Het genito-urinair syndroom van de menopauze in de huisartsenpraktijk

Pauline Van den Bossche, KU Leuven

Promotor: Birgitte Schoenmakers

Co-promotor: Floris De Knijf

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2023 – 2024

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.

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave *3*

Abstract *4*

Inleiding *5*

Methode *7*

Zoekstrategie 7

Onderzoeksopzet 7

Setting en deelnemers 7

Dataverzameling 8

Data-analyse 9

Ethische commissie 9

Resultaten *10*

Demografie van de deelnemende (post-)menopauzale vrouwen 10

Kennis van de (post-)menopauzale vrouwen omtrent GSM 12

Drempels van de (post-)menopauzale vrouwen omtrent de bespreking van GSM 14

Demografie van de deelnemende huisartsen 16

Kennis en drempels van de huisartsen omtrent GSM 16

Discussie *21*

Conclusie *24*

Referenties: *25*

Bijlagen *27*

Bijlage 1: Vragenlijst (post-)menopauzale vrouwen 27

Bijlage 2: Vragenlijst huisartsen (in opleiding) 29

Bijlage 3: Oproep (post-)menopauzale vrouwen op sociale media 31

Bijlage 4: Oproep aan huisartsen (in opleiding) 32

Bijlage 5: Goedkeuring ethische commissie 33

ABSTRACT

Achtergrond: In 2012 werd tijdens een consensus conferentie unaniem besloten dat de term genito-urinair syndroom van de menopauze (GSM) een geschikte omschrijving is van de symptomen die tijdens de (post-)menopauze aanwezig kunnen zijn. Tot op heden ontbreken diagnostische testen om het GSM te detecteren. Ondanks dat de behandeling van dit syndroom al redelijk goed is uitgewerkt, blijft het nog te weinig herkend en onderbehandeld. Een gebrekkige communicatie tussen zorgverlener en patiënten ligt aan de bron van de onderdiagnosticering. **Doel:** In deze masterproef werd getoetst naar de kennis en drempels van de Vlaamse huisartsen en patiënten omtrent het genito-urinair syndroom van de menopauze in de huisartsenpraktijk. **Methode:** Twee groepen werden samengesteld: een groep (post-)menopauzale vrouwen en een groep huisartsen (in opleiding). Voor beide groepen werd een enquête opgesteld die peilde naar de kennis omtrent het GSM en de drempels om dit te bespreken in de huisartsenpraktijk. **Resultaten:** De (post-)menopauzale vrouwen herkenden voornamelijk de vasomotorische klachten, maar consulteerden hiervoor minder de huisarts. Het merendeel van de urogenitale klachten werd minder gelinkt aan de menopauze, maar wel frequenter besproken bij de huisarts. Schaamte en te weinig kennis/interesse van de huisarts werden gezien als belangrijke drempels. De huisartsen voelden zich (vrij) comfortabel bij de bespreking van menopauzale klachten, echter initiëren ze het gesprek hierover zelf zeer weinig. De GSM-terminologie was door 55,38% van de artsen gekend. Een gelijk aantal artsen beschreven hun kennis over de inhoud van de term als vrij uitgebreid of eerder weinig. **Conclusie:** In Vlaanderen rapporteerden de (post-) menopauzale vrouwen dat ze zich bij de huisarts niet comfortabel voelen om menopauzale klachten te bespreken. Schaamte en een beperkte kennis/advies/begrip van de huisarts speelden een belangrijke rol. De Vlaamse huisartsen gaven aan zich (vrij) comfortabel te voelen bij het bespreken van dit onderwerp, echter initiëren ze het gesprek hierover weinig.

INLEIDING

Vrouwen in de (post-)menopauzale transitie zitten vaak met een geheel aan klachten die te maken hebben met de fysieke veranderingen van de vulva, vagina en de lagere urinewegen als gevolg van oestrogeen-deficiëntie. Deze klachten treden ook op tijdens andere periodes waarin een laag oestrogeengehalte optreedt, zoals het postpartum, bij gebruik van bepaalde medicatie (bv. GnRH agonisten) en bij kankerbehandelingen. (1)

Tot net iets meer dan tien jaar geleden werden het merendeel van deze klachten benoemd onder de noemer *vulvovaginale atrofie* of *atrofische vaginitis*. Echter omvat deze term slechts een klein onderdeel van de klachten die kunnen optreden in de menopauze of de periode nadien. In 2012 werd tijdens een consensus conferentie, gehouden door de International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) en The North American Menopause Society (NAMS), unaniem besloten dat de term genito-urinair syndroom van de menopauze (GSM) een betere omschrijving is van het geheel aan symptomen die tijdens de (post-) menopauzale transitie aanwezig kunnen zijn. Deze relatief nieuwe term maakte het mogelijk om niet enkel genitale symptomen, maar ook de urinaire symptomen te includeren. (2)

De belangrijkste symptomen die tijdens de menopauze gerapporteerd worden, kunnen in drie groepen worden onderverdeeld: vaginale klachten, vulvaire klachten en urinaire klachten. Tot de vaginale klachten behoren vaginale droogte, diepe dyspareünie, prolaps van de vaginale wand, vaginale bloeding en afscheiding. Vulvaire symptomen die tot het syndroom behoren zijn branderigheid, droogte, irritatie, jeuk en oppervlakkige dyspareünie met fissuurvorming. Deze kunnen dan resulteren in verminderde seksuele activiteit. Naast vaginale en vulvaire klachten, passen urinaire symptomen zoals urgency, dysurie, urge- en stress incontinentie, blaasledigingsproblemen en recidiverende urineweginfecties eveneens binnen de diagnose van dit syndroom. (3) Detectie van het GSM vereist een uitgebreide anamnese, medische voorgeschiedenis en bijkomend gynaecologisch nazicht om andere mogelijke oorzaken van de klachten te kunnen uitsluiten. Tot op heden ontbreken er nog gestandaardiseerde diagnostische testen om het GSM te detecteren. Aangezien het GSM ook een belangrijke subjectieve component kent, is dat tot nu toe een belangrijke limitatie voor het bestaan van zulke gestandaardiseerde testen. (4,5)

Uit reeds uitgevoerde studies blijkt dat de prevalentie van GSM-gerelateerde symptomen bij postmenopauzale vrouwen varieert tussen de 13 en 87% met in de meerderheid van de studies een percentage dat tussen de 40 en 60% ligt. De meeste vrouwen ervaren meer dan één symptoom dat past binnen de GSM diagnose. (6) De vasomotorische symptomen die eveneens optreden tijdens de menopauze, verbeteren naargelang de tijd vordert. De GSM-klachten daarentegen zijn chronisch en progressief en geraken niet opgelost zonder de juiste behandeling. Ze hebben daarenboven een significant negatieve impact op de levenskwaliteit van vele vrouwen. (1,7) Er zijn ondertussen verschillende soorten therapie gekend, die toegepast kunnen worden bij vrouwen met deze GSM-klachten. (8,9)

