Hoe kunnen we de huidige menopauze richtlijnen toepassen in onze praktijk op een gekozen doelgroep van vrouwen tussen 50 en 55 jaar?

Gwennie Dewolf, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, UAntwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Abstract

Context
De overgang is een natuurlijk proces en een mijlpaal in het leven van een vrouw. Hoewel er rond de menopauze meerdere richtlijnen opgesteld zijn, blijken deze in onze praktijk variabel toegepast te worden. Het is belangrijk deze patiëntengroep goed te begeleiden en op te volgen.

Onderzoeksvraag
Hoe kunnen we de aanpak van de begeleiding van vrouwen in de overgang in onze praktijk verbeteren? Wat wordt volgens de richtlijnen aanbevolen in de begeleiding van peri- en postmenopauzale vrouwen? Welke labo-aanvragen kunnen een rol spelen? Hoe is het gesteld met de borstkanker- en cervixscreeningstatus van een geselecteerde populatie vrouwen van 50-55 jaar in onze praktijk? Hoe kunnen we de nodige gegevens over de (peri-)menopauze integreren in het elektronisch medisch dossier?

Methode
Er werd een tweeledig onderzoek uitgevoerd waarbij gebruik gemaakt werd van het FOCUS model en PDCA-cyclus. Ten eerste is er een retrospectief onderzoek waarbij informatie uit de elektronisch medische dossiers van 60 willekeurig gekozen patiënten verzameld wordt. De verkregen informatie wordt vergeleken met de richtlijnen in de literatuur en met de artsen van de praktijk wordt een ronde tafel gesprek gehouden over de huidige begeleiding van (peri-)menopauzale vrouwen. Ten tweede wordt gedurende 3 maanden een interventie gehouden bij alle vrouwen tussen 50 en 55 jaar waarbij op consultatie extra aandacht wordt besteed aan anamnese, menopauzale klachten, voorlichting, hormonale therapie, cervix- en borstkankerscreening en correcte notatie in het dossier. Door vergelijking van de resultaten van het retrospectief onderzoek en de interventiegroep wordt een kwantitatieve evolutie geanalyseerd.

Resultaten
Het retrospectief onderzoek bij 60 vrouwen toont aan dat de status van cervix- en borstkankerscreening bij de patiëntengroep goed opgevolgd wordt. Een hormonaal labo-onderzoek werd bij bijna de helft van de patiënten uitgevoerd. In het EMD werd bijna nooit “menopauze” genoteerd in de voorgeschiedenis.
Bij de 75 geïncludeerde vrouwen interventie was het aantal notaties slechts licht gestegen. Tijdens de interventie werden 14 uitstrijkjes uitgevoerd, 17 mammografieën voorgeschreven en bij 8 vrouwen de combinatiepil gestopt. Een positieve evolutie in cervix- en borstkankerscreening kon post-interventie aangetoond worden.

Conclusie
Het is belangrijk dat de huisarts voldoende geïndividualiseerde informatie ter beschikking stelt zodat vrouwen geïnformeerde keuzes kunnen maken in verband met levensstijl en eventuele behandelingsopties. Alert zijn voor de mogelijke klachten en vragen van vrouwen rond de leeftijd van de overgang is een essentiële eerste stap, gevolgd door een duidelijke aanpak, dossiervermelding en periodische herevaluaties. Dit kwaliteitsverbeterend project heeft bij de artsen in de praktijk de waakzaamheid rond menopauze verhoogd.

Inhoudstabel

Abstract..... 1

Inhoudstabel..... 2

Motivatie..... 3

Literatuurstudie..... 4

Veldonderzoek..... 16

FOCUS..... 16

PDCA..... 22

Discussie..... 28

Besluit..... 30

Dankwoord..... 31

Referenties..... 32

Bijlage: studieprotocol verzoek Ethisch Comité..... 33

Bijlage: goedkeuring Ethisch Comité..... 36

Motivatie

Mijn motivatie voor het schrijven van deze thesis is tweeledig:
Tijdens het vierde master jaar, prespecialisatie huisartsgeneeskunde merkte ik een discrepantie op tussen een college over menopauze gegeven door huisarts Dr. Claeys C. en een college gegeven door Prof. Gynaecoloog Dr. Poppe W. Het verschil bevond zich voornamelijk in de diagnose van menopauze met bloedafname en de algemene informatie die aan de patiënt gegeven wordt. Ik wou graag begrijpen waar dit verschil in aanpak precies vandaan kwam.
Een tweede reden waarom dit onderwerp mij aansprak was omdat mijn eigen moeder op dat moment de leeftijd van de overgang bereikt had en mij bestookte met allerlei vragen hierover. Ik betrapte mezelf er toen op dat ik haar niet met volledige zekerheid te woord kon staan.
Tijdens mijn eerste HAIO maanden kwam ik al snel enkele patiënten tegen die ook met verschillende vragen worstelden. Als ik in dialoog ging met mijn collega's, merkte ik een verschil op in visie betreffende de menopauze en hoe de patiënt erin te begeleiden.
Daarom heb ik besloten om na te gaan wat de richtlijnen nu eigenlijk adviseren aangaande een menopauzeconsult en hoe dit in de praktijk adequaat toe te passen valt.

1. Literatuurstudie

Voor het aanvatten van het eigen project werd een literatuurstudie uitgevoerd naar de aanbevelingen in de begeleiding en behandeling van peri- en postmenopauzale vrouwen. Dit geeft de mogelijkheid het aanbevolen beleid vanuit de literatuur nadien te vergelijken met de huidige aanpak in de praktijk.
Voor een correct gebruik van de medische termen staan in tabel 1 de gebruikte definities opgelijst (1). Vrouwen met prematuur ovariële insufficiëntie zijn in deze masterproef buiten beschouwing gehouden.

Tabel 1: Omschrijving van begrippen volgens de World Health Organisation (WHO 1996):

Term	**Definitie**
Overgang	Periode van een veranderend menstruatiepatroon en de eerste menstruatievrije jaren, waarin een vrouw symptomen en klachten kan ervaren die een relatie hebben met een veranderende ovariële functie.
Premenopauze	Periode voorafgaande aan de menopauze, waarin de menstruele cyclus nog regelmatig is.
Perimenopauze	Periode voor de menopauze, waarin de menstruaties veranderen, tot een jaar na de laatste menstruatie. Duurt gemiddeld ongeveer 4 tot 6 jaar.
Menopauze	Laatste menstruatie in het leven van een vrouw. Het tijdstip van de menopauze wordt retrospectief bepaald, na een jaar amenorroe.
Postmenopauze	Periode vanaf een jaar na de laatste menstruatie.

1.1 Onderzoeksvragen

- Wat wordt aanbevolen volgens de richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur in de begeleiding van peri- en postmenopauzale vrouwen?
    - Anamnese
    - Diagnose
    - Behandeling
- Over welke labo-aanvragen in het menopauze-consult bestaat er evidentie?

1.2 Methode

Dit onderzoek is opgebouwd volgens het watervalprincipe. Deze zoektocht gebeurde van november 2015 tot augustus 2016 en de bronnen werden herbekeken en geverifieerd in maart 2017. Eerst werden de quaternaire bronnen geraadpleegd. Dit leverde enkele interessante richtlijnen op. Het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) heeft een richtlijn van 2012 over de overgang. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) publiceerde een richtlijn over hormoontherapie in het climacterium en de postmenopauze in 2005. Domus medica heeft geen specifieke richtlijn over de menopauze, maar informatie werd gehaald uit de richtlijn hormonale anticonceptie van 2011. In 2014 bracht Duodecim een richtlijn uit over menopauzale klachten en hormoon substitutie therapie. Een recente NICE guideline werd gepubliceerd op 12 november 2015 en werd ook opgenomen in de literatuurstudie.

Vervolgens werd op zoek gegaan in de tertiaire bron Minerva-ebm. Dit leverde 5 resultaten op betreffende de behandeling van (peri-)menopauzale vrouwen waarvan 1 artikel werd weerhouden als referentie. Voor aanvullende informatie werden de secundaire bronnen doorzocht via Pubmed en werd gebruik gemaakt van de zoektermen “menopause”, “nonhormonal therapy” en van de MESH-termen “menopause” en “hormonal replacement therapy”. De limieten “review” en “free full text” werden ingesteld. Één artikel werd gebruikt als referentie voor aanvullende informatie. Ten slotte werd gezocht naar interessante masterproeven van collega’s. Één masterproef van Capiau Annelies, “Voortgezet gebruik van hormonale substitutie in de menopauze” werd doorgenomen omwille van de beschrijving van het perspectief vanuit de visie van de patiënt, maar werd daarom niet gebruikt als referentie.

Als basis voor deze masterproef werd gekozen voor de principes van de richtlijnen van NHG, Duodecim en NICE.

1.3 Resultaten

De overgang is een belangrijke fase in het leven van elke vrouw. Overgangsklachten treden gewoonlijk op tussen 45 en 65 jaar. De manier waarop deze overgang ervaren wordt kan echter sterk verschillen van vrouw tot vrouw. Zestig procent van de vrouwen heeft een verkeerde perceptie van het proces zonder dat ze enige wetenschappelijke of objectieve achtergrond hebben (2).

De menopauze kan kort beschreven worden als het verdwijnen van de vrouwelijke vruchtbaarheid, maar de beleving van een vrouw is ingrijpender. Deze overgang gaat gepaard met verschillende veranderingen op emotioneel, fysiek en sociaal vlak. In tabel 2 is een overzicht gemaakt van verschillende elementen waar de huisarts aandacht zou kunnen aan besteden bij vrouwen in de overgang. Voor sommige vrouwen rust er nog een taboe op de menopauze. De huisarts kan een belangrijke rol spelen door vrouwen beter te informeren en dit taboe te doorbreken. Een derde van de vrouwen wenst meer steun van haar huisarts in het omgaan met de menopauzale ongemakken (3).

Tabel 2: Aandachtspunten bij vrouwen in de overgang:

Menopauzale klachten
Cervixcytologie
Borstscreening
Cardiovasculair risico
Fractuurpreventie
Lichaamsbeeld i.k.v verouderingsproces
Lege nest syndroom
Zorgbehoevende ouders
Relatieproblemen

Wat wordt volgens de richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur aanbevolen in de begeleiding van peri- en postmenopauzale vrouwen?

