Menopauze bespreekbaar maken in de huisartsenpraktijk

Daphne De Clercq, UGent

Dagmar Roelens, UGent

Promotor: Prof. dr. Oliver Van Hecke, UGent

Co-promotoren: dr. Janique Lobbestael, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2025]

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.

Abstract

Inleiding

Gemiddeld spenderen vrouwen een derde van hun leven in de menopauze. Aangezien de levensverwachting toeneemt, wordt het belangrijk om meer aandacht te besteden aan deze groep. Volgens een Brits onderzoek van de Fawcett Society heeft bijna de helft (45%) van de vrouwen, die in de perimenopauze en menopauze zitten hier nog niet met hun huisarts over gesproken (1). Een andere studie uit het British Journal of General Practice vermeldt dat nochtans 80% van de vrouwen graag meer voorlichting had verkregen, voor de start van de menopauze (2). Bij veel eerstelijnsartsen heerst er nog een gebrek aan kennis en vertrouwen bij het herkennen en behandelen van de menopauze. Eveneens heerst er ook bij patiënten een onzekerheid omtrent dit thema (3).

Doelstelling

Ons onderzoek heeft als voornaamste doel het vergroten van bewustwording en voorlichting omtrent de menopauze binnen onze huisartsenpraktijken. Het onderzoek vormt de basis voor verdere projecten (protocollen) in de huisartsenpraktijk.

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in vier huisartsenpraktijken en richtte zich op vrouwen tussen de 48 en 58 jaar. Een vragenlijst met 20 vragen, gebaseerd op de Greene Climacteric Scale en praktijkervaringen, werd in de wachtzaal van elke praktijk gelegd. Uiteindelijk werden er 171 vragenlijsten verzameld en verwerkt. De gegevens werden gepseudonimiseerd verzameld en geanalyseerd met SPSS, waarbij beschrijvende statistiek werd toegepast.

Resultaten

Ons onderzoek toont een gelijkaardig verloop van ernst van klachten bij menopauzale en andere vrouwen (o.a. perimenopauzale vrouwen), wat ook weerspiegeld wordt in de behandelingen met lokale en orale hormoontherapie. Daarnaast blijkt de drempel om de huisarts te raadplegen over menopauzale klachten lager dan in de literatuur beschreven. Tot slot observeren we in onze praktijken dat de huisarts ook een belangrijke voorschrijver is van de orale hormoontherapie.

Conclusie

De menopauze heeft een belangrijke impact op het welzijn van vrouwen. Er is aanzienlijke ruimte voor verbetering in zowel erkenning als behandeling. Het vergroten van kennis, het aanpakken van stigma en het versterken van de communicatie tussen patiënten en zorgverleners zijn cruciale stappen in het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het welzijn van vrouwen in de menopauze.

1. Inleiding 1
1.1 Menopauze 1
1.1.1 Definitie 1
1.1.2 Menopauze in België 1
1.1.3 Pathofysiologie 2
1.1.4 Diagnose 2
1.1.4.1 Symptomen 3
1.1.4.2 Scoresystemen 4
1.1.4.3 Greene Climacteric Scale 4
1.1.5 Behandeling 6
1.1.6 Langetermijneffecten van de menopauze 6
1.2 Menopauze in de huisartsenpraktijk 7
1.2.1 Uitdagingen in de huisartsenpraktijk 7
1.2.2 Reflecties uit eigen huisartsenpraktijk 8
1.3 Doel van het onderzoek 8
2. Methode 9
2.1 Onderzoeksopzet 9
2.2 Inclusie- en exclusiecriteria 9
2.3 Ethische goedkeuring 9
2.4 Populatie en steekproefgrootte 9
2.5 Vragenlijst 10
2.6 Studieprocedure 10
2.7 Data-analyse 11
3. Resultaten 12
3.1 Epidemiologie 12
3.2 Score 13
3.2.1 Greene Climacteric Scale symptomen 13
3.2.2 Totaalscore 14
3.3 Link met de menopauze 14
3.4 Drempel 14
3.5 Comfort 14
3.6 Kennis en informatie 15
3.6.1 Kennis 15
3.6.2 Voorkeur van informatiebronnen 15
3.7 Behandelingen in het heden 16
3.8 Voorschrijfgedrag door gynaecoloog of huisarts 17
3.8.1 Behandelingen in het heden 17
3.8.2 Behandelingen in het verleden 17
3.9 Andere geneesmiddelen 17
4. Discussie 18
4.1 Bevindingen 18
4.1.1 De impact van menopauzale klachten en belang van brede diagnose 18
4.1.2 Drempel om huisarts te raadplegen 19
4.1.3 Voorschrijfgedrag hormoontherapie 20
4.2 Toepassingen in de huisartsenpraktijk en toekomstige initiatieven 20
4.3 Sterktes en beperkingen 21
4.3.1 Sterktes 21
4.3.2 Beperkingen 21
5. Conclusie 22

6. Referenties **23**
7. Bijlagen **25**
7.1 Vragenlijst 25
7.2 Steekkaart 28
7.3 Extra onderzoeksresultaten 30
7.3.1 Epidemiologie 30
7.3.2 Greene Climacteric Scale symptomen 30
7.3.3 Behandelingen verleden 32
7.3.4 Geneesmiddelengebruik 32

1. Inleiding

1.1 Menopauze

1.1.1 Definitie

De menopauze verwijst naar het moment in het leven van een vrouw waarop de menstruatiecyclus definitief stopt. Klinisch wordt de menopauze vastgesteld na 12 maanden amenorroe, waarbij het tijdstip van de laatste menstruatie retrospectief wordt bepaald (4). Dit proces kan spontaan optreden (natuurlijke menopauze) of iatrogeen zijn (secundaire menopauze), en kan verder worden geclassificeerd in “vroeg” als het optreedt vóór de leeftijd van 45 jaar en “voortijdig” als het optreedt vóór de leeftijd van 40 jaar (4). Wereldwijd is de gemiddelde leeftijd van de natuurlijke menopauze 48,8 jaar met opmerkelijk weinig geografische variatie (5).

1.1.2 Menopauze in België

In België waren er in 2022 minstens 1,5 miljoen vrouwen tussen de 40 en 65 jaar, de leeftijdscategorie die de perimenopauze doormaakt, wat meer dan een kwart van de vrouwelijke bevolking vertegenwoordigt (6). Hoewel 98% van de vrouwen bekend is met de term "menopauze", blijkt uit recent onderzoek dat veel vrouwen de duur en impact van deze levensfase onderschatten. Slechts 39% is zich ervan bewust dat de gevolgen van de menopauze een blijvende invloed kunnen hebben (7).

De menopauze krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht in België. Dit blijkt onder andere uit het nieuwe VRT-programma Menopauzia, waarin vrouwen openlijk getuigen over hun ervaringen met menopauzale klachten. Zo vertelt televisiechef Dagny Ros: "Geen enkele dokter heeft tegen mij gezegd dat mijn klachten te maken hadden met de menopauze, integendeel, artsen dachten dat ik een depressie of burn-out had." Deze miskenning van de menopauze kan deels worden verklaard door een tekort aan opleiding bij zorgprofessionals. Uit een enquête van de Belgische Vereniging voor Menopauze (BVM), afgenomen bij meer dan 1.300 vrouwen, blijkt dat twee op de drie artsen moeite hebben om de vragen van hun patiënten over de menopauze te beantwoorden (8).

Tegelijkertijd is er een groeiende rol voor menopauzeconsulenten, die vrouwen begeleiden en ondersteunen in deze overgangsperiode. Deze gespecialiseerde professionals bieden praktische hulp en advies, wat bijdraagt aan een betere zorg en bewustwording rondom de menopauze in België (9).