Ondanks dat de behandeling van dit syndroom toch al redelijk goed uitgewerkt is, blijft het GSM te weinig herkend en onderbehandeld. De onderdiagnosticering lijkt voornamelijk voort te vloeien uit de gebrekkige communicatie tussen de zorgverlener en de patiënte. Deze gebrekkige communicatie komt voornamelijk door schaamte van de patiënte, zich oncomfortabel voelen om deze klachten ter sprake te brengen of het de moeite niet vinden om dit te vernoemen. Vrouwen beschouwen deze klachten als een “onvermijdelijk nadeel van de menopauze”. Ook zijn vele vrouwen niet op de hoogte van de mogelijkheid tot behandeling, waardoor ze geen hulp zoeken. Anderzijds wordt dit onderwerp te weinig aangehaald door de zorgverlener zelf, waardoor vrouwen te weinig kennis hebben omtrent het syndroom. (3,6,10)

In deze masterproef wordt nagegaan wat de kennis van de Vlaamse huisartsen en patiënten omtrent het genito-urinaire syndroom van de menopauze is en wat de drempels zijn om over dit onderwerp te spreken in de huisartsenpraktijk.

METHODE

ZOEKSTRATEGIE

Tijdens de voorbereidingen voor deze masterproef werd literatuuronderzoek gedaan naar artikels die reeds over dit onderwerp gepubliceerd werden. De zoekmethodes die hiervoor geïncludeerd werden zijn: Pubmed: “Genitourinary syndrome of menopause” AND “Diagnostic criteria” , “Genitourinary syndrome of menopause” AND “prevalence”, “Menopause” AND “syndrome” AND “treatment”, “Genitourinary syndrome menopause” AND “knowledge”, “Genitourinary syndrome of menopause” AND “treatment”. Deze zoekstrategieën brachten ons tot verschillende artikels, waaruit blijkt dat er tot op heden over het algemeen nog maar weinig onderzoek gedaan is naar de prevalentie van het genito-urinair syndroom.

ONDERZOEKSOPZET

De primaire onderzoeksvraag in deze studie is: “Welke kennis bezitten de Vlaamse patiënten en huisartsen omtrent het genito-urinair syndroom van de menopauze?”. Als secundaire onderzoeksvraag gingen we ook na welke drempels er zijn om dit syndroom te bespreken in de huisartsenpraktijk. In Vlaanderen werd tot op heden nog geen onderzoek uitgevoerd om bovenstaande vragen te beantwoorden.

De data voor deze masterproef werden cross-sectioneel verzameld over een periode van zeven maanden, gaande van januari 2023 tot en met juli 2023.

SETTING EN DEELNEMERS

Voor deze studie werden twee deelnemersgroepen samengesteld: enerzijds werden (post-) menopauzale vrouwen, wonende in Vlaanderen en met een leeftijd tussen de 45 en 75 jaar geselecteerd. Anderzijds werden huisartsen en HAIO’s uit Vlaanderen bevraagd.

In dit onderzoek werd gekozen voor een pragmatic convenience sample op basis van eerder onderzoek. Hierbij werd beoogd om 120-150 vrouwen en 80 huisartsen te bevragen.

DATAVERZAMELING

De onderzoeksdata werden zowel bij de (post-)menopauzale vrouwen als bij de huisartsen anoniem verzameld. Voor beide groepen werd een enquête opgesteld via Qualtrics. *(Bijlage 1 en 2)* De deelnemers kregen aan de start van de enquête een informatiebrief te lezen waarin de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek, de mogelijke voor- en nadelen en risico's werden beschreven. De deelnemende patiënten werden uitgenodigd via een oproep op sociale media *(Bijlage 3)*. De deelnemende huisartsen werden uitgenodigd via e-mail, waarbij de maandelijkse nieuwsbrief van het ICHO en Domus Medica werd gebruikt *(Bijlage 4*). Daarnaast werd ook een e-mail verstuurd naar de publiek beschikbare mailadressen van de huisartenkringen in Vlaanderen. De enquêtes voor beide doelgroepen duurden maximaal 5 minuten om in te vullen.

De enquête die door de (post-)menopauzale vrouwen werd ingevuld, bestond uit drie delen. In het eerste deel werden demografische gegevens zoals leeftijd, woonplaats, hoogst behaalde onderwijsniveau en burgerlijke status in kaart gebracht. Ook werd gepeild naar hoeveel bevallingen en of ze reeds in behandeling waren voor menopauzale klachten. In het tweede deel van de enquête werd van vijftien symptomen bevraagd of de vrouw deze eerder aan de menopauze zou linken of aan ouderdom. Er werd in dit deel eveneens gepeild naar welke (lokale) behandelingen de vrouw kende voor de aanpak van vaginale atrofie. Het derde deel van de enquête focuste voornamelijk op de bespreking van gekende symptomen met de huisarts en of hiermee schaamte gepaard gaat. Er werd in de enquête ruimte gelaten voor de vrouwen om vrij aan te geven waarom ze bepaalde onderwerpen niet met hun huisarts wensen te bespreken en welke verwachtingen ze hebben van de huisarts.

De enquête die werd opgesteld ter bevraging van de Vlaamse huisartsen, bestond eveneens uit drie delen. Het eerste deel peilde naar enkele demografische gegevens, namelijk geslacht, leeftijd, type praktijk waarin zij tewerkgesteld waren en daarnaast werd ook gepeild of zij HAIO of afgestudeerd huisarts waren en hoe lang zij reeds aan het werk waren. In het tweede deel werd bevraagd of de huisarts gynaecologische onderzoeken uitvoert (bij (post-) menopauzale vrouwen). Er werd eveneens bevraagd of zij zelf het gesprek initiëren met (post-)menopauzale vrouwen omtrent bijhorende klachten en hoe comfortabel ze zich hierbij

voelen. Het derde deel van de enquête werd specifiek de kennis omtrent het genito-urinair syndroom van de menopauze bevraagd.

DATA-ANALYSE

De resultaten van beide enquêtes werden vanuit Qualtrics geëxporteerd naar Excel. De enquêtes die voor minder dan 80% werden ingevuld, werden weggelaten uit de data-analyse. Voor beide doelgroepen werd een beschrijvende analyse uitgevoerd.

ETHISCHE COMMISSIE

Alle deelnemers werden alvorens met de enquête van start te gaan, op de hoogte gebracht over het doel van deze masterproef en de anonimiteit van de gegevens.