Anamnese

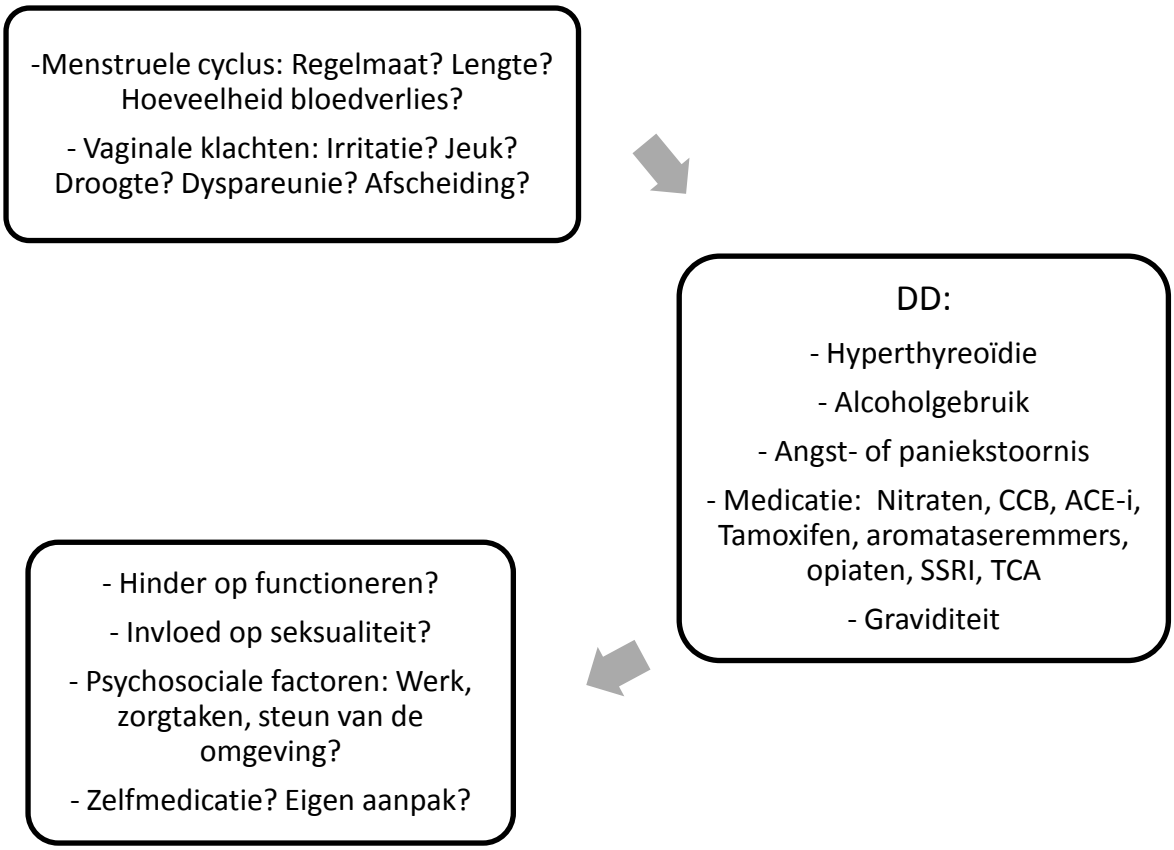
Ongeveer 75% van de vrouwen in de menopauze heeft last van symptomen van het autonome zenuwstelsel, zoals opvliegers en nachtelijk zweten. Bij ongeveer 20% zijn deze symptomen duidelijk hinderlijk. Deze hinder duurt meestal enkele jaren, maar bij sommige patiënten kan dit 10 tot 20 jaar aanhouden (4). 15 % van de peri- en 30% van de postmenopauzale vrouwen ervaren klachten van vaginale droogte (1). Tabel 3 toont een overzicht van de mogelijke menopauzale klachten (4).

Tabel 3: Mogelijke menopauzale klachten:

Opvliegers
Nachtelijk zweten
Slaapstoornissen
Psychische klachten (vermoeidheid, prikkelbaarheid, stemmingswisselingen, depressie)
Seksuele veranderingen (verlies van seksueel verlangen, pijn bij geslachtsverkeer ten gevolge van verdunning van vaginaslijmvlies)
Gynaecologische klachten (beperkte, overvloedige, onregelmatige bloedingen)
Urogenitale klachten (pollakisurie en dysurie zonder infectie, recidiverende urineweginfecties (UWI), verzwakte blaascontrole)
Symptomen in het skelet (spierpijn, gevoelige gewrichten)

De eerste stap is een goede diagnostische anamnese. De huisarts vraagt de patiënt naar veranderingen in de menstruele cyclus en naar mogelijke menopauzale klachten. Met een differentiaaldiagnose in gedachte wordt een verdere anamnese gedaan. Zo vraagt men symptomen na van problematisch alcoholgebruik, angst- of paniekstoornis en hyperthyreoïdie want deze kunnen ook vasomotorische klachten en nachtelijk transpireren geven. Een belangrijke volgende stap is het nagaan wat de impact van de klachten op het dagelijkse leven is voor de patiënt. Emotionele en psychosociale factoren die hier in meespelen, worden in acht genomen. De anamnese staat schematisch genoteerd in stroomdiagram 1 (1).

Indien een medicamenteuze behandeling overwogen wordt, vraagt de huisarts ook de cardiovasculaire risicofactoren na. Verdere risico's zoals voorkomen van trombo-embolieën en mamacarcinoom worden verkend. Het fractuurrisico hoeft niet nagevraagd of verder onderzocht te worden (1).



Figuur 1: Anamnese rond menopauze

Behandeling

Algemene adviezen voor vrouwen in de menopauze

Voorlichting

Een goede voorlichting is van essentieel belang en kan medicamenteuze therapie overbodig maken. Er wordt aan de patiënt uitgelegd dat de overgang een normaal, fysiologisch proces is en dat de evolutie en de ernst van de klachten erg kunnen variëren en onvoorspelbaar zijn. De mogelijke symptomen worden opgesomd. Vermeld wordt dat het gemiddeld vier tot zes jaar kan duren alvorens de menstruatie definitief wegblijft. De huisarts legt uit dat de meeste opvliegers voorkomen in het eerste jaar na de menopauze. Mogelijks kunnen de opvliegers gedurende jaren aanhouden, maar de intensiteit ervan neemt af. Na vijf jaar is de meerderheid van de vrouwen klachtenvrij, maar soms houden de klachten tot zelfs tien jaar aan (1).

Stopzetten van anticonceptie

Het gebruik van hormonale anticonceptie kan symptomen en klachten van de overgang maskeren.
De menopauze treedt gemiddeld op rond de leeftijd van 50-51 jaar. In de perimenopauze is de kans om zwanger te worden gering. Het moment van stopzetten van anticonceptie is afhankelijk van de anticonceptiemethode en de seksuele activiteit en de leeftijd van de vrouw. Men mag er van uit gaan

dat een vrouw boven de 55 jaar niet meer zwanger kan worden. Tabel 4 geeft richtlijnen van Domus Medica weer voor het stopzetten van anticonceptie bij vrouwen in de perimenopauze (5).

Tabel 4: Menopauze en stopzetten anticonceptie (Domus Medica):

Methode	**<50 jaar**	**≥50 jaar**
Niet-hormonaal	Stop na 2 jaar amenorroe	Stop na 1 jaar amenorroe
Combinatiepreparaat	Continueer indien er geen contra-inidicaties zijn	Als vrouw wil stoppen - Of: Start niet-hormonale methode en stop na 1 jaar amenorroe - Of: Progestageenmethode (om amenorroe vast te stellen)
Prikpil	Continueer tot 50j	Stop prikpil op 50 jaar - Of: Start niet-hormonale methode en stop na 2 jaar - Of: Start implantatiestaafje, hormoonspiraal of Progestogen Only-Pill (POP)
Implantatiestaafje, hormoonspiraal, POP	Continueer	Continueer bij amenorroe Alle vrouwen: Stop op 55 jaar Zo geen amenorroe: Overweeg abnormaal bloedverlies
Koperspiraal	Verwijder spiraal na 1 jaar amenorroe	

Advies

Levensstijladvies kan helpen de klachten meer dragelijk te maken voor de vrouw. Bij vasomotorische klachten wordt bij obese patiënten gewichtsverlies geadviseerd (1). Het overmatig gebruik van koffie en sterke kruiden wordt best vermeden. Rookstop kan de symptomen verminderen (6). Bij dyspareunie door vaginale droogte wordt het belang van voldoende stimulatie en opwinding benadrukt. Contact met lotgenoten kan extra steun geven.
Het is belangrijk dat de patiënte blijft deelnemen aan de nationale gezondheidsscreening, namelijk borst- en cervixscreening.

Naast levensstijlveranderingen zijn er veel medicamenteuze behandelopties mogelijk, zoals hormonale therapie op voorschrift of vrij verkrijgbare medicatie. Een vrouw kan ook kiezen niets te doen en de voorbijgaande tijd zijn werk te laten doen. Elke optie heeft zijn voor- en nadelen. Het is belangrijk dat vrouwen geïnformeerd zijn over de mogelijkheden en gevolgen en op die manier een goed onderbouwde beslissing kunnen nemen. Elke vrouw heeft als individu een eigen visie op wat voor haar belangrijk is. Het is voor de huisarts de uitdaging om deze complexe informatie op maat van de patiënt over te brengen.

Vasomotorische klachten: medicamenteuze therapie

Hormoonsubstitutie

Hormoonsubstitutietherapie (HST) was jarenlang een populaire aanpak voor symptoomreductie van menopauzale klachten. Door de publicatie van twee grote studies, the Women's Health Initiative (2002) en the Million Women Study (2003), werden de voordelen en vooral de risico's van HST uitgebreid gerapporteerd waardoor het gebruik ervan drastisch daalde of zelfs halveerde (7,8).
Indicaties voor het opstarten van hormoonsubstitutie therapie zijn invaliderende, matige tot ernstige vasomotorische klachten. Urogenitale symptomen worden behandeld met lokale middelen (6).
Contra-indicaties en de voor- en nadelen moeten bij de opstart van HST in acht genomen worden. Alvorens de behandeling begint voert de arts een borst- en gynaecologisch onderzoek uit en wordt de bloeddruk en het gewicht gecontroleerd. Indien de laatste drie jaar geen uitstrijkje en de laatste twee jaar geen mammografie uitgevoerd werden, worden deze onderzoeken herhaald (6).
Men moet streven naar een zo laag mogelijk effectieve dosis hormoonsubstitutie. De keuze tussen orale of transdermale toediening is afhankelijk van de gewenste toedieningsfrequentie, eventuele overgevoeligheden, persoonlijke voorkeur van de vrouw en de kosten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat met transdermale toediening het verhoogde risico op veneuze trombo-embolie (VTE) vermeden wordt (9).

Voor- en nadelen

HST is de meest effectieve behandeling voor vasomotorische klachten tijdens de overgang.
De behandeling leidt ook tot minder wervelfracturen en niet-wervel fracturen. Dit effect wordt pas gezien na een gebruik van vier tot vijf jaar en vervalt zodra de substitutietherapie gestopt wordt (3). Osteoporose is een indicatie voor verlengd gebruik van hormoonsubstitutie indien er sprake is van premature menopauze. De voordelen op het fractuurrisico dienen dan afgewogen te worden tegen het risico van de hormoonsubstitutie (1). Premature ovariële insufficiëntie valt buiten het bestek van deze masterproef.

