niet chronisch genomen dient te worden. Ook kan hij dan vragen of de patiënt een eventuele afbouw ziet zitten. Hierdoor zouden ze meer stil staan bij hun gebruik. Toen een 57-jarige vrouw werd gevraagd of het nuttig kon zijn te sensibiliseren bij een herhalingsvoorschrift, zei ze:
Hij heeft dat af en toe wel gedaan. Maar meestal is dat op het einde van een consult zo nog snel: mag ik nog een voorschrift? Maar dat kan misschien wel nuttig zijn. Zo ben je er toch wat meer mee bezig en zet je misschien sneller die stap.
Bij het navragen wat de patiënten tegenhoudt om de slaapmedicatie af te bouwen, werd er teruggegrepen naar de angsten die ze hebben. Het is de angst om niet te kunnen functioneren, te hervallen of om heel de nacht wakker te liggen die ervoor zorgt dat ze de hypnotica blijven nemen. Een van hen gaf aan dat er niets was dat haar tegen hield.
Tot slot werd er hen gevraagd of ze geloofden dat ze konden slapen zonder slaapmedicatie. De antwoorden waren zeer verdeeld. De helft van hen gelooft van niet. Ze geven aan dat er geen oplossing is. Ze zijn verslaafd na al die jaren van gebruik. Sommigen hebben reeds, tevergeefs, geprobeerd. Deze negatieve antwoorden waren ook zeer gedecideerd: er volgde onmiddellijk een vastberaden “neen”.
De andere helft echter geeft aan dat ze wel geloven zonder te kunnen, maar de stap moet genomen worden door de patiënt zelf. Er moet gedurfd worden om te proberen.
Wat ook opvallend was, is dat de meerderheid van de patiënten aangeeft soms in slaap te vallen zonder medicatie. Ze kunnen dus ook zonder slaappil een goede nachtrust hebben. Echter, als ze ’s nachts wakker worden en beseffen dat ze de slaapmedicatie niet hebben ingenomen, geraken ze in paniek. Door de onrust liggen ze wakker en nemen dan alsnog het medicijn in. Ze geven aan dit uit gewoonte te doen enerzijds, en anderzijds uit geloof dat ze anders niet meer kunnen slapen die avond.

Discussie

Bespreking van de resultaten

Als men de richtlijn "Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassen in de eerste lijn" bekijkt, kan men stellen dat er bij de meeste patiënten een indicatie was voor de opstart van slaapmedicatie: Het gaat in de meeste gevallen om een (sub)acute presentatie van ernstige insomnia die gepaard ging met een hoge lijdensdruk (3). Daarnaast blijkt uit de interviews dat de meerderheid van de patiënten ondersteund werd door een psychotherapeut. Niet-medicamenteuze interventies werden geprobeerd. Wat echter niet gebeurde was het onmiddellijk bespreken van een stopstrategie. Deze stopstrategie is essentieel in het voorkomen van chronische slaapmiddelengebruik. Op deze manier kan men vermijden dat het aantal chronische gebruikers stijgt in de toekomst.

In nagenoeg alle gevallen was de huisarts degene die het eerste voorschrift van de slaapmiddelen voorschreef. Dit geeft aan dat de huisarts een zeer belangrijke rol speelt in het opstarten, maar ook in het opvolgen van dit geneesmiddelengebruik. Het spreekt dan ook voor zich dat de huisarts de verantwoordelijkheid moet opnemen in het pogen van de afbouw ervan.

Over het initieel effect van de slaapmedicatie bestaat er volgens de patiënten weinig twijfel. De patiënten geven aan aanzienlijk sneller in slaap te vallen. De patiënten verwachten hierdoor dat ook in het heden de hypnotica de oorzaak zijn van de goede nachtrust. Toch geven velen van hen aan occasioneel ook zonder medicatie te kunnen inslapen. Daarnaast beweren sommige patiënten binnen de tien minuten na inname slaapmedicatie in slaap te vallen. Bij het bekijken van de kinetische gegevens van zolpidem en andere slaapmiddelen, ziet men dat de tijdsduur tot de maximale bloedspiegel na toediening 30 minuten tot 3 uur bedraagt (7). Het middel is dus nog niet voldoende werkzaam op het moment dat de patiënt in slaap valt. Ook is bewezen dat slaapmedicatie bij langdurig gebruik voor gewenning zorgt en bijgevolg zijn effect verliest (4). Men kan dus stellen dat er voor de patiënten een zeer sterke correlatie is tussen een goede nachtrust en de inname van een slaappil. Een placebo-effect treedt op. Ook lijken de patiënten niet op de hoogte van de gewenning aan het product (2). Ze weten niet dat de slaap, die bekomen wordt met hypnotica, niet even kwaliteitsvol is als een nachtrust zonder medicatie. De patiënten zijn onvoldoende geïnformeerd.