1.1.3 Pathofysiologie

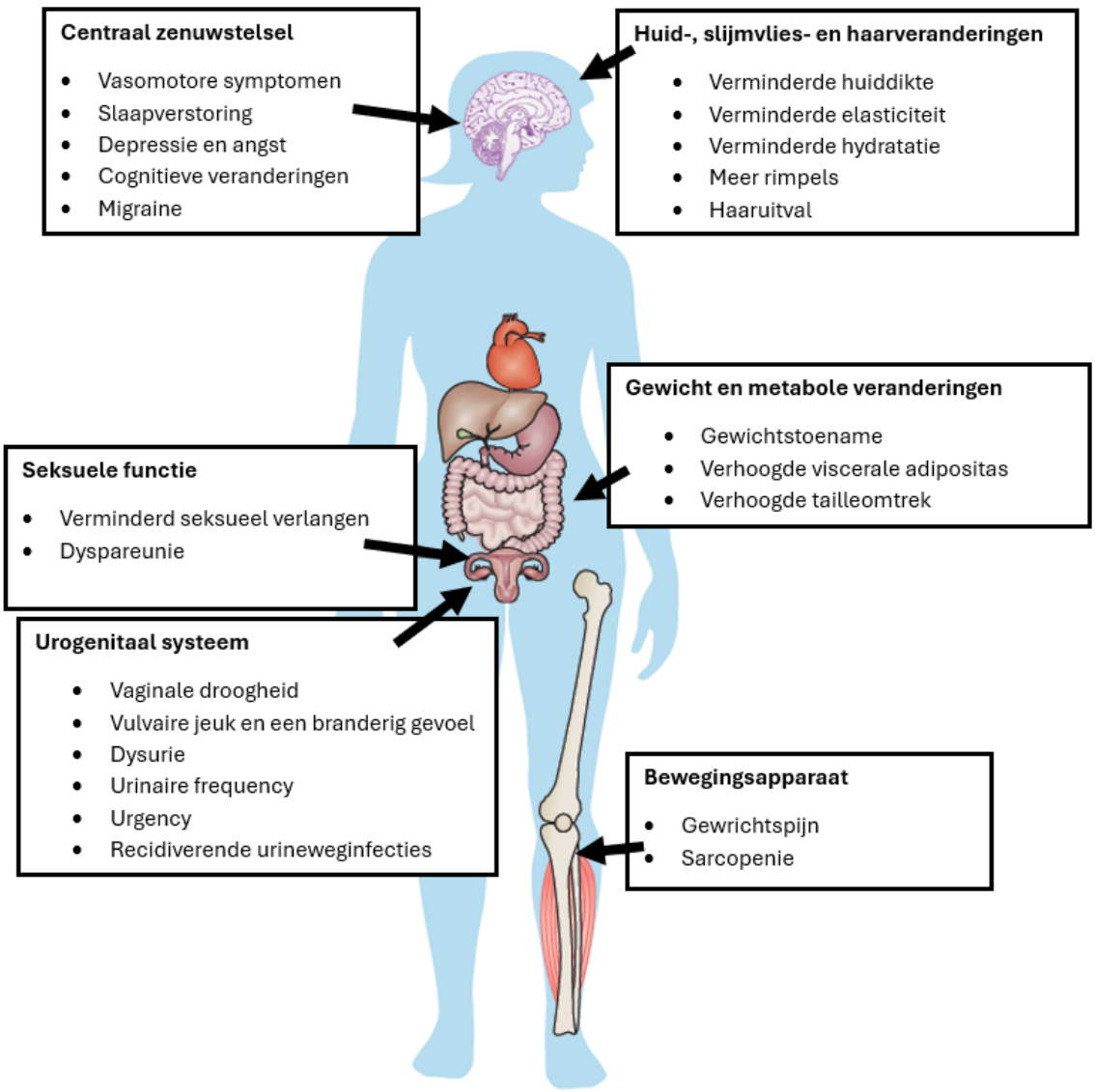
De menopauze markeert de natuurlijke overgang waarbij de voorraad eicellen in de eierstokken opraakt en de menstruatie permanent stopt. De weg naar de menopauze, ook wel de perimenopauze genoemd, wordt gekenmerkt door een reeks hormonale veranderingen door het verlies van follikels en eicellen. Als eerste daalt de productie van inhibine B, een hormoon dat normaal de afgifte van follikelstimulerend hormoon (FSH) onderdrukt (10, 11). Door deze afname van inhibine B stijgen de FSH-niveaus om de eierstokken te stimuleren, maar door de uitgeputte follikels reageren de eierstokken steeds minder goed. In de perimenopauze zorgt dit voor grillige schommelingen in oestrogeen, met onregelmatige cycli. Naarmate de eicellen verder opraken, wordt de aanmaak van oestrogeen steeds onvoorspelbaarder en onregelmatiger. Uiteindelijk, in de postmenopauze, zijn er vrijwel geen eicellen of follikels meer aanwezig, en produceren de eierstokken nauwelijks nog oestrogeen. Het resultaat is een blijvend verhoogd FSH- en LH-niveau en een laag en stabiel oestrogeenniveau (10).

1.1.4 Diagnose

De menopauze wordt in principe als een klinische diagnose gesteld. Volgens de definitie wordt de natuurlijke menopauze vastgesteld bij een vrouw wanneer zij twaalf maanden achtereen geen menstruatie heeft gehad, zonder het gebruik van anticonceptie en met een intacte baarmoeder. Eenmaal deze diagnose is gesteld, moeten wel nog steeds andere oorzaken van amenorroe worden uitgesloten, zeker bij jonge vrouwen en indien er bijkomende klachten zijn zoals vermoeidheid (12). Hoewel een bloedtest niet nodig is om de diagnose te stellen, kan dit in de praktijk wel nuttig zijn. Bij deze test is de oestrogeenspiegel laag en de FSH-spiegel verhoogd. De bloedtest is echter niet betrouwbaar bij vrouwen die nog de anticonceptiepil gebruiken, aangezien de pil de hypofyse en de eierstokken onderdrukt. Om een accurate bepaling te kunnen doen, moet men minstens één maand stoppen met de pil. Bij vrouwen die een hormoonspiraal gebruiken, is de bloedtest wel betrouwbaar (13).

1.1.4.1 Symptomen

De meerderheid van de (peri)menopauzale vrouwen zal symptomen ervaren. Vasomotorische symptomen zoals opvliegers en nachtelijk zweten komen het vaakst voor en treffen meer dan 80% van de vrouwen tijdens de overgang naar de menopauze (14). Andere veel voorkomende symptomen zijn een verstoorde slaap, vermoeidheid, sombere stemming, verhoogde angst en een laag libido (11).



Figuur 1: Symptomen van de menopauze (in het Nederlands). Gebaseerd op artikel van Nature Reviews “Symptoms of menopause- global prevalence, physiology and implications” (10)

1.1.4.2 Scoresystemen

Symptomen van de menopauze kunnen in kaart worden gebracht met behulp van diverse scorelijsten, zoals de Greene Climacteric Scale, de Menopause-Specific Quality of Life-vragenlijst, de Kupperman Index en de Menopause Rating Scale (MRS) (15). In België worden deze lijsten in de dagelijkse praktijk echter nog niet vaak gebruikt. Ze worden voornamelijk toegepast in gespecialiseerde menopauzeklinieken, waar patiënten voorafgaand aan een consult met een gynaecoloog of menopauzeconsulent gevraagd worden dergelijke lijsten in te vullen.

Wij hebben ervoor gekozen om gebruik te maken van de Greene Climacteric Scale, omdat deze een breed scala aan symptomen omvat die typisch zijn voor de menopauze. Bovendien wordt deze schaal regelmatig ingezet in wetenschappelijke onderzoeken, wat bijdraagt aan de validiteit en betrouwbaarheid ervan.

1.1.4.3 Greene Climacteric Scale

De Greene Climacteric Scale is een gestandaardiseerd meetinstrument dat is ontwikkeld door Raymod I. Greene in 1976. De schaal wordt gebruikt om de ernst van symptomen geassocieerd met de menopauze in kaart te brengen. De lijst bestaat uit 21 symptomen onderverdeeld in 4 categorieën, namelijk psychologische symptomen (angst, depressie, nervositeit), somatische symptomen (hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn), vasomotorische symptomen (opvliegers, nachtelijk zweten, …) en seksuele disfunctie. De ernst van elk symptoom wordt beoordeeld door middel van een vierpuntsschaal van helemaal niet (0) tot extreem (3). Deze schaal wordt gebruikt om de impact van de menopauze op het welzijn van de vrouw te beoordelen. Daarnaast helpt de schaalstructuur ook bij het bepalen van de geschiktheid van hormonale therapie in de praktijk. Alsook ondersteunt het artsen bij het begrijpen van specifieke behoeften van vrouwen tijdens de menopauze (16).

Klachten	0	1	2	3
1. Aanvallen van hartkloppingen				
2. Gespannen of nerveus gevoel				
3. Slaapstoornissen				
4. Opgewondenheid				
5. Paniekaanvallen				
6. Concentratieproblemen				
7. Vermoeidheid en/of lusteloosheid				
8. Ongeïnteresseerdheid				
9. Niet gelukkig voelen/neerslachtigheid				
10. Huilbuien				
11. Snel geïrriteerd zijn				
12. Gevoel van duizeligheid, flauwvallen				
13. Gespannen gevoel in hoofd of lichaam				
14. Tintelingen of dood gevoel in huid/lichaam				
15. Hoofdpijn				
16. Spier- en gewrichtspijn				
17. Minder gevoel in handen en/of voeten				
18. Ademhalingsmoeilijkheden				
19. Opvliegers				
20. Nachtelijk zweten				
21. Geen zin in seks				

Figuur 2: Greene Climacteric scale met onderverdeling psychologische symptomen (vraag 1-11), somatische symptomen (vraag 12-18), vasomotore symptomen (vraag 19-20) en urogenitale symptomen (vraag 21).

Score	Aard van klachten	Uitleg
0-10 punten	Milde klachten	U heeft weinig klachten, verder onderzoek is niet nodig. Mocht u toch ontevreden zijn over uw overgangsklachten, dan kunt u contact opnemen met uw huisarts.
10-35 punten	Matige klachten	Uw klachten zijn van dusdanige aard dat u er last van kunt hebben. Als uw overgangsklachten u hinderen in uw dagelijks leven, ga dan naar uw huisarts en bespreek uw klachten en wat kan worden gedaan om u van uw klachten af te helpen. Neem een print van deze vragenlijst mee, zodat u goed kunt wijzen op de klachten die belangrijk zijn voor u.
35-60 punten	Ernstige klachten	Uw overgangsklachten hebben waarschijnlijk veel invloed op uw levenskwaliteit. Dit is zeker iets wat u met uw huisarts moet bespreken. Vaak zijn deze klachten te verminderen. Blijf hier niet nodeloos mee rondlopen! Neem een print van de vragenlijst mee, zodat u goed kunt wijzen op de klachten die belangrijk zijn voor u.