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het protocol van deze studie onderzocht en heeft op 2 januari 2023 een gunstig advies verleent *(Bijlage 5).*

RESULTATEN

DEMOGRAFIE VAN DE DEELNEMENDE (POST-)MENOPAUZALE VROUWEN

Tussen januari en juni 2023 werd de enquête die via sociale media werd gedeeld 281 keer aangevat. Nadat in deze database de enquêtes werden weggeselecteerd die niet aan de inclusiecriteria voldeden of die minder dan 80% werden ingevuld, bleven 193 datasets over.

De enquête werd door vrouwen tussen de 45 en 75 jaar ingevuld, met een gemiddelde leeftijd van 54,8 jaar *(Tabel 1).* In totaal behaalden meer dan zestig procent van de respondenten een hoger diploma dan dat van het secundair onderwijs. Van alle vrouwen, waren er 122 gehuwd (63,21%) en 26 wettelijk samenwonend (13,47%). Bijna de helft van de vrouwen (N=86; 44,56%) had twee bevallingen achter de rug en 27 vrouwen (13,99%) zijn nooit bevallen in het verleden. 114 vrouwen (59,07%) bevestigden reeds behandeld te worden in kader van menopauzale klachten.

Tabel 1 - Overzichtstabel demografische gegevens patiënten

Overzichtstabel demografische gegevens patiënten			
Variabelen	**Niveau**	**Frequentie (N)**	**Percentage (%)**
Leeftijd	45-75 jaar (gemiddeld 54,8)		
Provincies	Antwerpen	62	32,12
	Limburg	16	8,29
	Oost-Vlaanderen	83	43,01
	Vlaams-Brabant	11	5,70
	West-Vlaanderen	21	10,88
Scholingsgraad	Lager onderwijs	3	1,55
	Tweede graad BSO	2	1,04
	Tweede leerjaar 3e graad BSO	2	1,04
	Derde graad ASO, TSO, KSO of BSO	65	33,68
	Hogeschool - Gegradueerde (HBO5)	36	18,65
	Bachelor	59	30,57
	Master	25	12,95
	Doctor	1	0,52
Burgerlijke stand	Gehuwd	122	63,21
	Wettelijk samenwonend	26	13,47
	Gescheiden	21	10,88
	Weduwe	4	2,07
	Alleenstaande	20	10,36
Aantal bevallingen	0	27	13,99
	1	48	24,87
	2	86	44,56
	3	24	12,44
	4	6	3,11
	5	1	0,52
	7	1	0,52
Reeds in behandeling voor menopauzale klachten?	Ja	114	59,07
	Nee	79	40,93

KENNIS VAN DE (POST-)MENOPAUZALE VROUWEN OMTRENT GSM

De beschikbare enquête peilde naar een uitgebreid aantal symptomen die tot het GSM behoren en of de vrouw dit symptoom van de menopauze herkende. Daarnaast werd bevraagd of ze deze symptomen zouden bespreken met de huisarts. *(Tabel 2)* De vasomotorische klachten zoals opvliegers, blozen en nachtelijk zweten werden door 81,17% van de vrouwen herkend. Symptomen zoals postcoïtaal bloedverlies en mictalgie werden door respectievelijk 78,76% (N=152) en 79,79% (N=154) van de vrouwen niet gelinkt met de menopauze. 104 vrouwen (53,89%) linkten vaginale jeuk niet aan de menopauze en 116 vrouwen (60,1%) linkten vaginale branderigheid niet.

Tabel 2 – Menopauzale klachten en bespreking bij de huisarts

	Welke symptomen passen bij de menopauze volgens u?		**Welke symptomen betreffende de menopauze zou u met uw huisarts bespreken?**	
	(Eerder) wel	**(Eerder) niet**	**Ja**	**Nee**
Opvliegers, blozen, nachtelijk zweten	470 (81,17%)	109 (18,83%)	152 (78,76%)	41 (21,24%)
Onregelmatige menstruatie	137 (70,98%)	56 (29,02%)	121 (62,69%)	72 (37,31%)
Gemoedsschommelingen	158 (81,87%)	35 (18,13%)	128 (66,32%)	65 (33,69%)
Vaginale droogte	146 (75,65%)	47 (24,35%)	106 (54,92%)	87 (45,08%)
Vulvaire jeuk	89 (46,11%)	104 (53,89%)	108 (55,96%)	85 (44,04%)
Vaginale branderigheid	77 (39,90%)	116 (60,10%)	107 (55,44%)	86 (44,56%)
Gedaalde vaginale vochtigheid	148 (76,68%)	45 (23,32%)	104 (53,89%)	89 (46,11%)
Dyspareunie	121 (62,69%)	72 (37,31%)	92 (47,67%)	101 (52,33%)
Postcoïtaal bloedverlies	41 (21,14%)	152 (78,76%)	93 (48,19%)	100 (51,81%)
Verminderde seksuele interesse	150 (77,72%)	43 (22,28%)	88 (45,60%)	105 (54,40%)
Mictalgie	39 (20,21%)	154 (79,79%)	115 (59,59%)	78 (40,41%)
Urgency	92 (47,67%)	101 (52,33%)	125 (44,77%)	68 (35,23%)
Pollakisurie	97 (50,26%)	96 (49,74%)	122 (63,21%)	71 (36,79%)

Aan de hand van de Chi^2-toets werd voor alle verschillende symptomen berekend of er een statistisch significant verband is tussen de symptomen die de vrouwen herkennen en of ze er dan ook vaker mee naar de huisarts gaan. Voor alle urinaire symptomen, namelijk mictalgie ($p < 0{,}00001$), urgency ($p = 0{,}00071$) en pollakisurie ($p = 0{,}010219$), werd een statistisch significant verband gevonden. Dit geldt ook voor gemoedsschommelingen ($p = 0{,}000492$) en

verminderde seksuele interesse (p < 0,00001). Bij de vaginale en vulvaire symptomen werd een statistisch significant verband gezien voor vaginale droogte (p = 0,000019), vaginale branderigheid (p = 0,002234), gedaalde vaginale vochtigheid (p <0,00001), dyspareünie (p = 0,002996) en postcoïtaal bloedverlies (p <0,00001). *(Tabel 3)* Voor de drie andere bevraagde symptoomcategorieën, kon geen statistisch significant verband berekend worden .