Bij het beschrijven van een goede nachtrust, valt op dat de patiënten aangeven te weten dat de wetenschap dicteert dat 8 uur slaap gezond is. Eerder dan aan te voelen hoeveel slaap ze individueel nodig hebben om zich energiek te voelen na een nacht slaap, vallen ze terug op deze info om te bepalen wat zij een ideale nachtrust vinden. Dit toont dat deze patiënten gevoelig zijn voor de informatie die ze krijgen rond de gezondheid.

Bij het bevragen wat ze verwachten van de huisarts bij het oplossen van het slaapprobleem, valt de negatieve houding van de patiënten op. De meerderheid van hen gelooft dat het een zeer individuele problematiek is die enkel kan opgelost worden vanuit de patiënt zelf. Eigen geloof en motivatie in het stoppen van de slaapmedicatie blijkt een heel belangrijke factor. Er werd meermaals een vergelijking gemaakt met rookstop. Er werd gealludeerd door de ondervraagden dat de huisarts wel in een ideale positie zit om het gebruik van slaapmedicatie bespreekbaar te maken. Het ideale moment lijkt bij het voorschrijven van een herhalingsrecept. Dit zou de patiënt aan het denken kunnen zetten en ervoor kunnen zorgen dat de patiënt een medicatiestop overweegt. Ondanks deze negatieve houding blijkt toch de helft van deze steekproef te geloven in de eigen afbouw van de slaapmedicatie. De angst om te hervallen in slapeloze nachten met vermoeidheidsklachten overdag tot gevolg, is de grootste drempel om te stoppen. Wat opmerkelijk is: de stresssituatie, waar de meesten van de ondervraagden zich in bevonden, is niet meer van toepassing. Velen van hen zaten in een burn outsituatie. Op dit moment zijn er verschillenden echter gepensioneerd. Waar ze dus initieel een duidelijke oorzaak zagen in hun werk, erkennen ze niet dat deze oorzaak nu weg is.

Als men de huidige aanbevelingen voor huisartsen in Nederland en Vlaanderen bekijkt, zien we zeer veel gelijkenissen (1,4). Zowel de richtlijn van het NHG (2014) als Domus Medica (2009) raden aan een brief te versturen naar de patiënten die chronisch slaapmedicatie nemen. In deze brief wordt het advies gegeven tot stopzetten van de medicatie en wordt er een voorstel tot raadpleging gedaan. Daarnaast adviseren ze een dosisreductie aan de hand van allerlei afbouwschema's. De richtlijnen beweren dat deze strategie doeltreffend is in de reductie van het aantal dagelijks voorgeschreven doses en het aantal patiënten dat benzodiazepines inneemt (1,4). Echter zien we dat recente cijfers van het kenniscentrum aantonen dat het gebruik van hypnotica nog steeds zeer hoog ligt (2). Veel huisartsen vinden sommige van deze strategieën moeilijk haalbaar, in de huidige cultuur van tijdsnood (4). Psychotherapie in België is duur en tijdrovend, wat een drempel is voor de patiënt om hierin te investeren (2).

Afbouwstrategie

Het kan nuttig zijn om de afbouw van de slaapmedicatie te gaan vergelijken met een rookstop (8). Er zijn immers sterke gelijkenissen tussen beide groepen: het gaat in beide gevallen om een verslaving. De patiënten blijken sterk gehecht te zijn aan het middel en er zijn vaak zeer individuele redenen om het gedrag in stand te houden. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten de eigen motivatie essentieel vinden in de afbouw van hypnotica. Ook bij rookstop is de graad van motivatie essentieel. Zit de patiënt in de precontemplatie- of contemplatiefase en is hij of zij dus niet gemotiveerd, is de patiënt niet klaar voor rookstop. Ook bij afbouw van slaapmedicatie zal de huisarts rekening moeten houden met de motivatie van de patiënt.

