Menopauzale klachten in een multiculturele praktijk

Dr. Hanne Vienne, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Stéphanie De Maesschalck

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2016 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

VOORWOORD

Het was soms wat zoeken, maar ik ben er, in de eindspurt naar het huisartsendiploma. En eigenlijk ben ik er niet, want je kunt er nooit gewoon zijn. Je moet steeds blijven verdergaan, blijven mee-evolueren met je omgeving en blijven geboeid en gedreven zijn. En net dat is wat het boeiend maakt en ervoor zorgt dat het beroep van huisarts is wat ik wil.

In de loop der jaren hebben zoveel mensen rondom mij me gesteund in mijn weg het worden van huisarts.

Graag wil ik dan ook van harte mijn collega's, dr. Frank Van de Maele en dr. Marieke Michielsen en bedanken voor hun ondersteuning in mijn opleiding en bij dit project. Ook dr. Xavier Van Marcke wens ik te bedanken voor zijn tips bij het vinden van een geschikt onderwerp voor dit project. Daarnaast wens ik ook een belangrijk woord van dank te richten aan dr. Stéphanie De Maesschalck voor haar praktische tips, boeiende visies en algemene begeleiding tijdens het maken van dit werk. Ook wil ik mijn stagecoördinator, dr. Ann Cleeren, bedanken voor de oprechte gesprekken en de adviezen tijdens de periode waarin ik huisarts-in-opleiding was.

In het bijzonder wil ik mijn ouders bedanken, voor de onvoorwaardelijke steun en kansen die ik van hen kreeg. Daarnaast zijn er ook mijn vriendinnen die ik maakte tijdens de basisopleiding geneeskunde; we gingen elk onze eigen weg, maar het is altijd een schot in de roos als deze wegen elkaar weer kruisen. En last but not least, een belangrijk woord van dank aan mijn vriend Sammy, voor morele steun en het steeds terugkerend duwtje in de rug. Dankzij hun onvoorwaardelijke steun slaag ik er in om elke dag een tikkeltje extra te doen om de huisarts te zijn die ik wil worden. Ik draag mijn thesis dan ook graag op aan hen.

It's all about the added value. Nothing more, nothing less

ABSTRACT

Inleiding

De menopauze is een levensfase die bijna vrouw ooit doormaakt. De ervaring van deze overgang is echter zeer sterk individueel en gebonden aan tal van factoren zoals de ervaren last van klachten, het algemeen welbevinden, de socio-economische en socio-culturele achtergrond van de vrouw in kwestie. In de opleidingspraktijk waar dit project werd opgestart, bestaat een aanzienlijk deel van de patiëntenpopulatie uit etnische minderheden en personen met een migratie-achtergrond; wat in mijn eigen ervaring soms drempels opwerpt bij het willen creëren van optimale zorg. Dit project heeft als doelstelling te onderzoeken of er belangrijke verschillen zijn in ervaringen en verwachtingen van patiëntes met verschillende achtergronden omtrent menopauze. Een tweede doelstelling was om tegemoet te komen aan de verwachtingen van de collega's en de patiënten om een open sfeer te creëren rond menopauze.

Literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek werd bevestigd dat er een breed spectrum aan mogelijke klachten kan voorkomen tijdens en na de overgang. Enerzijds werd in de literatuur gezocht naar een methode om de variabiliteit aan klachten op een eenvoudige en laagdrempelige manier te bevragen. Anderzijds werd gevonden dat socio-economische en socio-culturele/etnische aspecten risicofactoren kunnen vormen voor suboptimale zorg, alsook omtrent te menopauze.

Methode

Patiëntes van de opleidingspraktijk die zich in de leeftijd rond de overgang bevinden (45-60 jaar), kregen de kans om deel te nemen aan dit onderzoek, waarbij ze werden bevraagd a.d.h.v. een algemeen-oriënterende vragenlijst die peilde naar persoonlijke kenmerken en algemene gezondheid, informatie rond hormonale status en ervaringen en verwachtingen omtrent consultaties over menopauze. Bovendien kadert dit project binnen een praktijk-verbeterend onderzoek, waarvoor als interventie een gestandaardiseerde vragenlijst over perimenopauzale klachten werd ingevoerd in de opleidingspraktijk, als aanzet naar bespreking van deze klachten en vragen over de menopauze tijdens consultaties.

Resultaten

Zoals reeds gevonden in de literatuur, zijn de klachten en de last die vrouwen kunnen ondervinden, sterk individueel. Het is moeilijk om eenduidige conclusies te trekken hierover. Wel bleek duidelijk dat van de deelnemende vrouwen ongeveer de helft nog vragen heeft over de menopauze, en dat de grote helft ook aangeeft hierover met de huisarts te willen spreken. Er is een belangrijk deel van de vrouwen die dit echter nog niet heeft gedaan, omwille van verschillende redenen. Bij analyse van subgroepen blijken hier voornamelijk vrouwen met een migratie-achtergrond en vrouwen die geen hogere scholing genoten een risico te vormen om uit de boot te vallen voor zo'n gesprek. Belangrijke redenen hiervoor zijn onwetendheid, taalbarrière en ook enige schroom.

Discussie

Het is niet eenvoudig om conclusies te trekken uit een diverse groep van vrouwen, en om zo in te spelen op hun verwachtingen. Toch werd als tweede luik van dit onderzoek een aanpassing in de aanpak gedaan. Eerst en vooral wordt er gestreefd naar een meer actieve bevraging van menopauzale status en klachten, gefaciliteerd door een topic 'menopauze' in de persoonlijke planning in het EMD van elke patiënte tussen 45-60 jaar. Er werden bovendien ook afspraken gemaakt over het noteren en coderen van menopauze en menopauzale klachten in dit EMD. Daarnaast werd de MRS-vragenlijst ingeburgerd als bruikbare tool om klachten te bevragen en/of het gesprek waar mogelijk/nodig te faciliteren. Bovendien werden als houvast voor arts en patiënt ook een praktijkrichtlijn en informatiebrochure gemaakt. Deze veranderingen hebben er reeds toe geleid dat er meer structurele consultaties over menopauze werden gevoerd en genoteerd in het EMD.

Besluit

Vrouwen willen over menopauze en eventuele perimenopauzale klachten spreken, maar ondervinden schroom. Ook huisartsen gaan dit niet steeds actief bevragen, soms uit schroom maar ook uit tijdsdruk of onvoldoende ervaring. Demografische elementen zoals etnisch-culturele achtergrond, taalbarrière en opleidingsniveau kunnen een rol spelen in (aanleiding tot en inhoud van) gesprekken over menopauze. Voor huisartsen is een belangrijke rol weggelegd in het faciliteren van deze gesprekken door een open houding hier tegenover en via actieve bevraging van menopauze.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT ... 1
INLEIDING ... 3
LITERATUURONDERZOEK ... 4
1. De menopauze ... 4
1.1. Definities ... 4
1.2. Fysiologische veranderingen ... 5
1.3. Perimenopauzale klachten ... 5
1.3.1. Perceptie van de klachten ... 6
1.3.2. Invloed van perimenopauzale klachten op algemeen welzijn ... 8
1.3.3. Objectiveren van de perimenopauzale klachten ... 8
2. Socio-culturele en etnische aspecten van gezondheidszorg ... 10
2.1. Socio-culturele en etnische aspecten tijdens de overgang ... 12
ONDERZOEKSMETHODIEK ... 14
Kwantitatief onderzoek en praktijk-verbeterend project ... 14
FOCUS ... 14
PCDA-cyclus ... 14
Literatuuronderzoek ... 15
Veldonderzoek ... 16
Bevraging van de collega's ... 16
Bevraging van de patiëntes ... 16
RESULTATEN ... 17
Karakteristieken van de onderzoeksgroep ... 17
Het menopauze-consult in de praktijk ... 21
Bevraging van de collega's ... 21
Bevraging van de patiëntes ... 22
Score op de MRS-vragenlijst ... 22
Ervaringen van patiëntes m.b.t. het menopauzeconsult ... 26
Verwachtingen van patiëntes m.b.t. het menopauzeconsult ... 31
Visgraatanalyse ... 34
DISCUSSIE ... 35
Interpretatie ... 35
Bedenkingen ... 38
Implementatie van alternatieven/aanpassingen ... 40
Evaluatie ... 41
BESLUIT ... 43
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN ... 44
LIJST VAN GEBRUIKTE FIGUREN ... 44
LIJST VAN GEBRUIKTE TABELLEN ... 45
REFERENTIES ... 46
BIJLAGEN ... 47

INLEIDING

Met *menopauze* bedoelt men in medische termen de laatst doorgemaakte menstruatie van de vrouw. Het is een diagnose die we enkel retrospectief kunnen stellen, een jaar na de laatste bloeding. Om de periode waarin de menstruatie een veranderend patroon kent en uiteindelijk volledig uitblijft, wordt vaak de term *overgang* gebruikt. In de periode van de overgang kan de vrouwen klachten ervaren die te wijten zijn aan een veranderende ovariële hormoonproductie. Deze klachten kunnen van vrouw tot vrouw variëren in voorkomen, frequentie en ernst. Of en hoe deze klachten worden ervaren, en hoe de vrouw in kwestie er mee omgaat, is sterk individueel. Het wordt onder meer mee bepaald door het algemeen welbevinden van de vrouw op dat moment, maar ook door de achtergrond van de vrouw (socio-cultureel en –economisch). Deze factoren gaan ook mee het hulpzoekend gedrag van de vrouw sturen, en bepalen of ze voor deze klachten op consultatie gaat bij de huisarts. Aangezien deze klachten het algemeen welbevinden van de vrouw ook kunnen beïnvloeden, en aangezien menopauze ook een verschuiving van de gezondheidsrisico's met zich meebrengt voor de vrouw, is het interessant om als huisarts te weten of de vrouw zich in deze levensfase bevindt, en hoe ze dit ervaart.(1-3)

Het is hierbij van belang dat er een gemeenschappelijke taal en gemeenschappelijk vocabularium wordt gebruikt door de patiënt en de arts. In mijn ervaring is dit echter niet vanzelfsprekend. Als huisarts kom je immers in contact met een socio-cultureel en –economisch heel diverse patiëntengroep. Een van de aspecten die hierbij toedraagt is toenemende globalisering en migratie, wat ook voelbaar is in het gezondheidssysteem. Artsen hebben de vanzelfsprekende taak om kwaliteitsvolle zorg te leveren voor alle patiënten, ongeacht afkomst, culturele achtergrond of taal. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd even eenvoudig. In de afgelopen jaren hebben tal van publicaties verklaard dat het culturele aspect een belangrijke factor kan zijn die invloed heeft op de overgang van de menopauze. In een studie uit de VS werden meer dan 3.300 vrouwen met verschillende etnische afkomst onderzocht en werd er geconstateerd dat interculturele verschillen in menopauzale symptomen zelfs in de tweede en derde migrerende generaties blijven.(4)

Het doel van dit onderzoek is nagaan welke klachten vrouwen van verschillende achtergrond rond de menopauze ervaren en hoe er daarmee wordt omgegaan in de opleidingspraktijk. Dit omdat ik de indruk kreeg dat het vaak eerder een gevoelig onderwerp is, waarover vrouwen toch wat schroom hebben. Tijdens mijn consultaties heb ik gemerkt dat vrouwen vaak sporadisch eens langs hun neus weg vermelden dat ze ook wel eens last hebben van opvliegers en dan vragen voor een bloedafname om de menopauze vast te stellen. Vaak is daarna de kous af, en wordt er eerder verbaasd gereageerd als er dieper op klachten wordt ingegaan. Ik ben dan ook van mening dat er veel meer aandacht moet gevestigd worden op de vrouw en haar lichaam in verandering.

Om dit na te gaan in onze praktijk werd een kwantitatief onderzoek gevoerd naar hoe de klachten worden ervaren, maar ook naar de ervaringen en verwachtingen van consultvoering, bij zowel de patiëntes als bij de artsen. Aangezien op deze manier ook aandacht werd gevestigd op het onderwerp menopauze en dit onderzoek ervoor zorgde dat het ontwerp meer bespreekbaar werd, met een systematische bevraging van de klachten bij elke patiënte die interesse had, kadert de bevraging van de menopauzale klachten in dit werk ook in een 'praktijk-verbeterend' proces.

LITERATUURONDERZOEK

1. De menopauze

Menopauze is een normaal fysiologisch proces die elke vrouw van een zekere leeftijd ondergaat. De veranderingen die hiermee gepaard gaan, kunnen door vrouwen als onaangenaam worden ervaren en kunnen de levenskwaliteit beïnvloeden. De gemiddelde leeftijd van de menopauze in België is 51 jaar, wat overeenstemt met de leeftijd van menopauze in andere ontwikkelde en Westerse landen. Vrouwen die roken maken de overgang één tot twee jaar eerder door en ook vrouwen in niet-industrielanden bereiken de menopauze eerder, gemiddeld rond de leeftijd van 48 jaar. Vandaag is de gemiddelde levensverwachting van vrouwen in België 83 jaar. Vrouwen zijn dus meer dan 30% van hun leven in de menopauze. (1-3, 5-7)

Deze periode is gekenmerkt door algemene veroudering, fysieke en mentale achteruitgang en veranderingen op sociaal vlak. Dit maakt het differentiëren van klachten die samenhangen met menopauze van andere problemen en klachten in deze levensfase geen sinecure, voor zowel de vrouw als de arts. Bovendien wordt de menopauze door vrouwen op verschillende manieren beleefd; culturele gewoonten, waarden en meningen over menopauze liggen mede aan de grondslag van de persoonlijke beleving van deze levensfase. (1, 5, 8)

Menopauze bij een patiënte brengt voor de huisarts ook andere aspecten van de gezondheidszorg op het landschap, zoals osteoporose en een veranderend cardiovasculair risicoprofiel. Het voordeel dat vrouwen hebben op cardiovasculair vlak tegenover mannen verdwijnt immers met de dalende oestrogeenspiegels. Het verlies van botdensiteit na de menopauze is de belangrijkste oorzaak waarom osteoporose zo frequent voorkomt bij vrouwen. Als arts zijn dit zaken waarmee rekening moet gehouden worden, hoewel deze 'bijkomende' zaken vaak niet bovenaan staan op de agenda van de patiëntes.(1, 9)

1.1. Definities

Het woord menopauze dekt een brede noemer, waardoor er verwarring kan zijn omtrent de verschillende termen die geassocieerd zijn aan de menopauze. Daarom volgt hieronder een lijst met de verschillende termen, gebaseerd op de omschrijving van de begrippen volgens de WHO.(1-3)

Overgang
De periode van veranderend menstruatiepatroon en de eerste menstruatievrije jaren, waarin een vrouw symptomen en klachten kan ervaren die relatie hebben met een veranderen ovariële functie. Het beloop van deze cyclusveranderingen kent een grote individuele variatie. Een synoniem is climacterium, maar deze tem wordt in de praktijk niet vaak gebruikt.

Menopauze
De laatste menstruatie in het leven van een vrouw. Deze kan enkel retrospectief bepaald worden, één jaar na het uitblijven van de menstruatie. Wanneer dit gebeurt voor de leeftijd van 40 jaar spreekt men van vroege menopauze, wat buiten het bestek van dit werk valt.

Premenopauze
De periode van enkele jaren voorafgaand aan de menopauze, waarin de menstruele cyclus nog regelmatig is.

Perimenopauze
De periode voor de menopauze waarin de menstruaties veranderen, tot een jaar na de laatste menstruatie. Deze periode duurt ongeveer vier tot zes jaar.

Postmenopauze
De periode vanaf één jaar na de laatste menstruatie.

1.2. Fysiologische veranderingen

Door het verouderen neemt de hoeveelheid en de kwaliteit van de resterende follikels in de ovaria af, totdat de follikels niet meer reageren op de gonadotrope hormonen LH (luteïniserend hormoon) en FSH (follikelstimulerend hormoon). Op dat moment stopt de folliculaire uitrijping.

Bij een jonge vrouw zorgt FSH voor de groei en rijping van de eicel in de eierstokken. Door veroudering van de ovaria en verminderde gevoeligheid voor FSH zal het FSH reeds gradueel beginnen stijgen voor de verandering van de menstruatie, in de premenopauzale fase. Tijdens de overgang stijgt het FSH verder en zijn er zowel ovulatoire als anovulatoire cycli. Bij vrouwen in de premenopauzale periode bemerkt men dus gedaalde oestrogeenspiegels en verhoogde spiegels van FSH en LH. Dit uit zich op lichamelijk vlak als kortere en meer onregelmatige bloedingen.

Door de lage oestrogeenspiegels wordt het slijmvlies van de vagina dunner en bleker. Hierdoor is er minder glycogeen beschikbaar is voor de vaginale lactobacillen, waardoor ze in aantal afnemen. Hierdoor daalt de productie van melkzuur en bijgevolg de zuurtegraad van de vagina, waardoor er gemakkelijk overgroei van andere bacteriën kan ontstaan. Anderzijds zorgen verlaagde oestrogeenspiegels voor een daling van de vaginale doorbloeding, verminderde lubricatie en weefselveranderingen.(1, 3)

1.3. Perimenopauzale klachten

Deze grote fysiologische veranderingen bij de overgang en menopauze gaan bij veel vrouwen gepaard met verschillende klachten. Deze klachten zijn uiteenlopend en afhankelijk van de persoon en het tijdstip in de overgang. Om de klachten die kunnen ervaren worden bij de overgang te benoemen, zullen ze vanaf hier worden aangehaald als ‘perimenopauzale klachten’.

Deze klachten zijn divers en laten zich voelen in de verschillende aspecten van het leven. Ruwweg kunnen ze worden opgedeeld in drie dimensies: somatische, psychologische en urogenitale klachten. Deze indeling is gebaseerd op de MRS (Menopause Rating Scale). Deze tool zal hieronder nog verder aangekaart en gebruikt worden. Ze is natuurlijk nogal artificieel, maar biedt voordelen naar het bespreekbaar maken van de mogelijke perimenopauzale klachten met de vrouw in kwestie. (8) **Somatische klachten** kunnen opvliegers (hot flushes, warmteopwellingen of ‘vapeurs’), slaapproblemen, nachtzweten, hartkloppingen en spier- en gewrichtsklachten zijn. Mogelijkse **psychische klachten** zijn gevoelens van depressie, irritatie en nervositeit, angst en een gevoel van uitputting. Daarnaast kunnen er zich ook **urogenitale klachten** zoals urinaire klachten, vaginale droogheid en seksuele problemen manifesteren. Hieronder volgt een meer uitgebreide omschrijving van de klachten die kunnen voorkomen. Zowel voor de vrouw als voor de arts is het belangrijk te beseffen dat deze klachten niet allemaal hoeven voor te komen tijdens de overgang, en dat ze ook niet allemaal gelijktijdig opkomen. Er is ook niet per se een verband tussen het optreden van één of andere/meerdere klachten.(2)

Somatische klachten

De vasomotorische klachten (nachtelijk zweten en opvliegers) zijn de meest voorkomende klachten tijdens de overgang. De cijfers zijn variabel, maar in Westerse landen komen opvliegers voor bij 55-60%, voornamelijk in de perimenopauzale en de eerste postmenopauzale jaren. Twintig procent van de vrouwen zouden ze als enorm storend ervaren. Langer na de menopauze komen worden deze klachten minder frequent, en worden ze als minder hinderlijk ervaren. Daarentegen blijkt dat ze tien tot twintig jaar kunnen aanslepen. Algemeen wordt aangenomen dat de vasomotorische de meest voorkomende, en soms ook enige klachten van de menopauze zijn. (1, 3, 10-12)

Opvliegers worden omschreven als een kortdurend gevoel van opkomende warmte, blozen, transpireren, wat gepaard kan gaan met hartkloppingen. Het is een spontane aanval van perifere vasodilatatie, zonder dat er een specifieke prikkel dit uitlokt of een precieze oorzaak duidelijk is. Opvliegers worden het meest gevoeld in het bovenste deel van het lichaam, zoals het decolleté en het gezicht. Door het hevig transpireren kunnen vrouwen nadien last hebben van rillingen en intens koudegevoel. Een typische opvlieger duurt drie tot vijf minuten; de frequentie kan variëren van een paar per uur tot enkele per maand. Ook de intensiteit kan variëren, van vrouw tot vrouw maar ook van moment van de dag. Veel vrouwen ervaren opvliegers als sociaal onaangenaam. Bovendien zijn nachtelijke opvliegers storend voor de nachtrust. (1-3)

Andere somatische klachten die beschreven worden tijdens en/of na de overgang zijn gewichtstoename met een herverdeling van de vetmassa (toename visceraal vet), een drogere huid, droge ogen, haaruitval, vette huid in gezicht en meer beharing op de bovenlip. Dit als gevolg van oestrogeenderving en daardoor een discrepantie in het evenwicht met het testosterongehalte. Daarnaast worden ook pijnlijke, gevoelige gewrichten en spierpijn gemeld tijdens de overgang. (2, 3)

Psychische klachten

Veel vrouwen hebben tijdens de overgang last van psychische klachten gaande van geïrriteerdheid, stemmingswisselingen, neerslachtigheid tot depressie. Vrouwen beschrijven ook soms angst, gebrek aan initiatief, futloosheid en een verminderd libido. Verschillende studies tonen aan dat psychologische klachten vaak mede gerelateerd zijn aan het verouderen en sociale en familiale veranderingen die gelijktijdig optreden met de overgang, eerder dan rechtstreeks verbonden te zijn met de overgang. (2, 11)

Urogenitale klachten

De klachten ten gevolge van vaginale atrofie nemen toe na de menopauze. Ongeveer 15% van de perimenopauzale vrouwen en 30% van de postmenopauzale vrouwen ervaren vaginale droogheid. Deze vaginale droogheid kan klachten als vaginale irritatie, jeuk, afscheiding en dyspareunie veroorzaken, wat de seksualiteitsbeleving negatief kan beïnvloeden. Door veranderingen in de urethrale mucosa, samengaand met de vaginale atrofie, kunnen dysurie en pollakisurie ontstaan. Vrouwen kunnen ook last krijgen van stress-incontinentie door atrofie van de mucosa ter hoogte van het blaastrigonum. Daar waar de meeste klachten weer afnemen bij de overgang van de peri- naar postmenopauzale periode, is de vaginale droogte de enige die nog licht toeneemt bij het vorderen van de menopauze. (1-3, 11)

1.3.1. Perceptie van de klachten

De klachten die worden ondervonden en de ernst ervan variëren van vrouw tot vrouw. Veranderingen in hormoonspiegels spelen zeker en vast een rol. Zo weet men dat vrouwen bij wie er een abrupte daling van de oestrogeenspiegels plaatsvindt (na bijvoorbeeld ovariëctomie) meer uitgesproken klachten beschrijven. Vrouwen die nog hormonale anticonceptie gebruiken, ervaren vaak minder van deze perimenopauzale klachten omdat deze gemaskeerd kunnen worden door inname van hormonen. Maar, uit verschillende studies reeds gebleken dat er absoluut geen rechtstreeks verband bestaat tussen de oestrogeenspiegels en de subjectieve last van deze perimenopauzale klachten. Of etniciteit en leefstijlfactoren, zoals roken en BMI, het optreden van vasomotorische symptomen beïnvloeden, is niet eenduidig bewezen. Richtlijnen spreken elkaar hierover tegen, en ook in een review die 48 studies over menopauze includeerde, worden hier tegenstrijdige resultaten over gevonden.(1, 2, 13, 14)

De hierboven benoemde perimenopauzale klachten zijn dus veeleer een uiting van de perceptie van de veranderingen in het lichaam van de vrouw. De beleving van deze klachten is in belangrijke mate onderhevig aan de houding en de ideeën van de vrouw tegenover menopauze. Ruimer gezien hebben ook psychische factoren en persoonlijkheidskenmerken een invloed op de klachten, de klachtenbeleving en op de zelfzorg van vrouwen. Zo is er uit studies naar boven gekomen dat vrouwen met een algemeen minder positieve ingesteldheid de tendens hebben meer vasomotorische klachten te rapporteren, en deze ook meer als belastend bestempelen. Dit verband wordt gezien in beide richtingen, aangezien vasomotorische klachten ook een negatieve invloed hebben op het algemeen welbevinden van vrouwen. Zo beïnvloedt de manier waarop de klachten worden ervaren ook de houding tegenover menopauze.(5, 11, 12)

In een systematische review (van twaalf cross-sectionele en één cohorte onderzoek) onderzochten de auteurs de relatie tussen symptoombeleving en de algemene houding ten opzichte van menopauze. Er werd opgemerkt dat jongere, pre- en perimenopauzale vrouwen vaker een negatievere houding tegenover menopauze hebben dan vrouwen die al langer in de menopauze zijn. Dit suggereert dat de perimenopauzale periode als de meest moeilijke wordt ervaren door vrouwen. Deze periode wordt dan ook vaak gekenmerkt als deze met de meeste lichamelijke veranderingen. Doorheen de overgangsperiode werd de algemene visie van vrouwen op de menopauze minder negatief en worden er ook minder klachten gerapporteerd. (10)

In bovenstaande review stelden men een trend vast waarin vrouwen die de overgang als natuurlijk fenomeen beschouwen over het algemeen meer positief gestemd zijn tegenover de menopauze. Bovendien werd er ook een correlatie gevonden tussen vrouwen met minder klachten en vrouwen met een algemeen positieve houding tegenover menopauze. De enige prospectieve studie van de review oppert dat vrouwen met een negatievere houding tegenover de menopauze (vóór de menopauze) meer opvliegers rapporteren later tijdens de overgang. Uit een andere studie bleek dat vrouwen met een lagere score op algemeen welbevinden (vb. depressieve gevoelens) een negatievere houding hebben ten opzichte van de overgang. Deze depressieve gevoelens werden geassocieerd met een hogere symptoomrapportage. Mogelijks beïnvloedt de algemene stemming voorafgaand aan de menopauze de houding ten opzichte van de menopauze en de beleving van de overgang. De studie concludeert hieruit voorzichtig dat een meer negatieve houding tegenover de menopauze het ervaren van perimenopauzale klachten blijkt te beïnvloeden, en dat omgekeerd het doormaken van menopauze een eerder positief effect heeft op de algemene houding tegenover menopauze.(10)

Een wat oudere maar nog steeds relevante Amerikaanse studie uit 2005 onderzocht of er sprake kan zijn van een ‘universeel menopauzaal syndroom’, waarbij specifieke perimenopauzale klachten voorkomen die kunnen gegroepeerd worden als een syndroom. Uit de resultaten bleek echter dat er veel factoren zijn die invloed hebben op het ondervinden van bepaalde klachten. Deze factoren kunnen van zowel socio-demografische, etnisch-culturele als persoonsgebonden aard zijn. Ze zorgen ervoor dat het ervaren en uiten van de verschillende klachten niet universeel is en dus niet onder een veralgemeend syndroom kunnen worden samengebracht. Voorbeelden van deze factoren zijn bijvoorbeeld de betekenis die wordt gegeven aan de menopauze in de culturele context, maar ook hoe de vrouw haar klachten ervaart en uit, en hoe de nabije omgeving hierop reageert. (11)

Na deze beschrijving van gevonden onderzoeken kunnen we dus concluderen dat er een complex mechanisme van diverse invloeden aan de grondslag ligt van de verschillen in (de perceptie van) de perimenopauzale klachten. Bijgevolg is het belangrijk om bij omgang met deze klachten rekening te houden met psychosociale en culturele achtergrond en met persoonlijke en subjectieve visie op menopauze. Hier wordt later dieper op ingegaan. (5)

1.3.2. Invloed van perimenopauzale klachten op algemeen welzijn

Het algemeen welzijn is een maat die zeer moeilijk te meten en objectiveren is. Wanneer het gaat over algemeen welzijn in de medische sector, spreekt men vaak van de gezondheids-gerelateerde levenskwaliteit (HR-QoL, Health Related Quality of Life). De wereldgezondheidsorganisatie (WHO, World Health Organisation) definieert HR-QoL als het *gepercipieerde fysieke en mentale welbevinden in de culturele context*. Dergelijke percepties omvatten persoonlijke waarden, doelen, verwachtingen en zorgen. De HR-QoL omvat de *persoonlijke evaluatie van de impact van een gezondheidstoestand - en de behandeling hiervan- op het dagelijkse leven*. In deze definitie van de WHO zijn enkele kantteken van belang. '*Evaluatie van de patiënt'* impliceert dat de het om de mening van de patiënt (en niet de gezondheidswerker) gaat; en '*impact op het dagelijkse leven'* duidt aan dat de beoordeelde domeinen relevant zijn voor het dagelijkse leven van de patiënt. De beoordeling van de HR-QoL gaat dus verder dan het eenvoudigweg oplijsten en optellen van de verschillende events die een invloed kunnen hebben op de gezondheid of het welbevinden.(6)

Wanneer we meer informatie over het verband tussen menopauze en HR-QoL willen onderzoeken in de literatuur botsen we op enkele methodologische problemen. Studies zijn immers moeilijk te interpreteren door het ontbreken van een duidelijke en consistente definitie van HR-QoL. De interpretatie wordt ook bemoeilijkt door de brede waaier aan tools de HR-QoL te meten. Veel van deze tools belichten immers verschillende aspecten van de overgang/menopauze met een verschillende onderliggende schaal. Ook de verschillende definities van menopauze; de verschillende manieren om de klachten te meten en de verscheidenheid in studiepopulaties -die voortvloeien uit de brede variabiliteit van demografische en culturele aspecten- maken het moeilijk conclusies te trekken. Hoe de menopauze en de levenskwaliteit van een vrouw elkaar beïnvloeden valt dus niet gemakkelijk te verwoorden op een gegeneraliseerd niveau.(6)

De levenskwaliteit van vrouwen in de overgang kan beïnvloed worden door de ervaren klachten en de algemene houding tegenover de menopauze, maar eveneens door andere psychosociale en culturele factoren, klinische co-morbiditeit of eerdere emotionele problemen met betrekking tot vruchtbaarheid en menstruatie.(5)

Als concreet voorbeeld kunnen we hier slaap onder de loep nemen. Uit onderzoek is gebleken dat slaapstoornissen vaak gezien worden als de belangrijkste oorzaak van verminderde levenskwaliteit bij vrouwen in de menopauze. De nachtrust kan verstoord zijn door nachtelijke opvliegers, maar ook door andere perimenopauzale klachten of een bezwaard gemoed. Anderzijds kan verstoorde nachtrust op zichzelf voorkomen en op zijn beurt ook een trigger zin zijn voor gemoedsstoornissen. (3)

Het valt dus te concluderen dat de menopauze in al z'n aspecten een invloed kan hebben op de levenskwaliteit van vrouwen. Hieronder gaan we dieper in op hoe de klachten en de invloed ervan op de levenskwaliteit kunnen gemeten worden.