Tabel 3 – Verband tussen symptoomherkenning en bespreking

Symptoom	Chi-square	dF	p-value
Opvliegers, blozen, nachtelijk zweten	0,5406	1	0,462187
Onregelmatige menstruatie	2,9922	1	0,083664
Gemoedsschommelingen	12,1469	1	0,000492
Vaginale droogte	18,2895	1	0,000019
Vulvaire jeuk	3,7425	1	0,053044
Vaginale branderigheid	9,3467	1	0,002234
Gedaalde vaginale vochtigheid	22,1303	1	< 0,00001
Dyspareünie	8,8096	1	0,002996
Postcoïtaal bloedverlies	30,9093	1	< 0,00001
Verminderde seksuele interesse	42,1242	1	< 0,00001
Mictalgie	62,403	1	< 0,00001
Urgency	11,4622	1	0,00071
Pollakisurie	6,5964	1	0,010219

De vrouwen gaven in de enquête aan waarom ze bepaalde onderwerpen niet met de huisarts wensen te bespreken. De meest aangegeven redenen waren dat de vrouwen dit liever met de gynaecoloog wensen te bespreken of dat ze zich ten opzichte van de huisarts te veel schamen om dit aan te kaarten. Een regelmatig terugkerend antwoord was eveneens dat de huisarts te weinig kennis heeft omtrent de menopauzale klachten en behandelingen. Enkele vrouwen gaven aan dat hun huisarts een man is en hierdoor de drempel ook hoger ligt, daarnaast gaven nog enkelen aan dat ze de klachten niet als problematisch beschouwen en hierdoor dit niet aankaarten bij de huisarts.

Bij navraag naar de gekende behandelingen in kader van vaginale droogte, werd door ongeveer de helft (N=108; 56,00%) van de vrouwen glijmiddel herkend. *(Tabel 4)* Daarnaast zijn voornamelijk hydraterende crèmes (N=48; 24,87%) en hormooncrèmes (N=57; 29,53%) de meest gekende behandelingen. 51 vrouwen (26,42%) gaven aan geen idee te hebben welke behandeling kan gebruikt worden in kader van vaginale droogte.

Tabel 4 – Gekende behandelingen in kader van vaginale droogte

Variabele	Niveau	Frequentie (N)	Percentage (%)
Welke behandeling ken je in kader van vaginale droogte?	Glijmiddel	108	56,00
	Hydraterende crèmes	48	24,87
	Hormooncrèmes	57	29,53
	Intrarosa	3	1,55
	Hyaluronzuur	14	7,25
	Osphena	2	1,04
	Seksuele betrekking of vibrators	11	5,70
	Laser therapie	13	6,74
	Geen idee	51	26,42
	Andere: HST	7	3,63
	Andere: kokosolie	1	0,52
	Andere: PRP	1	0,52

DREMPELS VAN DE (POST-)MENOPAUZALE VROUWEN OMTRENT DE BESPREKING VAN GSM

In het laatste deel van de enquête werd bij de vrouwen gepeild naar de schaamte die ze al dan niet voelen bij het bespreken van de symptomen die binnen het genito-urinair syndroom van de menopauze horen. (*Tabel 5*) Meer dan de helft van de vrouwen (N=111; 57,51%) gaf aan dat ze geen schaamte ervaren bij het bespreken van deze symptomen. Toch gaven 44 vrouwen (22,80%) aan dat ze zich wel schamen om deze onderwerpen te bespreken bij de huisarts. De voornaamste redenen waarom de vrouwen zich schaamden waren dat ze dit een te intiem gespreksonderwerp vinden om bij de huisarts aan te kaarten. Daarnaast gaven ook enkele vrouwen aan dat de huisarts te weinig interesse toont omtrent dit onderwerp en te

weinig kennis bezit om het onderwerp voldoende uit te diepen. 111 vrouwen (57,51%) gaven aan dat ze het de taak vinden van de huisarts om deze symptomen en de menopauze in het algemeen ter sprake te brengen. De voornaamste redenen hiervoor waren dat dit de schaamte van de vrouw omtrent het onderwerp zou overbruggen. Daarnaast gaven ook enkele vrouwen aan dat ze zelf te weinig bewust zijn van welke symptomen bij de menopauze horen en of er een behandeling voor bestaat. Enkele vrouwen kaartten ook aan dat bevraging van menopauzale klachten tot de algemene gezondheidscheck-up behoort omdat dit iets is waar elke vrouw doorgaat. 58 vrouwen (30,05%) gaven aan dat ze het niet de taak vinden van de huisarts om dit onderwerp ter sprake te brengen. De meest terugkerende reden hiervoor is dat deze vrouwen hun klachten zelf ter sprake willen brengen of dat ze het eerder de taak vinden van de gynaecoloog.

We peilden eveneens bij de vrouwen naar de verwachtingen die ze hadden van de huisarts. De meest terugkerende verwachtingen waren dat de huisarts een luisterend oor dient te bieden en algemene info omtrent de menopauze dient te verschaffen. Veel vrouwen gaven aan dat ze serieus willen genomen worden door de huisarts en dat de huisartsen meer moeten geschoold worden om een goede kennis te hebben omtrent menopauzale klachten en de behandeling ervan. Ze gaven aan dat ze verwachten dat de huisarts, indien deze te weinig kennis heeft, dit eerlijk mag aangeven en een doorverwijzing naar de gynaecoloog dient voor te stellen.

Tabel 5 – Peiling naar schaamtegevoelens omtrent bespreking bij de huisarts en of de huisarts de bespreking moet initiëren

Variabele	Niveau 1	Frequentie (N)	Percentage (%)
Voelt u schaamte bij het bespreken van één van bovenstaande onderwerpen?	Ja	44	22,80
	Nee	111	57,51
	Geen antwoord	38	19,69
Vind je het de taak van de huisarts om de menopauze ter sprake te brengen?	Ja	111	57,51
	Nee	58	30,05
	Geen antwoord	24	12,44

DEMOGRAFIE VAN DE DEELNEMENDE HUISARTSEN

Gedurende de zeven maanden dat de enquête voor huisartsen beschikbaar gesteld werd om in te vullen, hebben 72 huisartsen en HAIO's de enquête aangevat. Tijdens de verwerking van de resultaten werden de enquêtes die minder dan 80% werden ingevuld geëxcludeerd, wat ons op een totaal van 65 volledig ingevulde enquêtes bracht.

De groep van 65 respondenten bestond uit 56 vrouwen (86,15%) en 9 mannen (13,85%) *(Tabel 6)*. 38 respondenten waren reeds afgestudeerd als huisarts (58,46%) en 29 respondenten hadden minder dan vijf jaar werkervaring (44,62%). Van de reeds afgestudeerde huisartsen, hadden 22 respondenten reeds langer dan vijftien jaar werkervaring (33,85%). 46 artsen waren tewerkgesteld in een groepspraktijk (70,77%).