Nog meer dan bij roken is de huisarts betrokken bij de verslaving van slaapmedicatie. Het is zeer vaak de huisarts die de slaapmedicatie voorschrijft. Hij houdt de verslaving dus mee in stand. In plaats van een brief te sturen, zoals de richtlijnen aanbevelen, lijkt het de onderzoeker nuttiger om dit moment aan te grijpen. De huisarts kan makkelijk bij het schrijven van een herhalingsrecept kort polsen naar de achterliggende gedachten van de patiënt en de motivatie om te stoppen met de hypnotica. Indien de arts merkt dat er motivatie is om te stoppen, kan hij, net zoals in de richtlijnen, een voorstel doen tot vervolgconsult. Tijdens dit consult kan de huisarts de tijd nemen om te vragen naar de zeer persoonlijke en individuele angsten van de patiënt, de ideeën rondom de werkzaamheid van het middel en hoe de patiënt denkt te kunnen stoppen. Door de achterliggende ideeën en angsten van de patiënt te begrijpen en wetenschappelijke informatie te verstrekken over het gebruik van hypnotica en de nadelen ervan, is het eventueel mogelijk dat de huisarts de patiënt voldoende kan motiveren om een medicatiestop te bekomen.

Bespreking van de methode

Een aantal opmerkingen dienen gemaakt te worden over de methodologie. Dit onderzoek betreft een beperkte steekproef uit één huisartsenpraktijk in Antwerpen. De interviews werden afgenomen in een tijdsbestek van enkele maanden en de onderzoeker werkte tegelijk als HAIO in een huisartsenpraktijk. Initieel werden er meer interviews gepland. Wegens de coronacrisis en het relatief kort tijdsbestek was de onderzoeker echter genoodzaakt de steekproef te verkleinen naar slechts acht interviews. Door de kleine steekproef kan men onmogelijk stellen dat de analysen en resultaten uit dit onderzoek een betrouwbaar antwoord geven op de onderzoeksvraag. Daarnaast kan men onmogelijk concluderen dat de resultaten te extrapoleren zijn naar een grotere populatie. Dit onderzoek werd opgebouwd op basis van interviews. De bekomen resultaten hangen sterk af van zowel de manier van interviewen als de ervaring van de onderzoeker. De onderzoeker van deze masterthesis had geen ervaring in het afnemen van interviews voor wetenschappelijke doeleinden. Daarnaast zouden interviewgegevens in de regel door minstens twee onderzoekers moeten geanalyseerd worden. In deze masterthesis werden de analyses enkel uitgevoerd door de onderzoeker zelf.

De vragenlijst werd gebaseerd op een bestaande en gevalideerde vragenlijst voor slaapproblemen. Deze werd echter aangepast om het doel van het onderzoek te dienen. Deze aangepast vragenlijst werd echter nooit gevalideerd.
Daarnaast werden een aantal onderwerpen onvoldoende belicht. Zo werd er niet dieper ingegaan op de kennis van de patiënt over de slaapkwaliteit van de slaap die geïnduceerd wordt door slaapmedicatie. Ook werd er onvoldoende doorgevraagd over het feit dat de acute stresssituatie waarin de patiënten zich bevonden nu niet meer van toepassing is.

Moest het onderzoek uitgevoerd worden in een langer tijdsbestek, met meerdere ervaren interviewers en gebaseerd op een vragenlijst die werd opgesteld door een speciale werkgroep, had er grondiger onderzoek mogelijk geweest. De steekproef zou dan groter zijn. Er zou meer diepgang mogelijk zijn tijdens de interviews. Meer interessante aspecten zouden belicht kunnen worden. Ondanks deze opmerkingen is dit kleinschalig onderzoek er toch in geslaagd een aantal opmerkelijke elementen te ontdekken. Het toonde aan dat er steeds een sterk onderliggende stressproblematiek aanwezig is en dat deze zeer individueel is. Een aanzienlijk aandeel is gemotiveerd om te stoppen, maar geven aan onvoldoende begeleid en gesensibiliseerd te worden. Een aangepaste, meer individuele aanpak voor de afbouw van slaapmedicatie werd geponeerd.
Dit onderzoek kan bijgevolg dienen als pilootstudie voor verder onderzoek. Indien soortgelijk onderzoek op grotere schaal kan gebeuren door ervaren onderzoekers, is het mogelijk om analysen en resultaten te bekomen die te extrapoleren zijn naar Vlaanderen. Aan de hand van dat onderzoek kunnen er dan nieuwe strategieën en richtlijnen ontworpen worden voor een zo effectief mogelijke afbouw van slaapmedicatie.