Figuur 3: Totaalscoreverdeling van de Greene Climacteric scale. Gebaseerd op de website van Karmenta. (17)

1.1.5 Behandeling

De menopauze is een unieke ervaring die bij elke vrouw anders verloopt, variërend van minimale klachten tot symptomen die de levenskwaliteit ernstig beïnvloeden. Dit benadrukt de noodzaak van een geïndividualiseerde benadering in de diagnostiek en behandeling. Behandelingen voor menopauzale symptomen omvatten zowel hormonale en niet-hormonale medicatie, natuurlijke supplementen, niet-farmacologische interventies zoals levensstijlaanpassingen, cognitieve gedragstherapie, mindfulness, etc. (5, 18-20).

Hormoontherapie, zowel systemisch als lokaal, blijft de meest effectieve optie voor de behandeling van menopauzale symptomen. Voor vrouwen die geen hormoontherapie (HRT) wensen of hiervoor contra-indicaties hebben, zijn niet-hormonale farmacologische interventies beschikbaar. De keuze van behandeling hangt af van de ernst van de symptomen, de gezondheidstoestand van de vrouw, haar persoonlijke voorkeur en de mogelijke risico's en voordelen van de therapie (5).

1.1.6 Langetermijneffecten van de menopauze

Tijdens de menopauze, wanneer oestrogeen wegvalt, neemt het risico op verschillende gezondheidsproblemen toe. Het cardiovasculaire risico stijgt door een ongunstige verschuiving in het lipidenprofiel, met een toename van LDL-cholesterol en een afname van HDL-cholesterol, evenals een toename van hypertensie door verminderde vasculaire regulatie. Deze veranderingen dragen bij aan de ontwikkeling van atherosclerose en andere hart- en vaatziekten (10).

Daarnaast kan het verlies van oestrogeen de cognitieve functies beïnvloeden, wat het risico op cognitieve achteruitgang en dementie verhoogt. Bovendien bevordert de afname van oestrogeen abdominale vetophoping, wat het risico op insulineresistentie, prediabetes en diabetes vergroot. Tot slot versnelt de daling van oestrogeen de afname van botdichtheid, wat leidt tot osteoporose (10).

1.2 Menopauze in de huisartsenpraktijk

De menopauze die gepaard gaat met diverse fysieke, psychologische, sociale en seksuele veranderingen, is een belangrijke levensfase voor vrouwen. Door de stijgende levensverwachting brengen vrouwen tegenwoordig gemiddeld 20 tot 30 jaar van hun leven door in de menopauze. Dit onderstreept het belang van adequate voorlichting en medische ondersteuning. Huisartsen bevinden zich in een unieke positie om vrouwen te ondersteunen, gezien hun centrale rol in de eerstelijnszorg en het vertrouwen dat zij genieten bij patiënten. Toch zijn er aanzienlijke uitdagingen binnen de gezondheidszorg die de optimale zorg voor menopauzale vrouwen bemoeilijken (12).

1.2.1 Uitdagingen in de huisartsenpraktijk

Peri- en menopauzale symptomen worden vaak gemist, doordat de ervaringen van vrouwen sterk uiteenlopen, afhankelijk van hun persoonlijke, familiale en socioculturele achtergrond (12). Onderzoek toont aan dat 45% van de vrouwen in de perimenopauze en menopauze nooit met hun huisarts over hun symptomen heeft gesproken (1). Dit komt deels doordat vrouwen vaak onvoldoende kennis hebben over de symptomen, vooral de minder voor de hand liggende, zoals geheugenproblemen en concentratieverlies. Ze wijzen deze symptomen vaak toe aan andere oorzaken, zoals stress of bestaande gezondheidsproblemen, of denken dat ze tijdelijk zijn. Daarnaast speelt stigma een belangrijke rol: de term "menopauze" roept bij velen negatieve associaties op, wat ertoe leidt dat veel vrouwen hun symptomen niet serieus nemen of zich schamen om erover te praten. Uit onderzoek bleek dat 36% van de vrouwen zich ongemakkelijk voelde om met een zorgverlener over de menopauze te praten (21).

Bij veel vrouwen zijn er vaak meerdere consulten nodig voordat de menopauze als oorzaak wordt vastgesteld. Enerzijds komt dit door gebreken in de opleiding van zorgverleners, slechts 6,8% van de medisch specialisten voelt zich goed voorbereid om menopauzale klachten te behandelen (1, 22), en 41% van de medische scholen in het Verenigd Koninkrijk biedt geen verplichte opleiding over de menopauze aan (1, 3). Dit gebrek aan kennis zorgt ervoor dat vrouwen vaak zelf op zoek moeten naar oplossingen. Anderzijds ervaren vrouwen verschillende obstakels om medische hulp te zoeken. Ze geloven vaak dat de symptomen vanzelf overgaan of denken dat er toch geen effectieve behandeling bestaat (21).

Bij het zoeken naar behandeling stuiten vrouwen vaak op drempels, vooral als het gaat om hormoonvervangende therapie. Veel vrouwen maken zich zorgen over de mogelijke risico's, zoals kanker, en stellen de behandeling uit of wijzen deze helemaal af (21). Dit komt deels door een gebrek aan duidelijke en gebalanceerde informatie van zorgverleners. Het is daarom belangrijk dat artsen vrouwen voorzien van evidence-based informatie, zodat ze weloverwogen beslissingen kunnen nemen over hun behandelingsopties, inclusief niet-farmacologische en niet-hormonale alternatieven (20). Onderzoek toont aan dat 91% van de vrouwen vindt dat ze niet genoeg informatie hebben over de menopauze (21).

1.2.2 Reflecties uit eigen huisartsenpraktijk

Als huisarts-in-opleiding merkten we tijdens ons eerste jaar dat vrouwen zelden langskwamen met vragen rond de menopauze. We ervoeren zelf een zekere terughoudendheid om het ter sprake te brengen. Tegelijk voelden we ons soms onzeker door een gebrek aan specifieke kennis over de menopauze, een onderwerp dat slechts beperkt aan bod kwam tijdens onze opleiding.

1.3 Doel van het onderzoek

Het doel van ons onderzoek is het vergroten van bewustwording en het verbeteren van voorlichting rondom de menopauze binnen onze huisartspraktijken. We willen een duidelijk beeld schetsen van verschillende aspecten rondom de menopauze, waarbij de ervaring van de patiënt centraal staat.

2. Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek werd uitgevoerd in vier huisartsenpraktijken, waarvan twee landelijke en twee stedelijke praktijken die dominant uit vrouwelijke artsen bestaan (namelijk 13 vrouwen versus 4 mannelijke artsen). De patiëntenpopulatie per huisartspraktijk bedraagt ongeveer 2500 à 5000 patiënten. Gegevensverzameling vond plaats door middel van een vragenlijst bestaande uit 20-tal vragen over de menopauze. Het doel van deze studie was het vergroten van bewustwording rondom de menopauze en het bieden van gerichte voorlichting binnen de betrokken praktijken.

Het onderzoek vond plaats tussen 1 september 2023 en 15 december 2024.

2.2 Inclusie- en exclusiecriteria

Voor deze onderzoeken werden enkel vrouwen tussen de 48 en 58 jaar geïncludeerd.

2.3 Ethische goedkeuring

Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent op 25 augustus 2023 (Referentienummer THE-2023-0205).

2.4 Populatie en steekproefgrootte

De steekproef bestond uit patiënten die gedurende de onderzoeksperiode onze beide praktijken bezochten. Om een betekenisvolle steekproef te verkrijgen, werd vooraf een steekproefberekening gemaakt. In beide praktijken werden gemiddeld 200 vrouwen in de leeftijd van 48 tot 58 jaar geregistreerd, wat resulteerde in een totaal van 800 potentiële deelnemers. Voor dit onderzoek werd een foutenmarge van 5% en een betrouwbaarheidsinterval van 95% gehanteerd. Uit de berekening bleek dat minimaal 260 respondenten nodig waren om statistisch relevante resultaten te verkrijgen.

2.5 Vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit een 20-tal vragen, bestaande uit zowel open als gesloten vragen (zie bijlage 1).

Om te bepalen of vrouwen al dan niet in de menopauze waren, werden enkele vragen gesteld: is uw menstruatie langer dan een jaar geleden, gebruikt u anticonceptie, heeft u een hysterectomie of bilaterale ovariëctomie ondergaan? Om te concluderen dat vrouwen daadwerkelijk in de menopauze waren, werden volgende criteria gebruikt: menstruatie > 1 jaar geleden* of bilaterale ovariëctomie (*zonder gebruik van anticonceptie of hysterectomie). Door deze criteria te hanteren, worden alleen vrouwen die daadwerkelijk in de menopauze verkeren meegenomen. Vrouwen die buiten deze criteria vallen, kunnen echter nog steeds in de menopauze zijn of zich in de menopauzale transitie bevinden.

Voor de symptoomanamnese werd een scoretabel gebruikt die gebaseerd is op de Greene Climacteric Scale, een gevalideerd instrument voor het meten van menopauzale symptomen. Deze vragenlijst werd vertaald naar het Nederlands. De overige vragen werden opgesteld na grondig literatuuronderzoek en op basis van praktijkervaringen. Alsook werd dit besproken met een gynaecologisch specialist. Voorafgaand aan de dataverzameling werd deze vragenlijst eveneens besproken met collega-artsen binnen de praktijken. De vragenlijst werd in papieren vorm afgenomen.

2.6 Studieprocedure

De vragenlijst werd beschikbaar gesteld in de wachtkamers van de praktijken. Vrouwen werden aangemoedigd om deze in te vullen via mededelingen op het televisiescherm en door de praktijksecretaressen. Voor deelname ontvingen de respondenten vooraf schriftelijke informatie via een informed consent-formulier, dat zij tevens ondertekenden als toestemmingsverklaring. Op het formulier stond ook een e-mailadres vermeld voor eventuele vragen, die beide onderzoekers konden beheren.