Tabel 6 - Overzichtstabel demografische gegevens huisartsen

Overzichtstabel demografische gegevens huisartsen			
Variabelen	**Niveau**	**Frequentie (N)**	**Percentage (%)**
Geslacht	Man	9	13,85
	Vrouw	56	86,15
Hoogst behaalde diploma	Master Huisartsgeneeskunde	38	58,46
	Master Geneeskunde	27	41,54
Werkervaring in jaren	<5 jaar	29	44,62
	5-10 jaar	7	10,77
	11-15 jaar	7	10,77
	>15 jaar	22	33,85
Praktijkvorm	Solopraktijk	4	6,15
	Groepspraktijk	46	70,77
	Duopraktijk	8	12,31
	Wijkgezondheidscentrum	7	10,77

KENNIS EN DREMPELS VAN DE HUISARTSEN OMTRENT GSM

Van de huisartsen die bevraagd werden, voeren 52 artsen (80%) routinematig gynaecologische onderzoeken uit. *(Tabel 7)* We zagen dat bij postmenopauzale vrouwen dit aantal daalde naar 34 (52,31%). We bevroegen op welke leeftijd de huisartsen gemiddeld

stoppen met het uitvoeren van routinematige gynaecologische onderzoeken. Hieruit bleek dat 40% (N= 26) de leeftijdsgrens op 65 jaar legt, 18,46% (N=12) legt de leeftijdsgrens hoger en 10,77% (N= 7) stopt nooit met het uitvoeren van gynaecologische onderzoeken. Bij navraag waarom de huisartsen een gynaecologisch onderzoek zouden voorstellen bij postmenopauzale vrouwen zagen we dat 35 artsen (53,85%) dit enkel zouden doen indien er vaginale klachten aanwezig zijn. Iets meer dan een kwart (N= 17; 26,15%) van de huisartsen stelt driejaarlijks een gynaecologisch onderzoek voor in kader van baarmoederhalskankerscreening en negen artsen (13,85%) stellen deze screening in de postmenopauzale populatie zelfs jaarlijks voor. Drie huisartsen gaven aan dat ze zouden doorverwijzen naar de gynaecoloog indien er een indicatie is voor een vaginaal onderzoek.

In de enquête werd ook gepeild naar de bespreking van (het genito-urinair syndroom van) de menopauze in de huisartsenpraktijk. We zagen dat 23 huisartsen (35,38%) occasioneel het gesprek over postmenopauzale klachten zelf initiëren. 17 huisartsen (26,15%) initiëren vaak het gesprek over postmenopauzale klachten, 19 huisartsen (29,23%) gaven aan dit zelden te doen. Bijna één tiende (N= 6; 9,23%) initieert de discussie over dit onderwerp nooit. We vroegen bij de groep huisartsen ook na hoe comfortabel ze zich voelen bij het initiëren van een gesprek over het GSM en bij het beantwoorden van vragen over de (post-) menopauze. We zagen dat veertig procent (N=26) van de huisartsen zich comfortabel voelt bij het initiëren van een gesprek over dit onderwerp. Het aantal huisartsen dat zich vrij comfortabel voelt bij het initiëren van dit onderwerp was even groot als het aantal huisartsen dat zich vrij oncomfortabel voelt (N=18; 27,69%). Iets minder dan de helft van de huisartsen (N=28; 43,08%) voelt zich comfortabel bij het beantwoorden van vragen over de menopauze en minder dan één derde voelt zich vrij comfortabel (N= 21; 32,31%). Bijna twintig procent van de huisartsen (N=12; 18,46%) gaf aan zich vrij oncomfortabel te voelen en 6,15% (N=4) voelt zich oncomfortabel bij het beantwoorden van vragen over de menopauze.

We vroegen aan de huisartsen wie van hen reeds gehoord had over de terminologie “genito-urinair syndroom van de menopauze”. Slechts 36 huisartsen (55,38%) waren gekend met deze specifieke term. We zagen dat slechts 9 huisartsen (13,85%) de term of de inhoud van wat onder deze term verstaan wordt vaak gebruikt tijdens de consultatie. 20 huisartsen (30,77%) gebruiken de term weinig en 23 artsen (35,38%) gebruiken de term nooit. We vroegen de groep hoe ze hun kennis inschatten over de urogenitale symptomen die gerelateerd zijn aan

de menopauze. Het aantal artsen die hun kennis als vrij uitgebreid beschreef en het aantal dat aangaf dat ze eerder weinig kennis hadden over dit onderwerp was gelijk (N=30; 46,15%). Slechts vier artsen (6,15%) schatten hun kennis in als uitgebreid.

Tabel 7 – Gynaecologische problemen bij de huisarts

Gynaecologische problemen bij de huisarts			
Variabele	**Niveau**	**Frequentie (N)**	**Percentage (%)**
Voert u routinematig gynaecologische onderzoeken uit?	Ja	52	80,00
	Nee	13	20,00
Voert u bij postmenopauzale vrouwen nog routinematig gynaecologische onderzoeken uit?	Ja	34	52,31
	Nee	31	47,69
Op welke leeftijd van de vrouwen stopt u gemiddeld met het uitvoeren van routine gynaecologische onderzoeken?	Nooit	7	10,77
	50 jaar	1	1,54
	60 jaar	5	7,69
	65 jaar	26	40,00
	Ouder	12	18,46
	Niet van toepassing	14	21,54
Wat zorgt ervoor dat u een gynaecologisch onderzoek zal voorstellen bij postmenopauzale vrouwen?	Jaarlijks in kader van algemene medische screening.	9	13,85
	Enkel indien vaginale klachten aanwezig zijn.	35	53,85
	Ik verwijs steeds door indien er een indicatie is voor vaginaal onderzoek.	3	4,62
	3-jaarlijkse PAP-smear en klachten.	17	26,15
	PAP-smear (1 à 2 keer tussen de leeftijd van 50 en 70 jaar)	1	1,54
Hoe vaak initieert u de discussie over postmenopauzale problemen met vrouwelijke patiënten?	Vaak	17	26,15
	Occasioneel	23	35,38
	Zelden	19	29,23
	Nooit	6	9,23
Hoe comfortabel voelt u zich bij het initiëren van een gesprek over het GSM?	Comfortabel	26	40,00
	Vrij comfortabel	18	27,69
	Vrij oncomfortabel	18	27,69
	Oncomfortabel	3	4,62
Hoe comfortabel voelt u zich bij het beantwoorden van vragen over de (post)menopauze?	Comfortabel	28	43,08
	Vrij comfortabel	21	32,31
	Vrij oncomfortabel	12	18,46
	Oncomfortabel	4	6,15
Reeds gehoord over het GSM?	Ja	36	55,38
	Nee	29	44,62

Hoe schat u uw kennis in over urogenitale symptomen gerelateerd aan oestrogeendeficiëntue/menopauze?	Uitgebreid	4	6,15
	Vrij uitgebreid	30	46,15
	Eerder weinig kennis	30	46,15
	Geen kennis	1	1,54
Gebruikt u de term GSM of de beschrijving van wat het inhoudt?	Vaak	9	13,85
	Weinig	20	30,77
	Nooit	23	35,38
	Ik ken de term niet	13	20,00