Bij gebruik van een combinatie van hormoonpreparaten is er echter een verhoogd risico op borstcarcinoom. Één extra geval per 1000 per 3 jaar bij sequentiële en 4 extra gevallen per 1000 per 3 jaar bij continue combinatietherapie. Indien na 3 jaar de hormoontherapie gestopt wordt, zal het risico normaliseren na ongeveer 2 jaar (1). Het geïsoleerd gebruik van oestrogeen is veiliger qua risico op borstkanker dan gecombineerde hormoontherapie. Hierbij kon geen of slechts een minimaal verhoogd risico worden aangetoond (3). (WHI) Monotherapie met oestrogeen kan niet indien er nog een baarmoeder aanwezig is.
Indien er voldoende progesteron geassocieerd wordt, is er geen verhoogd risico op endometriumhyperplasie. Dit laatste vormt een risico voor endometriumcarcinoom (6). Volgens BCFI vermindert progesteron dit risico, maar sluit het niet uit (10).
Er is ook een verhoogde kans op veneuze trombo-embolie (VTE). Vier extra gevallen per 1000 per jaar (1). Dit geldt enkel voor orale inname. Transdermale preparaten zouden geen significant verhoogd risico op VTE geven ten opzichte van niet-gebruiker. Bij een verhoogd risico op VTE of een BMI van meer dan 30 worden transdermale preparaten verkozen boven orale (3).

HST verhoogt het risico op cholelithiasis en is ook geassocieerd met een 1,8-voudige toename van het risico op cholecystitis (6).
Bij sequentiële combinatietherapie wordt gedurende 14 dagen progesteron toegevoegd aan de continue oestrogenen. Als gevolg hiervan treedt maandelijks een onttrekkingsbloeding op. Bij continue combinatietherapie wordt een constante dosis oestrogeen met een lage dosis progesteron toegediend, met als mogelijk gevolg dat spotting en onregelmatig bloedverlies plaatsvinden. Dit komt voornamelijk voor tijdens de eerste drie maanden van de behandeling. Continue combinatietherapie wordt daarom alleen aangeraden bij postmenopauzale vrouwen (1).
Nevenwerkingen van HST zijn gevoelige borsten, vochtretentie, opgeblazen gevoel, hoofdpijn en misselijkheid (9).

Er is veel discussie over de invloed van HST op het cardiovasculair risico. Op basis van epidemiologische data werd vroeger gedacht dat dit risico verlaagd was, maar nieuwere RCT's (Randomized Controlled Trials) tonen aan dat het risico verhoogde indien HST opgestart werd op latere leeftijd. De NICE Guideline Developement Group maakte een review van RCT's en cohort studies. Hierbij werd rekening gehouden met subgroepen op basis van leeftijd, tijdstip en duur van de HST en het soort hormoonpreparaat. Hieruit werd geconcludeerd dat het verband tussen HST en verhoogd cardio-vasculair risico betwist wordt. Men is nog niet tot een consensus gekomen. Er zijn meer gegevens nodig om het effect van HST op ovariumcarcinoom te bepalen (3).

Tabel 5: Samenvatting van voor- en nadelen van hormoon substitutietherapie:

Voordelen HST	**Nadelen HST**	**Inconclusief**
Daling vasomotorische klachten	Verhoogd risico op borstcarcinoom	Risico op AMI (Acuut myocardinfarct)
Minder postmenopauzaal botverlies	Verhoogd risico op VTE (enkel per os)	Risico op CVA (Cerebrovasculair accident)
	Verhoogd risico op endometriumcarcinoom (associatie met progesteron vermindert dit risico of sluit het uit)	Risico op ovariumcarcinoom
	Verhoogd risico op cholelithiase en cholecystitis	
	Onttrekkingsbloeding, onregelmatig bloedverlies, spotting	
	Lichte nevenwerkingen	

Contra-indicaties

Bij opstart van HST moet nagegaan worden of er geen contra-indicaties aanwezig zijn. Tabel 6 geeft deze weer (6).

Tabel 6: Contra-indicaties bij hormoon substitutietherapie:

Doorgemaakt MI, CVA, DVT, LE
Trombofilie: Factor V Leiden of familiale belasting voor DVT
Systemische lupus erythematosus (SLE) met antifosfolipide-antilichamen
Voorgeschiedenis van of verhoogd risico voor borst- en endometriumcarcinoom
Ernstige leverziekte
Moeilijk te controleren hartfalen
Endometriose
Therapieresistente hypertensie
Vaginale bloeding van ongekende oorsprong

In de situatie waar een of meerdere van deze contra-indicaties zich voordoen, kan alsnog HST opgestart worden indien er uitgesproken indicaties zijn. Deze indicaties kunnen zijn: ernstige vasomotorische klachten of significant verhoogd fractuurrisico met afwezigheid van een geschikte alternatieve behandeling. Hierbij dient de huisarts steeds eerst een advies van een gynaecoloog in te winnen.

Indien de patiënt behandeld wordt voor hypothyreoïdie, dan moet de huisarts erop bedacht zijn dat bij het opstarten van HST de behoefte aan thyroxine stijgt met een derde (6).

Andere behandelingen

Bij vrouwen onder Tamoxifen kan Clonidine gebruikt worden, twee keer per dag 0.05mg tot 0.075mg po (per os). De effectiviteit hiervan is lager dan bij HST. Na vier weken wordt het effect geëvalueerd. Indien er geen beterschap is, wordt de behandeling stopgezet (1).

Tibolon is een andere optie bij postmenopauzale vrouwen, doch wordt dit afgeraden vanwege een lagere effectiviteit in het verminderen van de menopauzale klachten en een verhoogd risico op endometriumcarcinoom, borstcarcinoom en bij vrouwen ouder dan 60 jaar een CVA (1).

Antidepressiva worden door NHG en NICE afgeraden. De Duodecimrichtlijn geeft aan dat venlafaxine (37,5-75 mg depot), paroxetine (20 mg) of citalopram (10-20 mg) geprobeerd kunnen worden bij contra-indicatie voor oestrogenen. Men moet alert zijn dat Paroxetine interfereert met Tamoxifen en deze minder werkzaam maakt. Gabapentine 900 mg per dag is een alternatief.

'Over The Counter' zijn veel middelen voor overgangsklachten verkrijgbaar. Deze preparaten zijn op basis van plantenextracten, bijvoorbeeld rode klaver of zilverkaars-supplementen of bevatten fyto-oestrogenen, voornamelijk isoflavonen, bijvoorbeeld soja- of hopbevattende voedingssupplementen. Het grootste nadeel bij deze middelen is dat er nog veel onzekerheden zijn over risico's en exacte dosissen. Er is geen georganiseerde kwaliteitscontrole waardoor een constante samenstelling niet gegarandeerd is. De absorptie in het lichaam is variabel en afhankelijk van darmbacteriën. Er is in de meeste studies geen consistent gunstig effect op vasomotorische symptomen aangetoond. Wel is er bij deze producten een sterk placebo-effect (1,11). Het is aangeraden dat vrouwen met een voorgeschiedenis van borstkanker fyto-oestrogenen vermijden. Omwille van onvoldoende gekende en mogelijke gevaarlijke ongewenste effecten is het gebruik van soja-isoflavonen afgeraden (12).

Informatie aan de patiënt

De huisarts legt aan de patiënt uit dat de nevenwerkingen van HST relatief zeldzaam, maar wel mogelijks ernstig kunnen zijn. Indien therapie toch gewenst is wegens te hinderlijke klachten in het dagelijkse leven kan men aan de hand van een risico-baten afweging een HST behandeling instellen voor maximaal vijf jaar. Echter zal idealiter elke zes maanden een proefstop geprobeerd worden omdat vasomotorische symptomen afnemen met de leeftijd en de risico's verbonden aan HST stijgen met de leeftijd. Risicofactoren worden bij volgende arts-patiënt contacten opnieuw beoordeeld. Voortgezet gebruik, dus langer dan vijf jaar, kan overwogen worden onder twee voorwaarden. Ten eerste wanneer de voordelen opwegen tegen de risico's na een zorgvuldige evaluatie en voorlichting. Ten tweede na voldoende gefaalde stoppogingen. HST wordt bij voorkeur niet opgestart bij vrouwen ouder dan 60 jaar.

Vrouwen met urogenitale klachten: lokale behandeling

Voor urogenitale klachten zoals vaginale droogte, verzwakte blaascontrole en recidiverende urineweginfecties wordt lokaal laag gedoseerde oestrogeen therapie verkozen. Deze therapie moet niet gecombineerd worden met een progestageen. De patiënt wordt geïnformeerd dat wanneer de lokale behandeling stopt, de symptomen kunnen terugkeren. Nevenwerkingen zijn heel zeldzaam. Hydraterende producten en glijmiddel mogen additief aan vaginale oestrogeen gebruikt worden (1,3).

Andere klachten

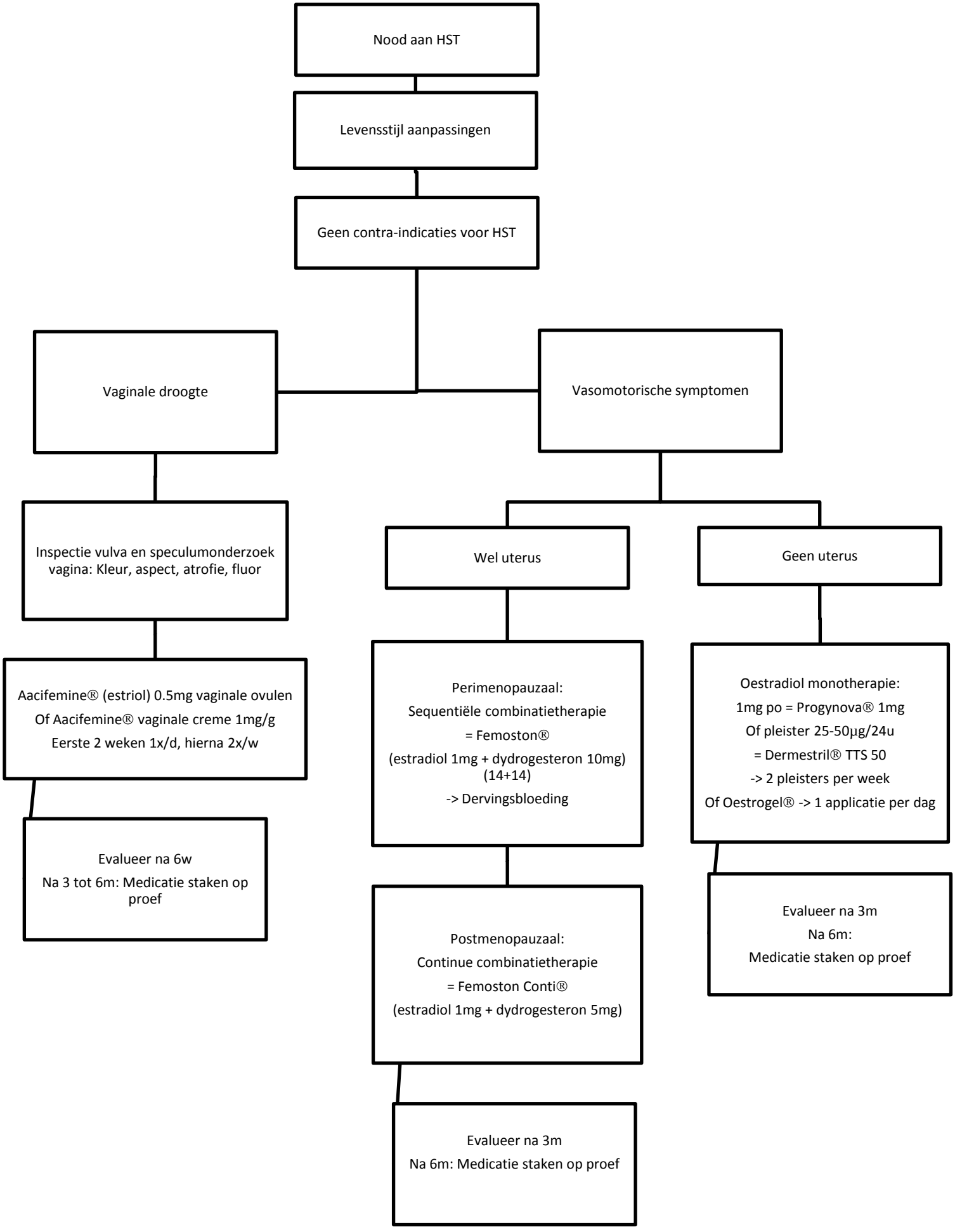
Slaapstoornissen kunnen een gevolg zijn van nachtelijk zweten, maar kunnen ook op zichzelf optreden. Vermoeidheid en prikkelbaarheid kunnen hier een gevolg van zijn. Een daling van het libido, spierpijnen en pijnlijkere gewrichten kunnen ook optreden.
Onregelmatig of onverklaard bloedverlies bij een postmenopauzale vrouw moet steeds verder onderzocht worden met een cervixuitstrijkje en bepaling van de endometriumdikte.
Behandeling van deze klachten is moeilijk omdat andere redenen ook aan de basis van de oorzaak kunnen liggen. Het is belangrijk dat de huisarts de ernst van de klachten in acht neemt en zo anamnestisch de inschatting maakt of er een gegronde indicatie is. Hormoonsubstitutietherapie heeft een gunstig effect op depressieve stemmingswisselingen en op het verlangen in seks (6).