1.3.3. Objectiveren van de perimenopauzale klachten

Zoals hierboven beschreven zijn deze perimenopauzale klachten en de ervaren last persoonlijk en niet te generaliseren. Er bestaan geen exacte parameters die meten of de houding van vrouwen tegenover de menopauze in de range van 'de norm' valt. Voor verder wetenschappelijk onderzoek, maar ook voor de dagdagelijkse praktijkvoering is er dus nood aan gestandaardiseerde tools om deze perimenopauzale klachten en de effecten op het dagelijks leven en de levenskwaliteit te objectiveren.(5)

Een studie uit 2005 inventariseerde de meetinstrumenten voor levenskwaliteit (HR-QoL) bij vrouwen in de overgang die op dat moment voorhanden waren. De auteurs concludeerden dat er enkele kwaliteitsvolle instrumenten bestaan die een vrij brede range van mogelijke perimenopauzale klachten coveren en zo de HR-QoL bestuderen. De laatste jaren worden dergelijke gestandaardiseerde vragenlijsten meer en meer gebruikt. Ze zijn een waardevolle bron van informatie voor zowel clinici in de dagelijkse praktijk als onderzoekers. Bovendien kunnen ze dienen als springplank voor proactieve communicatie tussen patiënten, zorgverstrekkers en gezondheidsbeleidsmakers. Informatie die verzameld werd bij dit soort vragenlijsten kan worden gebruikt om patiënten te helpen om geïnformeerde keuzes te maken over hun gezondheid aangepast aan hun eigen klachten en verwachtingen.(6)

Een van deze tools is de Menopauze Rating Scale (MRS). Deze vragenlijst bestaat uit elf vragen (mogelijke symptomen) die gescoord worden volgens ernst (0: geen symptomen – 4: zeer ernstige symptomen). Deze elf vragen kunnen worden onderverdeeld in drie dimensies (dezelfde als hierboven ook werden aangehaald). Vier vragen (1-3, 12) omvatten somatische symptomen, vier vragen (4-7) omvatten de psychische symptomen, en de drie overige vragen (8-11) omvatten urogenitale symptomen. Deze vragenlijst werd ontworpen met verschillende doelen voor ogen:

- Inschatten en vergelijken van de klachten/symptomen en de health-related QoL van (groepen van) vrouwen onder verschillende condities;
- evalueren van de ernst van de symptomen over een tijdsverloop;
- het meten van verschillen voor en na hormoontherapie;
- meten op een gestandaardiseerde manier. (13)

De vragenlijst werd oorspronkelijk ontworpen (in het Duits) in 1992, om de arts de mogelijkheid te geven de perimenopauzale klachten op te volgen tijdens behandeling. Nadien werd de lijst aangepast om rechtstreeks door de vrouw te worden ingevuld om een zelfbeoordeling (eerder dan een beoordeling door de arts) toe te laten. Nadien werd de vragenlijst vertaald en cultureel aangepast naar het Engels om een breder publiek aan te spreken. Ondertussen bestaat de lijst in 25 verschillende talen, de verschillende versies zijn zowel op linguïstisch als cultureel vlak geadapteerd volgens internationale richtlijnen voor adaptatie HR-QoL meetinstrumenten, om gelijkwaardigheid over verschillende culturen te garanderen.(15)

In de vergelijkende studie van *Zöllner et al.* beschrijft men de MRS als een betrouwbaar en goed gedefinieerd instrument om de impact van perimenopauzale symptomen te op levenskwaliteit te meten. De MRS moet beschouwd worden als een kort en compact instrument, makkelijk om in te vullen en te scoren, geschikt voor routine controles. Het omvat de sleutelklachten van vrouwen in en na de menopauze. De zwakte ligt in het feit dat het er niet in slaagt voldoende details weer te geven om een specifieke therapie aan te passen aan de behoefte van elke individuele vrouw.(6)

De Nederlandstalige Belgische versie van de MRS wordt hieronder voorgesteld in *Bijlage 5*. Deze vragenlijst zal immers verder in dit werkstuk (in verschillende talen: Frans, Engels, Duits, Russisch, Roemeens) gebruikt worden als instrument om de ernst van perimenopauzale klachten te meten.

2. Socio-culturele en etnische aspecten van gezondheidszorg

Het is algemeen geweten dat er socio-culturele en etnische verschillen zijn in hoe mensen klachten en symptomen ondervinden, ervaren en overbrengen naar anderen. Naast gezondheidszorg en genetica zijn er immers nog vele factoren die een invloed kunnen hebben op de gezondheid: zoals de sociale, politieke, culturele en fysieke omstandigheden waarin men leeft en ouder wordt. Ziektebeleving en gezondheidszorg maken op die manier deel uit van een cultureel systeem. De 'nauwe' definitie van cultuur omvat factoren als etniciteit, nationaliteit, taal en migratiestatus, waaronder ook waarden, geloof en gebruiken vallen. De 'bredere' definitie van cultuur houdt ook rekening met geslacht en klasse. In dit opzicht zorgt globalisering met een toenemende migratie voor een extra uitdaging voor ons gezondheidssysteem. Volgens de ramingen van de VN waren er in 2005 ongeveer 190 miljoen migranten over de hele wereld, met een stijgende trend de laatste jaren. (4, 7, 9, 12, 16)

Het is een gekend en bewezen fenomeen dat migratie een bemoeilijkte toegang tot gezondheidszorg en een risico voor de gezondheid met zich mee kan brengen. Uit recent Europees onderzoek blijkt dat migranten en etnische minderheden nog steeds minder toegang hebben tot medische zorg en bovendien ook minder tevreden zijn over de behandeling die ze krijgen en de uitkomsten van het zorgproces. In de literatuur werd aangetoond dat interculturele arts-patiënt contacten een mogelijke bron zijn van misverstanden en minder wederzijds begrip, waar de kwaliteit van de communicatie en dus ook de kwaliteit van zorg onder leidt. Personen met een andere etnisch-culturele achtergrond dan hun arts ervaren dan ook vaker bemoeilijkte arts-patiënt communicatie, minder tevredenheid over de zorg en minder continuïteit van zorg dan van autochtone patiënten (slechtere behandeling). Als gevolg hiervan kunnen deze patiënten ook zijn meer geneigd zijn om zorg uit te stellen (slechtere uitkomsten). Er werd dus besloten dat migranten over het algemeen nog benadeeld worden in het zorgproces. Anderzijds werd geconstateerd dat de tevredenheid wel hoger ligt bij migranten van de tweede generatie in vergelijking met migranten van de eerste generatie. Ook voor België werd er geconstateerd dat etnische minderheden consequent meer negatieve ervaringen hebben tijdens het zorgproces, in vergelijking met autochtone inwoners. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn een onvoldoende aangepast beleid met betrekking tot migranten en etnische minderheden of het feit dat migranten en etnische minderheden systematisch gediscrimineerd worden of dit op z'n minst als dusdanig ervaren. Bovendien werd in de literatuur ook aangetoond dat veel artsen zich incompetent voelen om te communiceren met patiënten van andere etnische afkomst door onvoldoende kennis en vaardigheden over interculturele communicatie en taalbarrières. Bovendien werd ook gezien dat patiënten met migratie-achtergrond en van etnische minderheden de neiging hebben minder verbaal assertief te zijn tijdens een consultatie.(17-19)

Anderzijds zijn ziekte en ziektebeleving ook onderhevig aan socio-culturele achtergrond. Zo kunnen andere (soms traditionele) gezondheidsopvattingen, waarden normen en culturele praktijken een drempel kunnen creëren voor de patiënt bij het begrijpen van de visie van de zorgverstrekker. Omgekeerd kunnen culturele overtuigingen over ziekte en gezondheid, of het gebruik van traditionele geneesmiddelen over het hoofd worden gezien of verkeerd begrepen door artsen die werden opgeleid in een andere culturele setting. Patiënten met andere taal- of culturele achtergrond kunnen terughoudend zijn om hun arts te informeren over hun gebruik van traditionele remedies uit angst voor afkeuring. Bovendien is ook uit de literatuur gebleken dat het voor hen moeilijk kan zijn om in een gezondheidssysteem te belanden, zonder te weten hoe ze een arts kunnen bereiken, een afspraak maken of een keuze te maken bij elke arts ze moeten langsgaan. In deze context kan onvoldoende kennis van de (organisatie van de) zorg leiden tot inconsistente zorg en frustraties bij arts en patiënt. (7, 19, 20)

Ook de opbouw van de maatschappij speelt een belangrijke rol. Zo beschrijft het WHO rapport over vrouwen, veroudering en gezondheid dat meisjes die in maatschappijen zijn geboren die jongens favoriseren meer kwetsbaar zijn voor ziekte. Enkele voorbeelden hiervan zijn genderongelijkheid in educatie, werkomstandigheden, inkomen, rol in de maatschappij (moederschap, zorg voor ouders). We moeten erkennen dat dit in onze Westerse maatschappij kan voorkomen. Wanneer men ook kijkt naar het verouderingsproces, kan men dit zien als een zowel biologisch als sociaal proces. Zo hebben socio-economische factoren zoals inrichting van het leven, woning, inkomen en toegang tot gezondheidszorg en informatie een groot effect op hoe men het algemeen welzijn, het verouderingsproces en hoe het wordt ervaren. Zo hangt armoede vaak samen met slechte huisvesting, blootstelling aan geweld en ongezonde voeding. Dit alles impliceert dat bepaalde gezondheidsrisico's onlosmakelijk verbonden zijn met de socio-culturele omgeving van de patiënt.(9)

Het is als arts, die in aanraking komt met een gevarieerde patiëntenpopulatie, dus belangrijk om hiervoor gevoelig te zijn. Een sleutelconcept in de arts-patiënt communicatie is immers de *patient centered care*, waaronder we begrijpen dat zorg gericht is op de patiënt als persoon met individuele voorkeuren, die samenhangen met zijn/haar sociale context. In dit licht kan interculturele communicatie dus worden gezien als een combinatie van de 'gewone' patiëntgerichte communicatie die dient te worden aangevuld met specifieke vaardigheden inzake interculturele communicatie. Uit een recente Nederlandse studie blijkt echter dat we deze patiëntgerichte en interculturele communicatie niet als strikt aparte entiteiten hoeven te zien. Patiënten met een andere etnische achtergrond dan hun arts hechten immers vooral belang aan een professionele houding van de dokter, waarbij de aandacht van de arts gericht is op de persoon en niet op de ziekte. De belangrijkste drempel die wordt ervaren door patiënten is de taalbarrière, die naarmate de arts en de patiënt elkaar beter kennen, wat een sterkt punt is in de huisartsensetting, minder belangrijk wordt. Ook specifieke aandacht voor een toegankelijke communicatie, zoals voldoende traag praten, in korte zinnen, met voldoende informatie en met het vermijden van vakjargon zijn belangrijk. Daarnaast werd er ook belang gehecht aan een open en vriendelijke houding, met duidelijke uitleg over de diagnose, luisterbereidheid en tijd voor de patiënt. (18)

Uit de literatuur is gebleken dat er verschillende acties zijn die een interculturele communicatie makkelijker mogelijk maken. Zo zorgt het kennen van slechts enkele woorden uit een bepaalde taal ervoor dat de communicatie gemakkelijker loopt omdat dit helpt om de arts-patiëntrelatie op te bouwen. Daarnaast zijn er ook specifieke vaardigheden die de communicatie kunnen faciliteren, zoals verschillende manieren om uitleg te geven en toegang tot extra attributen (figuren) of een tolk. Bovendien komt ook hier het belang van controleren van het begrip bij de patiënt naar voor. Parafraseren en de exacte woorden van de patiënt herhalen, moedigt hem of haar aan om mogelijke bezorgdheden en verwachtingen beter te uiten.(19)

Om tegemoet te kunnen komen aan de noden en de vragen van de individuele patiënt, moet men dus rekening houden met de brede waaier aan patiëntenbehoeften en zorgvraagstukken binnen culturen, etniciteit en geloof. Pas dan kan men openstaan voor culturele invloeden op keuzes in het diagnostische en therapeutische proces en ten volle *shared decision making* waarmaken.

2.1. Socio-culturele en etnische aspecten tijdens de overgang

Zoals hierboven beschreven is het dus als arts belangrijk om gevoelig te zijn voor diversiteit, ook bij onderwerpen die universeel lijken, zoals bijvoorbeeld de menopauze. De eerste maal dat er in de literatuur notie werd gemaakt van socio-culturele verschillen in het rapporteren van perimenopauzale klachten was in 1975 door een Indische antropoloog. Hij merkte dat Indische vrouwen van een bepaalde kaste geen melding maakten van opvliegers, in tegenstelling tot vrouwen van andere kasten. Na onderzoek speculeerde hij dat dit een weerspiegeling was van de positieve rolveranderingen die geassocieerd zijn met de overgang bij vrouwen van deze kaste.(7)

Om dit te kunnen begrijpen moeten we dus loskomen van de medische definitie van menopauze. Wanneer men het concept van de menopauze opentrekt, en kijkt vanuit sociologisch standpunt, kan men de menopauze zien als een natuurlijke overgang. Deze overgang omvat zowel biologische, sociale als culturele veranderingen geassocieerd met het natuurlijk proces van veroudering. Hierbij hoort ook hoe de vrouw zichzelf ziet en hoe ze wordt gezien in de maatschappij, welke rollen ze hierbij toebedeeld krijgt.(6)

Verschillen tussen culturen

Ondertussen bestaat er reeds veel literatuur over de verschillen in omgang met menopauze tussen verschillende culturen. Factoren zoals culturele gewoonten, standpunten tegenover menopauze en de betekenis die er aan wordt gegeven hebben een invloed op de persoonlijke ervaring van vrouwen in de overgang. Ze beïnvloeden hoe vrouwen klachten ondervinden, ervaren en overbrengen naar anderen. Voornamelijk in Westerse culturen hebben (Kaukasische) vrouwen de neiging eerder negatief tegenover menopauze te staan. Menopauze wordt eerder gezien als pathologie en wordt geassocieerd met negatieve effecten op de gezondheid. Dit kan worden gekaderd in wat in een studie werd beschreven als de '*westerse medicalisatiehypothese'*. Studies bij vrouwen afkomstig uit niet Westerse culturen suggereren dat (bijvoorbeeld Japanse en Indische) vrouwen veel minder klachten rapporteren tijdens de overgang.(5, 10, 11)

Klachtenrapportering

Een onderzoek dat zich hiermee bezighoudt is de Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), een Amerikaanse longitudinale epidemiologische studie ontworpen om de gezondheid van vrouwen van middelbare leeftijd te volgen. De studie onderzoekt de fysieke, biologische, psychologische en sociale veranderingen tijdens deze overgangsperiode bij socio-cultureel en etnisch diverse groepen vrouwen. Wanneer het gaat om vasomotorische klachten, blijkt uit de SWAN-studie dat deze meest gemeld worden door vrouwen van Afro-Amerikaanse afkomst. Kaukasische en Hispanic vrouwen meldden deze vasomotorische klachten in gelijkaardige hoeveelheden, vrouwen van Aziatische afkomst meldden deze klachten het minst vaak, maar beschreven eerder gewrichtspijnen. Er dient bij evaluatie van deze bevindingen ook wel rekening gehouden te worden met andere variabele factoren binnen deze groepen (zoals BMI, hormoon-levels en gebruik, socio-economische status) die het voorkomen/rapporteren van vasomotorische klachten kunnen beïnvloeden, hoewel in de invloed van roken en BMI niet eenduidig bewezen lijkt. Maar zelfs na correctie van deze factoren, bleef de hoger beschreven correlatie tussen etniciteit en vasomotorische klachten behouden. Daarnaast moet men bij het evalueren van bijvoorbeeld opvliegers ook rekening houden met een verschillende presentatie van de klacht (enkel thv gezicht, hoofd, rug, …). Een illustratie hiervan zijn de veel verschillende Spaanse termen die gebruikt worden voor opvliegers.(7, 12)

Over verschillende culturen blijkt er ook variatie in de specifieke fysieke en emotionele fenomenen die vrouwen associëren met de overgang en/of gepast vinden om te bespreken. In sommige culturele contexten kan somatisatie een geaccepteerde expressie zijn van psychologische disstress als een manier om een expliciete discussie van depressie of angst uit de weg te gaan.(7)

Socio-culturele impact

De menopauze heeft ook een andere socio-culturele impact bij verschillende populaties. Een aspect van menopauze is dat het gelinkt is aan het verlies van fertiliteit. In maatschappijen waar er een open visie heerst naar anticonceptie heeft deze factor amper een invloed. In een socio-religieuze omgeving waar seksueel contact voornamelijk draait rond vruchtbaarheid en voortplanting kan de menopauze een effect hebben op de seksuele activiteit. Zo beschreven Macedonische vrouwen dat ze na de menopauze soms worden gezien als 'non-seksueel'. Vrouwen beschouwden deze verschuiving in de mannelijke houding als een voorbestemmende factor voor huiselijk geweld, buitenechtelijke relaties en echtscheiding. Voor andere vrouwen - zoals moslima's en Hindu's – is verboden om deel te nemen aan bepaalde godsdienstige rituelen tijdens de menstruatie; het wegvallen ervan door de menopauze heeft bij deze vrouwen dus een andere impact, waardoor menopauze anders kan worden geïnterpreteerd. (7, 20)

Migratie

Migratie kan een valkuil betekenen wanneer men probeert rekening te houden met interculturele verschillen in de gezondheidszorg. Mensen met migratie-achtergrond dreigen vaak tussen twee werelden in te vallen. Het is dus belangrijk er steeds rekening mee te houden dat de graad waarin patiënten zich identificeren met de cultuur van hun ouders of geboorteland varieert.

Er bestaan studies die groepen in migrantenpopulaties met elkaar vergelijken. Zo is er een Australische studie die keek naar het hulpzoekend gedrag van Macedonische vrouwen in Australië. Men zag dat sommige (maar lang niet alle) van deze vrouwen zich meer comfortabel voelden bij een arts die ook Macedonische afkomst was, of de voorkeur gaven om problemen die ze ervaren door menopauze te bespreken met een arts bij bezoek aan hun moederland. Ook een Duitse onderzoeksgroep deed een gelijkaardig onderzoek (vergelijking van Duitse vrouwen in Duitsland, met Chinese vrouwen in Duitsland en Chinese vrouwen in China). Zij vonden eerder gelijkenissen tussen de groepen vrouwen die in Duitsland verbleven. Chinese vrouwen in China rapporteerden opmerkelijk minder ernstige symptomen dan de beide groepen vrouwen in Duitsland.(4, 21)

Verschillen binnenin culturen

Ook binnen deze socio-culturele en etnische groepen zijn er duidelijk interindividuele verschillen. Uit studies weet men dat ook levensstijl (alcohol, roken, voeding en lichaamsbeweging), educatie en socio-economische status de ervaring van psychische en somatische klachten tijdens overgang kunnen beïnvloeden. Zo wordt beschreven dat een lage socio-economische status, roken, afwezigheid van fysieke activiteit en negatieve ingesteldheid gekoppeld zijn aan het rapporteren van vasomotorische klachten. Vrouwen met een hogere socio-economische status (en de daarmee gepaard gaande hogere educatiegraad) en een sterk sociaal vangnet hebben over het algemeen een meer positieve houding tegenover de menopauze, en rapporteren ook minder vasomotorische klachten. (7, 10-12)

Samenvattend

Cultuur en etniciteit kunnen, samen met andere socio-demografische factoren zoals socio-economische status, de levensstijl beïnvloeden, wat bepalend kan zijn voor de manier waarop symptomen ervaren worden en voor het verbinden ervan met de menopauze. Variatie in de waargenomen symptomen kan geassocieerd zijn met verschillen in hulpzoekend gedrag. Dit kan ook geënt zijn op variatie binnen culturen over de betekenis van menopauze en de houding hiertegenover. Clinici die indachtig zijn van deze verschillen zijn het best gepositioneerd om vrouwen van diverse culturen en etniciteit in de overgang te helpen om eventuele therapeutische opties te kiezen.(7)

ONDERZOEKSMETHODIEK

Kwantitatief onderzoek en praktijk-verbeterend project

Als HAIO kom je terecht in een wereld waarin je bestaande kennis moet hanteren en omzetten in de praktijk. Voor mezelf wenste ik dit verder te trekken in mijn Manama-thesis. Daarom besloot ik een onderwerp te kiezen waarin ik voelde dat mijn theoretische kennis soms niet voldoende is om tegemoet te komen aan de gevarieerde zorgvragen in de praktijk. Wegens mijn interesse voor diversiteit en gynaecologische problematiek kwam ik uit bij mijn gekozen onderwerp. Tijdens de opstart van het project werden de patiëntes in de praktijk ook op de hoogte gebracht via een meertalige PowerPointpresentatie die continu werd afgespeeld in de wachtzaal, waarbij alle patiëntes en warme maar vrijblijvende oproep om het onderwerp 'menopauze' aan te kaarten met hun huisarts. Enerzijds kwam het onderwerp hierdoor ter sprake en werden als interventie de klachten bevraagd via de MRS-vragenlijst, wat deel is van het praktijk-verbetend project, anderzijds namen zij zo deel aan het kwantitatief onderzoek die peilde naar de ervaringen en verwachtingen bij onze patiëntenpopulatie. Deze en volgende stappen staan algemeen beschreven in het stappenplan volgens FOCUS en de PCDA-cyclus; hieronder wordt daarop verder gebouwd.

FOCUS

F	FIND PROBLEM	Het menopauze-consult in een praktijk met een multiculturele gevarieerde patiëntenpopulatie Eigen ervaringen in de praktijk vs. opleiding en literatuur * LITERATUURONDERZOEK
O	ORGANISE MEETING	Bevraging collega's over aanpak en ervaringen * VELDONDERZOEK – BEVRAGING COLLEGA'S
C	CLARIFY PROBLEM	Menopauze in de opleidingspraktijk: verschillende ervaringen en verwachtingen? * VELDONDERZOEK – BEVRAGING PATIËNTES
U	UNDERSTAND/UNCOVER	Zie Visgraatanalyse
S	START	PCDA-cyclus

PCDA-cyclus

P	PLAN	Opmaak PRAKTIJKRICHTLIJN (artsen) en INFORMATIEBROCHURE (patiëntes) + PowerPointpresentatie in wachtzaal
D	DO	Actieve bevraging bij de patiëntes van klachten adhv MRS-vragenlijst na sensibilisering patiëntes met behulp van PowerPointpresentatie in wachtzaal * VELDONDERZOEK – BEVRAGING PATIËNTES: MRS-VRAGENLIJST
C	CHECK	Bevraging collega's over MRS-vragenlijst, praktijkrichtlijn en informatiebrochure
A	ACT: 1. ABANDON 2. ADJUST	 1. Puur vraag-gestuurd werken 2. Praktijkrichtlijn (artsen) en informatiebrochures (patiëntes) Planning in dossier: actiever bevragen menopauze

	3. ADOPT	Codering EMD 3. MRS-vragenlijst

Literatuuronderzoek

Het onderzoek naar literatuur rondom dit thema werd gevoerd volgens het watervalprincipe. De eerste zoektocht vond plaats van december 2016 tem augustus 2017. Eerst werd gezocht naar richtlijnen over de overgang en de menopauze, die algemeen geldend zijn of die toepasbaar zijn binnen de Belgische zorgcontext. Zo heeft het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) een praktische richtlijn uit 2012 over de overgang die een goede basis vormt voor het menopauzeconsult bij de huisarts. De Belgische huisartsenvereniging Domus Medica heeft (nog) geen richtlijn rondom menopauze. Wel werd er via EBM-practicenet een Duodecim richtlijn (aangepast aan de Belgische zorgcontext) uit 2014 gevonden over menopauzale klachten. Ook de NICE guidelines uit 2015 werden bij de hand genomen bij de opmaak van de praktijkrichtlijn, gezien dit de meest recente richtlijn over menopauze is.

Nadien werd verder gezocht naar meer specifieke tertiaire bronnen die consultvoering rondom menopauze en het multiculturele aspect belichten. Hiervoor werd gezocht via de MeSH-termen “Menopause”, “Ethnic Groups”, “Minority Groups”, “Health Service Accessibility”. Van de gevonden literatuur werden na het doorlezen van de abstracts enkele bruikbare artikelen weerhouden. Ook de referentielijst van deze artikelen vormde opnieuw een bron voor andere nuttige artikelen.

Daarnaast werd er eveneens gezocht met andere trefwoorden zoals MRS, om meer specifieke informatie te vinden over deze vragenlijst, gezien dit het vertrekpunt van deze studie vormt. Verdere info rond de MRS-vragenlijst die verder gebruikt zal worden om de eventuele klachten bij de vrouwen te bevragen werd ook gevonden via de website http://www.menopause-rating-scale.info.

Veldonderzoek

Na het doornemen van de literatuur werden bevragingen in de praktijk georganiseerd. In kader van dit praktijk-verbeterend project is het belangrijk het totaalplaatje te zien binnen de praktijk, en dus zowel de artsen als de patiëntes te horen. Deze resultaten werden verwerkt met behulp van SPSS, versie 25.

Bevraging van de collega's

Beide collega's kregen een vragenlijst waarbij de vragen samen werden overlopen en waarbij ze dan de tijd kregen om op individuele basis deze vragen te beantwoorden. Er werd gewerkt met open vragen en meerkeuzevragen (waarbij ook steeds ruimte werd gelaten voor eigen aanvullingen). Er werd gepeild naar de inhoud van het menopauzeconsult, de manier waarop deze klachten ter sprake gebracht worden en naar de huidige aanpak bij de collega's. Verder werd er gevraagd naar mogelijke drempels, werkpunten en potentiële handvaten.