DISCUSSIE

Uit de resultaten van deze masterproef bleek dat de Vlaamse vrouwen voornamelijk de symptomen herkennen die zich in de eerste jaren van de menopauze voordoen, nl. opvliegers, blozen en nachtzweten. Hiervoor gaan ze echter minder de huisarts consulteren. Mogelijks is dit het geval omdat hier in het algemeen al meer over gekend is. Dit zijn ook de onderwerpen die vrouwen onderling durven bespreken. Er werd bij een groot deel van de vrouwen gerapporteerd dat ze de huisarts niet geschikt te vinden om menopauzale klachten mee te bespreken. Een belangrijke reden hiervoor is schaamte of de beperkte kennis van de huisarts. Een groot deel van de bevraagde huisartsen gaf van zichzelf aan zich (vrij) comfortabel te voelen bij het initiëren en beantwoorden van vragen omtrent de menopauze. Er werd echter wel door de huisartsen zelf aangegeven maar beperkt de conversatie omtrent de menopauze te initiëren. Nochtans werd reeds in verschillende artikels aangehaald dat de levenskwaliteit van (post-)menopauzale vrouwen veel zou kunnen verbeteren als bijhorende symptomen door de huisarts snel zouden herkend worden. De huisarts zou een meer pro-actieve houding moeten aannemen en de menopauze met een meer holistische, biopsychosociale, maar vooral meer patiëntgerichte strategie moeten benaderen. Het is hiervoor van uiterste belang dat de huisarts zelf meer actief gaat peilen naar de genito-urinaire symptomen in de menopauze. (11)

In de eerste jaren van de menopauze zijn het vooral de vasomotorische klachten en gemoedsschommelingen die op de voorgrond komen te staan. Er zijn echter nog een tal van andere klachten die in de daaropvolgende jaren chronisch aanwezig kunnen zijn. We merken dat deze klachten echter minder gelinkt worden aan de menopauze. De huisarts werd voornamelijk voor deze andere klachten meer geconsulteerd. Enkele vrouwen gaven in onze enquête aan te denken dat dit kwaaltjes zijn waar ze gewoon tijdelijk door moeten. Er werd door bijna een kwart van de vrouwen gerapporteerd dat ze zich schamen om deze klachten te bespreken met de huisarts. Een vaak terugkerende reden hiervoor was dat ze de huisarts niet geschikt vinden om intieme onderwerpen mee te bespreken en dit liever met een gespecialiseerd arts doen. De vrouwen hebben de indruk dat de huisarts een te beperkte kennis of interesse heeft over de menopauze en de bijhorende klachten. Om de schaamte van de vrouwen te overbruggen, werd wel door de helft van de vrouwen aangegeven dat het zou

helpen als de huisarts zelf mogelijke klachten actief zou bevragen. Als medisch geschoolde werd van de huisarts verwacht dat die meer bewustwording kan creëeren omtrent de klachten die mogelijks bij de menopauze horen. Ook werd verschillende keren aangekaart dat de bevraging van menopauzale klachten zou moeten worden opgenomen in de algemene gezondheidscheck-up die op oudere leeftijd frequent wordt uitgevoerd. Hierover werd door Thuraisingham et al. (11) ook reeds de hulp van een "symptoom-checker" aangekaart. Hierbij zouden zowel genito-urinaire symptomen als mentale/emotionele symptomen actief bevraagd worden, gecombineerd met een klinisch onderzoek. Hierdoor zou een meer holistische aanpak kunnen toegepast worden, in plaats van dat de klachten die de vrouwen zelf aankaarten als aparte entiteiten behandeld worden. De vrouwen in onze studie gaven aan dat in het verleden veel klachten door de huisarts werden afgewimpeld of niet serieus genomen werden. Er is grote vraag naar een betere educatie van de huisartsen omtrent de menopauze. Deze bevindingen worden eveneens in andere studies bevestigd. Natvik et al. (12) bevestigde dat er een hoge nood is aan menopauze-gerelateerde informatie die door de huisarts wordt verleend.

De huisartsen gaven aan bij postmenopauzale vrouwen minder gynaecologische onderzoeken uit te voeren. De leeftijdsgrens werd door een groot aantal op 65 jaar gelegd, vermoedelijk heeft dit te maken met de cervixkankerscreening die in ons land maar tot 65 jaar wordt voorgesteld. Een groot deel van de huisartsen zou bij postmenopauzale vrouwen enkel een gynaecologisch onderzoek uitvoeren bij vaginale klachten. Uit voorgaande onderzoeken betreffende GSM is echter gebleken dat niet enkel de bespreking van menopauzale klachten, maar ook een gynaecologisch onderzoek belangrijk is bij de diagnose van GSM. (13)

Een minderheid van de huisartsen initieert frequent het gesprek over menopauzale klachten. Echter gaf bijna zeventig procent van de huisartsen wel aan zich (vrij) comfortabel te voelen bij het initiëren van dit onderwerp. Daarnaast gaf een grote meerderheid ook aan zich (vrij) comfortabel te voelen bij het beantwoorden van vragen over de menopauze. Hier zien we een belangrijke kloof tussen huisartsen en hun vrouwelijke patiënten want de bevraagde vrouwen zijn vragende partij naar huisartsen die zelf het onderwerp menopauze durven aan te kaarten. Uit voorgaande studies bleek dat de herkenning van menopauzale problemen door de huisartsen niet zozeer als probleem werd aangehaald, maar eerder dat ze vonden te weinig kennis/ervaring te bezitten voor de opstart van een gepaste behandeling. Er zou in de basis-

of vervolgopleiding meer ruimte voorzien moeten worden om een evidence-based aanpak van menopauzale klachten op een interactieve manier aan te leren en hierbij de patiëntgerichte, holistische visie niet uit het oog te verliezen. (14,15)

De huisartsen die over menopauze spreken met hun patiënten, gebruiken slechts beperkt de term “genito-urinair syndroom van de menopauze”. Dit mede omdat bijna de helft van de huisartsen nog niet over deze term gehoord heeft. Over de urogenitale symptomen die tot dit syndroom behoren, werd maar door een zeer klein deel van de artsen aangegeven een uitgebreide kennis te bezitten. Het is echter van belang dat de huisarts voldoende kennis heeft omtrent genito-urinaire symptomen die tijdens de menopauze optreden. Het comfort om dit onderwerp aan te kaarten zal zo verhogen en zo kan de huisarts als eerstelijnszorgverlener een pro-actieve rol hebben in de primaire behandeling van GSM zoals hydraterende en hormonale crèmes, aangezien de patiënten hier zelf te weinig kennis over hebben. (4) Ook hierin zou de basis-of vervolgopleiding een goed platform bieden om de huisartsen kennis te laten maken met de terminologie “genito-urinair syndroom van de menopauze”.