Conclusie

De patiënten in dit onderzoek geloven sterk dat deze problematiek zeer individueel is. Bijgevolg zijn ze van mening dat de huisarts weinig voor hen kan betekenen. Ze denken dat er enkel kan afgebouwd worden indien er voldoende motivatie is vanuit de patiënt zelf. Ondanks de overtuiging dat afbouw hierdoor moeilijk te bekomen is, denkt de meerderheid van de geïnterviewden in staat te zijn om te kunnen afbouwen. Hierin kan de huisarts helpen door sensibilisatie over het chronisch gebruik bij het voorschrijven van een herhalingsvoorschrift. Daarnaast kan hij polsen naar de motivatie van de patiënt in verband met het stoppen van de slaapmedicatie. Een vergelijking met het rookstopmodel kan gemaakt worden. Het stimuleren van de motivatie van de patiënt omtrent hypnotica-afbouw zou kunnen bijdragen tot een efficiëntere medicatiestop. Uitgebreider onderzoek rond deze hypothese is echter noodzakelijk.

Referenties

1) NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, Teunissen H, Verduijn MM, Bouma M. Huisarts Wet 2005;48(8):402-15.
2) Rationalisatie van slaapmiddelen: een sisyfusarbeid? Tijdschr. voor Geneeskunde, 74, nr. 23, 2018 1537 doi: 10.2143/TVG.74.23.2002731
3) Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. Hanne Cloetens et al. EBM PracticeNet; Werkgroep ontwikkeling richtlijnen eerste lijn. 2018
4) Richtlijn “Geneesmiddelenverslaving” van Domus Medica, Gevalideerd door CEBAM in januari 2009, Huisarts Nu juni 2011; 40(3)
5) Langdurig benzodiazepinegebruik en ontwenning. Aki Rovasalo; 2020 Duodecim Medical Publications Ltd; ebm01004(035.045)
6) “Ontwikkelen en toetsen van een interactieve en patiëntgerichte internetmodule als ondersteuningsmiddel voor het afbouwen van chronisch benzodiazepinegebruik; een kwaliteitsverbeterend project”; Helsen Caroline, Klaasen Geert. 2014
7) Geneesmiddelenfiche Zolpidem. Farmacotherapeutisch Kompas
https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/z/zolpidem
8) Richtlijn “Stoppen met roken” van Domus Medica, Gevalideerd door CEBAM in 2015.