Bevraging van de patiëntes

Er werd gekozen voor de gestandaardiseerde MRS-vragenlijst als interventie om de menopauze en perimenopauzale klachten bespreekbaar te maken in de praktijk. Dit omwille van de laagdrempeligheid en het feit dat deze een aanzet kan vormen voor verdere bevraging naar wat vrouwen in de menopauze verwachten van hun huisarts. Ze is toegankelijk voor vrouwen van verschillende achtergrond door de eenvoud en uitleg van de vragen en door de beschikbaarheid van vertalingen. Bijkomend voordeel van deze vragenlijst is het feit dat men op een eenvoudige manier een inschatting kan maken van de aan- of afwezigheid van klachten en de ervaren last ervan. Een breed spectrum aan mogelijke klachten wordt bevraagd, doch uit ervaring met het afnemen en overlopen van de vragenlijsten heb ik gezien dat het niet veel tijd vergt en bovendien waren er weinig vrouwen die problemen hadden om dit in te vullen. Naast deze MRS-vragenlijst kregen de vrouwen ook nog een extra vragenlijst, waarbij gepeild werd naar algemene factoren en de status van de overgang (pre-, peri- of postmenopauzaal, duur van deze status en de oorzaak van de menopauze). Om lessen te trekken naar de toekomst, werd in dit onderzoek ook gepeild naar wat de huisarts betekent en kan betekenen voor de vrouwen in de overgang; wat zijn de verwachtingen, wat zijn mogelijke drempels, wat vinden vrouwen van zo'n gestandaardiseerde vragenlijst.

Voor deze studie kregen 49 vrouwen van Belgische en andere nationaliteiten een vragenlijst. Inclusiecriteria voor deze vragenlijsten waren leeftijd (tussen 45 en 60 jaar) en de aanwezigheid tijdens het consult van vragen over menopauze en/of veranderingen in het menstruatiepatroon. Dit kan heel breed worden gezien, zowel dames die in natuurlijke overgang zijn, als dames de omwille van andere oorzaken (hysterectomie in oncologische of niet oncologische setting) werden opgenomen in de studie. Ook dames bij wie het menstruatiepatroon niet meer regelmatig is en die binnen de leeftijdsgrenzen vallen werden geïncludeerd. Concreet werd besproken in welke taal de vragenlijst bij voorkeur werd ingevuld. Nadien werd de bundel samen overlopen met de vrouw, en kreeg zij de mogelijkheid om deze op het moment zelf in te vullen (samen met mij) of dit meenemen om dit t thuis of in de wachtzaal in te vullen. In dit laatste geval was er de mogelijkheid om in tweede tijd samen te zitten om eventuele onduidelijkheden te bespreken, al dan niet op een afspraak gemaakt bij het eerste contact. Deze manier van werken is laagdrempelig naar de vrouwen toe, maar heeft er helaas voor gezrogd dat enkele vragenlijsten niet werden vervolledigd. Op die manier kreeg ik veertig vragenlijsten terug. Negen vragenlijsten kwamen niet terug, ook na opnieuw contact nemen met de vrouw in kwestie. De verdeling van deze fall-outs (de bundels die ik niet terugzag) is als volgt:

- 5 Nederlandstalige bundels (5 vrouwen van Belgische afkomst)
- 1 Franstalige bundel (vrouw van Franse afkomst)
- 2 Engelstalige bundels (vrouw van Bulgaarse afkomst, vrouw van Nigerijnse afkomst)
- 1 Russische bundel (vrouw van Russische afkomst)

De resultaten van de overige vragenlijsten worden hieronder verder besproken.

RESULTATEN

Karakteristieken van de onderzoeksgroep

De verdeling van **herkomstlanden en taal** waarin de vragenlijst werd ingevuld word in de tabellen hieronder weergegeven. Meteen wordt ook al een opdeling gemaakt in landen met West-Europese cultuur (België, Frankrijk) en niet West-Europese cultuur (Servië, Hongarije, Tsjechië, Oekraïne, Kazachstan, Pakistan, Mongolië, Nepal, China, Thailand, Filippijnen, Dominicaanse Republiek); omdat deze opdeling verder in deze verhandeling nog zal gebruikt worden om eventuele culturele verschillen te kunnen vaststellen.

Herkomstland

	N	%
België	26	65,0
Frankrijk	1	2,5
Servië	1	2,5
Hongarije	1	2,5
Tsjechië	1	2,5
Oekraïne	1	2,5
Kazachstan	1	2,5
Pakistan	1	2,5
Mongolië	1	2,5
Nepal	2	5,0
China	1	2,5
Thailand	1	2,5
Filipijnen	1	2,5
Dominicaanse Republiek	1	2,5
Totaal	**40**	**100,0**

Tabel 1: Verdeling herkomstlanden

Taal

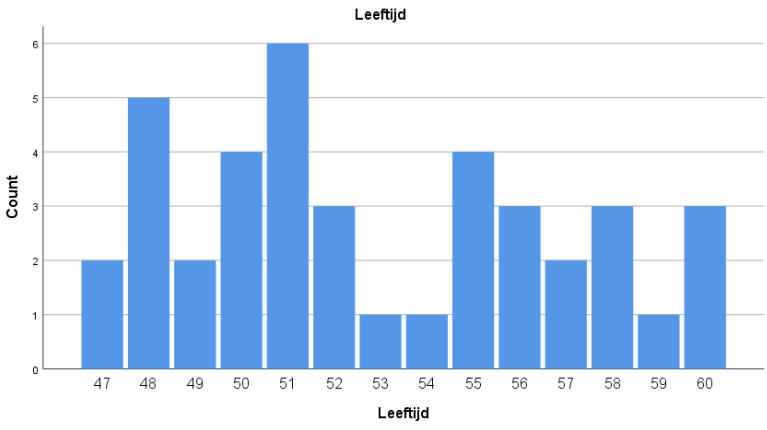
	N	%
Nederlands	**29**	**72,5**
Anderstalig	**11**	**27,5**
Frans	3	7,5
Engels	7	17,5
Russisch	1	2,5
Totaal	**40**	**100,0**

Tabel 2: Verdeling taal van vragenlijsten

Cultuur

	N	%
West-Europees	27	67,5
Andere	13	32,5
Totaal	**40**	**100,0**

Tabel 3: Verdeling cultuur



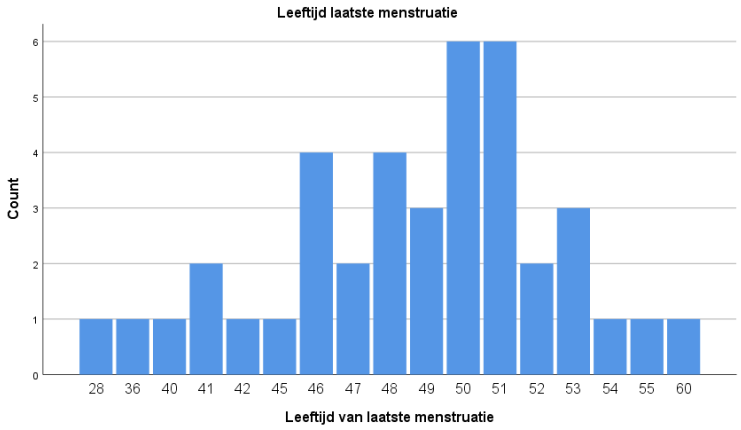
Figuur 1: Spreiding van de leeftijd van de deelneemsters

Wat betreft de **leeftijd** van de deelneemsters is er een brede spreiding van 47 tot 60 jaar. Dit valt mooi samen met de beoogde populatie, nl vrouwen 45-60 jaar. Gezien de gemiddelde leeftijd van de menopauze in België 51 jaar is, is het niet zo verwonderlijk dat in de jongere leeftijd minder deelneemsters werden gevonden.(3) Hiernaast worden de gemiddelde leeftijd en de spreiding van de leeftijd van de deelneemsters weergegeven.

Ook wanneer we kijken naar de **leeftijd van de laatste menstruatie** zien we een brede spreiding. In *Tabel 4* zijn alle deelneemsters opgenomen, ook zij die owv medische redenen geen menstruatie meer hebben (door hysterectomie in oncologische of niet-oncologische setting). Bij deze onderzoeksgroep geldt zo'n ingreep voor 8 deelneemsters (pt 12, 14, 20, 26, 30, 32, 34, 35) of 20% van de deelneemsters. Bij vier van hen gaat het over iatrogene menopauze door verwijdering van beide ovaria (totale radicale hysterectomie of bilaterale ovariëctomie; pt 12, 26, 30, 35); bij de andere vier vrouwen gaat het over een totale hysterectomie, waarbij dus enkel de bloeding uitblijft maar men niet automatisch in de menopauze komt (pt 14, 20, 32, 34). Drie van de deelneemsters zijn premenopauzaal maar hadden interesse in het onderzoek (pt 11, 16, 27). Anderzijds is er ook een deelneemster (pt 3) van 60-jarige leeftijd die nog steeds menstrueert door inname van hormonale OAC (ondanks advies om te stoppen). Wanneer deze twaalf casussen eruit worden gefilterd, cfr. *tabel 6,* zien we een andere verdeling, met een gemiddelde leeftijd van 49,96 jaar voor de laatste menstruatie en een mediaan van 50 jaar. Dit valt ongeveer samen met de gemiddelde leeftijd van 51 jaar zoals gevonden in de literatuur.(3) Belangrijke voetnoot hierbij dat in dit onderzoek alle vrouwen in de overgang werden geïncludeerd; wat zowel de groep peri- als de groep postmenopauzale vrouwen betekent. Sommige vrouwen hebben dus geen regelmatige menstruatie, maar het staat niet vast dat de laatste menstruatie op het moment van deelname de laatste menstruatie van de vrouw in haar leven zal zijn.

Laatste menstruatie	
N	40
Gemiddelde	48,20
Mediaan	49,50
Minimum	28
Maximum	60

Tabel 4: Leeftijd laatste menstruatie



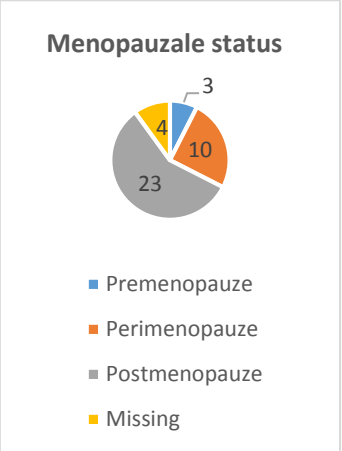
Figuur 2: Spreiding van de leeftijd van de laatste menstruatie

Laatste menstruatie (natuurlijke overgang)	
N	28
Gemiddelde	49,96
Mediaan	50
Minimum	45
Maximum	55

Tabel 5: Leeftijd laatste menstruatie (natuurlijke overgang)*

*Exclusie van pre-menopauzale vrouwen, vrouwen die geen bloedverlies meer hebben door iatrogene oorzaken en de dame die kunstmatig de menstruatie in gang houdt door OAC

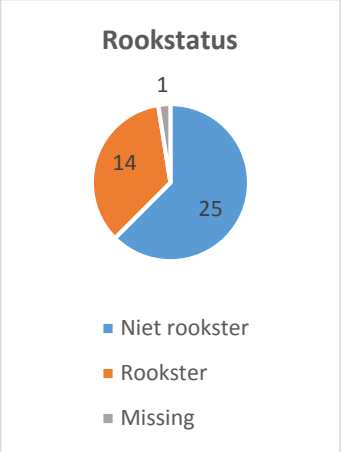
Interessant hierbij is ook rekening te houden met de **menopauzale status**; hoeveel van de vrouwen precies in de categorie van pre- peri- of postmenopauzaal vallen. Voor deze verdeling hanteren we de definities zoals hierboven aangehaald. In *Figuur 3* wordt de verdeling van de deelneemsters in deze subcategorieën weergegeven. In sommige gevallen (bijvoorbeeld na niet-radicale hysterectomie of bij het zich niet herinneren van de laatste menstruatie, hier bij vier patiëntes) is deze status moeilijk in te schatten; vandaar het aantal missings in deze groep.



Figuur 3: Menopauzale status

Het is ook geweten dat **leefgewoontes** zoals roken en alcoholgebruik van belang kunnen zijn bij het interpreteren van de resultaten. **Roken** kan de leeftijd van de menopauze vervroegen. Hiernaast zien we dat veertien (of 35%) van de 40 vrouwen die deelnamen aan het onderzoek roken (*Figuur 4*).

Dit zou mede een oorzaak kunnen zijn dat de gemiddelde leeftijd van de laatste menstruatie in dit onderzoek wat lager ligt dan verwacht volgens de literatuur. We vinden dit echter niet terug in de subgroep die we creëerden voor *Tabel 6*. Hiervoor werden de gemiddelde en mediane leeftijd van laatste menstruatie vergeleken tussen de groep vrouwen die rookten en niet rookten (na exclusie cfr *Tabel 5*). Binnenin deze populatie, merkten we in de dataset op dat de gemiddelde leeftijd lager ligt bij de vrouwen die niet roken; wat niet strookt met de verwachting uit te literatuur. Dit kan natuurlijk worden verklaard door het feit dat dit een zeer kleine dataset betreft.



Figuur 4: Rookgewoontes

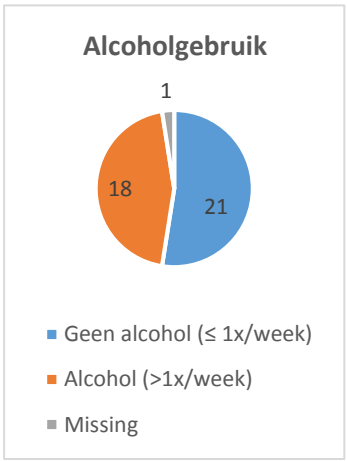
Rookstatus en gemiddelde leeftijd laatste menstruatie

Leeftijd van laatste menstruatie

Rookstatus	N	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum
Niet rookster	17	49,82	50,00	45	55
Rookster	10	50,10	50,50	46	53
Totaal	**27**	**49,93**	**50,00**	**45**	**55**

Tabel 6: Rookgewoonten en gemiddelde leeftijd laatste menstruatie bij natuurlijke overgang

Alcohol maar ook **medicatiegebruik** of onderliggende pathologie kan de ervaren klachten beïnvloeden. Eerst en vooral werd alcoholgebruik in kaart gebracht (*Figuur 5*). Verder werd in deze studie geneesmiddelen als hormonale medicatie, schildkliermedicatie en antidepressiva in kaart gebracht. Gezien uit de literatuur blijkt dat er geen duidelijk verband bestaat tussen BMI en de ervaren klachten; wordt dit niet verder aangehaald.



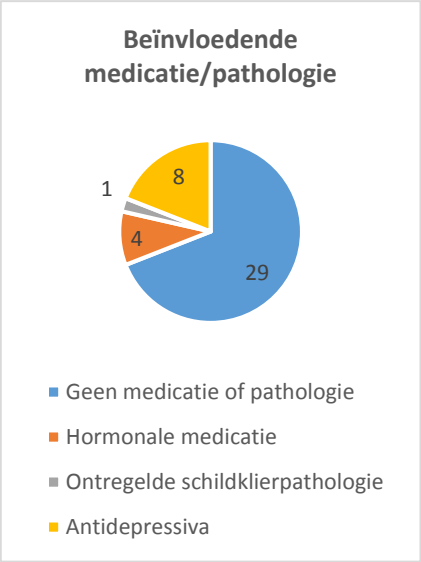
Figuur 5: Alcoholgebruik

Medicatie met potentiële invloed op klachten

		N	%
N	Geen beïnvloedende medicatie	26	65,0
	Hormonale medicatie	3	7,5
	Schildkliermedicatie	3	7,5
	Antidepressiva	4	10,0
	Hormonaal + Antidepressiva	1	2,5
	Schildklier + Antidepressiva	3	7,5
	Totaal	**40**	**100,0**

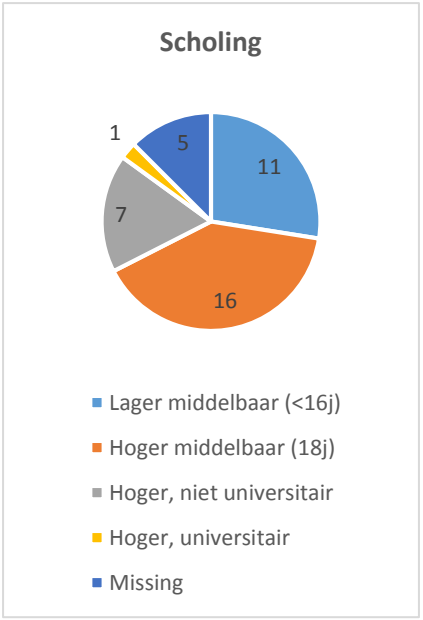
Tabel 7: Geneesmiddelengebruik met potentiële invloed op de klachten

Belangrijke voetnoot bij het gebruik van schildklierhormoon is de controle van de waarde hiervan via Bloedonderzoek. Bij patiënten bij wie het TSH en T_4 immers goed geregeld zijn, worden geen klachten verwacht. Slechts bij één patiënte (pt 21, neemt medicatie voor schildklier en AD), was dit niet het geval en kunnen we klachten verwachten. Wanneer we dan effectief gaan kijken naar de vrouwen bij wie medicatie en pathologie een beïnvloedende rol kan spelen op de klachten komen we uit bij volgende verdeling zoals te zien in *Figuur 6*. Bijgevolg komen we dan bij 29 van de 40 vrouwen bij wie we geen rekening moeten houden met medicatie of pathologie bij het interpreteren van de ervaren klachten.

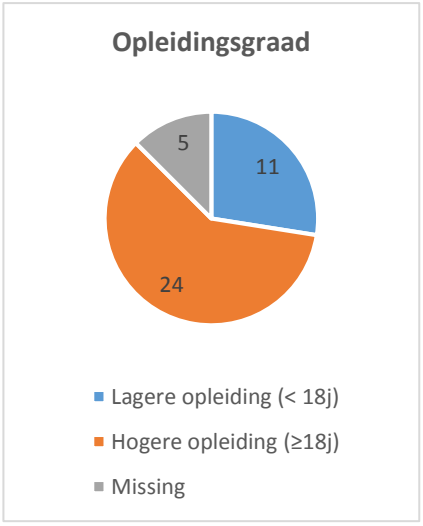


Figuur 6: Medicatie of pathologie met potentiële invloed op klachten

Omdat zoals hierboven beschreven ook de **socio-economische achtergrond** van vrouwen een invloed kan hebben op het ondervinden van perimenopauzale klachten en het omgaan hiermee, werd dit ook opgenomen in de vragenlijst. In onderstaande figuren wordt de verdeling van de scholingsgraad weergegeven, rekening houdend met enkele ontbrekende variabelen. Om later verder te werken met de data wordt ook deze variabele opgedeeld in twee categorieën (namelijk 'lagere' en 'hogere' opleiding, met als artificiële grens opleiding tot 18-jarige leeftijd).



Figuur 7: Scholingsgraad



Figuur 8: Opleidingsgraad

Het menopauze-consult in de praktijk

Zoals hierboven vermeld, werden zowel de collega's in de praktijk als een steekproef van onze patiëntes bevraagd over het 'menopauzeconsult'. Hieronder worden de resultaten besproken.

Bevraging van de collega's

Om te beginnen werden gehanteerde definities bij de collega's bevraagd. Uit de antwoorden blijkt dat de collega-artsen in de praktijk dezelfde termen en definities hanteren zoals hierboven beschreven. Beide collega's geven aan dat deze termen echter niet op dezelfde manier gebruikt worden door patiëntes. Algemeen merken de collega's op dat vrouwen vaak de term 'menopauze' gebruiken voor alles wat te maken heeft met menopauze. Andere gebruikte termen in het menopauzeconsult zijn: menopauze, overgang, onvruchtbaar, vapeurs, nachtzweten, onvruchtbaar. Collega 1 antwoordt dat waar vrouwen vaak de termen zweten, slecht gezind, overgang gebruiken, de huisarts eerder de termen hormonen, tijdelijk, normaal en vervelend gebruikt.

Bij navraag hoe vaak de overgang wordt aangehaald tijdens consultaties, spreekt collega 1 (man) van ongeveer één maal per week; bij collega 2 (vrouw) wordt eerder gesproken van ongeveer 5% van de consultaties; wat voor haar op 2-3 maal per week neerkomt. Uit de literatuur werd gevonden dat de gemiddelde leeftijd 51 jaar is, en dat vasomotorische klachten bij 55-60% van de vrouwen voorkomen, voornamelijk in het eerste jaar na de menopauze. Collega 1 heeft de indruk dat dit representatief is voor de praktijk, collega 2 heeft de indruk dat klachten vaker voorkomen, bij zo'n 70% van de vrouwen. Bij navraag of er verschillen werden gemerkt bij het aanbrengen van klachten vermeldt collega 1 dat de klacht zo goed als zelden wordt ter sprake gebracht bij allochtone vrouwen, terwijl opvalt dat de klachten veel vaker ter sprake komen bij Vlaamse, voornamelijk hooggeschoolde vrouwen. Collega 2 vermeldt de indruk Vlaamse vrouwen beter op de hoogte zijn van menopauze en de daarbij horende klachten; er is de indruk dat zij dit vaker als normaal beschouwen bij het ouder worden. Vrouwen uit andere culturen zien dit vaak als een probleem (uitblijven menstruatie, verlies vruchtbaarheid).

De aanzet van het ter sprake brengen van de klacht komt volgens beide collega's voornamelijk van de patiëntes. Vaak gebeurt dit eerder terloops tijdens een consultatie voor een andere klacht. Menopauze wordt door beide collega's ter sprake gebracht wanneer er in de consultatie klachten worden aangehaald die kunnen te maken hebben met menopauze, of wanneer het gaat over gynaecologische problemen en klachten van onderbuikspijn of veranderende menstruatie. Beide collega's hebben niet de neiging om frequenter perimenopauzale klachten of de menopauzale status na te vragen in consultaties die hier geen aanleiding voor geven.

In een consult over menopauze worden door beide collega's vooral vragen naar een bloedonderzoek en therapie vastgesteld. Collega 1 bemerkt ook inhoudelijke vragen (*wat houdt menopauze in? Wat kan ik als vrouw verwachten?*); bij collega 2 staan deze meer op de achtergrond. Collega 1 geeft aan geen vast standaardprotocol te hebben voor consultaties rond perimenopauzale klachten, er wordt vraag-gestuurd gewerkt en verder algemene informatie over de menopauze meegegeven. Collega 2 werkt zo mogelijk volgens een eigen stappenplan; eerst worden de klachten bevraagd, de laatste menstruatie, het patroon van de menstruatie en eventuele hormonale behandeling worden bevraagd. Vervolgens wordt er –na het stopzetten van eventuele hormonale therapie- een labo geprikt (LH, FSH, oestrogeen). Het labo wordt vervolgens besproken, er wordt meer informatie gegeven over wat er kan verwacht worden in de menopauze. Indien gewenst wordt therapie opgestart en op dat moment wordt indien nodig ook doorverwezen naar de gynaecoloog. Er wordt doorverwezen omdat er vaak onzekerheid is over de veiligheid van de hormonale therapie in specifieke casussen. Geen van de collega's maakt gebruik van externe informatiebronnen zoals websites of brochures.

Er werd ook afgetoetst in welke mate de collega's zich vertrouwd voelen bij het omgaan met vrouwen met perimenopauzale klachten. Op de vraag 'voel je jezelf voldoende vertrouwd om over perimenopauzale klachten te spreken (0: niet vertrouwd – 10: erg zeker) gaf collega 1 een score van 7/10; 'ik ben een man, dus geen 10/10'. Collega 2 scoorde zichtzelf 5/10; 'komt te weinig aan bod in de praktijk'. Bij dezelfde vraag over het vertrouwd voelen, maar dan bij patiëntes van verschillende achtergronden (afkomst; socio-economische achtergrond) gaf collega 1 zichzelf de score 2/10: 'eerder niet vertrouwd bij vrouwen van vreemde afkomst'. Collega 2 gaf zichzelf de score 7/10: 'cultuur of afkomst maakt het voor mij niet anders: in een gesprek met Vlaamse of autochtone vrouw is de inhoud hetzelfde, maar de aanpak van het consult ligt anders'. Er werd ook gepeild naar het vertrouwd voelen met de meest recentste richtlijnen over menopauze. Beide collega's geven aan de recentste richtlijnen niet te kennen of niet exact te weten wat er in staat. Voor verdere informatie wordt door beiden gekeken op NHG, maar ook BCFI en Domus Medica worden geraadpleegd door één collega.

Tenslotte werd er gepeild naar de werkpunten van de collega's, en op welke manier dit onderzoek waardevol zou kunnen zijn voor de praktijk. Beide collega's geven aan zich vertrouwder te willen maken met de recentste richtlijnen en ook meer navraag naar mogelijke perimenopauzale klachten te willen doen. Collega 1 ziet in dit project de kans om meer kennis op te doen over de menopauze in het algemeen en daardoor een lagere drempel te creëren voor een consultatie over perimenopauzale klachten. Voor collega 2 zou dit project hulp kunnen bieden bij de volgende consultaties rond menopauze voor een duidelijkere aanpak en betere informatie te kunnen geven aan patiëntes. Beide collega's antwoorden volmondig 'ja' op de vraag of het voor hen nuttig zou zijn om een praktijkrichtlijn omtrent perimenopauzale klachten in onze multiculturele praktijk te hebben.

Bevraging van de patiëntes

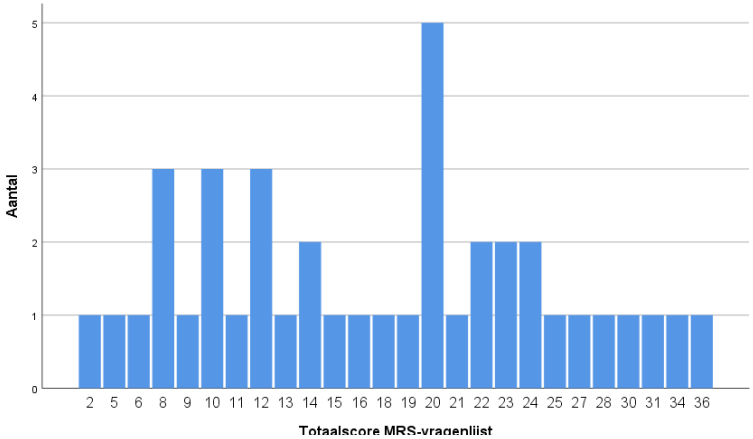
Het onderzoek bij de patiëntes bestaat uit een analyse van vragenlijsten van veertig vrouwelijke patiënten. De algemene karakteristieken van deze onderzoeksgroep werden hierboven reeds beschreven, hieronder gaan we meer gedetailleerd in op de resultaten van de vragenlijsten.

Score op de MRS-vragenlijst

Eerst en vooral wordt gekeken naar de verdeling van de scores van de MRS-vragenlijsten. Deze geven ons een idee van de ernst van de ervaren klachten bij de onderzoeksgroep en in bepaalde subgroepen. Aangezien de vragenlijst bestaat uit elf vragen, die elk kunnen beantwoord worden met een score gaande van 0 (geen klachten) tot 4 (zeer ernstige klachten), is de maximale score die kan gehaald worden op de vragenlijst 44. Hieronder zien we de verdeling in de algemene populatie, met een onderverdeling over de verschillende dimensies: de somatische dimensie (max score 16), de psychische dimensie (max score 16) en de urogenitale dimensie (max score 12).

Totaalscore MRS-vragenlijst	
N	40
Gemiddelde	17,65
Mediaan	18,50
Range	34
Minimum	2
Maximum	36

Tabel 8: Resultaten van de MRS-vragenlijst



Figuur 9: Verdeling van de totaalscores op de MRS-vragenlijst

Somatisch

N	40
Gemiddelde	8,05
Mediaan	8,50
Range	14
Minimum	0
Maximum	14

Tabel 9: Subscore somatische klachten (op max score 16)

Psychisch

N	40
Gemiddelde	5,83
Mediaan	5,00
Range	16
Minimum	0
Maximum	16

Tabel 10: Subscore psychische klachten (op max score 16)

Urogenitaal

N	40
Gemiddelde	3,70
Mediaan	3,00
Range	9
Minimum	0
Maximum	9

Tabel 11: Subscore urogenitale klachten (op max score 12)

Hieruit kunnen we besluiten dat de scores erg breed verdeeld zijn. Bij elke subscore zijn er vrouwen die in die bepaalde subcategorie geen klachten hebben, maar ook vrouwen die (bijna) tot de maximale score gaan. Dit toont aan dat er en zeer brede verscheidenheid aan klachten is die door de vrouwen ervaren worden tijdens de overgang. We kunnen deze scores gaan vergelijken tussen verschillende subgroepen om te vergelijken tussen groepen.