Bij de interpretatie van deze resultaten, moeten we rekening houden met enkele beperkingen in deze studie. Ten eerste werd er in de bevraging bij de huisartsen te weinig ruimte voorzien om aan te geven waarom ze wel of geen ruimte maken voor het bespreken van menopauzale klachten. Hierdoor kunnen we voor de toekomst weinig concrete praktische voorstellen doen om de bevraging van menopauzale klachten in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Ten tweede werd in de enquête van de vrouwen slechts een beperkte selectie gemaakt van klachten die in de menopauze kunnen optreden, meer specifiek werden voornamelijk klachten die horen tot het GSM geïncludeerd. Hierdoor werd door enkele vrouwen in de open ruimtes van de enquête de opmerking gegeven dat niet alle symptomen waar zij mee kampen genoeg aandacht kregen. De leeftijdsgrenzen die we voor de groep vrouwen gesteld hebben, zorgde er voor dat we geen beeld kregen op de schaamte en bespreking van klachten bij vrouwen die op een vroeger moment in hun levensloop reeds menopauzale klachten beginnen te vertonen. Wat deze studie relatief sterk maakt is dat er een relatief grote populatie vrouwen kon bereikt worden.

CONCLUSIE

In Vlaanderen werd door veel vrouwen gerapporteerd dat ze zich bij de huisarts niet comfortabel voelen om menopauzale klachten ter sprake te brengen. Schaamte ten opzichte van de huisarts bij het bespreken van intieme onderwerpen en de beperkte kennis/advies/begrip van de huisarts speelden een belangrijke rol. De Vlaamse huisartsen gaven nochtans aan dat zij zich (vrij) comfortabel voelen bij het bespreken van menopauzale klachten, maar het gesprek wordt door hen slechts weinig geïnitieerd. Een belangrijke factor hiervoor is omdat ze te weinig kennis/ervaring bezitten over de opstart van een gepaste behandeling. Hierin zien we een belangrijke kloof tussen de Vlaamse huisartsen en hun patiënten.

REFERENTIES:

1. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of the North American Menopause Society. Menopause J North Am Menopause Soc. 2013;20(9):888–902.

2. Portman DJ. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopauze Society. Menopause J North Am Menopause Soc. 2014;21(10):1063–8.

3. Elizabeth Farrell AM. Genitourinary syndrome of menopause. Aust Fam Physician. 2017;46(7):481–4.

4. Phillips NA, Bachmann GA. Genitourinary syndrome of menopause: Common problem, effective treatments. Cleve Clin J Med. 2018;85(5):390–8.

5. Alvisi S, Gava G, Orsili I, Giacomelli G, Baldassarre M, Seracchioli R, et al. Vaginal health in menopausal women. Med. 2019;55(10):1–13.

6. Mili N, Paschou SA, Armeni A, Georgopoulos N, Goulis DG, Lambrinoudaki I. Genitourinary syndrome of menopause: a systematic review on prevalence and treatment. Menopause. 2021;28(6):706–16.

7. Nik Hazlina NH, Norhayati MN, Shaiful Bahari I, Nik Muhammad Arif NA. Prevalence of Psychosomatic and Genitourinary Syndrome Among Menopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Med. 2022;9(March):1–11.

8. Faubion SS, Sood R, Kapoor E. Genitourinary Syndrome of Menopause: Management Strategies for the Clinician. Mayo Clin Proc [Internet]. 2017;92(12):1842–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.08.019

9. Shifren JANL. Genitourinary Syndrome of Menopause. 2018;61(3):508–16.

10. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2016;215(6):704–11. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.045

11. Thuraisingham C, Nalliah S. Is menopause managed well enough in general practice? Malaysian Fam Physician. 2023;18:1–10.

12. Natvik M, Gjelsvik B, Vangen S, Skjeie H, Brekke M. Women's information needs about menopause: a cross-sectional survey in Norwegian general practice. BJGP Open. 2023;BJGPO.2023.0127.

13. Peters KJ. What Is Genitourinary Syndrome of Menopause and Why Should We Care? Perm J. 2021;25(2):1–6.

14. Dintakurti N, Kalyanasundaram S, Jha P, Talaulikar V. An online survey and interview of GPs in the UK for assessing their satisfaction regarding the medical training curriculum and NICE guidelines for the management of menopause. Post Reprod Heal. 2022;28(3):137–41.

15. Macpherson BE, Quinton ND. Menopause and healthcare professional education: A scoping review. Maturitas [Internet]. 2022;166(June):89–95. Available from: https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.08.009

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: VRAGENLIJST (POST-)MENOPAUZALE VROUWEN

Vragenlijst in kader van MP023455 – Het genito-urinair syndroom van de menopauze in de huisartsenpraktijk

Vragenlijst voor patiënten

1. Demografische gegevens

Leeftijd
Woonplaats: Provincie?
Onderwijsniveau (volgens de Vlaamse Kwalificatiestructuur):

- Eindtermen lager onderwijs
- Eindtermen basiseducatie/tweede graad BSO
- Eindtermen 2e leerjaar derde graad BSO
- Eindtermen 3e graad ASO, TSO, KSO, BSO
- Hogeschool – gegradueerde (HBO5)
- Bachelor
- Master
- Doctor

Burgerlijke status:

- Gehuwd
- Wettelijk samenwonend
- Gescheiden
- Weduwe
- Alleenstaand

Aantal keer bevallen?
Bent u reeds in behandeling voor menopauzale klachten?

2. Symptomatologie

De menopauze begint gemiddeld rond de leeftijd van 50 jaar, er treden vanaf dan verschillende lichamelijke veranderingen op. Welke symptomen horen volgens u eerder bij menopauze (= hormonale veranderingen, nl. oestrogeen deficiëntie, oestrogeen stimulatie valt weg) dan bij ouderdom?

- Opvliegers Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Blozen Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Nachtelijk zweten Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Onregelmatige menstruatie Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Gemoedschommelingen Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Vaginale droogte Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Vaginale jeuk Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Vaginale branderigheid Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Gedaalde vaginale vochtigheid Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Dyspareunie, pijn bij het vrijen Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Postcoïtaal bloedverlies (na seksuele betrekkingen)
  Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Verminderde seksuele interesse Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Pijn bij het plassen Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Urgency = dringende drang om te plassen ondanks dat de urineblaas niet vol is
  Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet
- Pollakisurie = frequent plassen, meer dan 8 keer per 24 uur
  Zeker Eerder wel Eerder niet Zeker niet

Welke behandelingen kent u voor de aanpak van vaginale atrofie (= droogte en dunne wanden) tijdens de (post)menopauze?

- Glijmiddel
- Vaginale hydraterende crèmes (zonder voorschrift te verkrijgen)
- Vaginale oestrogeen crèmes of tabletten (vb. Blissel, Aacifemine, Vagifem,..)
- Vaginaal DHEA (prasteron, gekend als Intrarosa)
- Hyaluronzuur (vb MucoGyne, Hyalofemme)
- Selectieve Oestrogeen Receptor Modulatoren (ospemifene, gekend als Osphena)
- Seksuele betrekking of vibrators
- Laser therapie
- Geen idee

3. Bespreking

Bespreekt u volgende problemen betreffende de menopauze met de huisarts? Of indien niet aanwezig, zou u deze met de huisarts bespreken?