Bijlage 1

1) Log in “Careconnect” met uw inloginformatie.
2) Ga naar het tabblad “statistiek” door op het tandwiel in de rechterbovenhoek te klikken en “statistiek” aan te duiden.
3) Nu heeft U een overzicht van de reeds uitgevoerde zoekopdrachten. Sommige zoekopdrachten werden reeds standaard door “Careconnect” verricht. Voor een nieuwe zoekopdracht klikt U op de rubriek “Nieuw” onder de hoofding “Statistiek” bovenaan uw scherm.
3) In de eerste balk (van bovenaan te beginnen) kan U een titel kiezen voor uw zoekopdracht. Daaronder ziet U de tekst “Geef alle patiënten weer die…”. Dan krijgt U de optie tussen “MINSTENS voldoen aan” of “NERGENS voldoen aan”. Gezien we hier patiënten zoeken die wel aan bepaalde criteria moeten voldoen, kiezen we voor “MINSTENS voldoen aan”
4) In de eerste kader kan u het “Domein” kiezen. Gezien het hier gaat om actieve patiënten die slaapmedicatie gebruiken, kiezen we hier voor “GMD”. Zo selecteer je dus je actieve patiënten. Naast deze balk zie je het woord “element”. Als je hierop klikt kan U kiezen om de GMD’s per jaar of per titularis (GMD-houder) te gaan zoeken. In dit geval koos de onderzoeker om alle actieve patiënten van de PO te onderzoeken als populatie. Er werd dus voor titularis gekozen en de naam van de PO werd rechts van deze balk geselecteerd.
5) Omdat we actieve patiënten willen zoeken die actief patiënt zijn in de praktijk én slaapmedicatie nemen, moeten we een extra domein toevoegen. De zoekdracht moet aan beide voorwaarden voldoen, dus hebben we een EN-relatie nodig. In hetzelfde vak klik je dus op “+ Voeg lijn toe (EN relatie)”. U ziet een tweede balk met “Domein” verschijnen onder de “GMD”-balk.
6) Gezien we geneesmiddelen moeten includeren als zoekopdracht, kiezen we als domein voor “medicatie”.
7) Naast de balk waarin U net medicatie heeft aangeklikt, ziet U een balk met “element” in. Gezien we geneesmiddelenverpakkingen gaan moeten onderzoeken, kiest U nu na het aanklikken van de balk “element” voor het onderdeel “voorgeschreven verpakking”.
8) U ziet nu een balk “is gelijk aan” verschijnen. Dit is reeds correct. In de balk rechts van deze, kan u nu zoeken naar de medicatie aan die je wil onderzoeken. In dit geval “Zolpidem, Lorazepam, Lorametapam, Bromazepam” en kies telkens voor elke vorm van deze medicatie. (Verschillende producenten, verschillend aantal tabletten en dergelijke). Indien U meerdere geneesmiddelen wilt onderzoeken, kan U steeds geneesmiddelen toevoegen door onder de “is gelijk aan”-balk op de “+ Voeg een relatie toe (OF relatie)” te klikken. U ziet een nieuwe balk verschijnen waar u weer naar medicatie kan zoeken. De zoekopdracht zal nu patiënten zoeken die OF het ene medicament OF het andere medicament nemen.
6) Nadat U alle te onderzoeken medicatie aangeduid hebt door middel van een “OF relatie”, klikt u op de “Start zoekopdracht”-knop onderaan het kader waar U net in heeft gewerkt.
7) Vervolgens krijgt U de patiënten die een actief GMD bij u hebben en één van de gekozen geneesmiddelen neemt.

Bijlage 2

SLAAP EN
KALMEERMIDDELEN

VRAGENLIJST BIJ
SLAAPPROBLEMEN

U kreeg deze vragenlijst mee omdat blijkt dat u last heeft van slaapproblemen.

Als u deze lijst invult, kan uw arts samen met u nagaan wat de mogelijke oorzaken van uw slaapprobleem is. Samen kunnen we dan zoeken naar een gepaste aanpak van uw probleem.

NAAM

DATUM

1. ZICHT KRIJGEN OP UW SLAAPPROBLEEM

- Hoe lang heeft u al last van slapeloosheid?
- Hoe lang duurt het vooraleer u inslaapt?
- Hoe vaak wordt u 's nachts wakker?
- Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht?
- Ondervindt u overdag hinder door het slecht slapen? Zo ja: verduidelijk (bijv. concentratieproblemen, vergeetachtig, sneller kwaad worden, overdag in slaap vallen...).

2. UW IDEEËN, BEKOMMERNISSEN EN VERWACHTINGEN:

- Heeft u zelf een idee wat ervoor zorgt dat u niet goed slaapt?
- Wat is uw grootste bezorgdheid rond uw slaapprobleem?
- Wat heeft u zelf al geprobeerd om beter te slapen?
- Welke verwachtingen heeft u over de aanpak van uw slaapprobleem?

Vragenlijst bij slapeloosheid van Sarah Calis en Barbara Ternest , aangepast.

Projectgroep Benzodiazepines | Prof. Dr. Thierry Christiaens, Hanne Creupelandt, Roland Rogiers, Dr. Anke Thoen