Een eerste interessante opdeling is een opdeling naar **menopauzale status**. Vanuit de literatuur wordt verwacht dat vrouwen gedurende de eerste jaren van de overgang het meest klachten gaan ervaren. In *Tabel 12* kunnen we de scores van de verschillende groepen vergelijken. Het algemene gemiddelde van de MRS-vragenlijst ligt het hoogst bij de groep postmenopauzale vrouwen. Bij hen zien we een gemiddelde van 19,52/44, bij de perimenopauzale vrouwen ligt de gemiddelde score lager, nl op 16,4/44. Uit de hogere standaarddeviatie bij de postmenopauzale vrouwen in vergelijking met de standaarddeviatie bij de twee andere groepen, kunnen we zien dat er een veel grotere spreiding is in deze groep. Dit weerspiegelt het feit dat deze groep meer divers is; enerzijds omdat de meeste deelnemende vrouwen tot deze groep behoren, anderzijds ook omdat deze groep elke duur langer dan één jaar na de menstruatie bestrijkt. We weten immers uit de literatuur dat de klachten verstrijken naarmate vrouwen deze laatste menstruatie verder achter zich laten.

MRS-scores volgens menopauzale status

Menopauzale status		Totaalscore MRS-vragenlijst	Subscore MRS somatisch	Subscore MRS psychologisch	Subscore MRS urogenitaal
Premenopauzaal	Gemiddelde	5,33	2,33	1,33	1,67
N = 3	Mediaan	6,00	3,00	1,00	1,00
	Std. Deviatie	3,055	2,082	,577	1,155
Perimenopauzaal	Gemiddelde	16,40	7,00	6,00	3,40
N = 10	Mediaan	17,50	7,50	5,50	3,00
	Std. Deviatie	4,526	3,590	3,432	2,319
Postmenopauzaal	Gemiddelde	19,52	8,87	6,48	4,04
N = 23	Mediaan	20,00	9,00	6,00	4,00
	Std. Deviatie	8,623	3,279	4,368	2,771
Totaal	Gemiddelde	17,47	7,81	5,92	3,67
N = 36	Mediaan	18,50	8,00	5,00	3,00
	Std. Deviatie	8,262	3,717	4,129	2,597

Tabel 12: Verdeling van de MRS-scores vergeleken bij vrouwen met verschillende menopauzale status
NB: N = 36 want 4 missings (cfr. 1. Karakteristieken van de onderzoeksgroep)

Om na te gaan of deze verschillen in de gemiddelde scores significant zijn, wordt dit statistisch getest. Om de tekst overzichtelijk te houden wordt voor de tabellen van deze testen verwezen naar *bijlage 8.1 (Tabel 28)*. Ten eerste wordt een ANOVA (A) uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen qua gemiddelde MRS-scores zijn in deze groepen. Met een significantie van 0,013 ($P \leq 0.05$) zien we dat er een significant verschil teruggevonden kan worden bij vergelijking van de groepen vrouwen op basis van menopauzale status. Om te weten te komen tussen welke groepen dit verschil significant is, testen we verder via post-hoc testen, waarbij we steeds twee van de drie groepen gaan vergelijken aan de hand van de T-test (B).

Als eerste worden de gemiddelde MRS-scores vergeleken tussen de groep pre- en perimenopauzale vrouwen (B1). Zoals we in *Tabel 30* kunnen aflezen, vinden we tussen deze groepen een significant verschil in de gemiddelde scores op de MRS-vragenlijst met $P \leq 0,05$. Vervolgens worden de gemiddelde MRS-scores tussen de groep pre- en postmenopauzale vrouwen vergeleken (B2). De resultaten van deze test kunnen we aflezen in *Tabel 32.* Hier vinden we ook tussen deze groepen een significant verschil in de gemiddelde scores op de MRS-vragenlijst met $P \leq 0,05$. Als laatste post-hoc subtest vergelijken we de gemiddelde MRS-scores tussen de groep peri- en postmenopauzale vrouwen (B3). De resultaten van deze test zijn te vinden in *Tabel 34* Voor deze groepen vinden we geen significant verschil in de gemiddelde scores op de MRS-vragenlijst, gezien $P > 0,05$.

We kunnen ook de scores van de MRS-lijsten gaan vergelijken tussen **culturen**. Zo gaan we kijken wat de scores zijn bij vrouwen van Westerse en andere afkomst. Eerst en vooral valt op te maken uit *Tabel 13* dat de gemiddelden van de scores bij de vrouwen van Westerse afkomst hoger liggen dan de gemiddelden van de MRS-scores van de andere vrouwen. Dit ligt in lijn met de literatuur, waar gevonden werd dat voornamelijk Aziatische vrouwen (de grootste groep van de Niet-Westerse vrouwen) minder opvliegers beschrijven.

MRS-scores volgens afkomst

Afkomst		Totaalscore MRS-vragenlijst	Subscore MRS somatisch	Subscore MRS psychologisch	Subscore MRS urogenitaal
West-Europees	Gemiddelde	18,63	8,15	6,11	4,26
N = 27	Mediaan	20,00	9,00	6,00	4,00
	Std. Deviatie	7,962	3,266	3,906	2,683
Niet-West Europees	Gemiddelde	15,31	7,08	5,54	2,69
N = 13	Mediaan	13,00	6,00	4,00	2,00
	Std. Deviatie	8,769	4,425	4,557	2,175
Totaal	Gemiddelde	17,55	7,80	5,93	3,75
N = 40	Mediaan	18,50	8,00	5,00	3,00
	Std. Deviatie	8,271	3,660	4,079	2,609

Tabel 13: Verdeling van de MRS-scores vergeleken bij vrouwen met verschillende afkomst

Wanneer we willen weten of dit verschil in gemiddelden significant is, kunnen we dit onderzoeken aan de hand van de Student's t-test. De resultaten van deze testen zijn opgenomen in bijlage 8.2. Zoals in deze bijlage te zien is in *Tabel 36* wordt de beoogde drempel voor significantie $P \leq 0,05$ niet gehaald. Er is dus geen significant verschil in gemiddelde scores voor de groepen onderverdeeld volgens afkomst gevonden in deze populatie.

Vervolgens kan ook gekeken worden naar **opleidingsgraad**. Zijn de gemiddelde scores op de MRS-vragenlijsten vergelijkbaar bij vrouwen van lagere en hogere opleiding? In *Tabel 14* volgt een oplijsting van de gemiddelde en mediane scores op de MRS-vragenlijst bij vrouwen zonder en met hogere opleiding. We merken dat het gemiddelde hoger ligt bij vrouwen met een hogere opleidingsgraad.

MRS-scores volgens opleidingsgraad

Opleiding		Totaalscore MRS-vragenlijst	Subscore MRS somatisch	Subscore MRS psychologisch	Subscore MRS urogenitaal
Lagere opleiding (<18j) N = 11	Gemiddelde	15,91	7,18	5,55	3,18
	Mediaan	12,00	7,00	4,00	2,00
	Std. Deviatie	8,526	3,371	4,987	2,442
Hogere opleiding (≥18j) N = 24	Gemiddelde	19,96	8,71	6,75	4,38
	Mediaan	20,00	9,00	6,50	4,00
	Std. Deviatie	7,422	3,099	3,733	2,601
Totaal N = 35	Gemiddelde	18,69	8,23	6,37	4,00
	Mediaan	20,00	9,00	6,00	3,00
	Std. Deviatie	7,892	3,218	4,131	2,578

Tabel 14: Verdeling van de MRS-scores vergeleken bij vrouwen met verschillende scholingsgraad
NB: N = 35 want 5 missings (cfr. 1. Karakteristieken van de onderzoeksgroep)

Opnieuw wordt getest of dit verschil in gemiddelden significant is aan de hand van de Student's t-test. De resultaten van deze test worden weergegeven in bijlage 8.3. In *Tabel 38* zien we dat de beoogde drempel voor significantie P≤0,05 niet gehaald wordt. De verschillen in gemiddelde scores op de MRS-vragenlijst tussen vrouwen met lagere en hogere opleiding is dus niet significant in deze populatie.

In de literatuurstudie werd gevonden dat minder **algemeen welbevinden** gecorreleerd is met het ervaren van meer menopauzale klachten. In dit onderzoek wordt dus een hogere MRS-score verwacht bij vrouwen die zich algemeen minder goed voelen. Aangezien we hier zicht hebben op medicatiegebruik kunnen we nagaan of vrouwen die antidepressiva gebruiken hoger scoren op de MRS-vragenlijst. Wanneer we in *Tabel 15* de gemiddelde scores vergelijken zien we dat deze hoger liggen in de groep vrouwen die antidepressiva gebruiken. Een mogelijke valkuil hierbij is echter dat het algemeen welbevinden niet concreet werd nagevraagd (aangezien dit een zeer complex gegeven is) en dat gebruik van antidepressiva een te vereenvoudigde parameter is om welbevinden te meten.

MRS-scores volgens gebruik antidepressiva

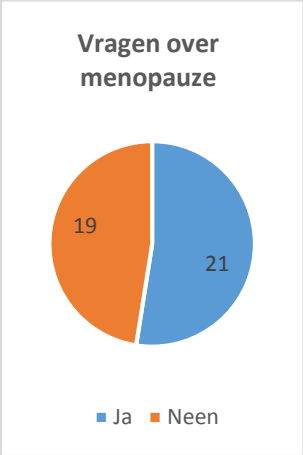
Gebruik van antidepressiva		Totaalscore MRS-vragenlijst	Subscore MRS somatisch	Subscore MRS psychologisch	Subscore MRS urogenitaal
Geen antidepressiva N = 32	Gemiddelde	16,59	7,59	5,38	3,53
	Mediaan	17,00	7,50	5,00	3,00
	Std. Deviatie	8,092	3,800	3,883	2,639
Antidepressiva N = 8	Gemiddelde	21,38	8,63	8,13	4,62
	Mediaan	20,00	9,00	8,00	5,00
	Std. Deviatie	8,383	3,114	4,357	2,446
Total N = 40	Gemiddelde	17,55	7,80	5,93	3,75
	Mediaan	18,50	8,00	5,00	3,00
	Std. Deviatie	8,271	3,660	4,079	2,609

Tabel 15: Verdeling van de MRS-scores vergeleken bij vrouwen die al dan niet antidepressiva innemen

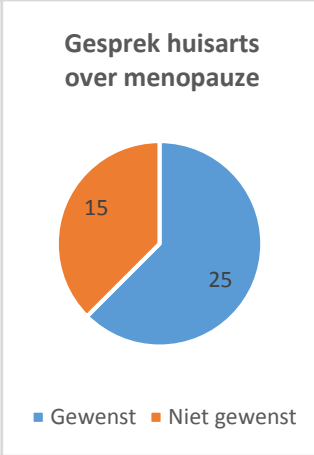
Om na te gaan of dit verschil in gemiddelde MRS-score significant verschilt bij vrouwen die wel of geen antidepressiva innemen, maken we opnieuw gebruik van de t-test (terug te vinden in bijlage 8.4). In *Tabel 40* zien we dat het verschil in gemiddelde MRS-scores niet significant verschilt bij vrouwen die wel of geen antidepressiva gebruiken gezien P>0,05.

Ervaringen van patiëntes m.b.t. het menopauzeconsult

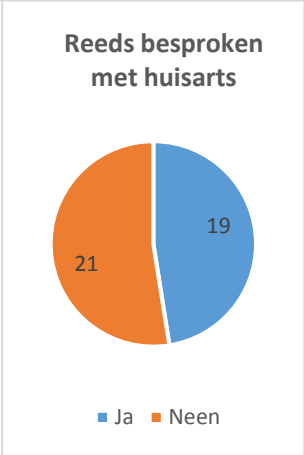
In de bijkomende vragenlijst wordt eerst en vooral nagegaan hoe vrouwen voorgaande consultaties of gesprekken met hun huisarts ervaren en hoe ze denken over de rol van de huisarts tijdens de overgang. Net iets meer dan de helft van de vrouwen geeft aan met vragen over menopauze te zitten op het moment van de vragenlijst (*Figuur 10*). De meerderheid van hen geeft ook aan over de menopauze te willen praten met de huisarts en eventuele vragen indien nodig te willen bespreken (*Figuur 11*). Bij navraag of er in voorgaande consulten reeds gesproken werd over de menopauze en of vrouwen hun vragen hierbij konden stellen, zien we dat slechts minder dan de helft van de vrouwen het reeds over hun vragen rond de menopauze konden bespreken met hun huisarts (*Figuur 12)*. Er werd daarnaast ook verder gepeild of de vrouwen hier dan ook effectief iets aan gehad hebben. Hierbij zien we een behoorlijke tevredenheidsgraad, waarbij bijna 80% van de patiëntes (of 15 van de 19 vrouwen die dit bespraken) aangeeft dat ze effectief iets gehad hebben aan het gesprek met de huisarts (*Figuur 13*).



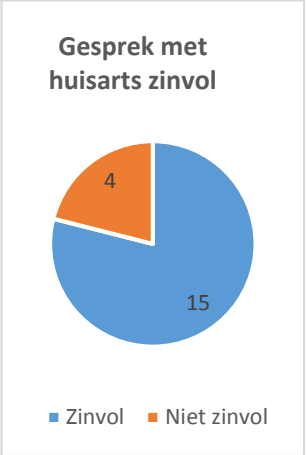
Figuur 10: Vragen menopauze



Figuur 11: Wens gesprek met huisarts



Figuur 12: Menopauze besproken met huisarts



Figuur 13: Gesprek met huisarts zinvol

In de literatuur werd gevonden dat migranten en patiënten van etnische minderheden een risicogroep vormen wat betreft positieve ervaringen met zorg. Zij ervaren vaker negatieve communicatie tussen patiënt en arts en minder continuïteit van zorg dan de autochtone patiënten (slechtere behandeling). Daarnaast zijn migranten en personen van etnische minderheden minder tevreden over de zorg die ze kregen en zijn zij meer geneigd om de zorg uit te stellen (slechtere uitkomsten). Om deze redenen wordt hier verder op in gegaan. In *Tabel 16* wordt onderzocht of dit in deze onderzoeksgroep ook het geval is. We bemerken vragen over menopauze bij 13/27 vrouwen van West-Europese afkomst en 6/13 vrouwen van andere afkomst, wat na berekening een gelijkaardig getal is (48,1% vs 46,1%).

Kruistabel: Afkomst * Vragen over de menopauze

N = 40		Heb je vragen over de menopauze: neen	ja	**Totaal**
Afkomst	West-Europees	13	14	**27**
	Niet-West Europees	6	7	**13**
Totaal		**19**	**21**	**40**

Tabel 16: Vragen over menopauze volgens afkomst

Om deze reden wordt vervolgens gekeken hoeveel vrouwen hun vragen dan ook effectief besproken hebben in *Tabel 17*. Van de vrouwen van West-Europese afkomst zijn er dat 15/27, met 55,6% dus meer dan de helft. Bij de vrouwen van andere afkomst zien we dat slechts 4/13 of 30,7% van de vrouwen ooit over menopauze heeft gepraat met de huisarts. In *Tabel 18* wordt nagegaan of dit gesprek dan ook zinvol was. Hierbij zien we dat bij de vrouwen van West-Europese afkomst 12/15 (of 80%) vrouwen tevreden zijn na hun gesprek, bij vrouwen van andere afkomst bemerken we met 3/4 (of 75%) een gelijkaardige tevredenheidsgraad over het nut dat zij ervaarden van een gesprek met de huisarts over perimenopauzale klachten.

Kruistabel: Afkomst * Vragen besproken met huisarts

N = 40		Heb je je vragen al ooit besproken: neen	ja	**Totaal**
Afkomst	West-Europees	12	15	**27**
	Niet-West Europees	9	4	**13**
Totaal		**21**	**19**	**40**

Tabel 17: Vragen besproken met huisarts volgens afkomst

Kruistabel: Afkomst * Nut van gesprek met huisarts

N = 19		Heb je iets gehad aan de bespreking?: neen	ja	**Totaal**
Afkomst	West-Europees	3	12	**15**
	Niet-West Europees	1	3	**4**
Totaal		**4**	**15**	**19**

Tabel 18: Nut van gesprek met huisarts volgens afkomst

Om verder te weten te komen waarom zo'n gesprek achteraf gezien al dan als niet zinvol en nuttig werd ervaren door de vrouw, werd hierover een open vraag gesteld. Hieronder schematisch de antwoorden van alle vrouwen die deze open vraag beantwoorden. De antwoorden van vrouwen met migratie-achtergrond worden cursief weergegeven.

POSITIEF zinvol en nuttig gesprek met huisarts	**NEGATIEF** ik miste iets in het gesprek met de huisarts
Ik kon de klachten nadien begrijpen en kaderen	Onduidelijke informatie
Als er iets verandert in mijn lichaam of geest wil ik dat begrijpen, ik stel niet altijd de correcte vraag dus een goed gesprek heeft mij verder geholpen	Werd niet op z'n geheel bekeken: ik miste een analyse van alle klachten die terug te brengen zijn tot de menopauze
Ik kreeg meer informatie	Ik wilde graag meer informatie
Enkele problemen waren opgelost dankzij advies	
Gehoord worden en bevestiging van de veranderingen in het lichaam en de symptomen Praktische tips huidverzorging en vaginadroogte	
Bloedonderzoek als bevestiging	
Probleem was verholpen door advies	
Het is belangrijk om te weten wat er aan te doen is	

Tabel 19: Positieve en negatieve ervaringen van patiëntes na gesprek met huisarts

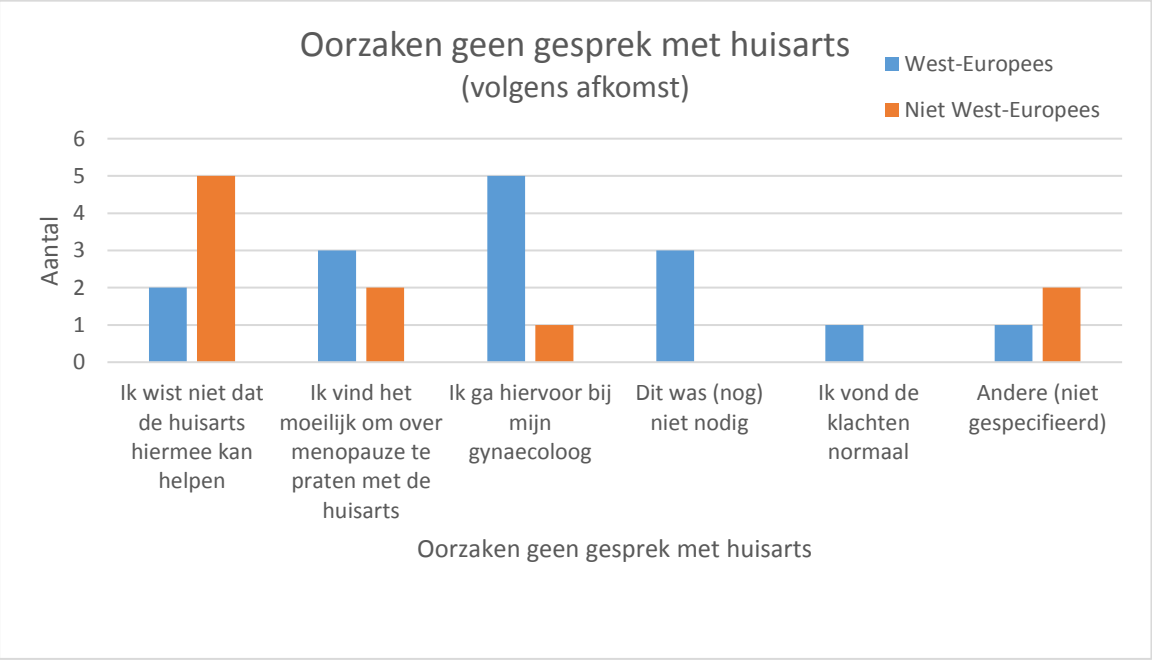
Verder werden de redenen bevraagd waarom de vrouwen niet met hun huisarts praten over klachten en hun vragen bij de menopauze. In *Tabel 20* volgt een opsomming van de antwoorden op de vraag waarom deze vrouwen dit niet besproken hadden met de huisarts (meerdere antwoorden mogelijk).

Waarom niet bespreekbaar?

	N	%	% op totaal
Ik wist niet dat de huisarts hiermee kan helpen	7	41,2	17,5
Ik vind het moeilijk om over menopauze te praten met de huisarts	5	29,4	12,5
Ik ga hiervoor bij mijn gynaecoloog	5	29,4	12,5
Dit was (nog) niet nodig	4	10,0	10,0
Ik vond de klachten normaal	1	5,9	2,5
Andere (niet verder gespecifieerd)	3	17,6	7,5

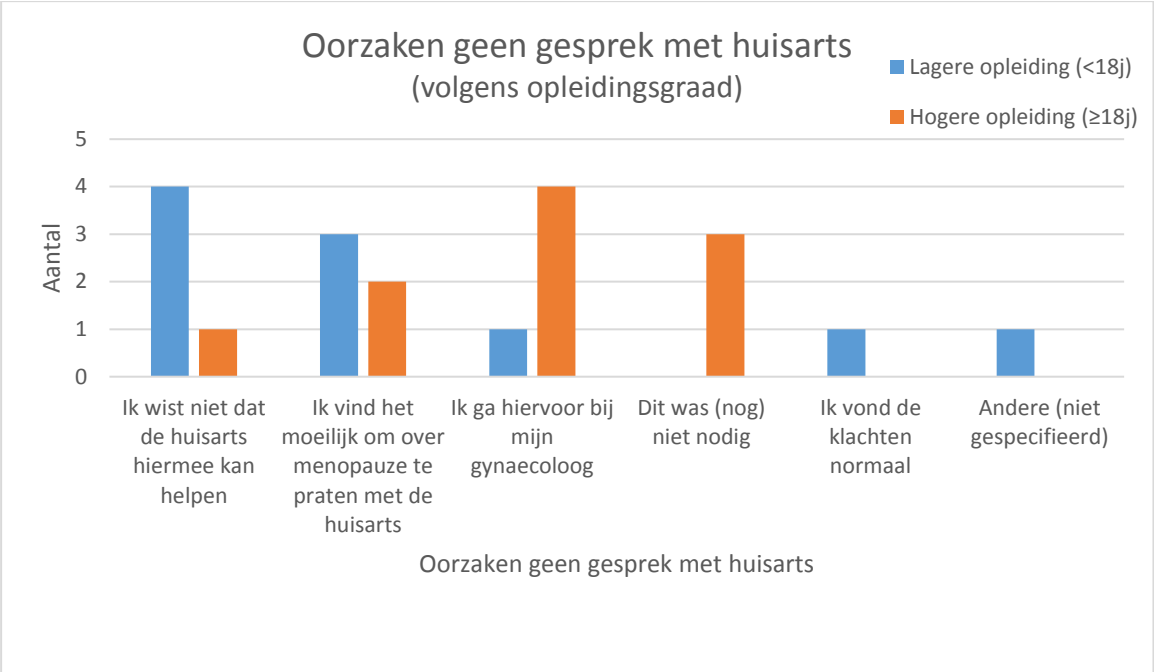
Tabel 20: Oorzaken geen gesprek met huisarts

Het is boeiend om te kijken welke vrouwen welke redenen aangeven waarom er (nog) geen gesprek was. Hieronder in *Figuur 14* worden de verschillende aangehaalde redenen weergegeven bij vrouwen onderverdeeld in subgroepen volgens **afkomst**. We zien dat vooral West-Europese vrouwen de neiging hebben om hiervoor bij de gynaecoloog langs te gaan. Andere belangrijke redenen bij hen zijn ook onwetendheid dat ze hiervoor bij de huisarts terecht kunnen, maar ook geven enkele van hen aan dit een moeilijk onderwerp vinden of er geen nood aan hebben. Bij vrouwen van niet-Westerse afkomst merken we voornamelijk onwetendheid als oorzaak dat er (nog) geen gesprek over perimenopauzale klachten is geweest met de huisarts, maar ook onder hen zijn er een aantal vrouwen dit een moeilijk onderwerp vinden. Verschillende vrouwen geven ook 'andere' redenen aan, die niet verder werden gedifferentieerd.



Figuur 14: Oorzaken geen gesprek met huisarts (subgroepen volgens afkomst)

We kunnen daarnaast ook gaan kijken naar de oorzaken in subgroepen volgens **opleidingsgraad**, zoals in *Figuur 15*. In de groep van vrouwen die geen hogere scholing genoten zien we vooral onwetendheid en gêne als oorzaak van het uitblijven van een gesprek. Vooral vrouwen die hogere opleiding genoten gaan sneller bij de gynaecoloog voor dit soort klachten, hebben geen nood aan een verder gesprek maar ook onder hen zijn er vrouwen die dit een moeilijk onderwerp vinden.



Figuur 15: Oorzaken geen gesprek met huisarts (subgroepen volgens opleidingsgraad)

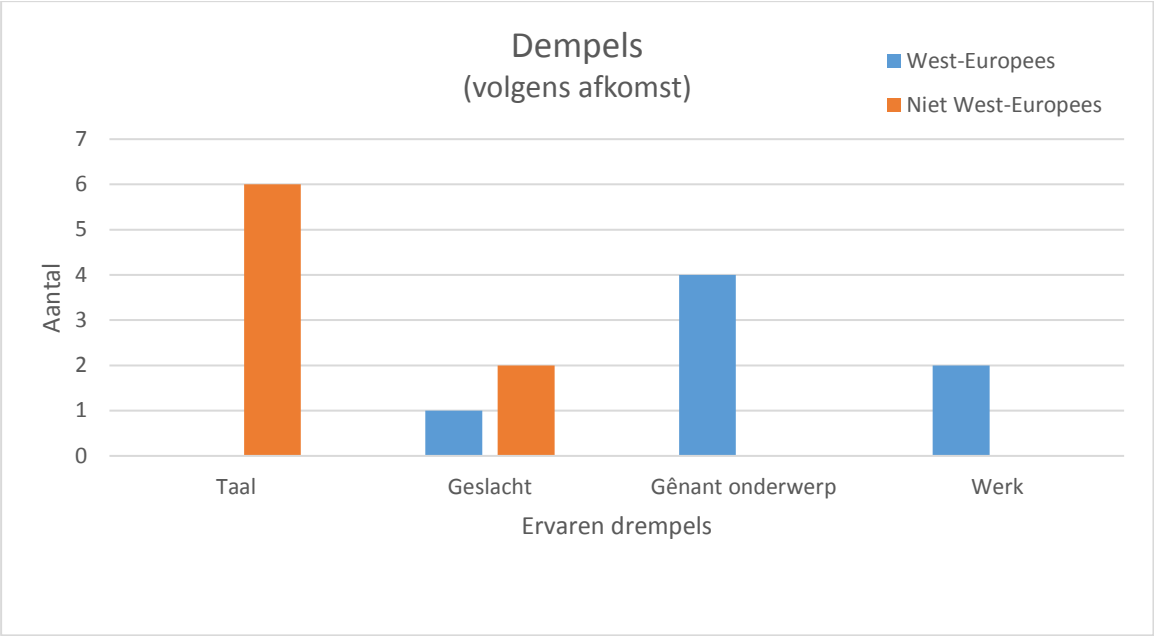
Er werd ook gepeild of er eventuele drempels zijn, die ervoor zorgen dat vrouwen het moeilijk vinden om over menopauze te praten met hun huisarts. De meerderheid van de vrouwen (26 vrouwen, of 65% van de onderzoeksgroep) geeft aan geen drempels te ervaren wanneer het gaat over het bespreken van menopauze met de huisarts. Bij de vrouwen die wel drempels ervaren zien we dat voornamelijk taal een grote drempel vormt (bij 15%), maar ook enige vorm van gêne (bij 10% van de vrouwen) en het geslacht van de dokter (bij 7,5%) spelen een rol. Twee vrouwen halen aan dat ze vinden dat de dokter al veel werk heeft men hen, en dat ze het daarom niet willen hebben over deze klachten, die ze ervaren als minder belangrijk of urgent dan andere klachten.