Na het invullen van de vragenlijst hadden de respondenten de keuze om deze in te leveren bij de secretaresse of discreet te deponeren in een afgesloten kartonnen inzamelbox die dagelijks werd geledigd. De ingevulde vragenlijsten werden veilig opgeslagen, en de gegevens werden ingevoerd en geanalyseerd in SPSS, gebruikmakend van de database van Athena UGent. Alle patiëntengegevens werden gepseudonimiseerd om privacy te waarborgen.

2.7 Data-analyse

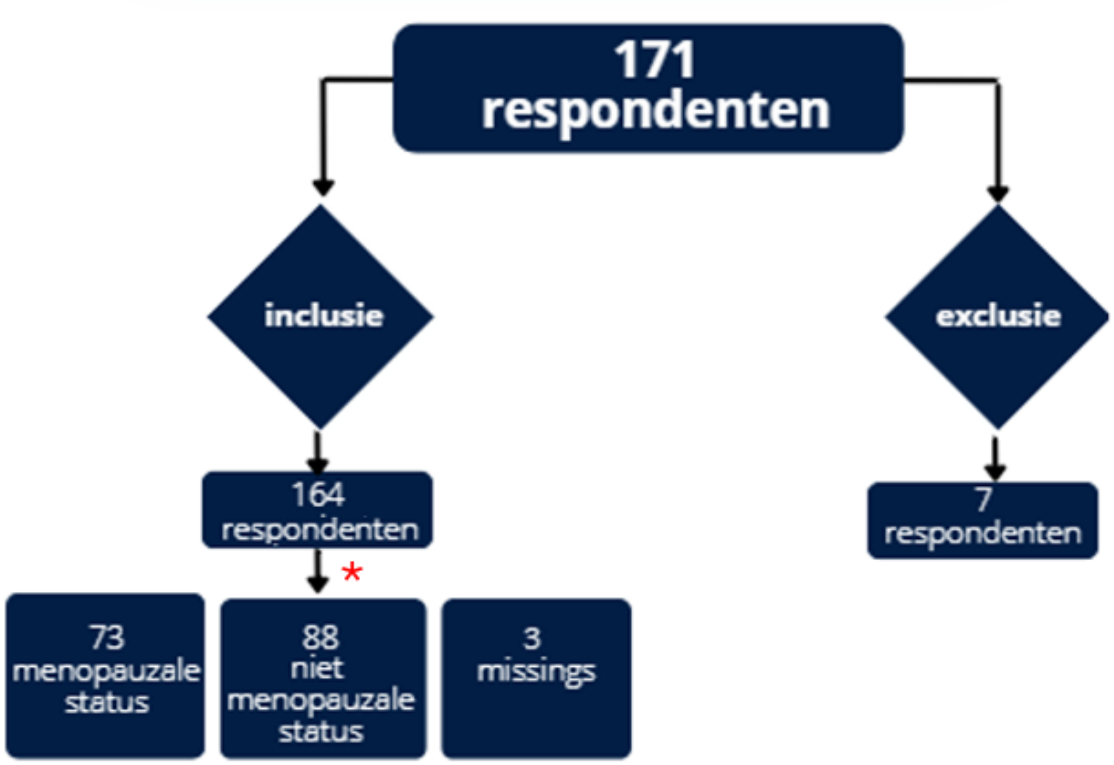
De data-analyse werd gezamenlijk uitgevoerd door beide onderzoekers, waarbij gebruik werd gemaakt van SPSS (versie 29). Categorische variabelen werden samengevat in aantallen en percentages, terwijl voor continue variabelen, waar relevant, gemiddelden en standaarddeviaties werden berekend. De nadruk lag op beschrijvende statistiek, met name via de functies *Descriptives*, *Frequencies* en *Crosstabs*.

3. Resultaten

3.1 Epidemiologie

Onze studiepopulatie omvat 171 patiënten met een leeftijd variërend van 46 tot 62 jaar. Voor de analyse zijn patiënten tussen de 48 en 58 jaar geselecteerd, wat resulteert in een uiteindelijke studiepopulatie van 164 patiënten. De gemiddelde leeftijd bedraagt 54 jaar.

Om vast te stellen of de deelnemers zich al dan niet in de menopauze bevonden, werd een reeks vragen opgesteld*. Uit de studiepopulatie bleek dat 73 (45,3%, n=164) respondenten in de menopauze waren.



Figuur 4: Flowchart

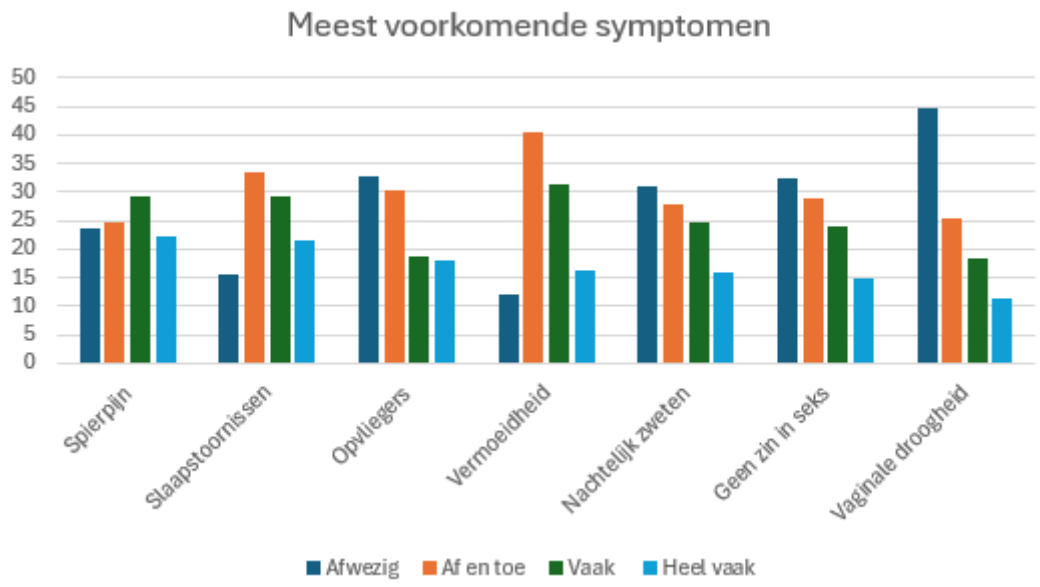
* menstruatie > 1 jaar geleden* of bilaterale ovariëctomie (*zonder gebruik van anticonceptie of hysterectomie)

3.2 Score

3.2.1 Greene Climacteric Scale symptomen

Van de 21 klachten uit de aangepaste versie van de Greene Climacteric Scale hebben we de zeven meest voorkomende klachten geselecteerd die het vaakst werden gecodeerd als *"heel vaak, activiteiten moeten worden onderbroken."*

Spierpijn kwam het meest voor, met een prevalentie van 22,3% (n=157). Slaapstoornissen werden door 21,7% (n=161) van de respondenten gerapporteerd, gevolgd door opvliegers die bij 18,2% (n=159) frequent optreden. Daarnaast gaf 16,3% (n=160) van de respondenten aan zeer vaak vermoeid te zijn, terwijl 16,1% (n=161) regelmatig last had van nachtelijk zweten. Verder noemde 14,8% (n=155) een verminderde zin in seks en rapporteerde 11,5% (n=157) vaginale droogheid.



Figuur 5: Symptomen die het meest voorkomen als ‘’heel vaak, activiteiten moeten worden onderbroken’’.

3.2.2 Totaalscore

	Getal (%) vrouwen in de menopauze	Getal (%) vrouwen die niet aan de menopauzecriteria voldoen
Milde klachten	14 respondenten (10,3%)	21 respondenten (15,4%)
Matige klachten	42 respondenten (30,9%)	48 respondenten (35,3%)
Ernstige klachten	6 respondenten (4.4%)	5 respondenten (3.7%)

Tabel 1: Totaalscore bij respondenten (n=136) in de menopauze (inclusiecriteria) en respondenten die niet voldoen aan de inclusiecriteria.

3.3 Link met de menopauze

112 vrouwen (70%, n=160) geven aan dat zij een verband zagen tussen hun klachten en de menopauze. Daarentegen zag 30% dit verband niet.

Daarnaast werd onderzocht in hoeverre patiënten vonden dat de huisarts deze klachten herkenden als menopauze-gerelateerde klachten. 89 vrouwen (57,4%, n=155) gaven aan dat hun huisarts dit verband erkende, terwijl 66 vrouwen (42,6%, n=155) zeiden dat hun huisarts geen link legde tussen hun klachten en de menopauze.

3.4 Drempel

66 respondenten (40.5%, n=163) spraken de huisartsen nog niet aan over hun klachten. Van deze respondenten ervoeren 6 vrouwen (9,1%, n=66) een drempel om de huisarts hierover te benaderen, terwijl 60 respondenten (90,9%, n=66) geen belemmering ervoeren.

3.5 Comfort

Uit de resultaten blijkt dat 85 respondenten (52,8%, n=161) zich vrij comfortabel voelen om over de menopauze te praten. Daarnaast geeft 38,5% aan zich volledig comfortabel te voelen. Slechts 8,1% voelt zich oncomfortabel bij dit onderwerp, terwijl 0,6% aangeeft zich vrij oncomfortabel te voelen.