Praktisch

Praktisch start de arts met het inschatten van de nood aan therapie gevolgd door algemene adviezen in verband met levensstijlaanpassingen. Indien de patiënt daarmee onvoldoende geholpen is, worden de contra-indicaties nagegaan. Daarna wordt een onderscheid gemaakt tussen lokale en vasomotorische klachten.
Een lokale behandeling bestaat uit vaginale ovulen of crème met estriol.

Bij vasomotorische symptomen wordt een belangrijk onderscheid gemaakt tussen vrouwen met baarmoeder en vrouwen zonder baarmoeder.
Indien de patiënte een hysterectomie onderging, hoeft progesteron niet geassocieerd te worden en wordt er behandeld met estradiol per os of transdermaal.
Indien de patiënte wel nog een baarmoeder heeft, wordt progesteron toegevoegd en wordt een onderscheid gemaakt tussen de perimenopauzale vrouw en postmenopauzale vrouw. Perimenopauzale vrouwen worden behandeld met een cyclische therapie van aaneensluitend 14 dagen estradiol 1mg en 14 dagen estradiol 1mg + dydrogesteron 10mg. Dit veroorzaakt een dervingsbloeding. Vanaf de postmenopauze, 12 maanden na de laatste menstruatie kan een continue gecombineerde behandelingsvorm voorgeschreven worden.
Het is belangrijk de tolerantie en efficiëntie van de behandeling regelmatig te herevalueren en na enkele maanden proefstop te overwegen.

Figuur 2 beschrijft het therapeutisch stappenplan met HST voor vaginale en vasomotorische klachten schematisch in een stroomdiagram (1,6).



Figuur 2: Schematisch therapeutisch stappenplan voor vaginale klachten en vasomotorische klachten

Welke labo-aanvragen kunnen een rol spelen in het menopauze-consult?

Volgens de NHG-standaard De Overgang is bepaling van FSH, LH en Oestradiol niet geïndiceerd omdat een verhoogde FSH-waarde het optreden van een ovulatie niet kan uitsluiten (1). Ook de NICE-guideline adviseert een klinische diagnose op basis van leeftijd, vasomotorische symptomen en eventuele amenorroe. FSH-bepaling bij vrouwen onder anticonceptie wordt afgeraden. Over welke waarde als cutoff gebruikt zou kunnen worden voor de diagnose menopauze bestaat geen consensus en varieert van 'hoger dan 35 IU/L' tot 'hoger dan 50 IU/L'.
Een FSH-test ter bepaling van de diagnose van menopauze kan overwogen worden bij vrouwen ouder dan 45 jaar met atypische symptomen of bij vrouwen onder de 45 jaar met menopauzale symptomen waaronder cyclusveranderingen (3).

Domus Medica beschrijft dat bij een vrouw die een combinatiepreparaat gebruikt een FSH-bepaling gedaan kan worden zeven dagen na het stopzetten van de pil. Dit wordt echter niet aanbevolen. Bij een vrouw onder een progestogen-only-pill (POP) is een FSH-bepaling mogelijk op een willekeurig tijdstip (5).

Volgens The North American Menopause Society hebben hormonale bepalingen tijdens de perimenopauze geen plaats. Diagnose moet gebeuren op klinische basis, namelijk veranderingen in de cyclus en het ontstaan van warmte-opwellingen moeten aanwezig zijn. Hormonale levels zijn te variabel van dag tot dag. Een laag FSH-gehalte bij een vrouw met menopauzale ongemakken sluit de perimenopauze niet uit en een hoog FSH gehalte kan voorkomen bij nog ovulerende vrouwen. Een FSH-test bij een vrouw die hormonale anticonceptie gebruikt, is geen geldige methode (13).

Andere labotesten kunnen bij specifieke indicaties aangevraagd worden: namelijk een zwangerschapstest voor uitsluiten van graviditeit, bepaling van hemoglobine bij langdurig overvloedig bloedverlies, bepaling van TSH bij vermoeden van hyperthyreoïdie en bepaling van een glucose en lipidenprofiel indien hormoontherapie overwogen wordt (1).

2. Veldonderzoek

Het onderzoek betreft een kwaliteitsverbeterend praktijkproject, verricht in huisartsenpraktijk "Groepspraktijk Begijnendijk" in Begijnendijk. De praktijk kent een zeer grote en gevarieerde patiëntenpopulatie met ongeveer 1500 actieve GMD's. De werkwijze van het onderzoek verklaar ik aan de hand van het FOCUS model en de PDCA-cyclus van Deming. FOCUS staat voor Find-Organise-Clarify-Understand-Start, PDCA voor Plan-Do-Check-Act.

2.1 FIND

Het onderwerp menopauze sprak me reeds aan tijdens de lessen van mijn vierde master geneeskunde, prespecialisatie huisartsgeneeskunde. Toen ik dit onderwerp aankaartte bij mijn collega's van mijn opleidingspraktijk kreeg ik een positieve feedback dat het hen ook nuttig leek om de aanpak rond menopauze extra uit te lichten.

Informatie betreffende de begeleiding van vrouwen in de overgang werd vergaard in de huidige recente richtlijnen van NICE, Duodecim en NHG. Hiervoor verwijs ik naar mijn eerder beschreven literatuuronderzoek. Ik concludeerde volgende belangrijkste aanbevelingen:

1. Goede voorlichting over het proces van de overgang is essentieel.
2. De huisarts houdt rekening met mogelijke differentiële diagnoses.
3. Het is aangeraden een combinatie- of prikpil te stoppen bij vrouwen vanaf 50 jaar. Er kan eventueel overgeschakeld worden op een implantatiestaafje, hormoonspiraal of POP. Deze worden gestopt op een leeftijd van 55 jaar.
4. Hormoonpreparaten zijn de meest effectieve behandeling en kunnen vijf jaar veilig gebruikt worden.
5. Bij de productkeuze wordt rekening gehouden met de aanwezigheid van een baarmoeder en de aard van de klachten, lokaal vaginaal of vasomotorisch.
6. Het gebruik van deze hormoonsubstitutietherapie moet regelmatig geherevalueerd worden.
7. Aanvullend bloedonderzoek heeft geen nut in het menopauzeconsult, tenzij ter verkenning van andere mogelijke diagnoses.
8. Een cervixscreeningsuitstrijkje wordt geadviseerd elke drie jaar tot een leeftijd van 65 jaar. Een screeningsmammografie wordt elke twee jaar aanbevolen tot een leeftijd van 69 jaar.
9. Het is belangrijk in het elektronisch medisch dossier (EMD) duidelijk te noteren dat er een gesprek over de overgang heeft plaatsgevonden en welke beslissingen samen met de patiënt genomen zijn.

Vanuit deze conclusies werden de onderzoeksvragen voor mijn kwaliteitsverbeterend project opgesteld:

- Hoe verliep de aanpak van het menopauzeconsult tot op heden in onze praktijk?
- Welke moeilijkheden ervaren de artsen bij de aanpak van dit consult en hoe kunnen deze moeilijkheden verholpen worden?
- Hoe is het gesteld met de borst- en cervixscreeningstatus van een geselecteerde populatie vrouwen van 50-55 jaar in onze praktijk?
- Hoe kunnen we de nodige gegevens over de (peri-)menopauze integreren in het EMD?

2.2 ORGANISE

Ik ben huisarts-in-opleiding in een groepspraktijk bestaande uit drie andere artsen. Mijn praktijkopleider en haar man zijn al 30 jaar werkzaam als huisarts. Ook hun dochter, die al 3 jaar werkzaam is, ondersteunt mij in mijn opleiding. Er is geen praktijkassistente aanwezig.
Bij het concreet bespreken van het onderwerp merkten we op dat er verbeteringsmogelijkheden zijn. Mijn PO gaf toe dat zij de klachten van de patiënten al eens wegwuifde. Wij vroegen ons af of het voor ons als huisarts mogelijk is om binnen ons beperkt tijdsbestek zelf actief menopauzale klachten te bevragen en of dit een verschil maakt in de adequaatheid van de begeleiding.
Mijn PO en vrouwelijke collega waren heel gemotiveerd om deel te nemen aan het praktijkverbeterend project. Mijn mannelijke collega heeft enkel deelgenomen aan het ronde tafel gesprek, maar niet aan de interventie omdat hij grotendeels huisbezoeken uitvoert en een beperkter aantal patiënten uit de doelgroep heeft. Het gebruikte elektronisch medisch dossier in de groepspraktijk is Windoc.

2.3 CLARIFY

In deze stap proberen we mogelijke problemen in kaart te brengen door het vastleggen van de huidige situatie aan de hand van een retrospectief onderzoek.

Inclusiecriteria

In het elektronisch medisch dossier Windoc gaf ik een zoekopdracht in met als selectiecriteria de geboortedata 1961 tot 1966, vrouwelijk geslacht en een actief GMD. Dit resulteerde in een lijst van 243 vrouwen tussen de 50 en 55 jaar. In deze lijst selecteerde ik willekeurig elke vierde vrouw en weerhield ik zo 60 vrouwen.