Drempels

	N	%
Geen	26	65,0
Taal	5	12,5
Geslacht van de dokter	2	5,0
Gênant onderwerp	4	10,0
Ik wil de huisarts niet nog meer werk bezorgen	2	5,0
Taal en geslacht van de dokter	1	2,5
Totaal	40	100,0

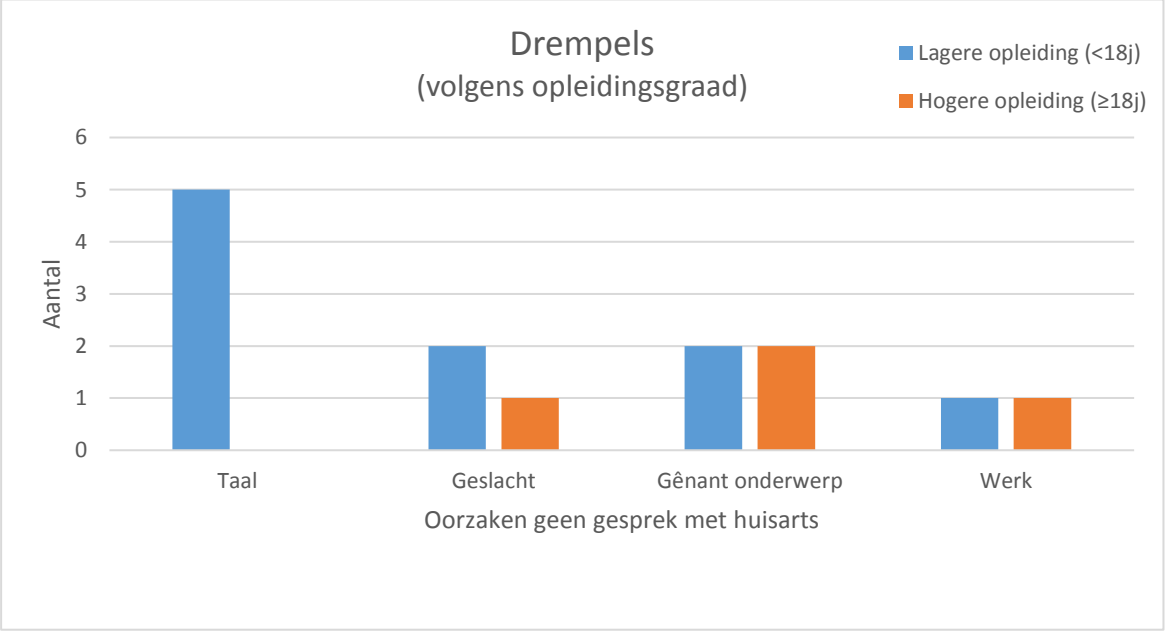
Tabel 21: Drempels ervaren door patiëntes

Bovendien lijkt het hierbij interessant om na te gaan in de verschillende subgroepen wie welke drempels ervaart. Hieronder de verdeling naar afkomst en naar scholingsgraad, geïllustreerd in een stroomdiagram. Bij de opdeling naar **afkomst** zien we in *Figuur 16* dat de niet-Westerse vrouwen vaakst de taal en geslacht van de arts ervaren als drempel. Westerse vouwen halen voornamelijk de aan dat ze het een gênant onderwerp vinden, maar ook dat ze de arts niet meer werk willen bezorgen. Een vrouw van Westerse afkomst haalt ook het geslacht van de arts aan als drempel.



Figuur 16: Ervaren drempels (subgroepen volgens afkomst)

Bij de opdeling naar **opleidingsgraad** zien we een andere verdeling (*Figuur 17*). In absolute aantallen zien we dat vrouwen met een lager opleidingsniveau meer drempels (tien keer een drempel aangevinkt) ervaren dan vrouwen die een hogere opleiding genoten. Een vrouw die taal als drempel ervaarde beantwoordde de vraag naar opleidingsgraad niet waardoor hier een missing insloop. Taal scoort hoogst als drempel, waaruit we kunnen besluiten dat vrouwen die naar België komen en geen hogere opleiding genoten moeilijker een gemeenschappelijke taal met de arts zullen vinden om te communiceren. Geslacht, werk en gêne spelen een gelijkwaardige rol bij vrouwen met en zonder hogere opleiding.



Figuur 17: Ervaren drempels (volgens opleidingsgraad)

Verwachtingen van patiëntes m.b.t. het menopauzeconsult

Naast het weten hoe vrouwen omgaan met mogelijke perimenopauzale klachten en hoe ze de consultvoering hierover ervaren, is het ook boeiend om te zien wat deze groep vrouwen van hun huisarts verwacht in de periode van de overgang. Een belangrijke vraag hierbij is of de vrouwen verwachten of hun huisarts dit zelf ter sprake brengt of dit liever zelf wil doen. Op de vraag of vrouwen willen dat hun huisarts zelf navraagt of er klachten zijn die te maken hebben met de menopauze antwoordde de grote meerderheid (70% van de vrouwen) affirmatief .



Figuur 18: Actieve bevraging

Er is echter ook een belangrijke groep (11 vrouwen, of ruim een kwart van de vrouwen) die deze actieve bevraging door de huisarts niet wenst. Hieronder gaan we op zoek naar de karakteristieken van de groep vrouwen die wel actieve bevraging door de arts wenst, tegenover de groep die dit niet wenst. In de groep die dit liever niet heeft zien we dus voornamelijk West-Europese (10/11 of 90,9%) vrouwen met een hogere opleiding (8/9 of 88,9%).

Gevalsbespreking (vrouwen die geen actieve bevraging wensen)

			Afkomst	Opleidingsgraad
Wil je dat je huisarts zelf vraagt of je klachten hebt die te maken hebben met de menopauze?	Neen	1	West-Europees	Hoger (≥18j)
		2	West-Europees	Hoger (≥18j)
		3	West-Europees	Hoger (≥18j)
		4	West-Europees	*Missing*
		5	West-Europees	Hoger (≥18j)
		6	Niet-West Europees	*Missing*
		7	West-Europees	Lager (<18j)
		8	West-Europees	Hoger (≥18j)
		9	West-Europees	Hoger (≥18j)
		10	West-Europees	Hoger (≥18j)
		11	West-Europees	Hoger (≥18j)
	Totaal	**N**	**11**	**9**

Tabel 22: Karakteristieken van vrouwen die geen actieve bevraging wensen

Om meer informatie te krijgen over de voorkeuren kunnen we in subgroepen onderzoeken hoeveel vrouwen actieve navraag wensen. Een eerste subgroep waarin wordt gekeken is de **afkomst**. In deze subgroep is er 1 missing doordat 1 vrouw deze vraag niet beantwoordde. Uit de kruistabel (*Tabel 23*) kunnen we afleiden dat voornamelijk West-Europese vrouwen verdeeld zijn over het al dan niet actief bevragen. Van de vrouwen van niet-West-Europese afkomst die deelnamen aan de studie kiest de overgrote meerderheid (92,3%) voor een actieve bevraging door de huisarts.

Kruistabel: Afkomst * Actieve bevraging

N = 39 (1 missing)		Actieve bevraging? Ja	Neen	**Totaal**
Afkomst	West-Europees	16	10	**26**
	Niet-West Europees	12	1	**13**
Totaal		**28**	**11**	**39**

Tabel 23: Actieve bevraging door huisarts volgens afkomst

Bij onderverdeling naar **opleidingsgraad** krijgen we volgende kruistabel (*Tabel 24)*. We werken met een steekproefgrootte van 34 gezien er voor deze variabele 6 missings zijn. Uit de kruistabel kunnen we afleiden dat de grote meerderheid (90,9%) van de vrouwen, die geen hogere opleiding genoten, een actieve bevraging door de huisarts wensen. Vrouwen met hogere opleiding zijn eerder verdeeld; met 65,2% die voor actieve bevraging is en 34,8% dit liever niet heeft.

Kruistabel: Opleidingsgraad * Actieve bevraging

N = 34 (6 missing)		Actieve bevraging? Ja	Neen	Totaal
Opleidingsgraad	Lagere opleiding (<18j)	10	1	**11**
	Hogere opleiding (≥18j)	15	8	**23**
Totaal		**25**	**9**	**34**

Tabel 24: Actieve bevraging door huisarts volgens opleiding

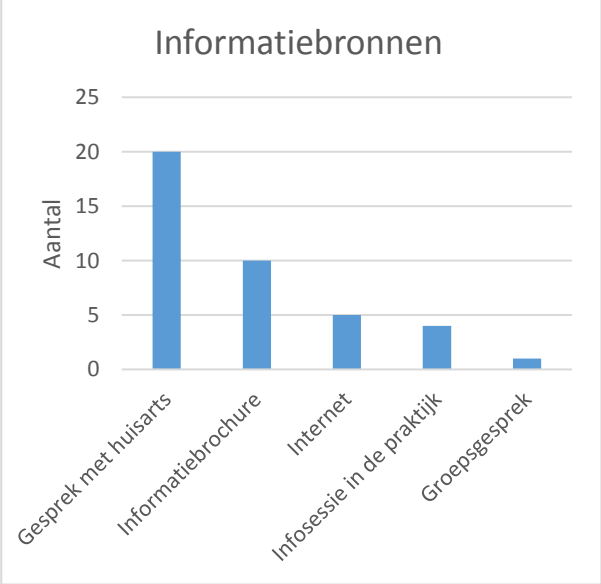
Er werd ook nagegaan bij de deelnemende vrouwen of ze na dit onderzoek meer informatie wensten over de menopauze. Negentwintig van de veertig vrouwen (of 72,5%) gaf aan meer informatie te willen. Interessant hierbij is om na te gaan hoeveel vrouwen die reeds een gesprek met de huisarts hadden, toch een behoefte naar extra informatie hadden, zoals in *Tabel 25 en* ***Error! Reference source not found.***. Van de negentien vrouwen die dit reeds besproken met de huisarts, vraagt bijna drie vierde (73,7%) naar nog extra informatie. Eenentwintig vrouwen geven aan hun vragen nog nooit besproken te hebben met de huisarts. Toch wil een grote meerderheid (71,4%) van hen dit. Slechts een minderheid van de vrouwen (6/40 of 15%) geeft aan nooit met de huisarts over menopauze te hebben gebabbeld maar hier ook geen vragen over te hebben.

Kruistabel: gesprek met huisarts – vraag naar meer informatie

N = 40		Wil je meer informatie over menopauze? Neen	Ja	Totaal
Heb je je vragen al ooit besproken met de huisarts?	Neen	6	15	**21**
	Ja	5	14	**19**
Totaal		**11**	**29**	**40**

Tabel 25: Vraag naar meer informatie na gesprek met huisarts

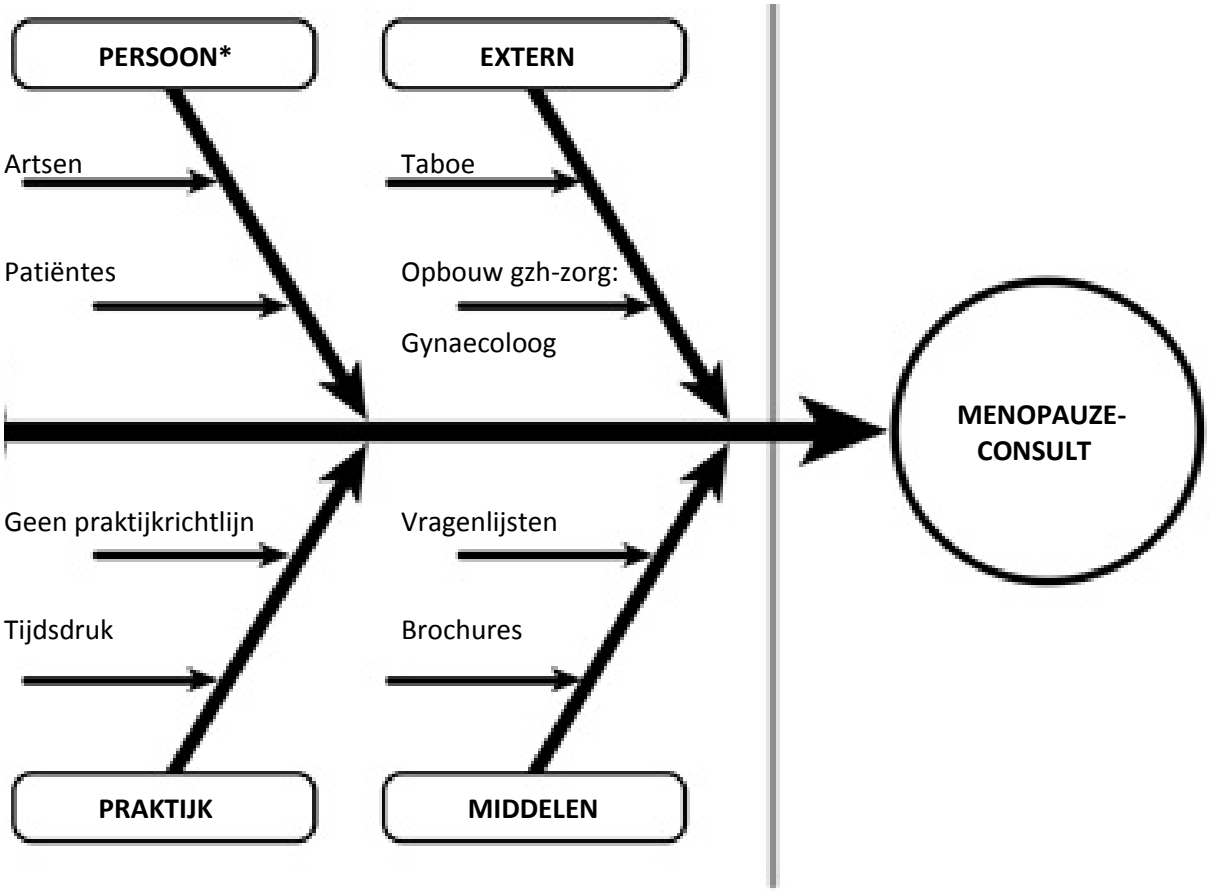
Aan de negenentwintig vrouwen die aangaven dat ze meer informatie willen, werd gevraagd op welke manier ze meer informatie wensten. De mogelijke antwoorden waren: informatiefolder, betrouwbare website, gesprek met de huisarts, infosessie in de praktijk of andere. Andere werd door één patiënte ingevuld met groepsgesprek. Hieronder het aantal keren dat deze antwoorden werden aangevinkt, weergegeven in *Figuur 19****Error! Reference source not found.***.



Figuur 19: Gewenste informatiebronnen

Visgraatanalyse

Hieronder een visgraatanalyse als illustratie van de resultaten van het onderzoek. De kernwoorden worden vermeldt in het schema zelf. Gezien er uit de vragenlijsten nogal wat persoonsgebonden oorzaken werden gevonden worden die verder opgelijst onder het diagram.



Figuur 20: Visgraatanalyse

PERSOON*

Artsen:

- Zelf schroom om navraag te doen
- Geslacht (man)
- Cultuurverschillen
- Onvoldoende vertrouwd met richtlijnen
- Onvoldoende aan bod in de praktijk (door onvoldoende ter sprake brengen)

Patiëntes:

- Verschillen in taal tussen arts en patiënt
- Geslacht van de arts
- Geen noodzaak om hierover te praten met huisarts
- Vaste gynaecoloog met wie over menopauze wordt gesproken
- Gênant ontwerp (vnl. seksuele klachten)
- Arts niet extra belasten
- Onwetendheid dat er iets kan aan gedaan worden (algemeen/door huisarts)
- Minimaliseren van klachten

DISCUSSIE

Interpretatie

Klachten

Als kern van dit onderzoek werden gepercipieerde perimenopauzale klachten bevraagd aan de hand van de MRS-vragenlijsten. Het invoeren van deze vragenlijst was dan ook de interventie waarrond dit onderzoek werd opgebouwd. Natuurlijk is het bijzonder interessant om de resultaten van deze vragenlijst verder te analyseren. Bij deze analyse zien we dat de scores van MRS-vragenlijsten zeer variabel zijn. Dit werd ook zo verwacht na de literatuurstudie, waarin werd gevonden dat de klachten die gepaard gaan met menopauze en de impact die wordt ondervonden, heel erg persoonsgebonden zijn. Met dit inzicht in het achterhoofd is het voor de huisarts dus een belangrijke opdracht om de impact van de overgang in te schatten op individueel niveau en dit actief te gaan bevragen en in kaart te brengen. Wel werd in de literatuur beschreven dat de klachten afhankelijk zijn van het tijdstip in de overgang. Ze worden voornamelijk gemeld in de perimenopauze en de eerste jaren van de postmenopauze. In dit onderzoek werden drie subcategorieën gevormd volgens de menopauzale status. Er werd gevonden dat de gemiddelde MRS-scores significant lager liggen bij dames in de pre-menopauze dan bij dames in de peri- of postmenopauze. Dit strookt dan ook volledig met de verwachtingen. Er werd een wat hogere gemiddelde score gevonden pijn de postmenopauzale groep, maar dit verschil was niet significant.

Uit de literatuurstudie blijkt dat er geen eenduidigheid bestaat of etniciteit, socio-culturele achtergrond en leefstijlfactoren, zoals roken en BMI, rechtstreeks invloed hebben het optreden van perimenopauzale klachten. Anderzijds bleek wel dat er een verschil bestaat in hoe deze klachten worden gepercipieerd en gekaderd, onder andere afhankelijk van de algemene houding tegenover menopauze. Deze houding is gekleurd door de psychosociale en de socio-culturele achtergrond van de vrouw in kwestie. In dit onderzoek konden enkele verschillen gevonden worden in de gemiddelde scores op de MRS-vragenlijsten en dus in ervaren perimenopauzale klachten, wanneer vrouwen werden onderverdeeld in subgroepen naar etnische achtergrond en opleidingsgraad.

Bij opdeling naar *socio-culturele achtergrond en afkomst* werd gevonden dat gemiddelde scores bij de vrouwen van Westerse afkomst hoger lagen dan die bij vrouwen van andere afkomst. Mogelijke redenen hiervoor kunnen zijn dat ze effectief meer klachten hebben, dat ze meer sensitief zijn voor het ervaren van deze klachten of dat ze een lagere drempel kennen om deze klachten te rapporteren. De exacte reden kan echter niet weerhouden worden uit dit onderzoek. Bij opdeling volgens *opleidingsgraad* werd gevonden dat gemiddelde scores hoger lagen bij vrouwen met hogere opleiding dan bij vrouwen zonder hogere opleiding. Opnieuw kan dit op verschillende manieren worden geïnterpreteerd: er kan sprake zijn van een lagere meldingsdrempel, meer kennis over menopauze en/of meer toegang tot informatieve bronnen hierover. Uit dit onderzoek kan dit niet vastgesteld worden. Er werd in de literatuur ook gevonden dat het *algemeen welbevinden* van vrouw een invloed kan hebben op het ervaren van perimenopauzale klachten. In dit onderzoek werd hier wat dieper op ingegaan door het gebruik van antidepressiva in rekening te brengen. Een kanttekening (en zwakte) hierbij is dat dit vanzelfsprekend een te vereenvoudigde parameter is voor het meten van iets complex als algemeen welbevinden. Bij vergelijken van gemiddelde MRS-scores merken we een trend van iets hogere scores (en dus meer ervaren klachten) bij vrouwen die antidepressiva gebruiken. Deze verschillen die gevonden werden bij deze vergelijkingen, konden niet als significant beschouwd worden. Dit heeft uiteraard voor een groot deel te maken met het feit dat er slecht met een kleine steekproef werd gewerkt.

Ervaringen

Vervolgens werd er dieper ingegaan op de ervaringen van **patiëntes** met voorgaande consultaties of gesprekken met hun huisarts over menopauze. Meer dan de helft van de vrouwen geeft aan dat ze met vragen over de menopauze zitten en hierover (indien nodig) te willen praten met de huisarts. Wanneer echter nagevraagd werd of dit effectief al gebeurd is, merken we dat minder dan de helft van de vrouwen die deelnamen aan dit onderzoek reeds met de huisarts over de menopauze heeft gesproken. Wanneer we deze topic gaan bekijken in het licht van socio-culturele achtergrond en afkomst, bemerken we dat bij de vrouwen van Westerse afkomst net iets meer dan de helft (55.6%) van de vrouwen reeds met hun huisarts sprak over menopauze. In de groep vrouwen van andere afkomst dan West-Europa, sprak slechts 30.7% van hen over de menopauze met de huisarts. We merken dus een belangrijk verschil tussen beide groepen vrouwen. Bij de groep vrouwen die reeds een gesprek over de menopauze hadden met hun huisarts, merkten we dat de grote meerderheid tevreden was over dit gesprek, met gelijkaardige tevredenheidsgraad bij opdeling volgens afkomst.

Een belangrijke vraag in dit onderzoek is waarom vrouwen die wensen met hun huisarts over menopauze en perimenopauzale klachten te praten, dit niet doen. De mogelijke oorzaken hiervan zijn divers, en naast gebonden aan socio-culturele en socio-economische factoren ook in zeer grote mate individueel. Er werd een poging gedaan om achter deze oorzaken te komen, om ze zo in te toekomst te kunnen counteren. Wanneer we eerst gaan kijken naar de groep vrouwen van niet West-Europese afkomst, blijkt dat 'taal' de belangrijkste drempel vormt (en ook uitsluitend bij deze groep voorkomt). Deze drempel valt voor een groot deel op te vangen door het benutten van de opportuniteiten die er vandaag de dag zijn (gaande van meertalige vragenlijsten zoals de MRS, over informele tolken of het vertalen van belangrijke kernwoorden via Google-translate tot consultaties voeren met telefoontolken). Er werden echter nog andere drempels en redenen gevonden die ervoor zorgen dat een gesprek over perimenopauzale klachten uitblijft bij deze groep vrouwen met migratie-achtergrond. Deze andere drempels en oorzaken zijn: onwetendheid dat men voor perimenopauzale klachten bij de huisarts terecht kan, schroom over het onderwerp, het geslacht van de arts en andere niet verder gespecifieerde redenen. In de literatuur vonden we terug dat vrouwen met zwakkere socio-economische achtergrond (wat gecorreleerd is met lagere scholingsgraad) een hoger risico op suboptimale gezondheidszorg hebben. Ook in dit onderzoek vonden we in deze groep vrouwen relatief meer drempels terug dan bij vrouwen die een hogere opleiding genoten. De voornaamste redenen en drempels hier zijn onwetendheid en schroom om met de huisarts over menopauze te spreken. Binnen deze subgroep van lager geschoolde vrouwen, valt het in deze onderzoeksgroep op dat deze groep voor een relatief groot deel bestaat uit vrouwen die niet van West-Europese afkomst zijn. Deze vrouwen, die geen hogere opleiding genoten en van niet-Westerse afkomst zijn, hebben dus duidelijk verhoogd risico op suboptimale zorg (dus ook i.v.m. menopauze). We dienen er zeker rekening mee te houden dat de redenen hiervoor variabel en mogelijks veelvuldig zijn. Ze kunnen dus liggen in taal, minder mogelijkheden om nieuwe talen te leren, variaties in hulpzoekend gedrag vanuit eigen persoonlijke visie/maatschappelijk-culturele gewoonten, het niet vertrouwd zijn met de mogelijkheid om dit te bespreken, het opleidingsniveau en mogelijks gerelateerde *health literacy* (voldoende kennis en vaardigheid om te handelen in het belang van eigen gezondheid).

Voor de algemene onderzoeksgroep kunnen we concluderen dat de belangrijkste aangehaalde redenen waarom er niet over menopauze wordt gesproken in dit onderzoek zijn: onwetendheid dat huisarts menopauzale klachten kan aanpakken, een sterk contact met tweede lijn (gynaecoloog) en bepaalde drempels zoals taal, gêne, het geslacht van de arts of de arts willen ontzien in werkdruk (wanneer de klachten worden ervaren als onvoldoende belangrijk?). Opvallend hierbij is dat de gynaecoloog vooral werd aangehaald als reden bij hoger geschoolde vrouwen en vrouwen van Westerse. Deze werkpunten kunnen we meenemen binnen de opleidingspraktijk.

Bij bevraging naar de ervaringen van de **collega's** in de opleidingspraktijk met consultaties over menopauze/perimenopauzale klachten, geven zij aan dat de klacht voornamelijk wordt aangehaald door de patiëntes zelf. Dit gebeurt voornamelijk terloops, tijdens een consultatie voor een andere zorgvraag. Eerder uitzonderlijk wordt de menopauze bevraagd door de huisarts, dit voornamelijk wanneer klachten die mogelijks te maken hebben met de menopauze (zoals veranderende menstruatie, onderbuikspijn, vaginale klachten of zweten) worden aangehaald door de patiënte. Collega's bleken bij aanvang van dit project niet geneigd om deze navraag meer te doen.

Wanneer het gaat over diversiteit in de patiëntenpopulatie werden er verschillen opgemerkt tussen verschillende subgroepen door de collega's. De collega's vermelden de indruk dat de klachten veel meer ter sprake komen bij Vlaamse, voornamelijk hoog geschoolde vrouwen. Daarnaast werd opgemerkt dat de collega's de indruk hebben dat Vlaamse vrouwen ook meer op de hoogte zijn over de menopauze, er meer over gaan praten maar dit ook meer normaliseren. De ene collega geeft aan zich niet vertrouwd te voelen om over perimenopauzale klachten te spreken met vrouwen van niet-Westerse afkomst, de andere collega bemerkt dat het consult inhoudelijk gelijklopend is bij elke vrouw, maar dat de aanpak varieert naargelang de achtergrond van de vrouw.

Verwachtingen

Verder werden de verwachtingen van de **patiëntes** in kader van dit onderzoek over menopauze bevraagd. Hierbij geeft een meerderheid van de vrouwen aan dat ze wensen dat de huisarts zelf actief perimenopauzale klachten gaan bevragen. Bij het zoeken naar subgroepen die al dan niet actieve bevraging wensen, valt het op dat de grote meerderheid van de vrouwen van niet-Westerse afkomst en zij die geen hogere scholing genoten voorstander zijn van actieve bevraging. Het is zoals hierboven beschreven dezelfde groep die minder geneigd is om zelf het onderwerp aan te brengen en hierbij meerdere drempels ervaart. We kunnen hieruit voorzichtig besluiten dat deze vrouwen wel degelijk willen praten over menopauze met hun huisarts, maar zelf geen manier vinden om dit over te brengen naar hun huisarts. Een actieve navraag van de huisarts kan voor deze vrouwen, die terughoudendheid en drempels ondervinden voor het aansnijden van het onderwerp menopauze, dus een positief effect hebben in het bespreekbaar maken. In de groep vrouwen die dit niet wensen, vinden we eerder Westerse en hoger opgeleide vrouwen terug. De redenen waarom deze vrouwen geen actieve bevraging wensen, kennen we niet uit deze studie en dienen verder te worden onderzocht.

Er is ook een duidelijke vraag naar meer informatie over menopauze bij de vrouwen die deelnamen aan het project. Dit is vermoedelijk ook deels verbonden met het feit dat deze dames vrijwillig toestemden met deelname voor dit onderzoek en dus interesse hebben in het onderwerp. Deze vraag naar meer informatie wordt in gelijke mate gezien bij vrouwen die reeds met hun huisartsen praatten over menopauze als bij zij die het niet deden. Dit niettegenstaande het feit dat 80% van de vrouwen die reeds een gesprek voerden met hun huisarts, aangaven tevreden te zijn met het gesprek. De meerderheid van de vrouwen die aangaven vraag naar meer informatie te hebben, willen dit liefst via een gesprek met de huisarts. Hier schuilt een belangrijke opportuniteit om de huisartsen binnen de opleidingspraktijk te versterken met tools die een houvast kunnen bieden bij een gesprek/consult over menopauze. Daarnaast was er bij enkele deelnemende vrouwen ook vraag naar meer geschreven informatie (via een brochure of online). Hierop werd ingespeeld door een brochure beschikbaar te maken in de praktijk die ook verwijst naar enkele websites met betrouwbare informatie.

Uit navraag naar de verwachtingen bij de **collega's** blijkt dat een praktijkrichtlijn een goede houvast zou kunnen bieden. Zij gaven immers aan zich niet 100% vertrouwd voelen met het onderwerp en de meest recente richtlijnen hierover. Dit onderzoek vormde voor de collega's ook een kans meer aandacht te hebben voor vrouwen in de overgang, het navragen van mogelijke perimenopauzale klachten en meer theoretische en praktijkgerichte kennis op te doen.