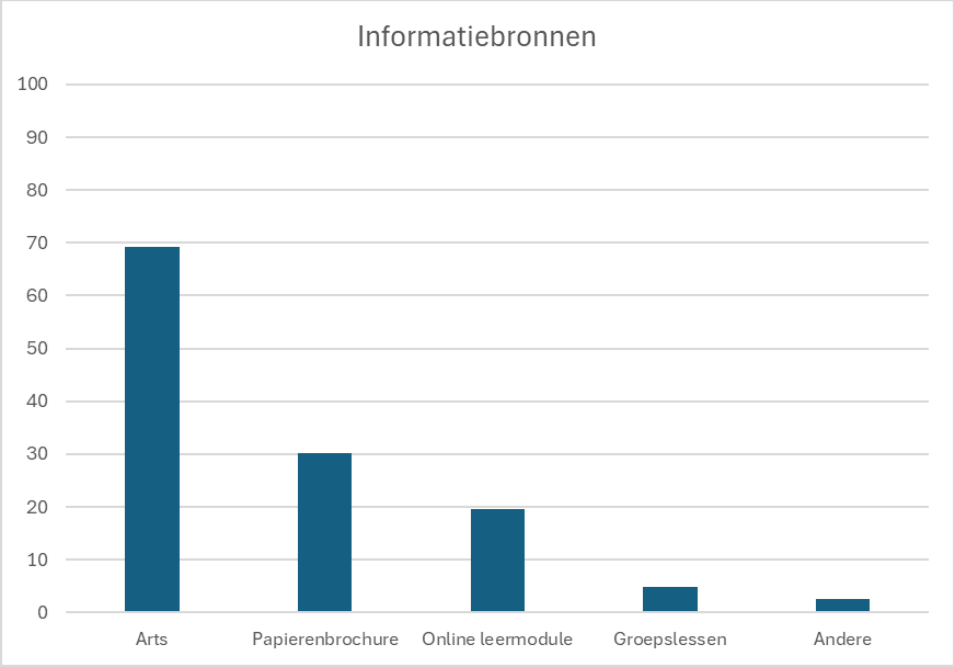
3.6 Kennis en informatie

3.6.1 Kennis

Uit de resultaten blijkt dat 34 respondenten (21,3%, n = 160) een vrij goede kennis over de menopauze hebben. Verder geeft 47,5% aan over goede kennis te beschikken, terwijl 29,4% vindt dat hun kennis onvoldoende is. Slechts 1,9% van de respondenten geeft aan helemaal geen kennis over de menopauze te hebben.

3.6.2 Voorkeur van informatiebronnen

Uit de resultaten blijkt dat 113 respondenten (69,3%, n = 163) het liefst informatie over de menopauze wil ontvangen via een arts. Daarnaast zou 30,1% graag geïnformeerd worden met een papieren brochure, terwijl 19,6% de voorkeur heeft voor een online leermodule. Verder geeft 4,9% aan interesse te hebben in een groepsles over de menopauze. Tot slot verkiest 2,5% andere informatiebronnen (zoals het bespreken met familie, internet, artikelen of vergelijkbare hulpmiddelen).



Figuur 6: Voorkeur van informatiebronnen over de menopauze

3.7 Behandelingen in het heden

Patiënten werden gevraagd welke behandelingen zij gebruiken voor hun menopauzale klachten, waarbij meerdere behandelopties aangeduid konden worden. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de toegepaste behandelingen bij vrouwen in de menopauze en vrouwen die niet voldeden aan de menopauzecriteria.

	Getal (%) vrouwen in de menopauze	Getal (%) vrouwen die niet aan de menopauzecriteria voldoen
Geen behandeling	43 respondenten (26.9%)	50 respondenten (31.3%)
Orale hormoontherapie	15 respondenten (9.4%)	16 respondenten (10%)
Lokale behandeling	11 respondenten (6.9%)	19 respondenten (11.9%)
Natuurlijke producten	8 respondenten (5%)	7 respondenten (4.4%)
Andere (vb. gezonde levensstijl, bewegen, kinesist/osteopaat, …)	6 respondenten (3.8%)	7 respondenten (4.4%)

Tabel 2: Behandelingen in het heden (geen behandeling, orale hormoontherapie, lokale behandeling, natuurlijke producten of andere therapieën) bij een totaal van 160 respondenten.

3.8 Voorschrijfgedrag door gynaecoloog of huisarts

3.8.1 Behandelingen in het heden

	Getal (%) voorgeschreven door gynaecoloog	Getal (%) voorgeschreven door huisarts
Orale hormoontherapie (n= 32)	14 respondenten (43,8%)	19 respondenten (59,4%)
Lokale hormoontherapie (n=30)	18 respondenten (60%)	13 respondenten (43,3%)

Tabel 3: Voorschrijfgedrag van orale en lokale hormoonbehandeling in het heden

3.8.2 Behandelingen in het verleden

	Getal (%) voorgeschreven door gynaecoloog	Getal (%) voorgeschreven door huisarts
Orale hormoontherapie (n= 22)	11 respondenten (50,0%)	11 respondenten (50,0%)
Lokale hormoontherapie (n=5)	3 respondenten (60%)	2 respondenten (40%)

Tabel 4: Voorschrijfgedrag van orale en lokale hormoonbehandeling in het verleden

3.9 Andere geneesmiddelen

Uit de gegevens blijkt dat 19 respondenten (11,9%, n=160), van de personen in de menopauze, antidepressiva gebruiken. Daarnaast gebruiken 8 respondenten (5%, n=160), van beide groepen, slaapmedicatie.

	Getal (%) vrouwen in de menopauze	Getal (%) vrouwen die niet aan de menopauzecriteria voldoen
Antidepressiva	19 respondenten (11,9%)	11 respondenten (6.9%)
Slaapmedicatie	8 respondenten (5%)	8 respondenten (5%)

Tabel 5: Geneesmiddelengebruik (antidepressiva en slaapmedicatie) bij respondenten in de menopauze en respondenten die niet voldoen aan de menopauzecriteria.

4. Discussie

Ons onderzoek heeft een aantal belangrijke bevindingen opgeleverd. Ten eerste zien we een gelijkaardig verloop van ernst van klachten bij menopauzale en andere vrouwen (o.a. perimenopauzale vrouwen), wat ook weerspiegeld wordt in de behandelingen met lokale en orale hormoontherapie. Ten tweede blijkt de drempel om de huisarts te raadplegen over menopauzale klachten lager dan in de literatuur beschreven. Ten derde observeren we in onze praktijken dat de huisarts ook een belangrijke voorschrijver is van orale hormoontherapie.

4.1 Bevindingen

4.1.1 De impact van menopauzale klachten en belang van brede diagnose

Ons onderzoek suggereert dat de ernst van de klachten bij menopauzale vrouwen vrijwel gelijkaardig ervaren wordt als die van de andere vrouwen (o.a. perimenopauzale vrouwen), wat zich ook weerspiegelt in de behandelingskeuzes. Alle vrouwen in ons onderzoek worden in gelijke mate behandeld met lokale en orale hormoontherapie. Daarom is het belangrijk om ongeacht de fase van de menopauze overgangsklachten en hun ernst na te vragen.

Uit ons onderzoek bleek dat symptomen zoals slaapstoornissen, spierpijn, opvliegers, vermoeidheid, nachtelijk zweten, verminderde zin in seks en vaginale droogheid de meest hinderlijke klachten zijn voor vrouwen in de menopauze, wat grotendeels overeenkomt met bevindingen uit de literatuur (14). Het is belangrijk te benadrukken dat de prevalentie van menopauzale symptomen kan variëren afhankelijk van de socioculturele achtergrond van de onderzochte vrouwen. Factoren zoals culturele achtergronden, economische niveaus en de specifieke populaties die voor het onderzoek zijn geselecteerd, spelen een rol in de manier waarop vrouwen symptomen ervaren en rapporteren (23). Naast deze veel voorkomende symptomen is het belangrijk om ook aandacht te besteden aan minder voor de hand liggende klachten die de levenskwaliteit negatief kunnen beïnvloeden. Bovendien mogen de ‘stille’ symptomen, zoals een verhoogd risico op osteoporose, niet over het hoofd worden gezien aangezien ze op lange termijn ernstige gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken (24-25). Tegelijkertijd moet worden voorkomen dat symptomen automatisch aan de menopauze worden gekoppeld, en moet steeds een brede differentiaaldiagnose worden overwogen om overdiagnosticeren en onnodige medicalisering te voorkomen.

4.1.2 Drempel om huisarts te raadplegen

De drempel om de huisarts te raadplegen over menopauzale klachten is in onze praktijken aanzienlijk lager dan in de literatuur wordt beschreven. Slechts 9% van de patiënten ervaart nog een barrière om deze onderwerpen te bespreken, wat significant beter is ten opzichte van eerdere studies die percentages tot 36% rapporteren (21). Dit zou kunnen worden toegeschreven aan een positieve ontwikkeling in de openheid rondom dit onderwerp, mogelijks gestimuleerd door toegenomen media-aandacht. Desondanks geeft 31% van de vrouwen aan onvoldoende kennis te hebben over de menopauze, wat de blijvende noodzaak van goede voorlichting onderstreept. De meerderheid van de vrouwen (69%) geeft de voorkeur aan informatie via een arts te ontvangen. Daarnaast blijkt uit een online enquête dat 78% van de vrouwen graag tijdens de schooltijd geïnformeerd zou willen worden over de menopauze (3). Dit benadrukt het belang van tijdige en accurate informatievoorziening.