Tabel 7: Willekeurig geïncludeerde patiënten retrospectief:

Geïncludeerde patiënten	**Aantal (n=60)**
50-jarigen	9
51-jarigen	14
52-jarigen	9
53-jarigen	18
54-jarigen	8
55-jarigen	2

Kwaliteitsindicatoren

Om een kwaliteitsverbetering meetbaar te maken, is het belangrijk de resultaten van de interventie objectiveerbaar te maken. Om de kwaliteit van het menopauze-consult te kunnen beoordelen werden enkele rechtstreeks verbonden criteria gekozen als kwaliteitsindicatoren.
In dit retrospectief onderzoek wordt aan de hand van deze indicatoren nagegaan waar er verbetermogelijkheden zijn. Tijdens onze interventie zullen bij een andere willekeurige groep

vrouwen dezelfde criteria aangepakt worden en nadien worden geanalyseerd in het elektronisch medisch dossier.

Volgende gegevens werden opgezocht in het elektronisch medisch dossier en dienen als kwaliteitsindicatoren:

Tabel 8: Kwaliteitsindicatoren:

Is er een notatie van menopauze in de voorgeschiedenis in het EMD?
Is een hormonaal labo afgenomen? (zijnde FSH met al dan niet LH, oestradiol of andere)
Neemt de patiënte anticonceptie?
Neemt de patiënte substitutietherapie volgens de richtlijnen?
Is de borstkankerscreening up to date?
Is de cervixkankerscreening up to date?

Omdat het EMD Windoc geen episodelijst bevat om de term menopauze in te noteren, moet de lijst met persoonlijke voorgeschiedenis van de patiënt gebruikt worden als indicator.

Indien tijdens deze dataverzameling één van de gegevens afweek van de richtlijnen voegde ik een nota toe in het EMD. Dit betrof een uitstrijkje dat langer geleden was dan drie jaar, een mammografie die langer geleden was dan twee jaar of een vraag naar duiding of een patiënte nog anticonceptie of substitutietherapie inneemt. Deze nota maakt ook deel uit van de interventie.

Documenteren van de resultaten

De nodige gegevens terugvinden in het elektronisch medisch dossier bleek niet altijd even gemakkelijk te zijn. De leeftijd van de patiënt is in Windoc altijd duidelijk aanwezig in een balk bovenaan. De plaats van de antecedentenlijst kan door de arts persoonlijk gekozen worden, maar is steeds goed zichtbaar. De labo-resultaten zijn overzichtelijk terug te vinden alsook de resultaten van de mammografieën snel raadpleegbaar zijn in de lijst van binnengekomen brieven. De moeilijkheid situeert zich bij de medicatielijst en de cervixscreening.

De resultaten van cervixcytologie komen terecht tussen de labo-uitslagen. Soms is het nodig wat te scrollen tussen de resultaten, maar de lay-out van het resultaat van een uitstrijkje is duidelijk anders en wordt dan relatief eenvoudig gevonden. Wanneer een vrouwelijke patiënte haar uitstrijkjes echter bij de gynaecoloog laat uitvoeren, moet er gezocht worden tussen de binnengekomen brieven. Het resultaat van de cervixcytologie wordt meestal niet apart verstuurd en dus moeten de brieven van de gynaecologen doorgelezen worden op zoek naar een vermelding van het uitstrijkje. De ervaring leert ons ook dat er vaak zelfs geen brief van de gynaecoloog ontvangen wordt.

Documenteren welke medicatie de patiënte neemt, bleek de moeilijkste opgave te zijn. Bijvoorbeeld: in de chronische medicatie staat nog een orale anticonceptiva vermeld, maar als ik doorheen de consultaties scroll wordt deze al enkele jaren niet meer voorgeschreven. Neemt deze patiënte deze pil dan niet meer? Of hebben we de pil met de hand voorgeschreven zonder het in de computer te registreren? Krijgt de patiënte haar voorschriften elders? Omgekeerd deed zich ook voor: in de

consultaties stond een voorschrift vermeld, maar deze medicatie staat niet bij de chronische medicatielijst. Hetzelfde geldt voor de substitutietherapie en fytotherapie.

Vermits deze dataverzameling retrospectief is en er geen contact is opgenomen met de geïncludeerde patiënten, heb ik de gegevens zo goed als mogelijk vastgelegd. De volledige correctheid van deze absolute cijfers zijn dus mogelijks in vraag te stellen. Uit dit retrospectief onderzoek werden knelpunten geanalyseerd.

Resultaten

Tabel 9: Resultaten retrospectief:

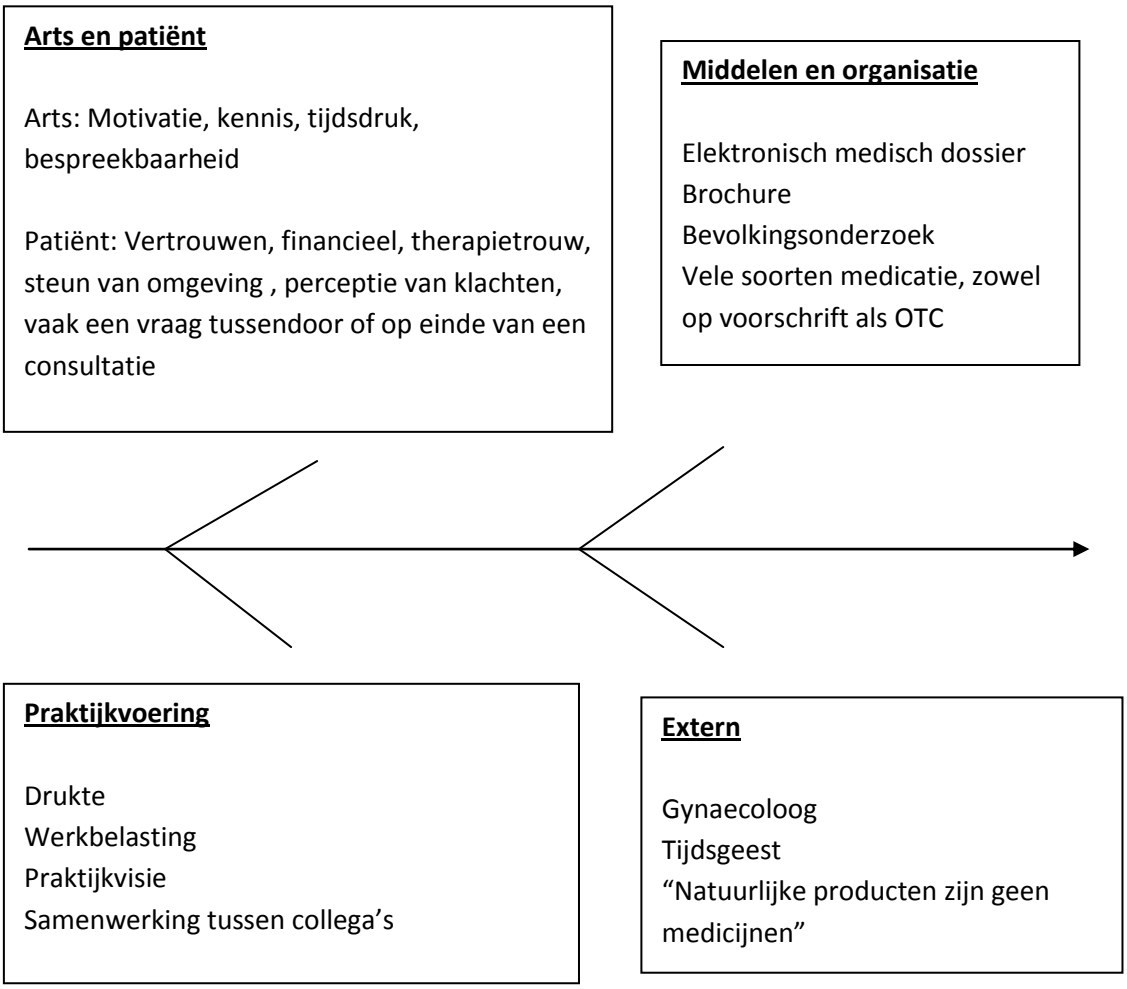
Indicator	**Aantal (n=60)**
Notatie menopauze in VG in EMD	1
Hormonaal labo	28
Anticonceptie	13
(Mirena 4, POP 3, OAC 4, implanon 1, depo-provera 1)(sterillisatie 1)	
Hormoonsubstitutietherapie	3
(Femoston conti 3)	
Overige substitutietherapie	4
(Serelys 2, Ymea 1, Donnafyta 1)	
Borstkankerscreening in orde	46
Cervixkankerscreening in orde	58

Bij slechts één vrouw stond “menopauze” opgegeven in de persoonlijke voorgeschiedenis. Vier vrouwen namen nog een oestrogeenhoudend anticonceptiepreparaat. Drie vrouwen namen een correct hormoonsubstitutiepreparaat. Bij bijna alle vrouwen werd een cervixuitstrijkje genomen in de afgelopen drie jaar. Borstkankerscreening werd bij 46 van de 60 vrouwen correct uitgevoerd.

2.4 UNDERSTAND EN UNCOVER

Visgraatanalyse

De begeleiding van peri- en postmenopauzale vrouwen verloopt niet altijd zoals de richtlijnen het aanbevelen. In een overlegmoment met de drie huisartsen van mijn opleidingspraktijk werd getracht de mogelijke oorzaken in kaart te brengen. In het rondetafelgesprek werd gebrainstormd over de verschillende zaken die mogelijks een knelpunt kunnen vormen voor een goede begeleiding van vrouwen in de overgang. De resultaten van het retrospectief onderzoek werden hierbij in acht genomen. Een visgraatanalyse werd opgesteld.
De analyse van de visie van de patiënt werd bij de patiënten niet objectief nagevraagd, maar werd opgesteld vanuit reflecties uit consultaties. Dit is dus een veronderstelling vanuit een arts-perspectief.



Figuur 3: Visgraatanalyse

De mogelijke problemen werden opgedeeld in vier categorieën: 'Arts en patiënt', 'middelen en organisatie', 'praktijkvoering' en 'extern'.

- Arts:
    - Het grootste probleem in de grote, drukke opleidingspraktijk is tijdsdruk. Dit zorgt er vooral voor dat het voor de arts moeilijk is om extra bij een consultatie de verschillende elementen die een rol spelen bij de menopauze actief na te vragen.
    - Deze tijdsdruk leidt er ook toe dat wanneer de patiënt helemaal op het einde van de consultatie een vraag stelt in verband met de overgang, dit vooruitgeschoven moet worden naar een volgende consultatie. Geregeld wordt dit een volgende keer niet meer hernomen.
    - Deze tijdsdruk belemmert ook de motivatie van de arts voor actieve bevraging.
    - De kennis van de collega's rond menopauze en substitutietherapie was zeker voldoende, maar werd opgefrist en op enkele vlakken bijgeschaafd.
    - Onze praktijk heeft een heel open visie met een uitstraling naar de patiënt toe dat alles bespreekbaar is. Geslacht en leeftijd van de arts zelf kan echter voor de patiënt een drempel zijn om het onderwerp niet ter sprake te brengen.