Bedenkingen

Dit onderzoek is een kleinschalig onderzoek, uitgevoerd op vrij korte termijn en met een kleine steekproef. De opleidingspraktijk waarin dit onderzoek gebeurde telt 8168 actieve patiënten, waarvan 821 vrouwen in de beoogde leeftijdsgroep ligt. Van deze groep werden 381 vrouwen op consult gezien in de periode vanaf goedkeuring van het ethisch comité in mei 2017. Van deze theoretische steekproef van 381 vrouwen, kregen 49 vrouwen die op consultatie kwamen en na een uitleg over het onderzoek interesse toonden de vragenlijsten mee, waarvan ik er slechts veertig terugkreeg. Met dit onderzoek dekten we dus ongeveer 13% van de te includeren patiëntenpopulatie. Deze kleine steekproef vormt zeker naar statistische bewijskracht een zwakte in dit onderzoek. Dit ligt dus zeker mee aan de basis van het feit dat verschillende gegevens uit de literatuur niet volledig overeenstemmen met de gevonden resultaten (bvb de gemiddelde leeftijd van de laatste menstruatie).

Met dit onderzoek wilde ik me ook richten op de diversiteit in onze praktijk. Dit is deels gelukt dankzij de buitenlandse deelneemsters bij het onderzoek (in een proportie van één derde van de deelneemster, wat naar aanvoelen representatief is voor de algemene praktijkpopulatie). Uiteraard blijft deze kwestie gevoel, gezien men moeilijk kan spreken over 'de niet West-Europese patiënten'. Dit betreft op zich immers een zeer diverse en uitgebreide groep. Het is goed om je ervan bewust te zijn om extra alert te zijn bij patiëntes van niet West-Europese afkomst; maar het is niet zinvol om voor al deze vrouwen dezelfde conclusies te trekken. Anderzijds is diversiteit ook veel breder dan nationaliteit, afkomst of taal. Ook door het meenemen van andere informatie over socio-economische status (zoals scholing), was er een vrij brede diversiteit in deze steekproef.

Ook uit de literatuur is het belang van een diversiteit-sensitieve aanpak door gezondheidswerkers gebleken. Er werd een grote overlap gevonden tussen vaardigheden om als arts patiëntgericht en cultuursensitief te werken. Het is immers steeds van belang de patiënt centraal te zetten, en hem of haar de mogelijkheid te geven tot geïnformeerde keuzes over eigen gezondheid te kunnen maken. Men dient hiervoor aandacht te hebben voor mogelijke verschillen in kennis en voorkeuren op basis van cultuur, taal, opleiding en gender. Dit is geen vanzelfsprekende vaardigheid, een ook uit de literatuur is gebleken dat aangepast scholing voor deze vaardigheden genoodzaakt is.(16, 19)

Een belangrijke conclusie na deze studie, is dat bepaalde subgroepen van de patiëntenpopulatie meer risico loopt op minder kwaliteitsvolle zorg, met name vrouwen met andere socio-economische of socio-culturele achtergrond. Uit dit onderzoek kan men concluderen dat dit in kader van menopauze kan betekenen dat het voor deze vrouwen moeilijker is om hierover een gesprek aan te knopen, hoewel ze er wel over willen praten.

Om dit project zinvol te maken naar de toekomst, dient er nagedacht te worden over hoe we huisartsen én patiënten kunnen stimuleren om dit actief te bespreken. Het is van belang dat deze interventies haalbaar zijn binnen de beperking van de tijd, en bij voorkeur op een gestructureerde manier in de praktijkwerking worden ingebed. Bij voorkeur dienen deze structurele aanpassingen te gebeuren met behulp en in het voordeel van alle betrokkenen, en dient er dus op verschillende niveaus gewerkt te worden. Hieronder *in Tabel 26* volgt een theoretisch denkkader waarbij na dit onderzoek kan verder gewerkt worden om het thema menopauzale in te toekomst in deze opleidingspraktijk – maar ook in andere praktijken – bespreekbaar te maken, ook voor de hier geïdentificeerde kwetsbare groepen.

NIVEAU	VOORSTEL	CONCREET	IMPLEMENTATIE
ARTS	Informeren	Praktijkrichtlijn menopauze	Uitgevoerd
	Intervisie	Casusbespreking in eerste lijn (binnen praktijk/binnen LOK-groep)	Mogelijk in de toekomst
		Informatie-sessie/casusbespreking met tweede lijn (lokale gynaecologen)	Mogelijk in de toekomst
	Cultuur-sensitiviteit	Opleidingsmodules via Pharos.nl (Basis gezondheidsvoorlichting aan vluchtelingen voor professionals in de gezondheidszorg – Is uw praktijk klaar voor laaggeletterden?)	Mogelijk in de toekomst
		Communicatie: info- en opleidingsmomenten over algemene en cultuur-sensitieve gesprekstechnieken (binnen LOK-groep)	Mogelijk in de toekomst
PATIËNT	Informeren	Informatiebrochure in de drie meest voorkomende talen binnen de praktijk (Nederlands, Frans, Engels) om breed publiek te bereiken	Uitgevoerd
	Openheid creëren	Affichecampagne ter sensibilisering: Vrouwen mogen dit onderwerp ook steeds zelf aankaarten	Mogelijk in de toekomst (geen affichecultuur in opleidingspraktijk)
	Anderen informeren	Er wordt ongetwijfeld over menopauze gesproken onder vrouwen, men kan elkaar 'verwijzen' naar de huisarts	Moeilijk in te schatten
PRAKTIJK	Openheid creëren	Bekend maken dat menopauze een huisarts-gerelateerd onderwerp is (affiche/ infobrochure in wachtzaal)	Uitgevoerd
	EMD	Via planning in EMD (CareConnect): menopauze bevragen bij elke vrouw 45-60j	Uitgevoerd
		Coderen en zorgelement aanmaken: - Menopauzaal syndroom bij klachten - Menopauze indien post-menopauzaal	Aanzet
	Actieve bevraging	Tijdens preventie-consult bij elke vrouw 45-60j (bloedafname, bevolkingsonderzoek borst- en cervixCA	Aanzet
		Gebruik maken van MRS-vragenlijst als gestandaardiseerde bevraging, aanzet tot verdere consultvoering	Uitgevoerd
	Evaluatie	Wat wordt bemerkt i.v.m.: - Eigen kennis? Praktijkrichtlijn? Casusbespreking? - Reacties op bevraging? Leeft het in de praktijk? Is er vraag naar meer informatie? - EMD: wordt dit gebruikt?	Steeds opnieuw

Tabel 26: Voorstel aanpassingen op verschillende niveaus

Implementatie van aanpassingen

Dit onderzoek heeft enkele handvaten gegeven waarop verder gebouwd kan worden om consultaties over de overgang en perimenopauzale klachten laagdrempeliger te maken voor zowel de artsen als de patiënten. Het is een belangrijk gegeven dat veel vrouwen over menopauze willen praten, maar niet weten dat ze hiervoor bij de huisarts terecht kunnen. Er werd een poging gedaan om hierop in te spelen binnen de opleidingspraktijk met verschillende interventies.

MRS-vragenlijst

De MRS-vragenlijst (zie *Bijlage 5*) is de vragenlijst die ik zelf gebruikte als interventie in dit onderzoek om de eventuele perimenopauzale klachten en de ervaren last na te vragen. De meerderheid van de vrouwen gaf aan dit een goede manier te vinden, en was ook tevreden met het feit dat deze in verschillende talen beschikbaar is. Het is in de dagelijkse realiteit van de praktijkvoering immers niet steeds mogelijk om met een tolk te werken. Wanneer de vragenlijst beschikbaar is in een taal die de vrouw machtig is kan dit reeds een drempelverlagend effect hebben naar een consult over menopauze aangezien een deel van de anamnese reeds gevoerd kan worden. De vragenlijst kan er ook toe leiden dat het terloops vermelden van 'de menopauze' uitgroeit (via het invullen of meegeven van zo'n vragenlijst) tot een volledig consult waarbij de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënte worden gehoord en ingevuld.

Praktijkrichtlijn

Aangezien beide collega's aangaven dat ze meer vertrouwd willen worden met de recentste richtlijnen over de overgang en baat zouden hebben van een praktijkrichtlijn wordt deze opgemaakt. Deze praktijkrichtlijn (*Bijlage 9*) kan een opstap vormen voor de collega's om meer vertrouwd te worden met de huidige richtlijnen en ze op deze manier in staat te stellen gerichter advies te geven aan de patiëntes. Bij de bevraging van de patiëntes kwam er immers naar voor dat de helft van de vrouwen aangaf meer informatie te willen over menopauze en menopauzale klachten door middel van een gesprek met de huisarts. Zo'n gesprek faciliteren lijkt dus de meest aangewezen manier om tegemoet te komen aan de vraag van de patiëntes en de artsen. Het aanbieden van de meest recente informatie inzake menopauze vormt hier de basis van. Als brond voor het opstellen van deze praktijkrichtlijn werden de meest recente richtlijnen van NHG, Duodecim en NICE nagekeken.

Informatiebrochure

Aangezien toch één op vier van de deelnemende patiëntes aangaf dat ook een informatiebrochure interessant zou kunnen zijn om meer informatie over de menopauze, werd deze opgesteld. De Nederlandstalige versie hiervan is terug te vinden als *Bijlage 10*. Voor deze informatie werd beroep gedaan op andere patiëntgerichte informatiebronnen zoals thuisarts.nl en de infobrochure van ViVio. Deze werd oorspronkelijk opgemaakt in het Nederlands en vertaald in het Engels en Frans. Voor deze keuze baseerde ik me op de verdeling van de gekozen talen bij de vragenlijsten bij aanvang van dit onderzoek; waarbij Nederlands (72,5%), Frans (7,5%) en Engels (17,5%) het meest werden gekozen. Om de drempel laag te houden werden deze brochures verspreid in de wachtzaal en bij de collega's in papieren en digitale versie. De brochures in de wachtzaal kunnen op zich ook reeds aanleiding geven tot het ter sprake brengen van de klachten. Aangezien ook enkele vrouwen aangaven verdere informatie te willen krijgen via betrouwbare websites, wordt ook hiernaar verwezen; onderaan de brochure. Een van de websites die hier extra wordt uitgelicht is begrijpjelichaam.nl, die ook een topic over menopauze heeft. Deze website is heel laagdrempelig en verschaft informatie specifiek aangepast aan patiënten met *low literacy*. Dit kan ook een kapstok zijn voor collega's, aangezien zij aangaven niet echt vertrouwd te zijn met deze online informatie. Er bestaat daarnaast ook een informatieve app voor gsm/iPad, terug te vinden in de AppStore/PlayStore via de zoekterm 'De menopauze' of 'La ménopause'.

Actieve(re) bevraging

Bijna drie vierde van de vrouwen gaf aan een actieve bevraging van mogelijke perimenopauzale klachten te wensen; hoewel we er rekening mee moeten houden dat er ook een belangrijke groep is die dit niet mogelijk wenst. Bovendien werd gevonden dat er in het faciliteren van gesprekken over menopauze een belangrijke rol is weggelegd voor de huisarts. Een voorstel dat gelanceerd werd, is om een korte actieve bevraging over menopauze/perimenopauzale klachten in te lassen wanneer het consult gericht is op andere preventie-onderwerpen (zoals jaarlijkse bloedafname, aanhalen van preventie in kader van bevolkingsonderzoek borstkanker – baarmoederhalskanker). Als praktische reminder hiervoor, werd via het programma CareConnect gewerkt met de module planning, waarbij bij elke vrouw tussen de 45-60 jaar een nieuw topic 'Menopauze' werd toegevoegd. Dit gebeurde bij elk van de 821 vrouwen in het EMD tussen 45-60 jaar. Dit ook als aanzet om dit actief de coderen in het dossier.

Coderen in EMD

Een bijkomend punt van belang is om het elektronisch medisch dossier (EMD) up to date te houden. Dit kan door (indien gewenst door de patiënte) de MRS-scores te noteren, om deze eventueel later te herevalueren. Een ander belangrijk punt is de codering. Er bestaan in het EMD in de opleidingspraktijk (CareConnect) 2 ICPC-codes die betrekking hebben op de overgang. Er werd in de praktijk afgesproken om enerzijds 'Menopauzaal Syndroom' te gebruiken wanneer het gaat over klachten bij de overgang. En anderzijds de term 'Menopauze' wanneer de vrouw post-menopauzaal is, cfr. definities. Op die manier is het voor collega's in de opleidingspraktijk duidelijk of er al dan niet zekerheid is over de menopauzale status, en voornamelijk of er perimenopauzale klachten zijn. Het is immers belangrijk om deze tijdig te herevalueren en zo nodig therapie aanpassen (opstart, afbouw).

Evaluatie

De belangrijkste vraag blijft natuurlijk of dit onderzoek een meerwaarde kan betekenen voor de patiënten en de huisartsen. Binnen onze praktijk moeten we enerzijds kijken naar de patiëntes die deelnamen en anderzijds ook naar alle andere patiënten die momenteel (of in de toekomst) te maken hebben met vragen en klachten over de menopauze. Ik heb de indruk dat de vrouwen die deelnamen aan het project hier over het algemeen positief op terugblikken. Deze deelname bood hen immers de kans om hun klachten, vragen en verwachtingen te formuleren naar de huisarts en heeft zeker bij een deel van hen een positieve boost in de zorg nagelaten. Om hieruit lessen te trekken naar de toekomst werd gepeild naar de manier waarop vrouwen de klachten bevraagd willen zien. Op deze vraag geeft de overgrote meerderheid van 90% aan dat ze een gestandaardiseerde vragenlijst zoals de MRS-vragenlijst een goede manier vinden om de klachten te ondervragen. Bij bevraging van het voordeel van de meertaligheid van de MRS-vragenlijst scoorden vrouwen dit belang hoog in. Bovendien zette dit onderzoek voor deze vrouwen ook de deur open voor verdere gesprekken over menopauze, en werden de menopauze of mogelijke perimenopauzale klachten opnieuw aangehaald in een ander consult bij elf van de veertig deelnemende vrouwen, waarvan zeven bij mezelf en vier bij collega's. Heel vaak was een gesprek met adviezen voldoende voor patiënte in kwestie, slechts in twee gevallen werd er medicatie opgestart. Eénmalig gebeurde een doorverwijzing naar de tweede lijn.

Daarnaast kan dit onderzoek ook een voordeel betekenen voor de vrouwen die niet deelnamen. Eerst en vooral bood dit onderzoek de gelegenheid om het onderwerp meer naar de voorgrond te brengen binnen de praktijk en de menopauze dus ook misschien meer bespreekbaar te maken. Daarnaast werd er ook actief voor gezorgd dat er meer informatie voorhanden in voor de vrouwen in de overgang. Een valkuil hier blijft de meertaligheid in de praktijk, aangezien informatie niet steeds in elke taal beschikbaar is. Dit probeerde ik toch op te vangen door de informatiebrochure beschikbaar te maken

in de talen die het meest werden gekozen voor het invullen van dit onderzoek (Nederlands, Frans en Engels). Ook merkten mijn collega's en ikzelf dat het onderzoek in de praktijk wel leefde. Zo heb ik in de weken na het onderzoek verschillende vragen en opmerkingen van patiënten gekregen over menopauze en mogelijke perimenopauzale klachten en zag enkele van deze vrouwen met interesse op consultatie hierover. Concreet werd bij zes patiëntes (4 Vlaamse en 2 niet-Westerse vrouwen, gelijklopend met de verdeling in dit onderzoek), die niet deelnamen aan het onderzoek, een consult gevoerd over menopauze en werd dit ook gecodeerd in het dossier.

Ook voor de collega's betekent het aanbod aan extra informatie een aanwinst. Bij het rapporteren van de resultaten van het onderzoek, ervaren de collega's de resultaten eerder als niet verrassend, en kunnen ze deze kaderen. Na dit onderzoek werd gemeld dat er ruimte is binnen de praktijk voor actieve bevraging van eventuele menopauzale klachten, en dat dit voornamelijk bij bepaalde groepen (lagere scholing, niet-Westerse origine) ook echt gewenst is. Daarentegen merk bij mijn collega's blijvende terughoudendheid voor actieve bevraging (o.a. ook door wat schroom en door tijdsdruk). Daarnaast werd wel gemerkt dat als de vraag wordt ingekaderd in algemene preventie, vrouwen nog nooit raar opkeken van de vraag of ze nog regelmatig bloedverlies hebben, of eventueel last hebben van 'de menopauze'. Er is wel de neiging om, na het zien van de mogelijke drempels en ervaringen van patiëntes, toch zelf meer open vragen te stellen en eerder wat dieper door te vragen. Ook blijft de MRS-vragenlijst beschikbaar in verschillende talen. Deze vragenlijst werd als bruikbaar en nuttig bestempeld door de patiëntes. Ze kan (naar mijn ervaring) snel worden ingevuld, ook tijdens een consultatie, en kan helpen om perimenopauzale klachten meer specifiek te benoemen. Zeker ook de collega's ervaren voordelen van de MRS-vragenlijst, enerzijds door de volledigheid ervan, anderzijds door de mogelijkheid het te gebruiken als eerste stap tot verdere gesprekken en nazicht.

Net deze gesprekken zijn belangrijk, er werd in dit onderzoek immers gevonden dat vrouwen een persoonlijk gesprek als meest belangrijke bron van medische informatie vinden. Om dit te ondersteunen werd de praktijkrichtlijn opgesteld. Deze werd goed onthaald door de collega's. Het is een uitgebreide richtlijn, maar bevat alle nodige informatie op een gestructureerde en overzichtelijke manier. Daarnaast kreeg ik ook positieve reacties over de informatiebrochure; deze is logisch opgebouwd, en heeft eerder een normaliserende en geruststellende insteek naar de patiëntes toe, met de nodige aandacht voor knipperlichten.

Wat het coderen betreft, werd we een mooie vooruitgang geboekt dankzij het project. Voor de start van het project in 2017, zagen we dat menopauze of menopauzale klachten slechts tien maal gecodeerd stond als zorgaanpak in het EMD. Tijdens het project codeerde ik voor elke deelneemster die dit wenste de status in het dossier, wat op zessentwintig extra coderingen van de menopauze neerkomt. Ook de patiëntes die buiten het onderzoeksproject werden gezien omwille van menopauzale klachten werden gecodeerd, waardoor de term menopauze/menopauzaal syndroom nog zes maal extra gecodeerd werd. Een valkuil bij het interpreteren van deze resultaten is dat er in de praktijk niet de vaste gewoonte is om steeds zorgelementen te coderen.

BESLUIT

Het is de taak van de huisarts om de gezondheid van onze patiënten op peil te houden door naast onze curatieve zorg ook preventieve zorg aan te bieden. We moeten ook de tijd nemen om te peilen naar eventuele zorgen en klachten die kunnen gepaard gaan aan bepaalde levensfases, zoals de overgang, en daar kunnen op inspelen met concrete en patiëntgerichte informatie. Als besluit bij dit project, kan gesteld worden dat de klachten en zorgvragen over menopauze zeer individueel zijn. Veel vrouwen hebben vragen over deze levensfase die ze willen brespreken met hun huisarts, maar vaak komt men daar niet toe. Het is dus belangrijk dat de huisarts voldoende alert is voor mogelijke klachten en vragen van vrouwen rond de leeftijd van de overgang. Bovendien kan het interessant zijn om zeker bij bepaalde groepen, zoals vrouwen die lager geschoold zijn of geen Westerse culturele achtergrond hebben, een meer actieve navraag naar eventuele klachten te doen. Voornamelijk in deze groepen vonden we immers een terughoudendheid bij de vrouwen om de klachten zelf aan te halen bij de collega's. De belangrijkste conclusie die ik zelf trok uit dit onderzoek, is dat er voor de huisarts een belangrijke rol is weggelegd in het faciliteren van een gesprek over menopauze. Als huisarts de deur op een kier zetten door het onderwerp menopauze even aan te snijden, kan voor –voornamelijk kwetsbare patiëntes– de aanzet geven tot een open gesprek over mogelijke perimenopauzale klachten. Dit kan op zijn beurt weer dat extra beetje helpen om het algemene welbevinden van de vrouw in kwestie te bevorderen.

Bovendien kan een gestandaardiseerde vragenlijst helpen om de klachten te benoemen en concretiseren, en om drempels (zoals gêne of taal) te overwinnen. Dit, samen met voldoende kennis over het onderwerp, kan ondersteunend werken bij een consult over menopauzale klachten. Huisartsen kunnen op deze manier duidelijke, op maat gesneden informatie geven aan de patiënte. Een gesprek met de huisarts blijft immers de belangrijkste bron van medische informatie voor patiënten. Door de veelheid aan informatie en de tijdsdruk die bijna steeds heerst, wordt het in huidige tijden bijna onmogelijk om als huisarts onze patiënten steeds zelf alle informatie te kunnen voorzien tijdens een consultatie. Het risico van informatieoverdracht op enkel mondelinge wijze is ook dat er delen verloren kunnen gaan. Ook merken we dat patiënten ook steeds vaker zelf op zoek gaan naar informatie, maar hiervoor niet steeds over de juiste tools beschikken. Daarbij wordt het in mijn ogen steeds belangrijker om ook de patiënten te kunnen ondersteunen met visuele informatiebronnen en betrouwbare websites online. Op deze manier zijn onze patiënten meer geïnformeerd, en worden keuzes gemaakt op vlak van gezondheid steeds meer *shared* en *informed decision making*.

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AD	Antidepressiva
CA	Carcinoom
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
FSH	Follikelstimulerend Hormoon
Gzh-zorg	gezondheidszorg
HR-QoL	Health Related Quality of Life
HST	Hormoon Substitutie Therapie
LH	Luteïniserend Hormoon
MRS	Menopause Rating Scale
SWAN	Study of Women's Health Across the Nation (zie bronnenlijst)
T_4	Thyroxine
TSH	Thyroïd Stimulerend hormoon
WHO	World Health Organisation

LIJST VAN GEBRUIKTE FIGUREN

Figuur 1: Spreiding van de leeftijd van de deelneemsters 17
Figuur 2: Spreiding van de leeftijd van de laatste menstruatie 18
Figuur 3: Menopauzale status 18
Figuur 4: Rookgewoontes 19
Figuur 5: Alcoholgebruik 19
Figuur 6: Medicatie of pathologie met potentiële invloed op klachten 20
Figuur 7: Scholingsgraad 20
Figuur 8: Opleidingsgraad 20
Figuur 9: Verdeling van de totaalscores op de MRS-vragenlijst 22
Figuur 10: Vragen menopauze 26
Figuur 11: Wens gesprek met huisarts 26
Figuur 12: Menopauze besproken met huisarts 26
Figuur 13: Gesprek met huisarts zinvol 26
Figuur 14: Oorzaken geen gesprek met huisarts (subgroepen volgens afkomst) 28
Figuur 15: Oorzaken geen gesprek met huisarts (subgroepen volgens opleidingsgraad) 29
Figuur 16: Ervaren drempels (subgroepen volgens afkomst) 30
Figuur 17: Ervaren drempels (volgens opleidingsgraad) 30
Figuur 18: Actieve bevraging 31
Figuur 19: Gewenste informatiebronnen 33
Figuur 20: Visgraatanalyse 34

LIJST VAN GEBRUIKTE TABELLEN

Tabel 1: Verdeling herkomstlanden 17
Tabel 2: Verdeling taal van vragenlijsten 17
Tabel 3: Verdeling cultuur 17
Tabel 4: Leeftijd laatste menstruatie 18
Tabel 5: Leeftijd laatste menstruatie (natuurlijke overgang)* 18
Tabel 6: Rookgewoonten en gemiddelde leeftijd laatste menstruatie bij natuurlijke overgang 19
Tabel 7: Geneesmiddelengebruik met potentiële invloed op de klachten 19
Tabel 8: Resultaten van de MRS-vragenlijst 22
Tabel 9: Subscore somatische klachten (op max score 16) 23
Tabel 10: Subscore psychische klachten (op max score 16) 23
Tabel 11: Subscore urogenitale klachten (op max score 12) 23
Tabel 12: Verdeling MRS-scores vergeleken bij vrouwen met verschillende menopauzale status 23
Tabel 13: Verdeling MRS-scores vergeleken bij vrouwen met verschillende afkomst 24
Tabel 14: Verdeling MRS-scores vergeleken bij vrouwen met verschillende scholingsgraad 25
Tabel 15: Verdeling MRS-scores vergeleken bij vrouwen die al dan niet antidepressiva innemen 25
Tabel 16: Vragen over menopauze volgens afkomst 26
Tabel 17: Vragen besproken met huisarts volgens afkomst 27
Tabel 18: Nut van gesprek met huisarts volgens afkomst 27
Tabel 19: Positieve en negatieve ervaringen van patiëntes na gesprek met huisarts 27
Tabel 20: Oorzaken geen gesprek met huisarts 28
Tabel 21: Drempels ervaren door patiëntes 29
Tabel 22: Karakteristieken van vrouwen die geen actieve bevraging wensen 31
Tabel 23: Actieve bevraging door huisarts volgens afkomst 31
Tabel 24: Actieve bevraging door huisarts volgens opleiding 32
Tabel 25: Vraag naar meer informatie na gesprek met huisarts 32
Tabel 26: Voorstel aanpassingen op verschillende niveaus 39
Tabel 27: Beschrijvende statistiekgemiddelde MRS-scores bij subgroepen menopauzale status 63
Tabel 28: Resultaat statistische ANOVA-test voor scores op MRS-vragenlijsten tussen subgroepen vrouwen volgens menopauzale status 63
Tabel 29: Beschrijvende statistiek gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens menopauzale status (pre- en perimenopauze) 63
Tabel 30: Resultaat statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores (pre- en perimenopauze) 63
Tabel 31: Beschrijvende statistiek gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens menopauzale status (pre- en postmenopauze) 64
Tabel 32: Resultaat statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores (pre- en postmenopauze) 64
Tabel 33: Beschrijvende statistiek gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens menopauzale status (peri- en postmenopauze) 64
Tabel 34: Resultaat statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores (peri- en postmenopauze) 64
Tabel 35: Beschrijvende statistiek gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens afkomst 65
Tabel 36: Resultaat statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores in subgroep volgens afkomst 65
Tabel 37: Beschrijvende statistiek gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens opleiding 65
Tabel 38: Resultaat statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores in subgroep volgens opleiding 65
Tabel 39: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens gebruik van antidepressiva 66
Tabel 40: Resultaat van statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores in subgroep volgens gebruik van antidepressiva 66

REFERENTIES

1. NHG. De overgang (eerste herziening) [Internet]. NHG; 2012 [Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-de-overgang.
2. De menopauze. In: ViVio, editor. Brussel: ViVio BVBA; 2015.
3. Menopauzale klachten [Internet]. Duodecim Medical Publications Ltd. 2014.
4. Hinrichsen G, Wernecke KD, Schalinski A, al. e. Menopausal symptoms in an intercultural context: a comparison between German women, Chinese women and migrant Chinese women using the Menopause Rating Scale (MRS II). Archives of Gynecology and Obstetrics. 2014.
5. Hoga LA, Rodolpho JR, Gonçalves B, al. e. Women's experiences of menopause: a systematic review protocol of qualitative evidence. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2015;12(7):72-81.
6. Zöllner Y, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. Quality of Life Research. 2005;14(2):309-27.
7. Sievert LL. Menopause across cultures: clinical considerations. Menopause. 2014;21(4):421-3.
8. Avis NE, Stellato R, Crawford S, al. e. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. Social Science & Medicine. 2001;52(3):345-56.
9. WHO. Women, ageing and health: a framework for action. Focus on gender [Internet]. Geneve2007 [cited 2017. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/women_ageing.pdf.
10. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. Maturitas. 2010;65(1):28-36.
11. Avis NE, Brockwell S, Colvin A. A universal menopausal syndrome? The American Journal of Medicine. 2005;118(12, Supplement 2):37-46.
12. Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011;38(3):489-501.
13. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, al. e. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004;2.
14. Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Miller J, Nedrow A, Nicolaidis C, et al. Management of menopause-related symptoms. Evidence report/technology assessment (Summary). 2005(120):1-6.
15. Heinemann LA. MRS - the menopause rating scale [Internet]. Berlin2008 [updated 2008; cited 2017. Available from: http://www.menopause-rating-scale.info/.
16. Muntinga ME, Krajenbrink VQ, Peerdeman SM, Croiset G, Verdonk P. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. Advances in health sciences education : theory and practice. 2016;21(3):541-59.
17. Hanssens LD, J, Hardyns W, Willems S. Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. International Journal of Public Health. 2016;61(4):443-54.
18. Paternotte E, van Dulmen S, Bank L, Seeleman C, Scherpbier A, Scheele F. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences. International journal of medical education. 2017;8:170-5.
19. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJ, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. Patient education and counseling. 2015;98(4):420-45.
20. Pitkin J. Cultural issues and the menopause. Menopause Int. 2010;16(4):156-61.
21. Strezova A, O'Neill S, O'Callaghan C, al. e. Cultural issues in menopause: an exploratory qualitative study of Macedonian women in Australia. Menopause. 2016.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

Bijlage 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Bijlage 3: Informatiefiche voor de patiënte (Nederlandstalige versie)*

Bijlage 4: Toestemmingsformulier (Nederlandstalige versie)*

Bijlage 5: MRS-vragenlijst (Nederlandstalige versie)*

Bijlage 6 : Bijkomende vragenlijst (Nederlandstalige versie)*

Bijlage 7: Vragenlijst collega's

Bijlage 8: Statistische testen

Bijlage 9: Praktijkrichtlijn

Bijlage 10: Informatiebrochure menopauze(Nederlandstalige versie)*

*Omwille van ecologische redenen worden hier enkel de Nederlandstalige versies weergegeven.