Opvallend is dat 70% van de vrouwen hun klachten zelf met de menopauze associëren, terwijl vrouwen vinden dat slechts 57% van de huisartsen deze link legt. Dit verschil kan volgens ons verschillende oorzaken hebben: vrouwen zoeken mogelijks geen hulp voor hun klachten of huisartsen herkennen het verband niet direct. Dit benadrukt alleszins nog eens de noodzaak voor een betere opleiding van zorgverleners om (peri)menopauzale klachten te herkennen en bespreekbaar te maken. Dit werd ook door minister Hilde Crevits in het Vlaams Parlement onderstreept (25).

Het verbeteren van kennis over de menopauze en het bevorderen van een positieve houding ten opzichte van deze levensfase kunnen het welzijn van vrouwen aanzienlijk verbeteren (20). De resultaten van ons onderzoek tonen aan dat er in onze praktijken reeds vooruitgang is geboekt rond de openheid van menopauzale klachten ten opzichte van eerder beschreven literatuur, maar er blijft steeds ruimte voor verbetering, vooral wat betreft vroegtijdige educatie en de herkenning van symptomen door zorgverleners (21).

4.1.3 Voorschrijfgedrag hormoontherapie

In onze praktijken zien we dat huisartsen een belangrijke rol spelen in het voorschrijven van orale hormoontherapie. Uit onze observaties blijkt dat maar liefst 59,4% (n=32) van deze voorschriften door hen wordt opgemaakt. Hoewel de literatuur suggereert dat huisartsen doorgaans een grotere drempel ervaren dan gynaecologen bij het opstarten van hormoontherapie, laat ons onderzoek een ander beeld zien (21, 26). Verschillende factoren kunnen deze verandering verklaren. Ten eerste is er een algemene stijgende trend in hormoontherapie voorschriften waargenomen in de afgelopen jaren. Tussen 2010 en 2021 was er een toename in het nieuw opstarten van hormoontherapie, vooral bij jongere vrouwen (50-59 jaar) (27). Daarnaast kan het hogere voorschrijfgedrag in onze onderzoekspopulatie mede verklaard worden door het grote aandeel vrouwelijke artsen in onze praktijken. Eerder onderzoek suggereert namelijk dat vrouwelijke artsen vaker geneigd zijn om hormoontherapie voor te schrijven, vooral als ze zelf menopauzebeheer als essentieel beschouwen (28).

4.2 Toepassingen in de huisartsenpraktijk en toekomstige initiatieven

Binnen onze praktijken hebben we concreet nagedacht over oplossingen om dit probleem aan te pakken. Zo overwegen we om vrouwen vanaf een bepaalde leeftijd (bijvoorbeeld 48 jaar) proactief te benaderen door via ons patiëntensysteem de doelgroep te filteren en hen per e-mail uit te nodigen voor een gesprek over de menopauze.

Tijdens dit consult brengen we menopauzale klachten op een gestandaardiseerde manier in kaart met behulp van The Greene Climacteric Scale. Deze taak kan eventueel ook worden uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige.

Om de begeleiding en behandeling van de menopauze verder te verbeteren, kan er in de toekomst per praktijk een protocol worden ontwikkeld. Dit zorgt ervoor dat alle artsen zich comfortabel kunnen voelen bij het bespreken, begeleiden en voorschrijven van passende behandelingen. Ter ondersteuning hebben we alvast een steekkaart ontwikkeld die kan dienen als leidraad tijdens het menopauzeconsult (zie bijlage 2).

Ons onderzoek kan dienen als een waardevolle basis voor verdere initiatieven die zowel artsen als patiënten helpen om beter geïnformeerd en voorbereid te zijn op dit onderwerp.

4.3 Sterktes en beperkingen

4.3.1 Sterktes

Deze studie biedt waardevolle inzichten in de bespreekbaarheid van de menopauze binnen de huisartsenpraktijk. De vragenlijst werd door de deelnemers positief onthaald en stimuleerde reflectie bij de betrokken huisartsen. Bovendien kan dit onderzoek een solide basis vormen voor toekomstige initiatieven binnen onze praktijken.

Een belangrijke sterkte van de studie is het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten, zoals de Greene Climacteric Scale (GCS) en SPSS, wat bijdraagt aan de wetenschappelijke onderbouwing. De GCS biedt een goed inzicht in de symptomatologie van patiënten en ondersteunt huisartsen bij de diagnostiek en begeleiding.

Daarnaast is de maatschappelijke relevantie groot: de heldere onderzoeksvraag en de grondige literatuurreview, gebaseerd op diverse databronnen, vormen een stevige basis van deze studie. De gegevensverzameling gebeurde op gepseudonimiseerde wijze, wat de betrouwbaarheid en ethische verantwoording van het onderzoek versterkt.

Tot slot werd een gedegen statistische analyse uitgevoerd, waarbij niet alleen de resultaten zorgvuldig werden geïnterpreteerd, maar ook kritisch werd gereflecteerd op de beperkingen van de studie. Dit draagt bij aan een genuanceerd en betrouwbaar beeld van de onderzoeksbevindingen.

4.3.2 Beperkingen

Toch kent deze studie enkele beperkingen. De steekproef bestond uit vrouwen die vrijwillig deelnamen, wat kan leiden tot selectiebias. Hierdoor werden bepaalde groepen, zoals laaggeletterden en vrouwen die geen Nederlands spreken, mogelijk onvoldoende bereikt. Daarnaast werd er beperkt rekening gehouden met culturele en sociaaleconomische verschillen, terwijl deze de ervaringen van vrouwen aanzienlijk kunnen beïnvloeden (12). Ook kan zelfrapportage-bias de resultaten vertekenen. Bovendien werd de vooraf bepaalde steekproefgrootte niet bereikt, wat invloed kan hebben op de representativiteit en statistische kracht van de resultaten.

Bij de analyse van de resultaten kwamen enkele lacunes in het onderzoek naar voren. Ten eerste werd enkel aan vrouwen die de huisarts niet hadden geraadpleegd, gevraagd of zij een drempel ervoeren, terwijl deze vraag net zo goed relevant is voor degenen die wel contact opnamen. Ten tweede bevatten de open vragen over behandelingsopties geen koppeling aan

specifieke voorschrijvers, waardoor de interpretatie ervan vrij blijft. Daarnaast blijft het moeilijk om uitspraken te doen over medicatiegebruik in het verleden, aangezien niet werd gedefinieerd wat precies onder ‘verleden’ valt. Ten derde werd er enkel nagevraagd welke soort medicatie patiënten gebruikten en werd er niet bevraagd wanneer deze medicatie werd opgestart (voor, tijdens of na de menopauze). Hierdoor kunnen we weinig relevante informatie bekomen.

Tot slot stuitten we tijdens de analyse op een methodologische uitdaging: het vaststellen of vrouwen daadwerkelijk in de menopauze zijn. Hoewel we strikte criteria hanteerden om zekerheid te bieden, bestaat de mogelijkheid dat sommige niet-geïncludeerde vrouwen zich toch in de menopauze bevinden.

5. Conclusie

Samenvattend laat dit onderzoek zien dat menopauze een belangrijke impact heeft op het welzijn van vrouwen en dat er aanzienlijke ruimte is voor verbetering in zowel erkenning als behandeling. Het vergroten van kennis, het aanpakken van stigma en het versterken van de communicatie tussen patiënten en zorgverleners zijn cruciale stappen in het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het welzijn van vrouwen in de menopauze.

6. Referenties

1. The L. Attitudes towards menopause: time for change. Lancet. 2022;399(10343):2243.

2. Roberts PJ. The menopause and hormone replacement therapy: views of women in general practice receiving hormone replacement therapy. Br J Gen Pract. 1991;41(351):421-4.

3. Munn C, Vaughan L, Talaulikar V, Davies MC, Harper JC. Menopause knowledge and education in women under 40: Results from an online survey. Womens Health (Lond). 2022;18:17455057221139660.

4. Davis SR, Pinkerton J, Santoro N, Simoncini T. Menopause-Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. Cell. 2023;186(19):4038-58.

5. Davis SR, Baber RJ. Treating menopause - MHT and beyond. Nat Rev Endocrinol. 2022;18(8):490-502.

6. A. Scohy, E. Bracho Montes de Oca, R. Claerman, R. De Pauw, L. Guariguata, L. Int Panis, G. Mogin, S. Nayani, M. Schmidt, L. Van den Borre, V. Gorasso. Women's health report. Brussels, Belgium: Sciensano; 2024 3p. Report number: D/2024.14.440/31. Available from: https://www.sciensano.be/en/biblio/womenshealth-report-belgium-2024

7. Depypere H, Pintiaux A, Desreux J, Hendrickx M, Neven P, Marchowicz E, et al. Coping with menopausal symptoms: An internet survey of Belgian postmenopausal women. Maturitas. 2016;90:24-30.

8. VRT Nieuws. De ene depressief, de andere een burn-out: waarom vrouwen in de (peri)menopauze vaak de foute diagnose krijgen. Beschikbaar via: https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/10/30/menopauze-foute-diagnose/ Geraadpleegd op 15/11/2024.

9. Menofocus. Menopauzeconsulenten verenigen zich. Beschikbaar via https://menofocus.be/nieuws/menopauzeconsulenten-verenigen-zich/. Geraadpleegd 15/11/2024.

10. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(4):199-215.

11. Avis NE, Crawford SL, Green R. Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women. Obstet Gynecol Clin North Am. 2018;45(4):629-40.

12. Thuraisingham C, Nalliah S. Is menopause managed well enough in general practice? Malays Fam Physician. 2023;18:49-100.

13. Depypere H, Vanherpe S. Menopauze: alle vragen. 2019 april.

14. Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;81:3-7.