- Patiënt:
    - Sommige vrouwen ervaren geen klachten tijdens de overgang, of toch geen klachten die voor hen belemmerend zijn. Vrouwen met last zoeken soms geen hulp vanwege het taboe rond de menopauze dat in sommige sociale sferen nog hangt.
    - Vertrouwen in de arts, visie op medicatie, therapietrouw en financiële mogelijkheden van de patiënt spelen ook een rol.
- Middelen:
    - Het elektronisch medisch dossier vormde zeker een struikelblok. Tijdens verschillende overlegmomenten werd samen uitgezocht hoe we de nagevraagde gegevens op een gebruiksvriendelijke manier konden noteren. Als mogelijkheden werden voorgesteld: de antecedenten of het werkplan. Tussen de artsen onderling werd niet tot een consensus gekomen.
    - Een werkpunt dat tijdens het overleg naar voren kwam, is het correct noteren van de anticonceptie of hormonale substitutietherapie in de chronische medicatielijst.
    - Een brochure kan een meerwaarde zijn voor sommige vrouwen, maar daar werd voor dit project geen gebruik van gemaakt.
    - Vanaf 50-jarige leeftijd krijgen vrouwen een brief thuis opgestuurd met informatie over het bevolkingsonderzoek borstkankerscreening.
    - Er bestaan veel “Over The Counter”-medicijnen die patiënten zich kunnen aanschaffen zonder dat de huisarts hier van op de hoogte is.
- Praktijkvoering:
    - In de praktijkvoering spelen drukte en werkbelasting een grote rol.
    - Volgens de visie van de praktijk zijn preventie en beleving van de patiënt zeker belangrijk en wordt hier graag aandacht aan besteed.
    - Tussen de artsen onderling is er een goede samenwerking met meermaals per week overleg.
- Extern:
    - Een van de grootste struikelblokken is de samenwerking met de gynaecoloog. Frequent ontvangen we geen brief van de gynaecoloog over een consultatie of een resultaat van de cervixcytologie.
    - De bespreekbaarheid van menopauzale klachten is ook onderhevig aan de tijdsgeest. Vroeger was dit een taboe onderwerp in de samenleving, maar geleidelijk begint dit af te nemen.
    - Er wordt reclame gemaakt voor ‘natuurlijke producten’ voor menopauzale klachten. Sommige vrouwen richten zich voor deze producten tot de apotheker waardoor de huisarts wordt overgeslagen voor adequate voorlichting.

Hoe kunnen we de nodige gegevens over de (peri-)menopauze integreren en bijhouden in het EMD?

In de literatuur werd op zoek gegaan naar tips in verband met documentatie van gegevens in het EMD. Concrete aanbevelingen in verband met adequate gegevensintegratie in het dossier werden niet gevonden. Dit is vermoedelijk door de grote variatie in de verschillende beschikbare software pakketten die het elektronisch medisch dossier ondersteunen. De arts kan zich via de handleiding en ondersteuning van het EMD op de hoogte stellen van alle mogelijkheden van het medisch

programma en kan dan voor zichzelf of in een artsengroep bepalen hoe hij of zij het liefste de gegevensintegratie uitvoert.

Welke therapeutische beslissing een vrouw ook neemt, het is belangrijk dat dit genoteerd staat in het elektronisch medisch dossier. Ook een nota van de gegeven informatie en dat er een gedachtewisseling heeft plaatsgevonden, moet in het EMD geschreven worden (3).

2.5 START PDCA-CYCLUS

Plan

Inclusiecriteria van de interventie

We voerden een kwaliteitsverbeterend project uit. Gedurende drie maanden werden alle vrouwen tussen 50 en 55 jaar die op consultatie kwamen in de studie geïncludeerd. Tabel 10 toont een overzicht van het aantal geïncludeerde vrouwen per leeftijd. Buiten de leeftijd en het geslacht waren er geen andere voorwaarden waaraan voldaan moest worden.

Tabel 10: Willekeurig geïncludeerde patiënten in de interventie:

Geïncludeerde patiënten	**Aantal (n=75)**
50-jarigen	8
51-jarigen	11
52-jarigen	9
53-jarigen	22
54-jarigen	13
55-jarigen	12

Implementatie van interventie

De eerste stap van de interventie bestond uit een presentatie van het literatuuronderzoek aan mijn collega's. De verschillende aanbevelingen in begeleiding en behandeling van vrouwen in de overgang werden overlopen. Het literatuuronderzoek in verband met de evidentie van labo-aanvragen in het menopauze-consult werd besproken.
De tweede stap was de eigenlijke interventie. Gedurende drie maanden werd bij alle vrouwen tussen 50 en 55 jaar aandacht besteed aan de menopauze. Dezelfde kwaliteitsindicatoren als in het retrospectief onderzoek werden gebruikt. Dit hield concreet in dat werd nagegaan of de vrouw verborgen klachten of nood had aan informatie. We controleerden of de cervix- en borstkankerscreening in orde waren. Indien er nood was aan informatie of hulp werd dit tijdens de consultatie onmiddellijk afgewerkt of werd een volgende afspraak gepland. Volgend schema werd gebruikt ter ondersteuning:

Vrouw 50-55j
Geboortedatum: ……..
Initialen: …… …….

1. Anticonceptie?
   - ❑ Ja
     → Advies volgens richtlijnen i.v.m. stop
   - ❑ Nee
     - ❑ Klachten? Beleving?
     - ❑ Nood aan info?
     - ❑ Nood aan therapie?
2. Substitutietherapie?
   - ❑ Ja
     - ❑ Klachten? Beleving?
     - ❑ Product keuze?
       ……
       → Aanpassen volgens richtlijnen zo nodig
     - ❑ Duur?
       ……
       → Adviseren volgens richtlijnen
   - ❑ Nee
     → Zie vraag 1 anticonceptie
3. Hormonaal labo van toepassing?
   - ❑ Ja
     → Reden? ……..
4. Cervixscreening?
   - ❑ Laatste datum? ……
     → Plan
5. Borstscreening?
   - ❑ Laatste datum? ……
     → Plan
6. Nota in EMD

Figuur 4: Gebruikte schema tijdens de interventie

Onderstaande tabel (tabel 11) toont de resultaten van de geïncludeerde patiënten op het moment dat ze op consultatie komen alvorens het al dan niet aanpassen van het EMD, wijzigen in medicatie, nemen of plannen van een uitstrijkje of voorschrijven van een screeningsmammografie.

Tabel 11: Resultaten pre-interventie:

Indicator	**Pre-interventie (n=75)**
Notatie menopauze in VG in EMD	0
Hormonaal labo	36
Anticonceptie	21
(Mirena 2, POP 3, OAC 16)(sterillisatie 7)	
Hormoonsubstitutietherapie	6
(Femoston conti 2, Aacifemine 1mg po 1, Oestrogel 1, Tibolone 2) (Aacifemine lokaal 3)	
Overige substitutietherapie	5
(Serelys 2, Ymea 1, Donnafyta 2)	
Borstkankerscreening in orde	53
Cervixkankerscreening in orde	57

Do

Het project werd goedgekeurd in mei 2016 door het Ethisch Comité van de Universiteit van Antwerpen. Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd in de maanden februari tot mei 2016 en geverifieerd in maart 2017. De presentatie van de richtlijnen en besprekingen van het plan gebeurde in juli 2016. De interventie ging van start op 1 augustus 2016 en eindigde 31 oktober 2016. Geplande uitstrijkjes of mammografieën werden uitgevoerd onmiddellijk tijdens de interventiemaanden of november of december 2016. In januari 2017 werden alle geïncludeerde vrouwen waarbij nog een uitstrijkje of mammografie gebeurd zou moeten zijn in het jaar 2016 overlopen. Onderstaande tabel (tabel 12) toont de resultaten van het onderzoek na de interventie.

Tabel 12: Resultaten post-interventie:

Indicator	**Aantal (n=75)**
Notatie menopauze in VG in EMD	11
Hormonaal labo	39
Anticonceptie	16
(Mirena 2, POP 5, OAC 8)(sterillisatie 7)	
Hormoonsubstitutietherapie	11
(Femoston conti 6, Aacifemine 1mg po 1, Oestrogel 2, Tibolone 2) (Aacifemine lokaal 3)	
Overige substitutietherapie	4
(Serelys 2, Ymea 1, Donnafyta 1)	
Borstkankerscreening in orde	70
Cervixkankerscreening in orde	71

Bespreking resultaten

- Notatie in VG in EMD:

Indien de patiënte een jaar of langer geen menstruatie meer gehad heeft, werd in de antecedentenlijst de gecodeerde term “menopauze” toegevoegd. Dit gebeurde niet consequent

omwille van tijdsgebrek en omdat mijn praktijkopleider deze notatie geen nuttige toegevoegde waarde vond. Indien de patiënte nog anticonceptie nam of het laatste jaar wel nog menstruatie had gehad, kon geen notatie aan de voorgeschiedenis toegevoegd worden.

- Hormonaal labo:

Bij meer dan de helft van de geïncludeerde vrouwen werd op een onbepaald moment een hormonaal labo met bepaling van FSH afgenomen. Tijdens de interventieperiode van augustus tot oktober 2016 werden er bij drie patiënten nog een FSH bepaald.

- Anticonceptie:

Van de 75 patiënten tussen de 50 en 55 jaar namen 16 vrouwen nog een combinatiepil. De risico's werden met hen besproken en pilstop werd geadviseerd. Bij 8 vrouwen werd de pil gestopt. Bij 3 van hen werd overgeschakeld naar een POP. De overige 8 vrouwen stelden de pilstop uit voor verscheidene redenen: "Pijnlijke maandstonden", "angst voor de menopauzale klachten", "familiale problemen", "nieuwe relatie", "psychisch instabiel", "wenst het eerst te bespreken met gynaecoloog" en "angst voor zwangerschap".
Van de 75 patiënten hebben er 7 een hysterectomie of sterilisatie ondergaan, 3 nemen een POP en 2 hebben een Mirena® spiraal. Bij 1 patiënte werd de POP stopgezet. Een mogelijke stop van deze medicatie en alternatieven werden met de patiënten besproken.

- Hormoonsubstitutietherapie:

4 vrouwen gebruiken Femoston® en 1 Oestrogel® volgens correcte wijze. Bij 1 vrouw werd tijdens de interventie Femoston® en bij 1 vrouw Oestrogel® opgestart wegens klachten. Bij drie vrouwen werd per orale therapie, respectievelijk Aacefemine® en Tibolone (Livial®), gecontinueerd omdat ze hier tevreden van zijn en dit ondanks voorlichting niet wilden wijzigen. Lokale Aacifemine®-crème wordt gebruikt door drie vrouwen.

- Overige substitutietherapie:

Bij 1 vrouw werd Ymea® gestopt en vervangen door Femoston® wegens te veel vasomotoriche klachten. Serelys® wordt door 3 geïncludeerde vrouwen ingenomen en verder gezet. 1 vrouw neemt Ymea® en nog 1 vrouw Donnafyta®.

- Borstkankerscreening:

Tijdens de interventieperiode werden 17 voorschriften voor een mammografie meegegeven met de patiënt. Hiervan lieten 14 vrouwen iets later een mammografie uitvoeren. Van de 75 geïncludeerde vrouwen hadden bij aflopen van de aanbevolen twee-jaarlijkse termijn 5 vrouwen geen mammografie laten uitvoeren. De reden hiervoor is onbekend. Bij 3 van hen hadden we een mammografie voorgeschreven en 2 van hen zeiden tijdens de interventieconsultatie nog een voorschrift te hebben liggen.