BIJLAGE 1: GOEDGEKEURD PROTOCOL

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

OMGAAN MET MENOPAUZALE KLACHTEN IN EEN MULTICULTURELE PRAKTIJK

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR
- NAAM: STEPHANIE DE MAESSCHALCK
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 09/332 33 23
- FAX: 09/332 4976
- E-MAIL: STEPHANIE.DEMAESSCHALCK@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR NIET VAN TOEPASSING

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: HANNE VIENNE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0476/ 62 11 93
- E-MAIL: HANNEVIENNE@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: FRANK VAN DE MAELE
- ADRES: TORHOUTSESTEENWEG 55, 8400 OOSTENDE
- TELEFOONNUMMER: 059/ 500 191
- E-MAIL: ARTE.MEDICA@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: ...
- NAAM ONDERZOEKER: ...
- DATUM GOEDKEURING: ... (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/04/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2018

BIJLAGE 1: GOEDGEKEURD PROTOCOL

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ VRAGENLIJSTEN
  - ☐ INTERVIEW
- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ☐ VRAGENLIJST

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

UIT ERVARING EN LITERATUUR IS HET ALGEMEEN GEKEND DAT DE MENOPAUZE EEN OVERGANGSFASE IS IN HET LEVEN VAN EEN VROUW, DIE KLACHTEN MET ZICH KAN MEEBRENGEN, EN OP DEZE MANIER HET ALGEMEEN WELBEVINDEN KAN BEÏNVLOEDEN. DE HUISARTS KAN DE PATIËNT HIERBIJ BIJSTAAN DOOR INFORMATIE TE VERSCHAFFEN, EVENTUELE VRAGEN TE BEANTWOORDEN EN INDIEN NODIG EEN THERAPIE OP TE STARTEN OM DE KLACHTEN TE VERLICHTEN. DIT ONDERWERP WORDT ECHTER NIET AL TE VAAK AANGEHAALD TIJDENS CONSULTATIES, EN EEN BIJZONDERE GROEP HIERBIJ ZIJN VROUWEN ETHISCH-CULTURELE MINDERHEDEN, PATIENTES MET MIGRATIE-ACHTERGROND EN PATIENTES DIE HET NEDERLANDS NIET MACHTIG ZIJN. UIT DIVERSE STUDIES IS IMMERS GEBLEKEN DAT HET OMGAAAN MET EN HET RAPPORTEREN VAN MENOPAUZALE KLACHTEN AFHANKELIJK IS VAN DE CULTURELE OMGEVING VAN DE VROUW.

HET ONDERZOEK DAT ZAL GEVOERD WORDEN HEEFT ALS DOEL OM DEZE KLACHTEN IN DE PRAKTIJK BESPREEKBAAR TE MAKEN. ER ZAL WORDEN GEKEKEN NAAR WAT MOGELIJKE DREMPELS ZIJN, EN HOE WE DEZE KUNNEN COUNTEREN. HIERVOOR ZAL IK ME RICHTEN OP PATIENTES VAN 45-60 JAAR VAN ELKE AFKOMST EN NATIONALITEIT DIE OP CONSULTATIE KOMEN TIJDENS HET ONDERZOEKSTERMIJN EN DIE IN DE PERIODE VAN DE OVERGANG ZIJN (VANAF VERANDERING VAN HET MENSTRUATIEPATROON TOT EEN JAAR NA UITBLIJVEN VAN DE MENSTRUATIE). DIT ZAL BEVRAAGD WORDEN VIA EEN PROJECTIE IN DE WACHTZAAL EN ACTIEF IN DE CONSULTATIES DOOR MEZELF EN MIJN COLLEGA'S, DIE DE GEÏNTERESSEERDE DAMES DAARNA ZULLEN DOORVERWIJZEN NAAR MIJ VOOR VERDERE INFORMATIE.

HET ONDERZOEK BESTAAT UIT VERSCHILLENDE LUIKEN:

1/ LITERATUURSTUDIE
- RICHTLIJNEN OMTRENT MENOPAUZALE KLACHTEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK
- ARTIKELS EN RELEVANTIE INFORMATIE OMTRENT MENOPAUZALE KLACHTEN VIA WETENSCHAPPELIJKE ZOEKMACHINES (PUBMED, EMBASE, PSYCHINFO) EN EERDER VERSCHENEN THESISSEN UIT DE ICHO-DATABASE
- GEGEVENS OVER MEM-PATIENTES (MIGRANTEN EN ETHISCH CULTURELE MINDERHEDEN) EN OMGANG MET MENOPAUZALE KLACHTEN

2/ PRAKTIJKOVERLEG

OP BASIS VAN DE LITERATUUR WORDT ER EEN EXPERTENBEVRAGING GEORGANISEERD BINNEN DE PRAKTIJK (IN DE VORM VAN EEN SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW). HIERBIJ WORDT GEPEILD NAAR DE HUIDIGE AANPAK, DREMPELS EN WERKPUNTEN EN POTENTIËLE OPLOSSINGEN.
DIT VORMT EEN EERSTE AANZET NAAR HET PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT DAT GEKOPPELD WORDT AAN HET ONDERZOEK.

3/ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIENTENPOPULATIE

VROUWELIJKE PATIËNTES DIE OP CONSULTATIE KOMEN EN WELDOEN AAN DE INCLUSIECRITERIA ZULLEN GEVRAAGD WORDEN OM TIJDENS EEN APART MOMENT (EEN VRIJBLIJVENDE CONSULTATIE ZONDER FINANCIËLE MEERKOST) TWEE VRAGENLIJSTEN OMTRENT MENOPAUZE IN TE VULLEN. DE EERSTE VRAGENLIJST IS DE MRS (DE MENOPAUZE RATING SCALE, ZIE BIJLAGE); EEN GEVALIDEERDE EN GESTANDAARDISEERDE VRAGENLIJST DIE PEILT NAAR DE ERNST VAN DE POTENTIEEL AANWEZIGE MENOPAUZALE KLACHTEN EN DE GEZONDHEIDSGERELATEERDE LEVENSKWALITEIT (HRQOL). DEZE VRAGENLIJST BESTAAT UIT 11 VRAGEN WAARBIJ EEN SCORE KAN GEGEVEN WORDEN NAAR DE ERNST VAN DE KLACHT; EN BESTAAT IN VEEL VERSCHILLENDE TALEN (ZIE INVENTARIS IN BIJLAGE). OP DEZE MANIER IS HET DE BEDOELING OM DE DREMPEL TOT DEELNAME LAAG TE HOUDEN EN DE KLACHTEN ZO OBJECTIEF MOGELIJK TE INVENTARISEREN. DEZE VRAGENLIJST WORDT GECOMBINEERD MET EEN ALGEMENE VRAGENLIJST (ZIE BIJLAGE: AANVULLENDE VRAGENLIJST) OVER DE ERVARING VAN VROUWEN MET HET OMGAAN VAN MENOPAUZALE KLACHTEN EN HET BETREKKEN VAN DE HUISARTS HIERBIJ. OOK DE GEBRUIKSVRIENDELIJKHEID EN HET NUT VAN DE MRS-VRAGENLIJST WORDT BEVRAAGD.
DEZE GEGEVENS ZULLEN WORDEN GEÏNVENTARISEERD EN GECODEERD OM EEN ZICHT TE KRIJGEN OP DE ERVAREN LAST VAN DE PATIENTES EN HUN VRAAG OM HIER MET DE HUISARTS DIEPER OP IN TE GAAN. INDIEN GEWENST WORDT HET RESULTAAT VAN DE MRS GENOTEERD IN HET DOSSIER, EN KAN DE VROUW DE RESULTATEN EN EVENTUELE THERAPEUTISCHE OPTIES BESPREKEN MET HAAR VASTE HUISARTS.

4/HEREVALUATIE EN PRAKTIJKOVERLEG
- BESPREKING VAN DE BEVINDINGEN VAN DE GEGEVENSINZAMELING
- OPSTELLEN VAN VISGRAATANALYSE (VIA FOCUS-STRATEGIE) EN EVENTUELE PDCA-CYCLUS OM EVENTUEEL DE MRS-VRAGENLIJST (EN MOGELIJKS EEN INFORMATIEBROCHURE) TE INTRODUCEREN IN DE PRAKTIJK.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ☐ JA

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ☐ JA: (KANS ECHTER HEEL MINIEM GEZIEN HET GAAT OM (PERI)MENOPAUZALE VROUWEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 30-50 + 2 EXPERTEN

D. LEEFTIJD : 45-60 JAAR

E. GESLACHT : VROUW (+2 EXPERTEN: 1 MANNELIJKE EN 1 VROUWELIJKE COLLEGA)

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? PATIËNTES DIE TIJDENS HET ONDERZOEKSTERMIJN OP CONSULTATIE KOMEN ZIEN EEN KORT INFORMATIEF BERICHT IN DE WACHTZAAL GEPROJECTEERD. VROUWEN DIE GEÏNTERESSEERD ZIJN EN VOLDOEN AAN DE INCLUSIECRITERIA KOMEN OP EEN APART MOMENT OP 'CONSULTATIE" OM DE VRAGENLIJSTEN AF TE NEMEN (ZONDER FINANCIËLE MEERKOST). INDIEN ER TOESTEMMING WORDT GEGEVEN KAN HET RESULTAAT WORDEN GENOTEERD IN HET DOSSIER , WAARBIJ ER EVENTUELE THERAPEUTISCHE OPTIES KUNNEN BESPROKEN WORDEN TIJDENS EEN GEWONE CONSULTATIE BIJ DE VASTE HUISARTS VAN DE PATIËNTE.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ☐ JA

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ☐ JA

MONDELING :

- ☐ JA

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? ...
COLLEGA'S ZULLEN BEVRAAGD WORDEN (IN EEN SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW) NAAR CONSULTVOERING OMTRENT MENOPAUZALE KLACHTEN.

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ☐ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☐ JA (IN ALLE TALEN WAARIN HET VOORHANDEN IS)

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☐ JA (IN ALLLE TALEN WAARIN HET VOORHANDEN IS)

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.
UGENT 'NO FAULT'

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?
JA, ER WERD REEDS ONDERZOEK GEDAAN NAAR HET GEBRUIK VAN DE MRS IN DE HUISARTSENPRAKTIJK DOOR MANAMA-STUDENTEN HUISARTSGENEESKUNDE. ER ZIJN OOK STUDIES DIE DE INVLOED VAN CULTURELE ACHTERGROND OP MENOPAUZALE KLACHTEN BETREKKEN, MAAR DIT IS NIET SPECIFIEK IN EERSTE LIJN ONDERZOCHT.
DEZE STUDIE WORDT DUS HERHAALD IN DEZE SPECIFIEKE MULTICULTURELE EERSTELIJNSPRAKTIJK OM TE ZIEN OF DE MRS EEN ZINVOLLE TOOL KAN ZIJN OM MENOPAUZALE KLACHTEN TE BEVRAGEN, IN HET BIJZONDER OOK BIJ PATIËNTES DIE HET NEDERLANDS NIET MACHTIG ZIJN EN PATIËNTES MET EEN MIGRATIE-ACHTERGROND.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☐ **JA: HET IN KAART BRENGEN VAN MENOPAUZALE KLACHTEN EN HET VERSCHAFFEN VAN INFORMATIE HIEROMTRENT BRENGT VOOR DE DEELNEMENDE PATIENTE DIRECTE VOORDELEN MET ZICH MEE, INDIEN GEWENST EN NODIG GEACHT KAN IER OOK EEN THERAPIE WORDEN OPGESTART.**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☐ **JA: INDIEN DE VRAGENLIJST POSITIEF ONTHAALD WORDT, KAN ZE GEÏNTEGREERD WORDEN IN DE PRAKTIJK, WAARBIJ DE KLACHTEN MOGELIJKS MAKKELIJKER BESPREEKBAAR ZULLEN WORDEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☐ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)
NIET VAN TOEPASSING

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ?
DR HANNE VIENNE - DR FRANK VAN DE MAELE

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? DR HANNE VIENNE

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ NIET VAN TOEPASSING

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

NIET VAN TOEPASSING VOOR DEELNEMERS.

VOORSTEL TOT VERGOEDING VAN PROFESSIONELE TOLK INDIEN AANWEZIG BIJ DE ONDERVRAGING VAN DE KANDIDATEN. VERGOEDING ONDERLING OVEREEN TE KOMEN EN TE BETALEN DOOR DE HAIO.

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

BIJLAGE 2: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Dr. Stéphanie DE MAESSCHALCK
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0365	23-mei-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Omgaan met menopauzale klachten in een multiculturele praktijk. (MAnaMA Hanne Vienne)

Belgisch Registratienummer: B670201731997

* Antwoord onderzoekers dd. 23/03/2017 (versie 2) - via mail dd. 23/04/2017 (ontv. dd. 24/04/2017) op opmerkingen EC dd. 19/03/2017
* Begeleidende brief bij antwoord dd. 22/04/2017
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 20/04/2017
* Informatieformulier voor de deelnemer (expert, collega huisarts in de praktijk) - (versie 2) dd. 23/03/2017
* Informatieformulier voor de tolk (versie 2) dd. 23/03/2017
* Informatiebrochure (N., F., E., D., Roemeens, Russisch, Bulgaars en Arabisch) (versie 2 dd. 23/03/2017)
* Toestemmingsformulier (N., F., E., D., Roemeens, Russisch, Bulgaars en Arabisch) (versie 2 dd. 23/03/2017)
* Projectie ter informering/rekrutering van kandidaat proefpersonen (versie 2) dd. 23/03/2017
* Vragenlijsten
  - Beschikbare talen vragenlijst (versie 2 dd. 23/03/2017)
  - MRS-Vragenlijst (N., F., E., D., Roemeens, Russisch, Bulgaars en Arabisch) (versie 2 dd. 23/03/2017)
  - Bijkomende vragenlijst (N., F., E., D., Roemeens, Russisch, Bulgaars en Arabisch) (versie 2 dd. 23/03/2017)

Advies werd gevraagd door:
Dr. S. DE MAESSCHALCK ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/05/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 9/05/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/05/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 9/05/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

BIJLAGE 2: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0365	23-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0365

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc.; that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. S. DE MAESSCHALCK - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

BIJLAGE 3: INFORMATIEFICHE VOOR DE PATIËNTE (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

Beste mevrouw,

Bent u tussen 45 en 60 jaar, en heeft u veranderingen opgemerkt in uw menstruatie of is deze uitgebleven in het voorbije jaar, dan wil ik u graag meer informatie geven over een project dat op dit moment loopt in uw huisartsenpraktijk en waaraan u vriendelijk gevraagd wordt om deel te nemen.

Wat is het doel van het onderzoek?

De menopauze is een belangrijke overgangsfase in het leven van een vrouw. Het maandelijks bloedverlies krijgt een ander patroon, blijft steeds vaker uit en verdwijnt uiteindelijk. Dit gebeurt onder invloed van hormonale veranderingen in het lichaam. Vrouwen kunnen hierbij klachten hebben, op lichamelijk én psychologisch vlak. Deze 'menopauzale klachten' kunnen warmte-opwellingen, spier- en gewrichtsklachten, vaginale klachten en stemmingsveranderingen zijn.

We weten dat deze klachten invloed kunnen hebben op het algemeen welbevinden van de vrouw. Vrouwen hebben hier vaak vragen over, en zoeken dan informatie in hun omgeving of via internet. Men kan hier echter ook bij de huisarts voor terecht. Duidelijke en juiste informatie kan al heel wat betekenen. Als het nodig geacht wordt door de patiënte en de huisarts kan ook medicatie worden voorgeschreven. Maar hiervoor is het opnieuw van belang dat de huisarts weet of en hoeveel last de vrouw heeft van de menopauzale klachten.

Er bestaat een hiervoor een vragenlijst; de MRS (Menopausal Rating Scale). Met behulp van deze korte vragenlijst (11 vragen) kan op een snelle en eenvoudige manier de ernst van de ondervonden klachten worden ingeschat.

Het doel van dit onderzoek is na te gaan of de MRS-vragenlijst, geïntegreerd in een consultatie waarbij een vrouw aangeeft dat ze menopauzale klachten heeft, een meerwaarde zou hebben bij het bespreekbaar maken van deze klachten, het geven van informatie en zoeken naar een mogelijke oplossing.

Concreet zal het onderzoek inhouden:

- Een vragenlijst over menopauzale klachten (MRS-vragenlijst); de score kan indien gewenst worden genoteerd in uw medisch dossier
- Enkele vragen over uw menstruatiepatroon, leeftijd, afkomst en taal
- Enkele vragen over uw beleving: wilt u over deze klachten praten met de huisarts, waarom wel/niet en wat houdt u tegen? Wat vindt u van de vragenlijst?

Na deze korte ondervraging (30min) staat het vrij om verder met uw huisarts deze klachten te bespreken. Het is ook de bedoeling om aan de hand van de feedback die ik kreeg een informatieve brochure te maken voor vrouwen die meer informatie wensen.

Waarom wordt u gevraagd om deel te nemen?

Uit onderzoek weten we dat toch ongeveer de helft van de vrouwen last heeft van menopauzale klachten. Niet iedereen gaat hiermee naar de huisarts, hoewel die informatie kan geven en eventueel een therapie kan opstarten. U behoort momenteel tot deze categorie van vrouwen en daarom wil ik graag onderzoeken hoe hiermee wordt omgegaan.

Uw deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. U bent geheel vrij om te beslissen of u deelneemt of niet. U kunt tijdens het onderzoek ook ten allen tijde beslissen om niet meer deel te nemen. Het al dan niet deelnemen aan deze studie heeft geen enkel gevolg voor uw relatie met de huisarts of met de onderzoekers; het al dan niet deelnemen heeft ook geen financiële gevolgen.

BIJLAGE 3: INFORMATIEFICHE VOOR DE PATIËNTE (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

Wat met uw privacy?

Iedereen heeft recht op privacy. Daarom waarborgen wij de vertrouwelijkheid van alle persoonlijke gegevens die tijdens het onderzoek ingezameld en geanalyseerd worden. Niemand zal rechtstreeks geïdentificeerd kunnen worden. De resultaten zullen een dusdanige vorm krijgen, dat zij niet aan een naam of adres kunnen gekoppeld worden.
Het onderzoek werd ter advies voorgelegd aan de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent.

Wat zal er gebeuren met de resultaten van het onderzoek?

De resultaten van het onderzoek dienen voor wetenschappelijk onderzoek en zullen worden geanalyseerd en gecodeerd bekend gemaakt worden via de geschreven en/of audiovisuele pers. Ook andere wetenschappers en gezondheidswerkers zullen de resultaten kunnen gebruiken voor verder onderzoek.
Bijkomend zullen de resultaten worden gebruikt om gezondheidsactiviteiten in de praktijk beter af te stemmen op de noden van de patiënten. Indien gewenst, kunnen uw persoonlijke resultaten ook in uw medisch dossier worden genoteerd en gebruikt worden door uw huisarts om uw gezondheid inzake menopauze te optimaliseren.

Waar kan u terecht voor meer info?

Voor alle bijkomende info kan u terecht bij:

Dr. Hanne Vienne, Huisarts in opleiding	Torhoutsesteenweg 55, 8400 Oostende	Tel:059/500191
Dr. Frank Van De Maele, Huisarts	Torhoutsesteenweg 55, 8400 Oostende	Tel:059/500191

Dokter Hanne Vienne	HAIO (huisarts in opleiding)
Dokter Frank Van De Maele	Huisarts

BIJLAGE 4: TOESTEMMINGSFORMULIER (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

De deelnemer

Ik ben *duidelijk geïnformeerd* over het onderzoek, zowel mondeling als via het schriftelijk informatieformulier in een taal die ik begrijp.

Ik weet dat deelname *vrijwillig* is, ik op elk moment en zonder opgeven van reden de studie kan verlaten en dat dit alles geen invloed heeft op mijn relatie tot de huisarts of onderzoeker. Deelname aan het onderzoek brengt geen kosten of financieel voordeel met zich mee.

Ik weet en stem toe dat gegevens die in het kader van dit onderzoek verzameld worden, *vertrouwelijk* gebruikt worden bij het wetenschappelijk onderzoek. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal de persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Ik weet dat de resultaten onherkenbaar zullen worden verwerkt en dat ik op geen enkele manier direct zal kunnen worden geïdentificeerd in elke vorm van publicatie, mijn anonimiteit zal aldus verzekerd zijn.

Indien na het afnemen van de vragenlijst nog extra vragen zijn die nuttig zijn voor het onderzoek, stem ik toe dat de onderzoeker mij opnieuw mag *contacteren*.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, werd een *verzekering* afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Naam: ……..

Datum:…….

Handtekening:

De onderzoeker

Ik bevestig dat zowel mondeling als schriftelijk, via het informatie- en toestemmingsformulier, informatie werd gegeven over het onderzoek. De deelnemer krijgt de formulieren en de vragenlijst in een taal die hij voldoende machtig is, eventueel bijgestaan door een tolk.

Ik verklaar dat er op geen enkele manier druk werd uitgevoerd tot deelname en dat de verzamelde gegevens enkel zullen worden gebruikt voor het ontwikkelen van gezondheidsgerelateerde interventies en voor wetenschappelijk onderzoek omtrent gezondheid en gezondheidszorggebruik. De gegevens zullen worden verzameld en verwerkt volgens de Belgische wetgeving en de voorschriften ter bescherming van de privacy.

Naam: ……..

Datum:…….

Handtekening:

BIJLAGE 5: MRS-VRAGENLIJST (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

Beoordelingsschaal voor menopauzeklachten (Belgian Dutch version of the MRS)

Welke van onderstaande symptomen zijn op dit moment op u van toepassing? Zet a.u.b. bij elk symptoom een kruisje in het juiste hokje. Als een symptoom niet van toepassing is, kruist u "geen" aan.

Symptomen:

		geen	licht	matig	ernstig	zeer ernstig
	Score =	0	1	2	3	4
1.	Opvliegers ('vapeurs'), zweten (zweetaanvallen)	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Hartklachten (ongewone bewustheid van de hartslag, 'overslaan' van het hart, 'jagen' van het hart, benauwdheid op de borst)	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Problemen met slapen (moeite met in slaap vallen, moeite met doorslapen, (te) vroeg wakker worden)	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Depressieve stemming (terneergeslagen gevoel, verdrietig gevoel, elk moment in tranen kunnen uitbarsten, tekort aan motivatie, stemmingswisselingen)	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Prikkelbaarheid (nerveus gevoel, innerlijke spanning, agressieve gevoelens)	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Benauwdheid (innerlijke rusteloosheid, paniekerig gevoel)	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Lichamelijke en geestelijke uitputting (algemene afname van prestaties, minder goed geheugen, verminderde concentratie, vergeetachtigheid)	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Seksuele problemen (verandering in seksuele verlangens, in seksuele activiteit en bevrediging)	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Blaasproblemen (moeite met plassen, vaker moeten plassen, moeite met ophouden van urine)	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Vaginale droogheid (droog of branderig gevoel in de vagina, problemen met de geslachtsgemeenschap)	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Spier- en gewrichtsklachten (pijn in de gewrichten, reuma of reumatische klachten)	☐	☐	☐	☐	☐

BIJLAGE 6: BIJKOMENDE VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNTE (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

Naam:
Datum:
Informed consent:
Taal en schore MRS-vragenlijst:

Algemene vragenlijst

Geboortedatum: …….. Leeftijd: ……..
Lengte (cm): …….. Gewicht: ……
Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag? ……
Gebruikt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per dag/week? .....
Huidige medicatie:

Naam en dosis	*Aantal innamen per dag*
……	……..
……	……..
……	……..
……	……..
……	……..

Vragenlijst omtrent menopauze

Heeft u nog uw menstruatie? Ja / Neen
Datum laatste menstruatie: ……
Leeftijd laatste menstruatie: ……

Menstruatiepatroon?
Regelmatig / Onregelmatig
Weinig / matig / veel bloedverlies

Heeft u uw baarmoeder nog? Ja / Neen
Indien neen, reden en jaar wegname: ……

Heeft u de beide eierstokken nog? Ja / Neen
Indien neen, reden en jaar wegname: ……

Heeft u borstkanker doorgemaakt? Ja / Neen

Heeft u een trombose of CVA doorgemaakt? Ja / Neen

BIJLAGE 6: BIJKOMENDE VRAGENLIJST VOOR DE PATIËNTE (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

Vragenlijst omtrent MRS en onderzoeksproject

1. Heb je vragen over de menopauze? Ja / Neen
2. Wil je deze met de huisarts bespreken? Ja / Neen
3. Heb je dat al ooit besproken? Ja / Neen
    a. Indien ja, heb je hier iets aan gehad? Ja / Neen

       Waarom wel/niet? …….
       ……

    b. Indien neen, waarom niet (een of meer mogelijkheden)?

        - Ik wist niet dat de huisarts me hiermee kan helpen
        - Ik vind het moeilijk om over menopauze te praten met de huisarts
        - Andere reden(en):
            - …….
            - …….
            - …….

4. Als je het moeilijk vindt om met de huisarts over de menopauze te babbelen, waarom is dat?
    - Taal
    - Geslacht van de dokter
    - Ik vind het een gênant onderwerp
    - Andere reden(en):
        - ……
        - ……
        - ……
5. Wil je dat de huisarts zelf vraagt of je klachten hebt die te maken hebben met de menopauze?

Ja / Neen

6. Vind je de MRS- vragenlijst een goede manier om de klachten na te vragen? Ja / Neen
7. Hoe belangrijk vind je het voordeel dat de MRS-vragenlijst in jouw moedertaal bestaat?
   (0: onbelangrijk, maakt niet uit – 10: heel groot voordeel): ……
8. Wil je graag meer informatie rond menopauze? Ja / Neen
9. Indien ja: op welke manier zou voor jou het meest nuttig zijn?
    - Informatiefolder
    - Internet
    - Gesprek met arts
    - Infosessie in de praktijk
    - Andere: ……

10. Heb je nog andere vragen/opmerkingen over deze studie?

……
……
……

BIJLAGE 7: VRAGENLIJST COLLEGA'S

1. Hoe zou je zelf de menopauze omschrijven?

2. Hoe frequent komen de overgang / menopauzale klachten ter sprake tijdens de consultaties?

    - Volgens NHG is de gemiddelde leeftijd 51 jaar, en komen vasomotorische klachten voor bij 55-60% van de patiëntes, vnl in het eerste jaar na de menopauze.
      Komt dit overeen met jouw bevindingen uit de praktijk?

    - Merk je verschillen bij onze verschillende patiëntenpopulatie en het aanbrengen van klachten of vragen rond menopauze (naar scholingsgraad, afkomst, talen?)