15. Nelson HD. Menopause. Lancet. 2008;371(9614):760-70.

16. Barentsen R, van de Weijer PH, van Gend S, Foekema H. Climacteric symptoms in a representative Dutch population sample as measured with the Greene Climacteric Scale. Maturitas. 2001;38(2):123-8.

17. Karmenta. Specialistische praktijk voor gynaecologie en urologie. Greene Climacteric Scale. Beschikbaar via: https://www.karmenta.nl/overgangsklachten/greenescaletest. Geraadpleegd op 16/05/2023

18. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. J Clin Endocrinol Metab. 2021;106(1):1-15.

19. Madsen TE, Sobel T, Negash S, Shrout Allen T, Stefanick ML, Manson JE, et al. A Review of Hormone and Non-Hormonal Therapy Options for the Treatment of Menopause. Int J Womens Health. 2023;15:825-36.

20. Hickey M, LaCroix AZ, Doust J, Mishra GD, Sivakami M, Garlick D, et al. An empowerment model for managing menopause. Lancet. 2024;403(10430):947-57.

21. Barber K, Charles A. Barriers to Accessing Effective Treatment and Support for Menopausal Symptoms: A Qualitative Study Capturing the Behaviours, Beliefs and Experiences of Key Stakeholders. Patient Prefer Adherence. 2023;17:2971-80.

22. Duralde ER, Sobel TH, Manson JE. Management of perimenopausal and menopausal symptoms. Bmj. 2023;382:e072612.

23. Lu J, Li K, Zheng X, Liu R, Chen M, Xian J, et al. Prevalence of menopausal symptoms and attitudes towards menopausal hormone therapy in women aged 40-60 years: a cross-sectional study. BMC Womens Health. 2023;23(1):472.

24. Mou H, Zhang J, Guo Y, Xu L, Luo X. Effects of key physiological parameters on cardiovascular disease and osteoporosis risk in perimenopausal and postmenopausal women. Sci Rep. 2025;15(1):2814.

25. Brouwers K., Saeys F. en Schryvers K. Conceptnota voor nieuwe regelgeving over een (peri)menopauzebeleid in Vlaanderen. 2024 Maart (2099):1-9 .

26. Rozenberg S, Panay N, Gambacciani M, Cano A, Gray S, Schaudig K. Breaking down barriers for prescribing and using hormone therapy for the treatment of menopausal symptoms: an experts' perspective. Expert Rev Clin Pharmacol. 2023;16(6):507-17.

27. Correction: Hormone replacement therapy prescribing in menopausal women in the UK: a descriptive study. BJGP Open. 2023;7(1).

28. Jabaaij L. Huisartsen in de overgang schrijven vaker hormonen voor. Huisarts en wetenschap. 2003 December

7. Bijlagen

7.1 Vragenlijst

De menopauze bespreekbaar maken in de huisartsenpraktijk

Praktijkverbeterend project

Daphne De Clercq en Dagmar Roelens

Vragenlijst bedoeld voor vrouwen tussen de 48 en 58 jaar

Naam (vul de eerste letter van uw voornaam en achternaam in): .....

Geboortedatum: .....

VRAGENLIJST

1. Is uw laatste menstruatie meer dan een jaar geleden? O JA O NEE
2. Gebruikt u anticonceptie? (pil, spiraal, vaginale ring, pleister, prikpil of staafje) O JA O NEE
3. Heeft u volgende operaties ondergaan:
   - Hysterectomie (Baarmoeder verwijderd) O JA O NEE
   - Ovariëctomie (Eierstokken verwijderd aan beide zijden) O JA O NEE

4. Vul onderstaande tabel in.

Hieronder vindt u de scoreverdeling
0: afwezig, klacht treedt niet op
1: af en toe, maar is niet storend
2: vaak, storend in activiteiten
3: heel vaak, activiteiten moeten worden onderbroken

Klachten	0	1	2	3
1. Aanvallen van hartkloppingen				
2. Gespannen of nerveus gevoel				
3. Slaapstoornissen				
4. Opgewondenheid				
5. Paniekaanvallen				
6. Concentratieproblemen				
7. Vermoeidheid en/of lusteloosheid				
8. Ongeïnteresseerdheid				
9. Niet gelukkig voelen/ neerslachtigheid				
10. Huilbuien				
11. Snel geïrriteerd zijn				
12. Gevoel van duizeligheid, flauwvallen				
13. Gespannen gevoel in hoofd of lichaam				
14. Tintelingen of dood gevoel in huid/lichaam				
15. Hoofdpijn				
16. Spier- en gewrichtspijn				
17. Minder gevoel in handen en/of voeten				
18. Ademhalingsmoeilijkheden				
19. Opvliegers				
20. Nachtelijk zweten				
21. Geen zin in seks				
22. Vaginale droogheid en branderigheid				

Bron: Greene Climacteric Scale (GCS)

5. Heeft u zelf bovenstaande klachten al gelinkt aan de menopauze?
   O JA O NEE

6. Heeft uw arts bovenstaande klachten al gelinkt aan de menopauze?
   O JA O NEE

7. Heeft u reeds uw arts aangesproken over deze menopauzale klachten?
   O JA O NEE

   Indien u NEE antwoordde, ondervindt u een drempel om uw arts aan te spreken?
   O JA O NEE

8. Hoe comfortabel voelt u zich bij het zelf ter sprake brengen van menopauzale klachten?
   O Vrij comfortabel
   O Comfortabel
   O Vrij oncomfortabel
   O Oncomfortabel

9. Hoe schat u uw kennis in over de menopauze?
   O Vrij goed
   O Goed
   O Onvoldoende
   O Geen kennis

10. Indien u ondervindt dat u te weinig of onvoldoende kennis heeft, hoe zou u deze informatie het liefst ontvangen?
    O Via de arts
    O Via een papieren brochure
    O Via een online leermodule
    O Groepslessen of bijeenkomsten
    O Andere, specificeer: .....

11. Welke behandeling(en) gebruikt u op dit moment voor de menopauzale klachten?
    O Geen
    O Orale hormoontherapie (pillen)
    O Lokale hormoontherapie (zalf)
    O Natuurlijke middelen (vb. My Mena, Serelys, Ymea, ...)
    O Andere therapieën (yoga, mindfulness,...), specificeer: .....

    Door wie werd deze behandeling opgestart?
    O Gynaecoloog
    O Huisarts
    O Uzelf

12. Heeft u in het verleden andere behandeling(en) geprobeerd?
    O Geen
    O Orale hormoontherapie (pillen)
    O Lokale hormoontherapie (zalf)
    O Natuurlijke middelen (vb. My Mena, Serelys, Ymea, …)
    O Andere therapieën (yoga, mindfulness,…), specificeer: ……

    Door wie werd deze behandeling opgestart?
    O Gynaecoloog
    O Huisarts
    O Uzelf

    Wat was de reden van het stoppen van de behandeling?
    ……
    ……

13. Neemt u nog andere geneesmiddelen?
    O Bloeddrukverlagende medicatie
    O Slaapmedicatie
    O Cholesterolverlagende medicatie
    O Antidepressiva
    O Andere: ……

Deze vragenlijst werd opgesteld in kader van onze masterproef over de menopauze. Via bovenstaande vragenlijst kan er geen diagnose van menopauze gesteld worden.

Indien u bovenstaande klachten als hinderlijk ervaart of u wenst meer informatie over de menopauze, spreek gerust uw huisarts hierover aan.

7.2 Steekkaart

STEEKKAART – Menopauze in huisartsenpraktijk

1. Is uw laatste menstruatie meer dan een jaar geleden? O JA O NEE
2. Gebruikt u anticonceptie? (pil, spiraal, vaginale ring, pleister, prikpil of staafje) O JA O NEE
3. Heeft u volgende operaties ondergaan:
   - Hysterectomie (Baarmoeder verwijderd) O JA O NEE
   - Ovariëctomie (Eierstokken verwijderd aan beide zijden) O JA O NEE