3. ZOEKEN NAAR EEN MOGELIJKE OORZAAK VAN UW SLAAPPROBLEEM

Zijn er recent veranderingen of gebeurtenissen geweest waarover u piekert?	Ja	Nee
Heeft u last van stemmingsveranderingen?	Ja	Nee
Heeft u last van angst?	Ja	Nee
Wordt uw dag- en nachtritme verstoord? (vb. door ploegendienst, jetlag, lawaaierige slaapomgeving...)	Ja	Nee
Gebruikt u voor het slapengaan alcohol?	Ja	Nee
Gebruikt u voor het slapengaan (soft)drugs?	Ja	Nee
Gebruikt u voor het slapengaan koffie, thee, cola of andere opwekkende middelen?	Ja	Nee
Rookt u voor het slapengaan?	Ja	Nee
Neemt u medicatie?	Ja	Nee
Heeft u lichamelijke klachten 's nachts? (vb: pijn, jeuk, dorst, zuurbranden, hoest, nachtelijk plassen, ademnood, verstopte neus, nachtelijk zweten, opvliegers, hartkloppingen...)	Ja	Nee
Heeft u soms last van onaangename gewaarwordingen in de onderbenen?	Ja	Nee
Zo ja:		
Neemt dit toe in rust?	Ja	Nee
Neemt dit af bij beweging?	Ja	Nee
Treedt dit vooral 's avonds op?	Ja	Nee
Krijgt u soms opmerkingen over beenbewegingen 's nachts?	Ja	Nee
Krijgt u soms opmerkingen over hevig snurken?	Ja	Nee

4. VRAGEN OVER UW SLAAPGEWOONTES

Staat u steeds op hetzelfde uur op?	Ja	Nee
Is de temperatuur aangenaam in de slaapkamer?	Ja	Nee
Wordt uw slaapkamer voldoende verlucht?	Ja	Nee
Kan uw slaapkamer voldoende verduisterd worden?	Ja	Nee
Bent u actief overdag?	Ja	Nee
Heeft u een vast slaapritueel?	Ja	Nee
Gebruikt u 's avonds een lichte of zware maaltijd? (omcirkel wat juist)		
Gaat u naar bed als u moe bent of als het tijd is om te slapen? (omcirkel wat juist)		
Als u na 20 minuten nog niet slaapt, blijft u dan in bed liggen?	Ja	Nee
Kijkt u frequent naar de klok 's nachts?	Ja	Nee
Leest u soms in bed?	Ja	Nee
Kijkt u soms tv in bed?	Ja	Nee
Doet u overdag soms een dutje?	Ja	Nee
Sport u soms voor het slapengaan?	Ja	Nee

Bijlage 3

Vragenlijst masterproef

Geboortejaar:

Geslacht:

Slaapmedicatie + welke dosis:

1. **Zicht krijgen op het slaapprobleem**

Hoe lang heeft u al last van slapeloosheid?

Hoelang duurt het voordat u inslaapt? (voor start en na start slaapmedicatie)

Hoe vaak wordt u 's nachts wakker? (voor start en na start slaapmedicatie)

Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per nacht met de slaapmedicatie?

Ondervond u overdag hinder door het slecht slapen voor de slaapmedicatie?

Beschrijf wat u verstaat onder een goede nachtrust. (Lengte, inslapen, wakker worden, uitgerust zijn)

2. **Ideeën, bekommernissen en verwachtingen**

Heeft u zelf een idee wat ervoor zorgde dat u niet goed sliep?

Wat is uw grootste bezorgdheid rond uw slaapprobleem?

Wat had u zelf al geprobeerd om beter te slapen?

Wat verwacht u van uw huisarts (of de geneeskunde in het algemeen) over de aanpak van uw slaapprobleem?

Wat houdt u tegen om de slaapmedicatie af te bouwen?

Gelooft u dat u goed zou kunnen slapen zonder de slaapmedicatie?

Cursief = aanvulling van de onderzoeker

Bijlage 4

	Geslacht	Geboortejaar	Burgerlijke stand	Beroep	Slaapmedicatie
1	Man	1927	Weduwnaar	Gepensioneerd (winkelier)	Zolpidem
2	Vrouw	1959	Getrouwd	Gepensioneerd (zorgkundige)	Lormetazepam
3	Vrouw	1977	Gescheiden	Verpleegkundige	Lormetazepam
4	Man	1953	Getrouwd	Gepensioneerd (administratie)	Zolpidem
5	Vrouw	1964	Getrouwd	Poetshulp	Lormetazepam
6	Man	1959	Getrouwd	Gepensioneerd (ploegbaas in fabriek)	Alprazolam
7	Vrouw	1957	Getrouwd	Gepensioneerd (schooldirectie)	Zolpidem
8	Vrouw	1963	Getrouwd	Gepensioneerd (bediende in de Post)	Zolpidem