3. Hoe komt deze klacht ter sprake?
    - Komt dit van de patiënte?

    - Vraag je zelf soms na of er sprake is van klachten van de overgang bij vrouwen rond 51 jaar?
      Bij wie/wanneer doe je dit?
      Zou je dit eigenlijk nog meer willen doen? Zo ja, wat remt je?

    - Komen vrouwen specifiek op consultatie voor vragen/klachten van de menopauze, of vermelden ze dit eerder terloops tijdens een ander consult?
      Als ze dit terloops vermelden, plan je/zou je daar (in een ideale wereld) een ander consult voor plannen? Waarom wel of niet?

4. Welke termen worden gebruikt tijdens zo'n consult over menopauze? Heb je de indruk dat de vrouwen deze termen gebruiken zoals wij ze gebruiken zoals arts? (zie definities WHO)

5. Welke vragen merk je bij vrouwen? (+ vul evtl aan)
    - Wat houdt menopauze in? Wat kan ik verwachten?
    - Vragen voor bloedonderzoek
    - Vragen voor therapie (opstart/risico's/..)
    - Andere?

6. Hoe pak je vragen over menopauze aan?
    - Heb je een standaardprotocol? Ja / Neen
      Zo ja: wat houdt dit in?
      (vb. aparte bevraging van alle klachten, labo, bespreking voor en nadelen HRT,…?)

    - Voel je jezelf voldoende vertrouwd om over menopauzale klachten te spreken?
      (0: niet vertrouwd – 10: erg zeker) + waarom?

    - Voel je jezelf voldoende vertrouwd om dit te doen met patiëntes van verschillende afkomst/socio-economische achtergrond?
      (0: niet vertrouwd – 10: erg zeker) + waarom?

    - Voel je jezelf vertrouwd met recente richtlijnen?
      (0: niet vertrouwd – 10: erg zeker) + waarom?

    - Waar zoek je zelf bijkomende informatie?

BIJLAGE 7: VRAGENLIJST COLLEGA'S

7. Welke informatie geef je aan deze vrouwen? (+ vul evtl aan)
   - Antwoord op hun vragen
   - Extra mondelinge informatie over de menopauze in het algemeen
   - Ik verwijs ze naar een website (zo ja, welke?)
   - Ik verwijs ze naar de gynaecoloog
   - Ik geef informatie mee op papier (infobrochure, patiëntenbrief)
     Wat, waar vind je dit?

8. Tot slot
   - Wat zijn werkpunten voor jou?
   - Wat kan dit praktijkverbeterend project voor jou betekenen?
   - Zou je nut hebben van een praktijkrichtlijn omtrent menopauzale klachten?

Bedankt!

Definities volgens WHO

Overgang : de 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.1)

Menopauze : de laatste menstruatie in het leven van een vrouw. Het tijdstip van de menopauze wordt retrospectief bepaald, na een jaar amenorroe.

Premenopauze: de periode voorafgaande aan de menopauze, waarin de menstruele cyclus nog regelmatig is.

Perimenopauze : de periode voor de menopauze, waarin de menstruaties veranderen, tot een jaar na de laatste menstruatie.

Postmenopauze: de periode vanaf een jaar na de laatste menstruatie.

BIJLAGE 8: STATISTISCHE TESTEN

8.1 **Gemiddelde MRS-score volgens menopauzale status**

A. ANOVA-test

Vergelijking gemiddelde MRS-scores tussen groepen vrouwen met verschillende menopauzale status

Beschrijvende statistiek MRS-score (volgens menopauzale status)

	N	Gemiddelde score MRS	Std. Deviatie	Std. Error	95% CI interval for Mean Lower	95% CI interval for Mean Upper	Minimum	Maximum
Premenopauzaal	3	5,33	3,055	1,764	-2,26	12,92	2	8
Perimenopauzaal	10	16,40	4,526	1,431	13,16	19,64	8	22
Postmenopauzaal	23	19,52	8,623	1,798	15,79	23,25	5	36
Totaal	36	17,47	8,262	1,377	14,68	20,27	2	36

Tabel 27: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens menopauzale status

ANOVA

Totaalscore MRS-vragenlijst

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Tussen groepen	550,166	2	275,083	4,937	**,013**
Binnen groepen	1838,806	33	55,721		
Totaal	2388,972	35			

Tabel 28: Resultaat van statistische ANOVA-test voor scores op MRS-vragenlijsten tussen subgroepen vrouwen volgens menopauzale status

B. T-testen

Onderlinge vergelijking gemiddelde MRS-scores tussen groepen vrouwen met verschillende menopauzale status.

B.1. Pre- en perimenopauzaal

Beschrijvende statistiek

	Menopauzale status	N	Gemiddelde	Std. Deviatie	Std. Error Mean
Totaalscore MRS-vragenlijst	Premenopauzaal	3	5,33	3,055	1,764
	Perimenopauzaal	10	16,40	4,526	1,431

Tabel 29: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens menopauzale status (pre- en perimenopauze)

T- test voor Equality van gemiddelde

		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% CI of the Difference Lower	95% CI of the Difference Upper
Totaalscore MRS-vragenlijst	Equal variances assumed	-3,913	11	**,002**	-11,067	2,828	-17,292	-4,841
	Equal variances not assumed	-4,872	5,018	**,005**	-11,067	2,272	-16,900	-5,234

Tabel 30: Resultaat van statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores (pre- en perimenopauze)

BIJLAGE 8: STATISTISCHE TESTEN

B.2. Pre- en postmenopauzaal

Beschrijvende statistiek

	Menopauzale status	N	Gemiddelde	Std. Deviatie	Std. Error Mean
Totaalscore MRS-vragenlijst	Premenopauzaal	3	5,33	3,055	1,764
	Postmenopauzaal	23	19,52	8,623	1,798

Tabel 31: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens menopauzale status (pre- en postmenopauze)

T- test voor equality van gemiddelde

		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% CI of the Difference Lower	95% CI of the Difference Upper
Totaalscore MRS-vragenlijst	Equal variances assumed	-2,784	24	**,010**	-14,188	5,097	-24,707	-3,670
	Equal variances not assumed	-5,633	7,572	**,001**	-14,188	2,519	-20,054	-8,323

Tabel 32: Resultaat van statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores (pre- en postmenopauze)

B.3. Peri- en postmenopauzaal

Beschrijvende statistiek

	Menopauzale status	N	Gemiddelde	Std. Deviatie	Std. Error Mean
Totaalscore MRS-vragenlijst	Perimenopauzaal	10	16,40	4,526	1,431
	Postmenopauzaal	23	19,52	8,623	1,798

Tabel 33: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens menopauzale status (peri- en postmenopauze)

T- test voor equality van gemiddelde

		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% CI of the Difference Lower	95% CI of the Difference Upper
Totaalscore MRS-vragenlijst	Equal variances assumed	-1,076	31	**,290**	-3,122	2,902	-9,041	2,798
	Equal variances not assumed	-1,358	29,630	**,185**	-3,122	2,298	-7,818	1,574

Tabel 34: Resultaat van statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores (peri- en postmenopauze)

BIJLAGE 8: STATISTISCHE TESTEN

8.2 **Gemiddelde MRS-score volgens afkomst**

Beschrijvende statistiek

	Afkomst	N	Gemiddelde	Std. Deviatie	Std. Fout Gemiddelde
Totaalscore MRS-vragenlijst	West-Europees	27	18,63	7,962	1,532
	Niet-West Europees	13	15,31	8,769	2,432

Tabel 35: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens afkomst

T- test voor equality van gemiddelde

		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% CI of the Difference Lower	Upper
Totaalscore MRS-vragenlijst	Equal variances assumed	1,196	38	**,239**	3,322	2,777	-2,299	8,943
	Equal variances not assumed	1,156	21,830	**,260**	3,322	2,875	-2,642	9,286

Tabel 36: Resultaat van statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores in subgroep volgens afkomst

8.3 **Gemiddelde MRS-score volgens opleiding**

Beschrijvende statistiek

	Opleiding	N	Gemiddelde	Std. Deviatie	Std. Fout Gemiddelde
Totaalscore MRS-vragenlijst	Lagere opleiding (<18j)	11	15,91	8,526	2,571
	Hogere opleiding (≥18j)	24	19,96	7,422	1,515

Tabel 37: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens opleiding

T- test voor equality van gemiddelde

		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% CI of the Difference Lower	Upper
Totaalscore MRS-vragenlijst	Equal variances assumed	-1,431	33	**,162**	-4,049	2,830	-9,807	1,709
	Equal variances not assumed	-1,357	17,248	**,192**	-4,049	2,984	-10,338	2,239

Tabel 38: Resultaat van statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores in subgroep volgens opleiding

BIJLAGE 8: STATISTISCHE TESTEN

8.4 **Gemiddelde MRS-score volgens gebruik van antidepressiva**

Beschrijvende statistiek

	Opleiding	N	Gemiddelde	Std. Deviatie	Std. Fout Gemiddelde
Totaalscore MRS-vragenlijst	Geen antidepressiva	32	16,59	8,092	1,430
	Antidepressiva	8	21,38	8,383	2,964

Tabel 39: Beschrijvende statistiek van de gemiddelde MRS-scores bij subgroepen volgens gebruik van antidepressiva

T- test voor equality van gemiddelde

		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% CI of the Difference Lower	95% CI of the Difference Upper
Totaalscore MRS-vragenlijst	Equal variances assumed	-1,485	38	**,146**	-4,781	3,220	-11,300	1,737
	Equal variances not assumed	-1,453	10,512	**,175**	-4,781	3,291	-12,066	2,503

Tabel 40: Resultaat van statistische T-test voor gemiddelde MRS-scores in subgroep volgens gebruik van antidepressiva

BIJLAGE 9: PRAKTIJKRICHTLIJN – HET MENOPAUZECONSULT

DEFINITIES

Overgang/Climacterium: De periode van veranderend menstruatiepatroon en de eerste menstruatievrije jaren, waarin een vrouw symptomen en klachten kan ondervinden. De gemiddelde leeftijd is 45-55 jaar.
Menopauze: De laatste menstruatie in het leven van een vrouw (retrospectief bepaald worden, één jaar na amenorroe). Gemiddelde leeftijd in België is 51 jaar, 1-2j eerder bij rooksters.
Premenopauze: De periode van enkele jaren voorafgaand aan de menopauze, waarin de menstruele cyclus nog regelmatig is.
Perimenopauze: De periode voor de menopauze waarin de menstruaties veranderen, tot een jaar na de laatste menstruatie. Deze periode duurt ongeveer vier tot zes jaar.
Postmenopauze: De periode vanaf één jaar na de laatste menstruatie.

DOELPOPULATIE

Actieve bevraging gewenst, bij elke vrouw ouder dan 45 jaar. Zeker bij (één van) de volgende klachten:

- Menstruatieveranderingen
- vasomotorische klachten
- vaginale klachten tgv vaginale atrofie

ANAMNESE

Eventueel: klachten adhv MRS-vragenlijst

Cyclus	Regelmatig of onregelmatig – veranderingen in duur/hoeveelheid bloedverlies – tijdstip laatste menstruatie
Vasomotorische klachten	Opvliegers en nachtelijke transpiratieaanvallen: Aard – frequentie – tijdstippen – beloop
Urogenitale klachten	Irritatie – jeuk – droogheid – dyspareunie – fluor – dysurie – recidiverende UWI
Antecedenten	Endometriose – schildklierpathologie – HK ingrepen aan uterus en/of adnexa, chemo- of radiotherapie
Middelengebruik	Alcoholgebruik – roken - anticonceptie of hormonale medicatie –– GM met invloed op vasomotorische klachten (vaatverwijders, antidepressiva) – ontregelde schildkliermedicatie
Andere	- Andere klachten? - Hinder en invloed op functioneren en seksualiteit (vnl slaapstoornissen) - Psychosociaal: werk, omgeving, zorgtaken en betekenis menopauze
Bij overwegen hormoontherapie	- CV risicofactoren: persoonlijke atcd en FA - Trombo-embolisch risico: FA, trombofilie, atcd - Risico op mamma CA: persoonlijke of familiale atcd

KLINISCH EN AANVULLEND ONDERZOEK

Niet standaard! Wel in volgende omstandigheden:

Vaginale klachten	Inspectie vulva en vagina (mucosa: kleur – kwetsbaarheid – fluor)
Bij overwegen hormoontherapie	- Controle RR en gewicht - Gynaecologisch en borstonderzoek - Labo: glycemie (nuchter) + lipidenspectrum
Andere	- hCG: indien noodzaak uitsluiten zwangerschap - Hb: bij overvloedig en langdurig bloedverlies - TSH: bij vermoeden hyperthyreoïdie - FSH: bij vrouwen < 40j met verdenking menopauze bij vrouwen 40-45j met perimenopauzale klachten

DIAGNOSE

Klinisch, gebaseerd op anamnese bij vrouwen > 45j.
CAVE: moeilijk bij gebruik hormonale behandeling (ook FSH-bepaling kan hier niet helpen!)

- Perimenopauze: bij vasomotorische klachten en onregelmatige menses
- Menopauze: bij uitblijven van menses gedurende min 12m
- Menopauze: gebaseerd op klachten bij vrouwen zonder uterus

BIJLAGE 9: PRAKTIJKRICHTLIJN – HET MENOPAUZECONSULT

BELEID

1. Advies en niet-medicamenteuze behandeling

De overgang is een fysiologisch proces met een onvoorspelbaar verloop (gemiddeld 4 jaar); gekende grote variatie in hinder van klachten. Geef hierover algemene voorlichting.
TIP: patiëntenfolder, lotgenotencontact

Opvliegers	Vnl in het eerste jaar na da menopauze Kunnen psychologische weerslag geven en slapeloosheid veroorzaken *TIP*: draag luchtige kleding in laagjes, slapen onder verschillende lagen *TIP:* gewichtsreductie bij obese vrouwen *TIP:* vermijden koffie en sterk gekruid voedsel
Dyspareunie	*TIP*: Gesprek met partner: voldoende stimulatie en opwinding! *TIP*: Evtl extra lubricatie
Anticonceptie	Algemeen: anticonceptieve maatregelen tot 1j na LM AC kan in principe worden gestaakt op 52 jarige leeftijd; tot dan: - Spiraaltje (geplaatst vanaf 45j of later mag blijven zitten) - Orale anticonceptie (CAVE: beste keuze voor deze patiënte?) - Barrièremethoden (condoom - sterilisatie)

2. Medicamenteus beleid

a. Plantaardige middelen

Af te raden! Niet effectief – potentieel ernstige bijwerkingen

b. Hormonale therapie (HRT)

Afwegen pro (vermindering klachten en osteoporose) en contra (pot. levensbedreigende bijwerkingen)

Contra-indicaties	- CV-risicofactoren: roken, (behandelde) AHT of hypercholesterolemie, post-AMI of post-CVA - Atcd van VTE, trombofilie of FA voor VTE - Verhoogd risico of atcd mammaCA of aanwezigheid hormoonafhankelijke tumoren (mamma- of endometriumCA) - Ernstige leverfunctiestoornissen of cholestatische icterus in ZS - Gynaecologisch: endometriose, ZS en BV, onverklaarde vaginale bloeding
Bijwerkingen	GI-stoornissen, gewicht↗, mastodynie, water- en zoutretentie, PMS, verandering libido, hoofdpijn/migraine, stemmingsstoornissen, spotting, dyslipidemie, cholestatische icterus * VTE: bij continue combinatie, hoger per os, vnl eerste jaar, +4/1000 per jaar * AMI: onduidelijk! NHG: bij continue combinatie, vnl na 1j, +1/1000 per jaar * CVA: bij continue combinatie, geleidelijke stijging, na 3j: +2/1000 per 3j * MammaCA: geleidelijke stijging: - Sequentieel, na 3j: +1/1000 per 3j - Continu, na 3j: +4/1000 per 3j **Elk van * deze risico's normaliseert na ruim 2j na stop na gebruik van 5 jaar**
Hormonale medicatie steeds op maat van pte 1. Systemische of lokale (vaginale) therapie 2. Baarmoeder (Uterus+ of Uterus-) 3. Peri- of postmenopauze 4. Anticonceptiewens (AC-wens; indien <52j)	
Algemeen - Oestrogenen steeds in zo laag mogelijke dosis! - Onderbreek oestrogenen 1m voor electieve HK en bij immobilisatie (risico VTE) - Uterus+ steeds combinatietherapie E+P (↘ risico endometriumhyperplasie en -CA) o Sequentiële P (bij Peri-MP en Post-MP) = E continu + P ged ≥ 14d: maandelijkse onttrekkingsbloeding o Continue P (enkel bij Post-MP) = E en P continu: eerste maanden mogelijk spotting - Uterus- enkel E (zonder P): voorkeur lokale R/ bij hoger risico VTE, anti-epileptica, migraine en DM - Klinische herevaluatie klachten na 6m dmv proefstop (zonder afbouw!)	

BIJLAGE 9: PRAKTIJKRICHTLIJN – HET MENOPAUZECONSULT

<table>
<tr><td colspan="5">Formularium
Voorstel product, volgens richtlijnen (vgl effectiviteit, veiligheid en prijs) – ook andere mogelijkheden!</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Systemisch
Systemische klachten = systemische therapie</td><td rowspan="3">Uterus+
(E + P)</td><td rowspan="2">Peri-MP</td><td>AC-wens</td><td>Orale anticonceptie (voorkeur: 2e generatie)
R/ Noranelle 30/150</td></tr>
<tr><td>Geen AC-wens</td><td>Sequentiële combinatietherapie (ononderbroken)
14d estradiol 1 mg en
14d: estradiol 1 mg + dydrogesteron 10 mg
R/ Femoston 1/10</td></tr>
<tr><td>Post-MP</td><td></td><td>In overleg met patiënte:
1.Sequentiële combinatietherapie (ononderbroken)
R/Femoston 1/10
2.Continue combinatietherapie (ononderbroken)
dagelijks estradiol 1 mg/dydrogesteron 5 mg
R/ Femoston Conti
OF dagelijks estradiol 1 mg/norethisteron 0,5 mg
R/ Activelle</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Uterus–
(enkel E)</td><td>Per os</td><td></td><td>estradiol 1 mg/dag oraal
R/Progynova 1mg</td></tr>
<tr><td>Trans-dermaal</td><td>Pleister</td><td>Estradiol 50 microg/24u
R/ Dermestril 50µg/24u – S/ 2pleisters/w</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Gel</td><td>Estradiol 0,75-1,5mg/24u
R/ Oestrogel doseerpomp – S/ 1x/d 1 druk</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Vaginaal
Vaginale klachten = vaginale therapie</td><td colspan="4">Estriol 1x/d 0,5 mg gedurende 2w - vldoende effect: onderhoudsdosis: 2x/w 0,5 mg. CAVE: Instrueer de vrouw contact op te nemen bij vaginaal bloedverlies
CAVE: Bewijs voor effect en veiligheid op de lange termijn ontbreekt.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ovules</td><td>R/ Aacifemine ovule 0.5mg</td></tr>
<tr><td colspan="3">Crème</td><td>R/ Aacifemine crème 1mg/1g</td></tr>
</table>

c. Andere therapeutische opties

i. Tibolon

Ontraden owv veiligheid! ↗ risico op endometriumCA, mammaCA en bij oudere vrouwen CVA.

ii. Clonidine

Indicatie: CI voor hormonale therapie, bvb bij gebruik Tamoxifen
Werking: centraal antihypertensivum, aanzienlijk < reductie v opvliegers tov hormoontherapie
BW: sedatie, slaapstoornissen, duizeligheid, GI stoornissen, droge mond, orthostatische hypotensie
Evaluatie: na 4w, stop bij onvoldoende vermindering klachten
R/ Catapressan 0,15mg – S/2x0,5 tabl/d

iii. Antidepressiva

Geen 1e keuze: onvoldoende evidentie van effectiviteit – evtl bij CI voor hormonale therapie
R/ Venlafaxine 37,5-75mg of R/paroxetine 20mg of R/citalopram10-20mg
R/ Gabapentine 900mg

VERWIJZING

Niet standaard geïndiceerd voor diagnostiek/beleid bij klachten, vragen en problemen rond overgang. Wel bij:

- Onregelmatig vaginaal bloedverlies bij post-MP vrouwen onder combinatietherapie (na uitsluiten cervixpathologie en chlamydia)
- Onverklaard vaginaal bloedverlies bij gebruik van vaginale oestrogenen
- Therapieresistente klachten

BRONNEN / EXTRA INFORMATIE

De Overgang (NHG-standaard - eerste herziening); 2012
Menopauzale klachten (Duodecim Medical Publications); 2014
Post-menopauzale hormonale substitutietherapie (Duodecim Medical Publications); 2014
Menopause: diagnosis and managemend (NICE guideline); 2015
Menopauze en hormonale substitutie (BCFI)

BIJLAGE 10: INFORMATIEBROCHURE MENOPAUZE (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

OVERGANG EN MENOPAUZE, WAT IS DAT?

De overgang is een natuurlijke fase in het leven van een vrouw, die meestal begint tussen de leeftijd van 45 en 55 jaar. Hierbij wordt de menstruatie onregelmatig en blijft uiteindelijk helemaal uit, door een verandering in de hormoonspiegels. Omdat de voorraad eicellen in het lichaam uitgeput raakt, komt er geen eisprong meer. Daardoor daalt het vrouwelijk hormoon oestradiol in het lichaam en raakt de cyclus van de baarmoeder en de menstruatie ontregeld.

Gemiddeld duurt het vier jaar voor de menstruatie helemaal wegblijft. Vanaf één jaar na het laatste bloedverlies bent u in de menopauze. Op de leeftijd van 51 jaar heeft ongeveer de helft van de vrouwen e menopauze bereikt. Bij vrouwen die roken is dit vaak 1-2 jaar eerder.

WAT ZIJN DE VERSCHIJNSELEN IN DE OVERGANG?

De overgang is heel natuurlijk, maar kan een lastige periode zijn. De veranderingen in de hormonen kunnen immers gepaard gaan met andere verschijnselen. Typische overgangsverschijnselen zijn:

- *Verandering in de menstruatie*
  De menstruatie kan korter of langer worden in duur, met meer of minder bloedverlies. Daarnaast kan de cyclus onregelmatig worden. Klachten die gepaard gaan met het bloedverlies kunnen ook veranderen (rugpijn, buikpijn, hoofdpijn).
- *Opvliegers (vapeurs, banken of zweetaanvallen)*
  Dit zijn plotse, kortdurende maar hevige warmte-aanvallen, gepaard gaande zweten en rood worden. Dit kan zowel overdag al 's nachts zijn.
- *Vaginale klachten*
  Het slijmvlies aan de binnenkant van de vagina wordt dunner en droger, waardoor het meer kwetsbaar wordt. Vrijen kan daardoor een onaangenaam gevoel geven. Daarnaast kunnen er ook plasklachten of ongewild urineverlies ontstaan.

Deze overgangsverschijnselen kunnen weer andere klachten veroorzaken. Nachtelijke opvliegers en hevige menstruatie kunnen vermoeidheid veroorzaken. Vapeurs kunnen er ook voor zorgen dat u zich onzeker en angstig voelt of somber bent. Door vaginale droogte kunt u ook minder zin hebben in vrijen.

HOE WEET IK OF IK IN DE OVERGANG BEN?

De overgang herkent u aan de overgangsverschijnselen zoals hierboven beschreven; deze beginnen meestal ergens tussen uw 45ste en 55ste jaar. Als u één jaar geen bloedverlies meer had, kunt u er vanuit gaan dat de eisprong en de menstruatie blijvend gestopt zijn. Dit noemen de we menopauze. Meestal is verder onderzoek via bloedonderzoek niet nodig.

Twijfelt u? Krijgt u al vroeg overgangsverschijnselen? Dan kunt overleggen met de huisarts om een bloedonderzoek te doen om te weten of u in de overgang bent. In uw bloed is te zien of er hormonale veranderingen zijn die bij de overgang passen. Met bloedonderzoek is niet te zien of de eisprong en menstruaties helemaal gestopt zijn of wanneer die zullen stoppen. Een bloeduitslag die wijst op de overgang, sluit dus niet uit dat er nog een eisprong en menstruatie komt.

WAT KUNT U ZELF DOEN BIJ KLACHTEN IN DE OVERGANG?

Het is belangrijk dat u in een algemeen goede conditie bent en u goed in uw vel voelt. Zorg daarom voor een gezonde leefstijl met gezonde en gevarieerde voeding. Producten met voldoende ijzer zoals vlees, volkorenproducten, bladgroenten en gedroogde vruchten kunnen u helpen als u hevig bloedverlies hebt. Zorg daarnaast ook voor voldoende beweging (30 min per dag) en voldoende (nacht)rust. Dit alles is ook van belang omdat u na de menopauze een hoger risico hebt op botontkalking (osteoporose) en hart- en vaatziekten. Spreek ook hierover ook eens met uw huisarts.

BIJLAGE 10: INFORMATIEBROCHURE MENOPAUZE (NEDERLANDSTALIGE VERSIE)

Als u last hebt van *opvliegers* kunnen volgende tips u helpen:

- Draag kleding die vocht goed opneemt en waardoor vocht verdampt zoals katoen, zijde of wol. Als u meerdere dunne lagen over elkaar draagt, kunt u gemakkelijk iets uit doen.
- Slaap onder katoenen lakens en verschillende dunne dekens
- Alcohol, warme dranken zoals koffie en thee, en gekruid eten kunnen soms opvliegers uitlokken.
- Bespreek eventuele onzekerheden met een vriendin of met uw huisarts.

Als u bij het vrijen last heeft van een *droge vagina*, maak dan duidelijke afspraken met uw partner:

- Bespreek samen uw lichamelijke veranderingen.
- Neem veel tijd bij het voorspel, vaak duurt het langer voordat uw vagina vochtig wordt. Het is nu extra belangrijk om aan te geven wat prettig is en wat onprettig of zelfs pijnlijk is.
- Gebruik speeksel of een glijmiddel
- Spreek af om ook eens te vrijen zonder geslachtsgemeenschap.

Belangrijk! *Anticonceptie* in de overgang

Ook als u onregelmatig bloedverlies heeft, is er nog een kans op zwangerschap. Daarom is het verstandig om tot een jaar na de laatste menstruatie een voorbehoedmiddel te blijven gebruiken, zoals een condoom of spiraal. Meestal kan op 52 jarige leeftijd de anticonceptie gestopt worden. Bespreek met je huisarts welke mogelijkheden voor jou de beste zijn.

MEDICIJNEN IN DE OVERGANG

Deze adviezen kunnen u helpen om goed met uw klachten om te gaan. Heeft u toch nog veel last? Bespreek het met uw huisarts. Sommige vrouwen overwegen op tijdelijk medicijnen (hormonen) te gebruiken om de klachten te verminderen. Dit kan in tabletvorm, maar ook door het smeren van een gel. Het is goed om de voor- en nadelen van deze middelen en de mogelijkheden die er zijn te bespreken met uw huisarts. Samen kunt u de beste oplossing voor u vinden.

HOE GAAT HET VERDER IN DE OVERGANG?

Het duurt gemiddeld 4 jaar voor de menstruatie definitief wegblijft. De opvliegers kunnen tot enkele jaren na de menopauze voorkomen. Ongeveer 1 op de 3 vrouwen heeft ruim 5 jaar na haar laatste menstruatie nog opvliegers. De opvliegers worden wel steeds minder heftig. Vaginale klachten (droogheid) blijven vaak bestaan. Bij jeuk, irritatie en extra afscheiding is het goed om een afspraak te maken voor controle.

BRONNEN / OP ZOEK NAAR MEER INFORMATIE?

	ONLINE	ANDERE
NEDERLANDS	- www.thuisarts.nl/overgang - http://www.begrijpjelichaam.nl/home/5/39/overgang - www.gynandco.be/nl/start-menopauze/ - http://nl.medipedia.be/menopauze	- App (De menopauze – VIVIO)
FRANS	- https://www.gynandco.be/fr/accueil-menopause - http://fr.medipedia.be/menopause	- App (La ménopause – VIVIO)
ENGELS	- www.patient.info/health/menopause-hrt	
ANDERE	https://medlineplus.gov/languages/menopause.html	

En spreek er eens zeker over met uw huisarts!

Dr. Hanne Vienne (Huisarts In Opleiding)
In samenwerking met Dr. Frank van de Maele en dr. Marieke Michielsen