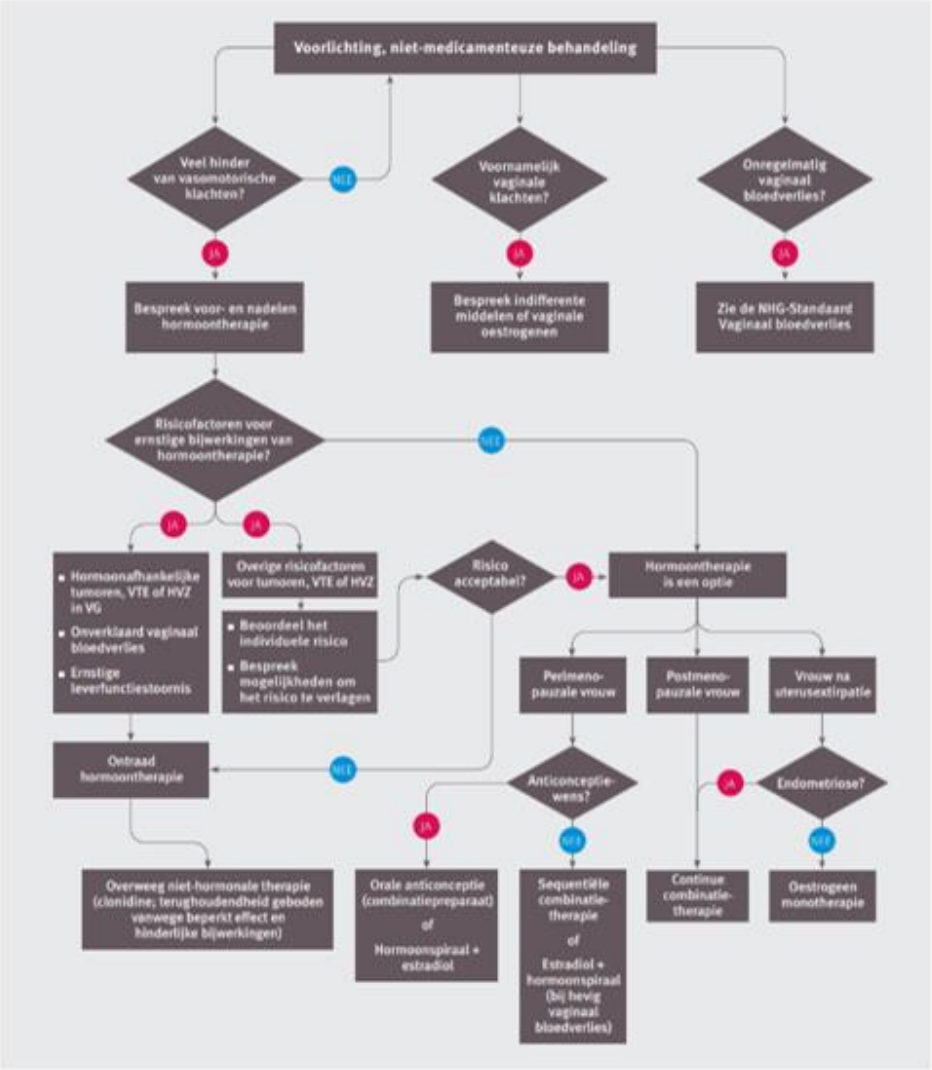
Hieronder vindt u de scoreverdeling
0: afwezig, klacht treedt niet op
1: af en toe, maar is niet storend
2: vaak, storend in activiteiten
3: heel vaak, activiteiten moeten worden onderbroken

Klachten	0	1	2	3
1. Aanvallen van hartkloppingen				
2. Gespannen of nerveus gevoel				
3. Slaapstoornissen				
4. Opgewondenheid				
5. Paniekaanvallen				
6. Concentratieproblemen				
7. Vermoeidheid en/of lusteloosheid				
8. Ongeïnteresseerdheid				
9. Niet gelukkig voelen/ neerslachtigheid				
10. Huilbuien				
11. Snel geïrriteerd zijn				
12. Gevoel van duizeligheid, flauwvallen				
13. Gespannen gevoel in hoofd of lichaam				
14. Tintelingen of dood gevoel in huid/lichaam				
15. Hoofdpijn				
16. Spier- en gewrichtspijn				
17. Minder gevoel in handen en/of voeten				
18. Ademhalingsmoeilijkheden				
19. Opvliegers				
20. Nachtelijk zweten				
21. Geen zin in seks				
22. Vaginale droogheid en branderigheid				

Berekening van ernst menopauzale klachten (Optelsom vraag 1-21)

Score	Aard van klachten	Uitleg
0-10 punten	Milde klachten	U heeft weinig klachten, verder onderzoek is niet nodig. Mocht u toch ontevreden zijn over uw overgangsklachten, dan kunt u contact opnemen met uw huisarts.
10-35 punten	Matige klachten	Uw klachten zijn van dusdanige aard dat u er last van kunt hebben. Als uw overgangsklachten u hinderen in uw dagelijks leven, ga dan naar uw huisarts en bespreek uw klachten en wat kan worden gedaan om u van uw klachten af te helpen. Neem een print van deze vragenlijst mee, zodat u goed kunt wijzen op de klachten die belangrijk zijn voor u.
35-60 punten	Ernstige klachten	Uw overgangsklachten hebben waarschijnlijk veel invloed op uw levenskwaliteit. Dit is zeker iets wat u met uw huisarts moet bespreken. Vaak zijn deze klachten te verminderen. Blijf hier niet nodeloos mee rondlopen! Neem een print van de vragenlijst mee, zodat u goed kunt wijzen op de klachten die belangrijk zijn voor u.

Beleid (peri-) menopauzale klachten



Figuur. Samenvatting beleid bij overgangsklachten

7.3 Extra onderzoeksresultaten

7.3.1 Epidemiologie

Karakteristiek	Getal (%) of gemiddelde
Menstruatie >1 afwezig	42 respondenten (25,9%)
Anticonceptie afwezig	109 respondenten (66,9%)
Hysterectomie afwezig	141 respondenten (87%)
Ovariëctomie afwezig	153 respondenten (95%)

N=164 in Tabel

7.3.2 Greene Climacteric Scale symptomen

Klacht	Afwezig	Af en toe	Vaak	Heel vaak
Hartkloppingen (n=159)	75 vrouwen (47,2%)	62 vrouwen (39%)	19 vrouwen (11,9%)	3 vrouwen (1,9%)
Nerveus gevoel (n=161)	23 vrouwen (14,3%)	76 vrouwen (47,2%)	54 vrouwen (33,5%)	8 vrouwen (5%)
Slaapstoornissen (n=161)	25 vrouwen (15,5%)	54 vrouwen (33,5%)	47 vrouwen (29,2%)	35 vrouwen (21,7%)
Opgewondenheid (n=159)	62 vrouwen (39%)	52 vrouwen (32,7%)	38 vrouwen (23,9%)	7 vrouwen (4,4%)
Paniekaanvallen (n=157)	114 vrouwen (72,6%)	32 vrouwen (20,4%)	11 vrouwen (7%)	0 vrouwen (0%)
Concentratieproblemen (n=157)	62 vrouwen (39,5%)	51 vrouwen (32,5%)	33 vrouwen (21%)	11 vrouwen (7%)
Vermoeidheid (n=160)	19 vrouwen (11,9%)	65 vrouwen (40,6%)	50 vrouwen (31,3%)	26 vrouwen (16,3%)
Ongeïnteresseerdheid (n=159)	96 vrouwen (60,4%)	41 vrouwen (25,8%)	16 vrouwen (10,1%)	6 vrouwen (3,8%)
Neerslachtigheid (n=158)	71 vrouwen (44,9%)	55 vrouwen (34,8%)	21 vrouwen (13,3%)	11 vrouwen (7%)
Huilbuien (n=159)	102 vrouwen (64,2%)	37 vrouwen (23,3%)	16 vrouwen (10,1%)	4 vrouwen (2,5%)

Snel geïrriteerd (n=161)	61 vrouwen (37,9%)	67 vrouwen (41,6%)	28 vrouwen (17,4%)	5 vrouwen (3,1%)
Duizeligheid (n=161)	103 vrouwen (64%)	46 vrouwen (28,6%)	12 vrouwen (7,5%)	0 vrouwen (0%)
Gespannen gevoel (n=160)	73 vrouwen (45,6%)	51 vrouwen (31,9%)	29 vrouwen (18,1%)	7 vrouwen (4,4%)
Tintelingen (n=161)	105 vrouwen (65,2%)	33 vrouwen (20,5%)	19 vrouwen (11,8%)	4 vrouwen (2,5%)
Hoofdpijn (n=159)	62 vrouwen (39%)	60 vrouwen (37,7%)	25 vrouwen (15,7%)	12 vrouwen (7,5%)
Spierpijn (n=157)	37 vrouwen (23,6%)	39 vrouwen (24,8%)	46 vrouwen (29,3%)	35 vrouwen (22,3%)
Minder gevoel (n=157)	97 vrouwen (61,8%)	35 vrouwen (22,3%)	19 vrouwen (12,1%)	6 vrouwen (3,8%)
Ademhalingsmoeilijkheden (n=161)	116 vrouwen (72%)	26 vrouwen (16,1%)	14 vrouwen (8,7%)	5 vrouwen (3,1%)
Opvliegers (n=159)	52 vrouwen (32,7%)	48 vrouwen (30,2%)	30 vrouwen (18,9%)	29 vrouwen (18,2%)
Nachtelijk zweten (n=161)	50 vrouwen (31,1%)	45 vrouwen (28%)	40 vrouwen (24,8%)	26 vrouwen (16,1%)
Geen zin in seks (n=155)	50 vrouwen (32,3%)	45 vrouwen (29%)	37 vrouwen (23,9%)	23 vrouwen (14,8%)
Vaginale droogheid (n=157)	70 vrouwen (44,6%)	40 vrouwen (25,5%)	29 vrouwen (18,5%)	18 vrouwen (11,5%)

7.3.3 Behandelingen verleden

	Getal (%) vrouwen in de menopauze	Getal (%) vrouwen die niet aan de menopauzecriteria voldoen
Geen behandeling	46 respondenten (28,7%)	74 respondenten (46,3%)
Orale hormoontherapie	15 respondenten (9,4%)	7 respondenten (4,4%)
Lokale behandeling	3 respondenten (1,9%)	2 respondenten (1,3%)
Natuurlijke producten	8 respondenten (5%)	6 respondenten (3,8%)
Andere (vb. gezonde levensstijl, bewegen, kinesist/osteopaat, …)	3 respondenten (1,9%)	2 respondenten (1,3%)

N=160 in Tabel

7.3.4 Geneesmiddelengebruik

	Getal (%) vrouwen in de menopauze	Getal (%) vrouwen die niet aan de menopauzecriteria voldoen
Bloeddrukverlagende medicatie	11 respondenten (6,9%)	17 respondenten (10,6%)
Cholesterolverlagende medicatie	17 respondenten (10,6%)	18 respondenten (11,3%)

N=160 in Tabel