Er waren 6 vrouwen die een mammografie weigerden wegens verschillende redenen: “Het is een pijnlijk onderzoek”, “vanwege de stralingen”, “angst voor een afwijking” en “er van uit gaan dat alles normaal is”. Deze weigering werd genoteerd in het medisch dossier en deze vrouwen werden bijgeteld in de categorie waarbij de borstkankerscreening in orde is.

- Cervixkankerscreening:

Tijdens de interventieperiode werden er 14 uitstrijkjes uitgevoerd. Bij 4 vrouwen werd ondanks een herinnering van de arts aan de patiënt tijdens de interventieperiode geen uitstrijkje uitgevoerd binnen de aanbevolen termijn van drie jaar.

- Klachten:

Menopauzale klachten van de patiënten werden nagevraagd, maar niet gekwantificeerd. Volgende klachten werden genoemd: “vapeurs, pijn bij coitus, fysiek en emotioneel niet goed, persisterende onderbuikpijn, metrorragie, urge incontinentie, vaginale irritatie, slecht slapen, recidiverende cystitis, haarverlies, droge mond, spierpijnen en pollakisurie”.

Check

Dezelfde kwaliteitsindicatoren werden zowel gebruikt bij het retrospectief onderzoek als tijdens de interventie. Onderstaande tabel (tabel 13) zet de resultaten van beiden naast elkaar.

Tabel 13: Vergelijking resultaten retrospectief en pre- en post-interventie:

Indicator	**Retrospectief (n=60)**	**Pre-interventie (n=75)**	**Post-interventie (n=75)**
Notatie menopauze in VG in EMD	1	0	11
Hormonaal labo	28	36	39
Anticonceptie	13	21	16
Hormoonsubstitutietherapie	3	6	11
Overige substitutietherapie	4	5	4
Borstkankerscreening in orde	46	53	70
Cervixkankerscreening in orde	58	57	71

De willekeurig geïncludeerde vrouwen van het retrospectief onderzoek zijn niet dezelfde als de willekeurig geïncludeerde vrouwen van de interventie, daardoor kan geen rechtstreekse verbetering per patiënt aangetoond worden. Er kan wel gekeken worden naar een algemene evolutie in de medische dossiers.

Als we de situatie van de interventie-vrouwen bekijken op het moment dat ze op consultatie komen en vergelijken met de situatie na de interventie zien we een duidelijke positieve evolutie. Het pre-interventie dataverzameling-moment vindt echter plaats van augustus tot oktober. Er valt dus niet na te gaan of deze positieve evolutie zich sowieso voorgedaan zou hebben in de overige maanden van het kalenderjaar, dus ook zonder de interventie.

Daarom werd een extra retrospectief onderzoek toegevoegd betreffende borst- en cervixkankerscreening waar de situatie van de in de interventie geïncludeerde vrouwen werd nagegaan 1 kalenderjaar eerder. Dus van de 75 vrouwen die in de interventie geïncludeerd waren, werd de situatie op 31 december 2015 gedocumenteerd en vergeleken met de status van deze 75 vrouwen op 31 december 2016 na de uitgevoerde interventie. Zo werd retrospectief een nulmeting vastgelegd en kan men een goede kwantitatieve evolutie beoordelen. De vergelijking ziet u in tabel 14. Einde 2015 waren 10 vrouwen geen 50 jaar oud, deze werden voor de vaststelling van de borstkankerscreening geëxcludeerd.

Tabel 14: Vergelijking geïncludeerde vrouwen van de interventie post-interventie en retrospectief:

Indicator	**Extra retrospectief dec 2015**	**Post-interventie dec 2016**
Borstkankerscreening in orde	44 van **65** (hier n=65 o.w.v. 10 ptn die dan de leeftijd van 50 jaar niet hebben)	70 van **75**
Cervixkankerscreening in orde	61 van **75**	71 van **75**

ACT

Na onze interventie werd er in de praktijk een nieuw rondetafel-gesprek gehouden. Ik presenteerde aan mijn collega's de resultaten. Het succes van de interventie werd geëvalueerd en er werd gebrainstormd over hoe het project in de dagelijkse praktijk een blijvend effect kan hebben.

Het project kent twee positieve invloeden. Ten eerste werden de huidige aanbevelingen betreffende de menopauze opgefrist. Deze werden samengevat in een powerpoint die uitgedeeld werd aan de artsen in de praktijk. Met deze hernieuwde kennis is het nu aan de artsen om de richtlijnen als zodanig uit te voeren. Ten tweede werd de alertheid voor het nagaan van het tijdstip van borstkankerscreening en een uitstrijkje aangewakkerd. Ook open staan voor de mogelijke menopauzale klachten en de invloed ervan op het dagelijks leven van de patiënt is wat meer naar voor geschoven. Deze elementen zijn belangrijk voor de integratie van het project in de dagelijkse praktijk.

3. Discussie

Interpretatie resultaten

De retrospectieve gegevens tonen goede resultaten waaruit af te leiden is dat de praktijk zich naar behoren bezig houdt met patiënten in de overgang. Toch zijn met dit praktijkproject een aantal positieve trends op te merken. Bij de borstkanker- en cervixkankerscreening ziet men kwantitatief een positieve evolutie van de situatie van de vrouwen geïncludeerd in de interventie vergeleken met dezelfde vrouwen een jaar er voor, voornamelijk bij de borstkankerscreening.

Wat verrassend was aan het onderzoek is het grote aantal hormonale labo's dat afgenomen wordt in de praktijk. Als we de geïncludeerde vrouwen van het retrospectief onderzoek en de interventie samen nemen zien we dat bij 67 van de 135 een hormonaal labo met FSH-bepaling afgenomen is. Dit is een groot aantal vermits de aanbevelingen een hormonaal labo volledig afraden.
Tijdens de interventieperiode werden nog 3 FSH-labo's uitgevoerd niet conform de richtlijnen. Mijn collega's gaven aan dat een labo soms gemakkelijk kan zijn om de patiënt gerust te stellen, te voorzien van antwoorden of te motiveren tot pilstop. Theoretisch zijn ze zich er van bewust dat een hormonaal labo niet geïndiceerd is, maar in de praktijk maken ze soms de weloverwogen keuze deze richtlijn naast zich neer te leggen.

Na de interventie werd vastgesteld dat het gecodeerd noteren van "menopauze" in de persoonlijke voorgeschiedenis niet uitgesproken gestegen was. Dit heeft als oorzaak dat mijn collega's niet overtuigd waren over de meerwaarde van deze notitie. De vorm van het EMD met zijn beperkte mogelijkheden vormt hier ook een groot struikelblok in.

Beperkingen en sterktes van het project

Een zwak punt van dit project is dat van de 14 uitgevoerde uitstrijkjes en 17 voorgeschreven mammografieën niet gezegd kan worden dat deze zonder de interventie niet gebeurd zouden zijn. Met andere woorden, het valt niet specifiek na te gaan of er meer uitstrijkjes gedaan werden en meer mammografieën voorgeschreven zijn dan dat er tijdens die drie maanden sowieso gebeurd zouden zijn. Doch is er uit de resultaten wel een evolutie zichtbaar bij de 75 geïncludeerde vrouwen voor en na de interventie, waardoor toch tot een positieve invloed van de interventie besloten kan worden.

Mijn collega's hadden heel positieve feedback. Zij waren blij om met een presentatie op de hoogte gesteld te worden van de huidige aanbevelingen en waren benieuwd naar de bekomen cijfergegevens. Sommige patiënten melden spontaan na de consultatie tevreden te zijn met de extra informatie en mogelijkheid om vragen te stellen.

Wat met deze studie niet kan weergegeven worden in een tabel met absolute waarden is het aantal patiënten dat we geholpen hebben. "Geholpen" gebruikt als brede term. Wat voor mij maakte dat dit praktijkproject een succes was, was toen een van mijn collega's mij met een grote glimlach een papier met een naam van een te includeren patiënte overhandigde en zei "Deze patiënte had echt

nood aan een gesprek en heb ik overgeschakeld op de juiste medicatie." Op die manier zijn er zeker meerdere patiënten die we geholpen hebben zonder kwantitatief resultaat, maar met een duidelijk kwalitatief resultaat.

Toekomstperspectieven

In de toekomst zal de Sumehr meer en meer belangrijk worden. Sumehr staat voor 'Summarized Electronic Health Record'. Om goed gebruik te maken van deze Sumehrs is een efficiënt medisch dossier noodzakelijk en is het aan de arts om voorgeschiedenis en risicofactoren goed te noteren. Resultaten en opvolging van uitstrijkjes en mammografieën zouden hier een plaats in kunnen hebben.
In onze praktijk wordt het elektronisch medisch dossier Windoc gebruikt. Het afgelopen jaar hebben we ons geconcentreerd op het in orde zetten van patiëntendossiers om goede Sumehrs te kunnen opladen. Mijn praktijkproject heeft ook de aandacht voor een goede follow-up van cervix- en borstkankerscreening en voor het accuraat noteren in de voorgeschiedenis hernieuwd.
Windoc is niet het meest gebruiksvriendelijke systeem voor een gemakkelijke follow-up, maar aandacht voor preventie was al zeker aanwezig in de praktijk en wordt nu verder gezet. Aan andere praktijken raad ik aan goed na te denken over de keuze van het softwarepakket. Een goed elektronisch medisch dossier kan een belangrijke rol spelen in een vlotte ondersteuning van de perimenopauzale vrouw.
Concrete organisatorische afspraken in verband met het gebruik van het EMD voor de follow-up van cervix- en borstkankerscreening of het al dan niet noteren van "menopauze" in de persoonlijke antecedentenlijst van de patiënt werden niet gemaakt. Er wordt in de praktijk nu meer aandacht gegeven aan pilstop rond de leeftijd van 50 jaar en aan beleving van klachten bij perimenopauzale vrouwen.

4. Besluit

Het is belangrijk dat de huisarts voldoende alert is voor mogelijke klachten en vragen van vrouwen rond de leeftijd van de overgang. Een eerste stap is een goede anamnese, rekening houdend met mogelijke differentiële diagnoses. Als tweede stap moet de huisarts de vrouw voldoende informeren in verband met levensstijlwijzigingen en eventuele behandelingsopties. Bij de productkeuze wordt rekening gehouden met de aanwezigheid van een baarmoeder, risicofactoren en de aard van de klachten, lokaal vaginaal of vasomotorisch. Een hormonaal bloedonderzoek heeft geen plaats als aanvullend onderzoek, tenzij ter uitsluiting van andere diagnoses of ter verkenning van eventuele contra-indicaties bij de opstart van een behandeling. Een cervixscreeningsuitstrijkje wordt geadviseerd elke drie jaar tot een leeftijd van 65 jaar. Een screeningsmammografie wordt elke twee jaar aanbevolen tot een leeftijd van 69 jaar. Het is belangrijk in het EMD duidelijk te noteren dat er een gesprek over de overgang heeft plaatsgevonden en welke beslissingen samen met de patiënt genomen zijn.

Dit project heeft bij de artsen in de praktijk gezorgd voor een open houding ten opzichte van het navragen van menopauzale klachten. Door een positieve feedback van patiënten en een verbeterde medische begeleiding zijn de artsen gemotiveerd om frequenter een menopauzeconsult aan te gaan bij vrouwen in de overgang. De alertheid voor het opvolgen van de status van cervix- en borstkankerscreening was reeds goed en maakt mee deel uit van een adequate begeleiding.

Een goed elektronisch medisch dossier kan helpen om het opvolgen van de cervix- en borstkankerscreening gemakkelijker te maken. Omdat de opvolging in de praktijk al redelijk goed verloopt en omdat er tussen de artsen geen overeenkomst bereikt werd om het EMD anders te gaan gebruiken, werden hier geen verdere concrete afspraken over gemaakt.

Dankwoord

Ik wens van harte mijn collega's te bedanken voor hun hulp in dit project: Dr. Annemie Wuyts, Dr. Els De Boeck en Dr. Jozef De Boeck. Ook voor hun fantastische begeleiding in mijn opleiding ben ik hen zeer dankbaar.

Dank aan mijn promotor Prof. Dr. Lieve Peremans voor haar hulp in het tot een goed einde brengen van deze masterproef.

Veel dankbaarheid aan mijn vriendinnen, Jolien en Sabien en mijn moeder voor het nalezen van de thesis. Dank aan de liefde van mijn leven, Ruben, voor zijn steun en aanmoediging tijdens dit hele proces.

Referenties

1. Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, et al. NHG-Standaard De overgang. Huisarts Wet 2012;55(4):168-72
2. Belgian Menopause Society (BMS) - *menopausesociety.be*
3. National Institute for Health and Care Exellence (NICE). (2015) Guideline Menopause: diagnosis and management. Geraadpleegd op 22 januari 2017 via *www.nice.org.uk/guidance/NG23*
4. Duodecim Medical Publications Ltd. (2014). Menopauzale klachten. Geraadpleegd op 12 maart 2017 via *www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00549*
5. Peremans L., Van Leeuwen E., Delvaux N., et al. Domus Medica Richtlijn Hormonale anticonceptie 2011.
6. Duodecim Medical Publications Ltd. (2014). Post-menopauzale hormonale substitutietherapie. Geraadpleegd op 12 maart 2017 via *www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00550*
7. Women's Health Initiative - *www.whi.org*
8. The Million Women Study - *www.millionwomenstudy.org*
9. Nederlandse vereniging voor obstetrie en gynaecologie (NVOG) 2005. Hormoontherapie van klachten in het climacterium en de postmenopauze - Geraadpleegd op 22 januari 2017 via *http://nvog-documenten.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=515*
10. Hormonale substitutie: Stand van zaken in 2003. Folia Pharmacotherapeutica 2003, 30,10:82-92. Geraadpleegd op 03 april 2017 via www.bcfi.be
11. Dana G. Carroll, Nonhormonal Therapies for Hot Flashes in Menopause. Am Fam Physician. 2006 Feb 1;73(3):457-464.
12. Taku K, Melby MK, Kronenberg F, et al. Extracted or synthesized soybean isoflavones reduce menopausal hot flash frequency and severity: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Menopause 2012;19:776-90. Geraadpleegd op 12 maart 2017 via *www.minerva-ebm.be*
13. The North American Menopause Society (NAMS) – *menopause.org*

Bijlage: Studieprotocol verzoek Ethisch Comité

Titel:

Hoe kunnen we de huidige menopauze richtlijnen toepassen in onze praktijk op een gekozen doelgroep van vrouwen tussen 50 en 55 jaar?

Type onderzoek:

Kwaliteitsverbeterend project

Achtergrond/Aanleiding:

Het onderwerp menopauze begon me aan te spreken tijdens mijn opleiding in het 7e jaar geneeskunde. Tijdens onze lessen over menopauze merkte ik een discrepantie tussen het advies van de prof-gynaecoloog en de prof-huisarts. In mijn opleidingspraktijk merkte ik onder de artsen ook twijfel op i.v.m. de diagnostische en therapeutische begeleiding van vrouwen in de peri- en postmenopauze. Van enkele patiënten kreeg ik ook te horen dat er wel eens te weinig aandacht besteed kon worden aan de draaglast van menopauzale klachten. Omwille van mijn interesse in het onderwerp en de mogelijkheid tot verbetering in mijn opleidingspraktijk heb ik gekozen voor deze studie.

Onderzoeksvraag:

Hoe kunnen we de aanpak van het menopauzeconsult in onze praktijk verbeteren?
Volgende subvragen komen aan bod:
- Hoe verliep deze aanpak tot op heden in onze praktijk?
- Welke moeilijkheden ervaren artsen bij de aanpak van dit consult?
- Hoe is het gesteld met de borst- en cervixscreeningstatus van een geselecteerde populatie vrouwen van 50-55j aar in onze praktijk?
- Hoe kunnen we de nodige gegevens over de (peri-)menopauze integreren in het EMD?

In de literatuur zullen volgende onderzoeksvragen nagegaan worden:
- Wat wordt aanbevolen volgens de richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur in de begeleiding en behandeling van peri- en postmenopauzale vrouwen?
- Over welke labo-aanvragen in het menopauze-consult bestaat er evidentie?

Onderzoeksmethode:

Mijn studieopzet is een kwaliteitsverbeterend project rond het menopauze consult in onze huisartsenpraktijk. Als verbetering beoog ik een betere begeleiding van peri- en postmenopauzale vrouwen. Als parameters zal ik gebruiken een correcte toepassing van diagnostische onderzoeken, correcte therapeutische opties, accurate borst- en cervixscreening en het noteren van menopauze gegevens in het EMD.
Als leidraad zal ik het FOCUS model gebruiken alsook de plan-do-check-act cyclus van Deming doorlopen.

1. Literatuuronderzoek:

De eerste stap zal bestaan uit een literatuuronderzoek, voornamelijk in de richtlijnen van NHG, NICE en Duodecim. Zo zal ik mijn onderwerp aflijnen en antwoorden formuleren op mijn onderzoeksvragen.

- Wat wordt aanbevolen volgens de richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur in de begeleiding en behandeling van peri- en postmenopauzale vrouwen?
- Over welke labo-aanvragen in het menopauze-consult bestaat er evidentie?

2. Registratie van de bestaande toestand:

Als retrospectief onderzoek zal ik bij een willekeurig gekozen populatie vrouwelijke patiënt tussen 50 en 55 jaar met een actief GMD de bestaande toestand registreren om een nulmeting te bekomen. Hiervoor zal ik in het elektronisch medisch dossier Windoc zoeken op de selectiecriteria geboortedatum 1961 tot 1966 en een actief GMD. Uit deze lijst van een 243-tal vrouwen zal ik bij elke 4^{e} vrouw enkele gegevens nagaan:

- Is er in het EMD iets genoteerd over de menopauze gegevens? Zo ja, welke gegevens?
- Welke labotesten werden er afgenomen?
- Werd er substitutietherapie voorgeschreven? Welke klachten waren hiervoor de indicatie? Welk product en gedurende hoe lang?
- Is in het EMD duidelijk wanneer de patiënte haar laatste borst- en cervix-screening gebeurd is?

Deze gegevens zal ik bijhouden in een Excel document.

3. Aanpak organiseren:

Een volgende stap is een overleg plegen met de collega's uit mijn opleidingspraktijk. Door de voorafgaande nulmeting en door middel van een visgraatmodel kunnen knelpunten vastgelegd worden. Als volgende zal ik een presentatie geven over wat er in de richtlijnen geadviseerd worden. Over de praktische aanpak tot verbetering zal gebrainstormd worden en een verbeterplan zal beslist worden.

4. Rekrutering deelnemers:

Gedurende een nog te bepalen aantal maanden zal elke patiënt van 50 tot 55j die zich aanmeldt met een gynaecologisch probleem of vraag bij mijn collega's of mij geïncludeerd worden in de studie. Toestemming van de deelnemers zal nagevraagd en bijgehouden worden met behulp van een informatie- en toestemmingsformulier. Bij de geïncludeerde patiënten zullen op het moment van aanmelden enkele parameters belangrijk voor een menopauze-consult nagegaan worden. Deze gegevens worden genoteerd op een voorbereid gestructureerd document.

Tegelijkertijd start onmiddellijk een interventie waarbij de patiënt op een correcte manier begeleid en geadviseerd wordt zoals beschreven in de richtlijnen.

- Neemt de patiënt anticonceptie? Zo ja -> Advies geven i.v.m. toekomstige stop. Zo nee -> Bevraging van klachten, beleving, heeft de patiënt nood aan info of therapie?
- Neemt de patiënt Substitutietherapie? Zo ja -> Bevraging van klachten, beleving? Nagaan van productkeuze en duur van inname. Adviseren volgens richtlijnen.
- Vraagt de patiënt achter een hormonaal labo of acht de arts een labo hier van nut? Zo ja -> Reden?
- Wanneer was de laatste datum van cervix-screening? -> Plan

- Wanneer was de laatste datum van mamma-screening? -> Plan
- Nota in het EMD

5. Analyse

Als volgende stap in de verwerking van mijn kwaliteitsverbeterend project zal ik de retrospectieve gegevens die ik verzameld heb vergelijken met de gegevens na de interventie. De kwaliteitsindicatoren zijn: Correcte keuze en duur van therapie, welk afgenomen labo, correcte termijn mamma- en cervixscreening en het noteren van gegevens over de menopauze in het EMD.

Ethische aspecten:

Deze studie zal gebeuren met expliciete toestemming van de deelnemers. Via een informatie formulier zal de bedoeling van het project uitgelegd worden en benadrukt worden dat de deelname volledig vrijwillig en anoniem is.

Deontologische beschouwingen:

Dit kwaliteitsverbeterend project wordt uitgewerkt binnen de eigen groepspraktijk en beperkt zich tot een gegevensverzameling van een populatie van vrouwen tussen 50 en 55 jaar binnen de eigen groepspraktijk.

Resultaatanalyse:

De gegevens van de nulmeting zullen geanalyseerd en gebruikt worden voor het maken van een visgraatanalyse. De gegevens van de situatie na de interventie zullen geanalyseerd worden en aan de hand van de meetindicatoren zal een evaluatie gemaakt worden van de getrachte verbetering.

Conclusie:

Met dit project wordt geprobeerd om een analyse te maken van positieve en negatieve factoren die invloed hebben op het verloop van een kwalitatief menopauze-consult binnen de eigen praktijk. Op basis van deze analyse en de adviezen in richtlijnen willen we een interventie plannen om het menopauze-consult en het EMD in onze praktijk te verbeteren.

Bijlage: Goedkeuring Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. L. Peremans
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Hoe kunnen we de huidige menopauze richtlijnen toepassen in onze praktijk op een gekozen doelgroep van vrouwen tussen 50 en 55 jaar? (manama huisartsgeneeskunde Dewolf Gwennie)

Belgisch Registratienummer: B300201628376

datum	ons kenmerk	contactpersoon
11/04/2016	16/9/90	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 11/04/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 30/03/2016
  versie 2
- Protocol dd. 26/02/2016
  versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 26/02/2016
  versie 1
- Diverse dd. 26/02/2016
  databank retrospectieve gegevens, versie 1