Opvliegers, blozen, nachtelijk zweten	Ja	Nee
Onregelmatige menstruatie	Ja	Nee
Gemoedschommelingen	Ja	Nee
Vaginale droogte	Ja	Nee
Vaginale jeuk	Ja	Nee
Vaginale branderigheid	Ja	Nee
Gedaalde vaginale lubricatie, vochtigheid	Ja	Nee
Dyspareunie = Pijn na seksuele betrekking	Ja	Nee
Bloedverlies na seksueel contact	Ja	Nee
Verminderde seksuele interesse	Ja	Nee
Pijn bij plassen	Ja	Nee
Urgency = dringende drang om te plassen	Ja	Nee
Pollakisurie = frequent plassen, meer dan 8 keer per 24 uur	Ja	Nee

Voel je hier schaamte bij? Ja Nee

Zo ja, waarom?

Zo nee, waarom bespreek je dit niet?

Kaart u zelf (problemen over) seksualiteit aan? Ja Nee

Vindt u het de taak van de huisarts om zelf de menopauze en daaruit voorkomende problematiek aan te kaarten en zo een gesprek te starten? Ja Nee

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST HUISARTSEN (IN OPLEIDING)

Vragenlijst in kader van MP023455 – Het genito-urinair syndroom van de menopauze in de huisartsenpraktijk

Vragenlijst in te vullen door huisartsen of HAIO's

1. Demografische gegevens

Geslacht: M/V/X

Leeftijd:

Opleidingsniveau: Huisarts of HAIO

→ Indien huisarts: hoe lang reeds aan het werk?

- <5 jaar,
- 5-10 jaar
- 11-15 jaar
- >15 jaar

Praktijktype:

- Solopraktijk
- Groepspraktijk
- Duopraktijk
- Wijkgezondheidscentrum

2. Gynaecologische problemen bij de huisarts

Voert u als huisarts routine gynaecologische onderzoeken uit? Ja Nee

Voert u bij postmenopauzale vrouwen nog routine gynaecologische onderzoeken uit? Ja Nee

Op welke leeftijd van de vrouwen stopt u met het uitvoeren van routine gynaecologische onderzoeken?

- Nooit
- 50 jaar
- 55 jaar
- 60 jaar
- 65 jaar
- Ouder
- Niet van toepassing

Wat zorgt ervoor dat u een gynaecologisch onderzoek zal voorstellen bij postmenopauzale vrouwen?

- Jaarlijkse screening
- Enkel indien er een klacht is betrekking hebbend tot vaginale symptomen
- Enkel indien er bij routine onderzoek een negatief antwoord komt op vaginale klachten/symptomen.
- Ik verwijs postmenopauzale vrouwen door naar een specialist voor gynaecologisch onderzoek.
- Andere: _____

Hoe vaak initieert u de discussie over postmenopauzale problemen met vrouwelijke patiënten?

- Vaak
- Occasioneel
- Zelden
- Nooit

Hoe comfortabel voelt u zich bij het zelf ter sprake brengen van genito-urinair syndroom van de menopauze, vulvovaginale symptomen of dyspareunie?

- Comfortabel
- Vrij comfortabel
- Vrij oncomfortabel
- Oncomfortabel

Hoe comfortabel voelt u zich bij het beantwoorden van vragen over de menopauze en (post)menopausale symptomen?

- Comfortabel
- Vrij comfortabel
- Vrij oncomfortabel
- Oncomfortabel

3. Genito-urinair syndroom van de menopauze

Hoe schat u uw kennis in over urogenitale symptomen gerelateerd aan oestrogeen-deficiëntie/menopauze?

- Uitgebreide kennis
- Vrij uitgebreide kennis
- Eerder weinig kennis
- Geen kennis

Hebt u al gehoord over de diagnose “genito-urinair syndroom van de menopauze”?

Ja Nee

Gebruikt u tijdens de consultaties deze terminologie om de veranderingen geassocieerd aan de menopauze te beschrijven?

- Vaak
- Weinig
- Nooit
- Ik ken de term niet.

BIJLAGE 3: OPROEP (POST-)MENOPAUZALE VROUWEN OP SOCIALE MEDIA

Oproep aan alle vrouwen tussen de 45 en 75 jaar die zich in of na de menopauze bevinden.

Geachte,

Ik ben Pauline Van den Bossche, huisarts-in-opleiding aan de KU Leuven. Ik zit momenteel in de 2e fase van mijn opleiding en ben bezig aan het schrijven van een masterpaper.
Ik wil in deze paper onderzoek doen naar de kennis en bespreking over menopauzale klachten in de huisartenpraktijk. Om dit in kaart te kunnen brengen, heb ik een vragenlijst opgesteld, waarvan het invullen slechts 5 minuten in beslag zal nemen.

U zou me een groot plezier doen indien u even de tijd zou kunnen nemen om deze in te vullen.

Indien u verdere vragen heeft, kan u die zeker stellen via mijn e-mailadres

pauline.vandenbossche@student.kuleuven.be

Met vriendelijke groeten,

Pauline Van den Bossche

BIJLAGE 4: OPROEP AAN HUISARTSEN (IN OPLEIDING)

Onderzoek naar menopauzale klachten binnen de huisartsenpraktijk.

Geachte artsen,
In het kader van mijn masterproef heb ik een korte, anonieme enquête opgesteld die ongeveer 5 minuten zal duren. Het betreft een vragenlijst waarin getoetst wordt naar de kennis en bespreking rond menopauze binnen de huisartsenpraktijk.
De studie heeft twee doelgroepen: namelijk huisartsen en (post—)menopauzale vrouwen.
De studie (MP023455) zal worden goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Bij verdere vragen kan u me gerust contacteren op

pauline.vandenbossche@student.kuleuven.be

Pauline Van den Bossche Huisarts-in-opleiding Fase 2

BIJLAGE 5: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP023455
Uw kenmerk: Masterproef studie: Het genito-urinair syndroom van de menopauze in de huisartsenpraktijk.
Leuven, 02-01-2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Pauline Van den Bossche

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 02-01-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectieve studie aan de hand van anonieme vragenlijsten om beter de situatie te kennen in Vlaanderen betreffende de kennis van (post-)menopauzale vrouwen en huisartsen over het genito-urinair syndroom van de menopauze. Rekruteringsteksten zijn toegevoegd en in orde. Daarnaast worden de publiek beschikbare adressen van de huisartsenkringen gebruikt om de studie te verspreiden. De vragenlijsten worden online, via qualtrics, ingevuld. Er zijn geen bezwaren tegen de studie.

Elke herindiening of amendement moet in ‘track changes’ of in highlight worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar ‘herindiening_MP###_versie#’ of ‘amendement_MP###_versie#’. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 27-12-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International

Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv