Wat is de impact van de menopauze op de verschillende levensdomeinen en welke rol speelt de huisarts hierin?

Sara Acosta-Stoefs, KU Leuven

Maxim Everaerts, KU Leuven

Nanou Vuylsteke, KU Leuven

Promotor: Birgitte Schoenmaekers, KU Leuven

Master Huisartsgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2026

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Inhoudsopgave:

Inhoudsopgave: 3
Lijst met afkortingen 4
Abstract 5
Inleiding 6
Methode 7
Onderzoeksopzet 7
Studiepopulatie 7
Vragenlijst 7
Statistische analyse 8
Resultaten 10
Demografische cijfers 10
Menopauze en therapie 10
Prevalentie en impact menopauzale klachten 11
Kennis en informatie over de menopauze 14
Therapie 16
Menopauze en de huisarts 18
Impact van de menopauze en beïnvloedende factoren 19
Impact van de menopauze en verschillende HST-methoden 24
Verband informatielevel en bron van info 28
Kennis omtrent de menopauzale klachten 29
Discussie 30
Conclusie 33
Belangenvermenging 34
Financiële transparantie 34
Financiëring 34
Erkenning 34
Referenties 35
Bijlagen: 37
Bijlage 1: Enquête 37
Bijlage 2: Flyer 58
Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie 61

Lijst met afkortingen

MRS = menopause rating scale

HST = hormonale substitutietherapie

CCP = cyclische combinatiepreparaat

CST = gecombineerde substitutietherapie

E-huid = Oestrogenen op de huid

E-vag = Oestrogenen vaginaal

MD = mean difference (gemiddeld verschil)

BI = betrouwbaarheidsinterval

Abstract

Achtergrond en doel De menopauze is een natuurlijke levensfase die door hormonale schommelingen gepaard kan gaan met diverse fysieke en psychosociale klachten. Deze klachten kunnen de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van vrouwen aanzienlijk beïnvloeden. Het doel van deze masterproef was om de impact van menopauzale klachten op verschillende levensdomeinen in kaart te brengen en de rol van de huisarts in de hulpvraag van de patiënt te onderzoeken.

Methode Er werd een kwantitatieve cross-sectionele studie uitgevoerd middels een anonieme online vragenlijst bij 310 vrouwen tussen 45 en 64 jaar. De Menopause Rating Scale (MRS) werd gehanteerd om de ernst en impact van somatische, psychologische en urogenitale symptomen te meten. Daarnaast werden gegevens verzameld over kennis, informatiebronnen, therapiegebruik en de verwachtingen ten aanzien van de huisarts.

Resultaten Slaapproblemen (57,8%), fysieke/mentale uitputting (39%) en gewrichtsklachten (39,4%) waren het meest prevalent en belastend. De menopauze had een aanzienlijke negatieve impact op de partnerrelatie (57,1%) en het professioneel functioneren (55,8%). Hoewel 64,8% van de vrouwen zich goed geïnformeerd voelde, haalde slechts 18,7% informatie bij de huisarts, terwijl 87,1% de huisarts wel als de aangewezen persoon zagvoor deze informatie. Dit vertaalde zich in een kennistekort, waarbij 63,5% van de respondenten aangaf onvoldoende geïnformeerd te zijn over de voor- en nadelen van hormonale substitutietherapie (HST). Vrouwen die geen gesprek aangingen met hun huisarts, weten dit vaak aan een gebrek aan behoefte (34,4%), tijdgebrek (17,8%) of het niet herkennen van de menopauzale oorsprong van hun klachten (14,7%).

Conclusie Menopauzale klachten interfereren significant met zowel de professionele als de relationele levenssfeer. De huidige begeleiding door de huisarts schiet tekort door een gebrek aan proactiviteit en gerichte informatievoorziening over (medische) behandelingen. Om de kwaliteit van leven te verbeteren, moet de huisarts de menopauze actiever bespreekbaar maken en een holistische rol opnemen die verder gaat dan louter symptoombestrijding.

Inleiding

De menopauze is een natuurlijke fase in het leven van een vrouw waarin de menstruatiecyclus stopt en de vruchtbaarheid afneemt door een verminderding in de ovariële functie [1]. Die overgang verloopt doorgaans tussen de leeftijd van 45 en 55 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 51 jaar [2]. Officieel start de menopauze exact 12 maanden na de laatste menstruatie [3].

De hormonale fluctuaties kunnen multipele klachten veroorzaken die de kwaliteit van het dagelijks functioneren van de vrouw significant kunnen beïnvloeden. Vasomotorische klachten, zoals vapeurs en nachtelijke zweetbuien, zijn veelvoorkomende manifestaties. Zo'n 74% van de Europese vrouwen heeft er last van [4]. Daarnaast is er een duidelijke associatie aangetoond tussen de menopauze en neuropsychologische klachten [5, 6, 7]. Voorbeelden hiervan zijn een daling van het kortetermijngeheugen en een toename van het negatief affect, met name depressie en angst [5]. Bovendien vertonen menopauzale vrouwen vaak een verhoogde cardiometabole belasting, gekenmerkt door een toename van abdominaal vet, hypertensie en osteoporose door verhoogde botresorptie [4]. Een laatste belangrijk neveneffect van de overgangsfase is het optreden van vaginale droogte en atrofie, wat kan leiden tot seksuele dysfunctie [8].

De behandeling van menopauzale klachten richt zich voornamelijk op vasomotorische klachten en vaginale droogheid [8]. Bestaande therapieën omvatten hormonale substitutietherapie (HST), waarbij estradiol al dan niet gecombineerd wordt met progestageen, evenals niet-hormonale benaderingen zoals antidepressiva, tibolone, clonidine en fyto-oestrogenen [9]. Elk van deze benaderingen heeft variaties in de mate van wetenschappelijk bewijs en de risico's en voordelen die eraan verbonden zijn. Daarnaast zijn er ook nieuwe behandelingen in ontwikkeling die voornamelijk gericht zijn op het verminderen van vasomotorische klachten [10]. Voor bepaalde klachten, zoals slaapstoornissen en cognitieve moeilijkheden, wordt ook gesuggereerd dat levensstijlaanpassingen en cognitieve gedragstherapie kunnen helpen [8, 9].

Gezien de hoge prevalentie van overgangsklachten vormt dit een essentieel onderwerp binnen de huisartsgeneeskunde. De helft van de vrouwen zoekt dan ook een behandeling voor deze klachten, wat de ernst van de impact op het dagelijks leven benadrukt [11]. Bovendien blijkt uit Amerikaanse enquêtes dat artsen mogelijk onvoldoende kennis hebben over dit onderwerp en dat er tijdens hun opleiding onvoldoende aandacht aan wordt besteed [12]. Daarom is er een noodzaak voor verder onderzoek om een diepgaander begrip van en effectieve(re) behandelstrategieën voor menopauzale klachten te ontwikkelen. Daarnaast blijkt uit een eerdere studie van Natvik et al. dat de meerderheid van vrouwen in de huisartsenpraktijk behoefte heeft aan meer informatie over de menopauze en dat zij deze informatie

het liefst van hun huisarts ontvangen [13]. Via deze masterproef trachten we te achterhalen wat de impact van de menopauze is op de verschillende levensdomeinen, zowel fysiek als psychosociaal en gaan we op zoek naar de rol van de huisarts binnen de hulpvraag van de patiënt.

Methode

Onderzoeksopzet

Er werd een kwantitatieve cross-sectionele studie uitgevoerd aan de hand van een anonieme online vragenlijst voor vrouwen tussen 45 en 64 jaar op het moment van invullen. De rekrutering vond plaats via verspreiding van de vragenlijst via verschillende kanalen, waaronder sociale media en flyers in de wachtzalen van huisartsenpraktijken.

Studiepopulatie

De studiepopulatie bestond uit menopauzale vrouwen van 45 tot en met 64 jaar. Respondenten die buiten de leeftijdscriteria vielen of de vragenlijst niet volledig hadden ingevuld (tot en met de laatste pagina) werden uitgesloten. Aanvankelijk werden uitsluitend postmenopauzale vrouwen geïncludeerd, gedefinieerd als vrouwen bij wie de menstruatie sinds minstens één jaar definitief was gestopt. Vervolgens werden de inclusiecriteria uitgebreid naar perimenopauzale vrouwen, zijnde vrouwen die in het afgelopen jaar nog menstrueerden, maar reeds menopauzale klachten ervaarden. Na toepassing van deze aangepaste criteria werden alle in aanmerking komende vrouwen geïncludeerd.

Vragenlijst

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van eigen input en relevante literatuur [14, 15]. Voor de evaluatie van menopauzale klachten werd gebruikgemaakt van de gevalideerde Menopause Rating Scale (MRS) [16, 17, 18], een 11-delig meetinstrument bestaande uit drie domeinen: somatisch, psychologisch en urogenitaal. De ernst van de symptomen werd per item gescoord op een numerieke Likertschaal van 0 (geen klachten) tot 4 (zeer ernstige klachten). De itemscores werden gesommeerd tot domeinscores en een totaalscore. Daarnaast werd via een gelijkaardige numerieke Likertschaal ook de impact van dezelfde symptomen beoordeeld. Dit resulteerde tot drie symptoomscores en drie impactscores per deelnemer.

De volledige vragenlijst omvatte 23 gestructureerde items en was opgebouwd uit vijf subdelen. Het introductiegedeelte verzamelde demografische en klinische gegevens, waarna vragen volgden over de aard, ernst en impact van menopauzale klachten (conform de MRS), over de kennis van de menopauze, over het gebruik en subjectief ervaren effect van eventuele therapie, en tot slot over de ervaringen met en de verwachtingen ten aanzien van de huisarts in de begeleiding van menopauzale klachten.

Statistische analyse

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van het statistische softwarepakket IBM SPSS Statistics (versie 30.0). Continue variabelen werden beschrijvend samengevat door middel van het aantal respondenten (n), het gemiddelde en de standaarddeviatie. Categorische data werden weergegeven in frequenties en percentages. Percentages werden berekend op basis van het aantal respondenten zonder ontbrekende gegevens, zodat het totaal van de gerapporteerde categorieën telkens 100% bedroeg.

Voor het toetsen van verschillen tussen subgroepen werden variantie-analyses (ANOVA's) met meerdere onafhankelijke variabelen uitgevoerd. Voorafgaand aan deze analyses werd de assumptie van homogeniteit van varianties getoetst met de Levene's test. Daarnaast werd de samenhang tussen categorische variabelen onderzocht middels de Chi-kwadraattoets (χ^2). Voor alle statistische toetsen werd een significantieniveau van α = 0,05 gehanteerd; resultaten met een p-waarde kleiner dan 0,05 werden als statistisch significant beschouwd.

We onderzochten welke factoren een invloed hadden op de impactscores van de menopauzale klachten. Dit deden we voor elk van de scores apart (per domein: somatisch, psychologisch en urogenitaal) in een multivariate analyse. Hiervoor creëerden we enkele nieuwe variabelen. Zo deelden we de vrouwen op in twee groepen naargelang het tijdstip van hun laatste menses. Vrouwen die hun menses meer dan één jaar geleden hadden gehad of zich het exacte tijdstip niet konden herinneren, kregen de status 'menopauzaal'. Vrouwen die hun menses op dit moment of in het afgelopen jaar hadden gehad, kregen de status 'perimenopauzaal'. Ook maakten we voor het opleidingsniveau een vereenvoudigde binaire variabele gezien de kleine subgroepen voor de lagere categorieën, zoals reeds eerder vermeld. Hierbij werd hoger onderwijs (hogeschool en universiteit) gecodeerd als '1' en lager onderwijs (geen diploma tot secundair onderwijs) als '0'.

We voerden een multivariate analyse uit met de impactscore voor somatische klachten als afhankelijke variabele. De gekozen onafhankelijke variabelen waren: de symptoomscore voor somatische klachten (*MRS-score Somatisch*), de menopauze status (*Menopauze status*: 1 = menopauzaal, 0 = perimenopauzaal), of men al HST had geprobeerd (*HST geprobeerd*), of men iets van andere verlichtende methoden had geprobeerd (*Verlichtingsmethode geprobeerd*) en het opleidingsniveau (*Diploma*). Nadien herhaalden we dit voor de impactscore voor psychologische en voor urogenitale klachten, waarbij de symptoomscore respectievelijk vervangen werd door die van psychologische (*MRS-score Psychologisch*) en urogenitale (*MRS-score Urogenitaal*) klachten. Indien er weinig of geen significante verbanden werden gevonden, pasten we het model aan door de variabele(n) met de hoogste p-waarde(n) te elimineren om te corrigeren voor mogelijke ruis.

In de vragenlijst konden de deelnemers, die HST gebruikten, vier verschillende methoden aanduiden. Namelijk cyclische combinatiepreparaat (*CCP*), gecombineerde subsitutietherapie (*CST*), Oestrogenen

op de huid (*E-Huid*) en Oestrogenen vaginaal (*E-Vag*). We onderzochten voor elk van de drie impactscores of er een verschil was in deze scores naargelang de gehanteerde HST-methode. Hiervoor voerden we een multivariate analyse uit, met de symptoomscore (van dezelfde categorie) als covariaat en opleidingsniveau als extra onafhankelijke variabele.

De deelnemers konden beantwoorden hoe goed ze vonden dat ze geïnformeerd waren omtrent de menopauze vóór het invullen van de vragenlijst. Dit kon via een Likert-schaal, gaande van 'helemaal niet' tot 'zeer goed'. We herleidden dit naar een binaire variabele '*Informatielevel'* met onderscheid tussen een 'goede' en 'slechte' mate van zich geïnformeerd te voelen voor deelname aan het onderzoek. Daarnaast konden de vrouwen ook aangeven via welke bronnen ze informatie ontvangen hadden, zijnde de huisarts, de gynaecoloog, boeken en tijdschriften, het internet, apps en sociale media en/of familie en vrienden. Via een Chi-kwadraattoets bekeken we voor elk van deze bronnen of er een verband was met het informatielevel van de deelnemers.

De deelnemers kregen op een bepaald punt in de vragenlijst de verschillende klachten van de MRS-schaal te zien, waarbij ze moesten antwoorden of ze wisten dat deze klachten gelinkt konden zijn aan de menopauze. Voor elk correct aangeduide symptoom kregen ze een punt op 11. Dit werd samengevat in de nieuwe variabele '*Kennis omtrent menopauzale klachten'*. Via een multivariate analyse bekeken we welke factoren hier invloed op konden hebben, waaronder een gesprek met de huisarts.

Resultaten

Demografische cijfers

In totaal werden 310 deelnemers geïncludeerd die de volledige vragenlijst hadden ingevuld. De leeftijd van de onderzochte populatie varieerde tussen 45 en 64 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwelijke respondenten bedroeg 54,84 jaar.

De grootste groep respondenten was hoogopgeleid: 49,4% (*n* = 153) beschikte over een universitair diploma en 29,7% (*n* = 92) behaalde een diploma van de hogeschool. De aanzienlijke meerderheid van de vrouwen was tewerkgesteld als bediende (60%; *n* = 186).

Menopauze en therapie

Bij 78 vrouwen (25,2%) vond de laatste menstruatie minder dan één jaar geleden plaats of was deze nog aanwezig, wat erop wees dat zij zich in de perimenopauzale periode bevonden. Voor 232 vrouwen (74,8%) was de laatste menstruatie meer dan één jaar geleden of was het tijdstip onbekend, wat overeenkwam met een menopauzale status.

De meeste bevraagde vrouwen gebruikten geen hormonale anticonceptie (77,7%; *n* = 241). Indien er wel gebruik werd gemaakt van hormonale anticonceptie, betrof het meestal een niet-orale methode (13,2%; *n* = 41). Wat betreft relevante voorgeschiedenis in het kader van antihormonale therapie had 74,8% (*n* = 232) van de vrouwen geen relevante antecedenten.

Tabel 1. Sociodemografische gegevens studiepopulatie

Karakteristieken	**Aantal % (*n*)**
Aantal:	
Totaal	100% (n = 310)
Leeftijd:	
Gemiddelde (jaar)	54,84

Opleidingsniveau:	
Geen diploma	1% (*n* = 3)
Laag secundair onderwijs	1% (*n* = 3)
Hoger secundair onderwijs	19,0 % (*n* = 59)
Hogeschool	29,7% (*n* = 92)
Universitair	49,4% (*n* = 153)
Beroepsstatus:	
Werkloos	1,3% (*n* = 4)
Arbeider	4,2% (*n* = 13)
Bediende	60,0% (*n* = 186)
Zelfstandige	16,5% (*n* = 51)
Gepensioneerd	5,8% (*n* = 18)
Andere	12,3% (*n* = 38)
Voorgeschiedenis:	
Borstkanker of baarmoederkanker	8,7% (*n* = 27)
Bloedklonter, met of zonder stollingsziekte	1,6% (*n* = 5)
Hart-en vaatziekten	10% (*n* = 31)
Leverziekten	0,3% (*n* = 1)
Depressie	7,4% (*n* = 23)
Geen	74,8% (*n* = 232)
Gebruik hormonale anticonceptie:	
Hormonale orale anticonceptie	7,7% (*n* = 24)
Hormonale niet-orale anticonceptie	13,2% (*n* = 41)
Niet-hormonale en niet-orale anticonceptie	1,3% (*n* = 4)
Geen hormonale anticonceptie	77,7% (*n* = 241)
Laatste maandstonden	
< 1 jaar geleden / op dit moment	25,2% (*n* = 78)
> 1 jaar geleden / ongekend	74,8% (*n* = 232)

Prevalentie en impact menopauzale klachten

De resultaten toonden aan dat menopauzale klachten in wisselende mate voorkwamen binnen de steekproef. Vooral slaapproblemen, fysieke en mentale uitputting en gewrichts- en spierklachten waren het meest uitgesproken aanwezig. Slaapproblemen werden door 15,2% (*n* = 47) (bijna) altijd en door 42,6% (*n* = 132) vaak ervaren. Fysieke en mentale uitputting werd door 34,8% (*n* = 108) vaak gerapporteerd. Gewrichts- en spierklachten werden door 12,9% (*n* = 40) (bijna) altijd en door 26,5% (*n* = 82) vaak ervaren. Het merendeel van de klachten kwam slechts soms voor bij de bevraagde vrouwen, met name vapeurs (33,9%; *n* = 105), depressieve stemming (39%; *n* = 121), prikkelbaarheid (49%; *n* = 152) en fysieke en mentale uitputting (40%; *n* = 124). Seksuele problemen, angst, hartkloppingen en

vaginale droogheid werden het minst frequent gerapporteerd. Hartkloppingen en blaasproblemen kwamen respectievelijk bij 37,7% (*n* = 117) en 36,8% (*n* = 114) nooit voor.

Tabel 2. Prevalentie van menopauzale klachten

Menopauzale klachten	**Prevalentie**				
	(bijna) Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Opvliegers	2,3% (*n* = 7)	18,1% (*n* = 56)	33,9% (*n* = 105)	25,5% (*n* = 79)	20,3% (*n* = 63)
Hartkloppingen	0,0% (*n* = 0)	6,5% (*n* = 20)	28,7% (*n* = 88)	27,4% (*n* = 85)	37,7% (*n* = 117)
Slaapproblemen	15,2% (*n* = 47)	42,6% (*n* = 132)	22,6% (*n* = 70)	9,7% (*n* = 30)	10,0% (*n* = 31)
Depressieve stemming	1,3% (*n* = 4)	12,6% (*n* = 39)	39,0% (*n* = 121)	27,1% (*n* = 84)	20,0% (*n* = 62)
Prikkelbaarheid	0,6% (*n* = 2)	12,9% (*n* = 40)	49,0% (*n* = 152)	27,4% (*n* = 85)	10,0% (*n* = 31)
Angst	0,3% (*n* = 1)	13,2% (*n* = 41)	28,1% (*n* = 87)	31,1% (*n* = 97)	27,1% (*n* = 84)
Fysieke en mentale uitputting	4,2% (*n* = 13)	34,8% (*n* = 108)	40,0% (*n* = 108)	14,5% (*n* = 45)	6,5% (*n* = 20)
Seksuele problemen	8,7% (*n* = 27)	35,5% (*n* = 79)	28,4% (*n* = 88)	21,3% (*n* = 66)	16,1% (*n* = 50)
Blaasproblemen	2,3% (*n* = 7)	15,5% (*n* = 48)	22,6% (*n* = 70)	22,9% (*n* = 71)	36,8% (*n* = 114)
Vaginale droogheid	9,4% (*n* = 29)	18,7% (*n* = 58)	19,0 % (*n* = 59)	23,5% (*n* = 73)	29,4% (*n* = 91)
Gewrichts-en spierklachten	12,9% (*n* = 40)	26,5% (*n* = 82)	25,2% (*n* = 82)	19,0% (*n* = 59)	16,5% (*n* = 51)

De meeste menopauzale klachten hadden geen impact op het dagelijks functioneren van onze respondenten. Dit gold respectievelijk voor opvliegers (43,9%; *n* = 136), hartkloppingen (65,9%; *n* = 204), depressieve stemming (36,5%; *n* = 113), prikkelbaarheid (27,1%; *n* = 84), angst (49,4%; *n* = 153), seksuele problemen (36,8%; *n* = 114), blaasproblemen (52,9%; *n* = 164), vaginale droogheid (47,7%; *n* = 148) en gewrichts- en spierklachten (27,7%; *n* = 86). Enkel slaapproblemen en fysieke/mentale

gezondheid hadden een grotere negatieve invloed, waarbij respectievelijk 32,6% (*n* = 101) en 32,3% (*n* = 100) een matige impact rapporteerden.

Tabel 3. Impact van menopauzale klachten

Menopauzale klachten	**Impact**				
	Zeer ernstig	Ernstig	Matig	Mild	Geen
Opvliegers	1,0% (*n* = 3)	4,5% (*n* = 14)	22,9% (*n* = 71)	27,7% (*n* = 86)	43,9% (*n* = 136)
Hartkloppingen	0,3% (*n* = 1)	1,3% (*n* = 4)	11,0% (*n* = 34)	21,6% (*n* = 67)	65,8% (*n* = 204)
Slaapproblemen	4,8% (*n* = 15)	23,5% (*n* = 73)	32,6% (*n* = 101)	21,3% (*n* = 66)	17,7% (*n* = 55)
Depressieve stemming	1,3% (*n* = 4)	5,2% (*n* = 16)	23,5% (*n* = 73)	33,5% (*n* = 104)	36,5% (*n* = 113)
Prikkelbaarheid	0,3% (*n* = 1)	6,8% (*n* = 21)	25,8% (*n* = 80)	40,0% (*n* = 124)	27,1% (*n* = 84)
Angst	0,6% (*n* = 2)	7,1% (*n* = 22)	20,6% (*n* = 64)	22,3% (*n* = 69)	49,4% (*n* = 153)
Fysieke en mentale uitputting	2,3% (*n* = 7)	21,3% (*n* = 66)	32,3% (*n* = 100)	28,4% (*n* = 88)	15,8% (*n* = 49)
Seksuele problemen	3,5% (*n* = 11)	10,3% (*n* = 32)	25,2% (*n* = 78)	24,2% (*n* = 75)	36,8% (*n* = 114)
Blaasproblemen	1,3% (*n* = 4)	6,8% (*n* = 21)	15,8% (*n* = 49)	23,2% (*n* = 72)	52,9% (*n* = 164)
Vaginale droogheid	3,2% (*n* = 10)	10,0% (*n* = 31)	16,1 % (*n* = 50)	22,9% (*n* = 71)	47,7% (*n* = 148)
Gewrichts-en spierklachten	6,1% (*n* = 19)	15,5% (*n* = 48)	26,1% (*n* = 81)	24,5% (*n* = 76)	27,7% (*n* = 86)

Met betrekking tot de algehele impact van menopauzale symptomen bleek dat meer dan de helft van de vrouwen een negatieve invloed ervoer op hun partnerrelatie (57,1%; *n* = 177) en op hun beroepsmatig functioneren (55,8%; *n* = 173). De invloed op sociale contacten (33,5%; *n* = 104) en op vrijetijdsbesteding of hobby's (20,6%; *n* = 64) was minder uitgesproken. Uit analyse van de open vragen bleek dat 20 vrouwen (6,5%) geen enkele impact ondervonden van hun menopauzale klachten.

Tabel 4. Algehele impact van menopauzale klachten

Domeinspecifieke invloed	Aantal % (*n*)
Werk	55,8% (*n* = 173)
Sociaal contact	33,5% (*n* = 104)
Partnerrelatie	57,1% (*n* = 177)
Hobby	20,6% (*n* = 64)
Geen	6,5% (*n* = 20)

Kennis en informatie over de menopauze

Op de vraag in welke mate respondenten zich voorafgaand aan de enquête voldoende geïnformeerd achtten over de menopauze, gaf 35,2% (*n* = 109) aan zich helemaal niet of onvoldoende geïnformeerd te voelen, terwijl 64,8% (*n* = 201) aangaf zich voldoende tot zeer goed geïnformeerd te voelen.

De kennis over de afzonderlijke menopauzale klachten werd bevraagd aan de hand van de symptomen van de MRS-schaal. Van de respondenten herkende 18,7% (*n* = 58) alle vier de somatische klachten, 18,7% (*n* = 58) alle vier de psychologische klachten, en 23,2% (*n* = 72) alle drie de urogenitale klachten. Slechts 0,6% (*n* = 2) gaf aan geen enkele kennis te hebben van de menopauzale klachten zoals bevraagd met de MRS-schaal.

Uit de enquête bleek dat het internet (52,9%; *n* = 164) en familie en vrienden (49,4%; *n* = 153) de belangrijkste informatiebronnen waren over de menopauze. Daarnaast ontving 36,5% (*n* = 113) van de respondenten informatie over de menopauze via de gynaecoloog. Bij de huisarts lag dit percentage lager (18,7%; *n* = 58).

Verder rapporteerden 66,5% van de respondenten (*n* = 206) reeds een gesprek te hebben gehad met een zorgverlener over menopauzale klachten, terwijl 33,5% (*n* = 104) nog geen gesprek had gehad. Van diegenen die reeds een gesprek hadden gevoerd, had ongeveer de helft (52,9%; *n* = 109) hierover al met de huisarts gesproken, en 68,0% (*n* = 140) had al een gesprek gehad met de gynaecoloog. Andere zorgverleners werden beduidend minder vaak geconsulteerd, zo sprak slechts 4,9% (*n* = 10) met een menopauzeconsulent en 1,5% (*n* = 3) met een verpleegkundige.

Daarnaast toonden de resultaten van de enquête aan dat de overgrote meerderheid van de respondenten de huisarts (87,1%; *n* = 270) aanduidde als de persoon die deze informatie zou moeten verstrekken. Ook de gynaecoloog werd door een groot aandeel van de respondenten als geschikte bron beschouwd (75,5%;

n = 234). Scholen (15,8%; *n* = 261) en de overheid (42,3%; *n* = 131) werden daarentegen door een aanzienlijk kleiner aandeel van de respondenten als geschikte informatiebronnen gezien.

Tabel 5. Kennis menopauzale klachten volgens MRS schaal

Domein MRS schaal	**Aantal klachten die herkend werden**				
	0	1	2	3	4
Somatisch	1,6 % (*n* = 5)	24,5 % (*n* = 76)	29,7 % (*n* = 92)	24,8 % (*n* = 77)	18,7 % (*n* = 58)
Psychologisch	23,2 % (*n* = 72)	23,2 % (*n* = 72)	19,7 % (*n* = 61)	14,5 % (*n* = 45)	18,7 % (*n* = 58)
Urogenitaal	15,8 % (*n* = 49)	20,6 % (*n* = 123)	39,7% (*n* = 123)	23,2 % (*n* = 72)	-

Tabel 6. Informatiebron menopauze

Informatiebron	**Aantal**
School	3,2 % (*n* = 10)
Huisarts	18,7 % (*n* = 58)
Gynaecoloog	36,5 % (*n* = 133)
Boeken/tijdschriften	37,1 % (*n* = 115)
Internet	52,9% (*n* = 164)
Apps/sociale media	13,9% (*n* = 43)
Familie/vrienden	49,4% (*n* = 153)

Tabel 7. Gesprek zorgverlener

Geen gesprek met zorgverlener	33,5% (*n* = 104)
Gesprek met zorgverlener	66,5% (*n* = 206)

Zorgverlener	**Aantal**
Huisarts	52,9% (*n* = 109)
Gynaecoloog	68,0% (*n* = 140)
Menopauze consulent	4,9% (n = 10)
Verpleegkundige	1,5% (n = 3)

Tabel 8. Opinie over wie informatie over menopauze dient te verstrekken

Informatieverstrekker	Aantal
School	15,8% (*n* = 49)
Huisarts	87,1% (*n* = 270)
Gynaecoloog	75,5% (*n* = 234)
Overheid	42,3% (*n* = 131)

Therapie

Binnen de groep respondenten die reeds een behandeling hadden geprobeerd, waren de drie meest toegepaste methoden lichaamsbeweging of fitness (74,1%; *n* = 177), dieet- en voedingsaanpassingen (41,0%, *n* = 98) en het gebruik van voedingssupplementen (34,3%, *n* = 82). Wat betreft medicamenteuze behandelingen werden hormonale substitutietherapie (HST) (26,8%; *n* = 64), antidepressiva (7,9%; *n* = 19), tibolon (0,4%; *n* = 1) en clonidine (0,4%; *n* = 1) geselecteerd. Ten slotte gaf 22,9% (*n* = 71) van alle respondenten aan nog geen enkele methode te gebruiken ter verlichting van de menopauzale klachten.

Bij de respondenten die nog geen behandelmethode hadden geprobeerd, gaf 45,1% (*n* = 32) aan wel behandeld te willen worden indien zij op de hoogte zouden zijn van het bestaan van een behandeling. Daarnaast gaf 16,9% (*n* = 12) aan zeker geen behandeling te willen, terwijl 38,0% (*n* = 27) aangaf onzeker te zijn over een mogelijke behandeling.

In de subgroep met eerdere behandelervaring werd bevraagd welke methoden hadden geleid tot een verbetering van de menopauzale klachten. Een verbetering door medicamenteuze behandeling werd gerapporteerd door 26,1% (*n* = 61) van de respondenten. Levensstijlmaatregelen (dieet- en voedingsaanpassingen, lichaamsbeweging, fyto-oestrogenen en voedingssupplementen) leidden tot verbetering bij 70,5% (*n* = 165). Een verbetering door psychologische interventies (mindfulness en cognitieve gedragstherapie) werd aangegeven door 15,8% (*n* = 37) van de respondenten. Tot slot gaf 14,5% (*n* = 34) aan dat geen van de methoden tot een verbetering van de klachten had geleid.

Bij de respondenten die hormonale substitutietherapie gebruikten, werd nagegaan welke vorm van therapie zij innamen. Een cyclisch gecombineerd preparaat in pilvorm werd gebruikt door 36,2% (*n* = 21) van de respondenten. Gecombineerde substitutietherapie met progestageen in pilvorm en oestrogeen

in de vorm van een pleister of huidgel werd gerapporteerd door 27,6% (*n* = 16). Monotherapie met oestrogeen in de vorm van een pleister of huidgel werd gebruikt door 12,1% (*n* = 7) van de respondenten, terwijl 10,3% (*n* = 6) aangaf uitsluitend vaginaal oestrogeen in de vorm van een gel of ovule te gebruiken.

Op de vraag in welke mate alle respondenten zich geïnformeerd voelden over de voor- en nadelen van hormonale substitutietherapie, gaf 63,5% (*n* = 197) aan zich helemaal niet of weinig geïnformeerd te voelen. Daarentegen gaf 36,5% (*n* = 113) aan zich voldoende tot zeer goed geïnformeerd te voelen.

Tabel 9. Gebruikte methoden tegen menopauzale symptomen bij vrouwen die een behandeling probeerden

Methode	Aantal
Lichaamsbeweging/fitness	74,1% (*n* = 177)
Dieet- en voedingsaanpassingen	41,0% (*n* = 98)
Voedingssupplementen	34,3% (*n* = 82)
Mindfulness	21,8% (*n* = 52)
Cognitieve gedragstherapie	4,6% (*n* = 11)
Hormonale substitutietherapie	26,8% (*n* = 64)
Antidepressiva	7,9% (*n* = 19)
Tibolone	0,4% (*n* = 1)
Clonidine	0,4% (*n* = 1)
Fyto-oestrogenen	6,7% (*n* = 16)

Tabel 10. Type gebruikte hormonale substitutietherapie

Type gebruikte hormonale substitutietherapie	Aantal
Cyclisch gecombineerd in pilvorm	36,2% (*n* = 21)
Gecombineerd: progesteron in pilvorm, oestrogeen in andere vorm	27,6% (*n* = 16)
Enkel oestrogenen in pleister of huidgel	12,1% (*n* = 7)
Enkel oestrogenen in vaginale ovule/gel	10,3% (*n* = 6)

Tabel 11. Methoden met gerapporteerde verbetering van menopauzale klachten

Soort methode	Aantal waarbij verbetering
Medicatie (hormonale substitutietherapie, antidepressiva, Tibolone, Clonidine)	19,7% (*n* = 61)
Levensstijlmaatregelen (dieet, beweging, fyto-oestrogenen, supplementen)	53,2% (*n* = 165)
Psychologisch (mindfulness, cognitieve gedragstherapie)	11,9% (*n* = 37)

Menopauze en de huisarts

Respondenten die nog geen gesprek hadden gehad met hun huisarts over menopauzale klachten, gaven verschillende redenen aan. Zo gaf 34,4% (*n* = 56) aan geen behoefte te hebben aan een gesprek, 17,8% (*n* = 29) meende dat er geen tijd voor was en 14,7% (*n* = 24) wist niet dat de klachten door de menopauze werden veroorzaakt. Daarnaast noemde 12,3% (*n* = 20) onvoldoende kennis van de huisarts als reden, terwijl 9,2% (*n* = 15) zich oncomfortabel voelde en een even groot aandeel wist niet dat de huisarts hierbij ondersteuning kon bieden.

Bij menopauzale klachten verwachtten de deelnemers van de enquête voornamelijk dat de huisarts het onderwerp ter sprake zou brengen (68,7%; *n* = 213) en een luisterend oor zou bieden (56,1%; *n* = 174). Daarnaast verwachtte 33,9% (*n* = 105) dat de huisarts een behandeling zou opstarten, terwijl 12,6% (*n* = 39) van mening was dat een onmiddellijke doorverwijzing naar de gynaecoloog aangewezen was. Verder beschouwde een meerderheid (57,7%; *n* = 179) de rol van de huisarts als een gecombineerde opvolging in samenwerking met de gynaecoloog.

Uit de analyse van de open antwoorden bleek dat de respondenten hun ervaring met de huisarts rondom de menopauze op verschillende terreinen wilden verbeteren, die samengevat konden worden in zeven thema's. Ten eerste gaven zij aan behoefte te hebben aan meer betrokkenheid en betere opvolging van hun klachten. Daarnaast benadrukten zij het belang van openheid, luisteren en begrip tijdens consulten, zodat zij zich serieus genomen zouden voelen. Een derde thema was de wens voor een holistische aanpak, waarbij niet enkel medicatie wordt overwogen, maar ook leefstijladvies, praktische tips en aandacht voor mentale gezondheid wordt aangeboden. Respondenten vonden het bovendien belangrijk dat de huisarts de menopauze als mogelijke oorzaak van klachten herkent, zodat passende begeleiding of doorverwijzing kan plaatsvinden. Verder gaven zij aan dat de kennis van de huisarts verbeterd kon worden en dat zij behoefte hadden aan informatie, uitleg en inzicht in symptomen en behandelingsmogelijkheden. Ten slotte wilden zij dat de huisarts proactief en spontaan over de menopauze spreekt in plaats van te wachten tot de patiënt het zelf aanhaalt.

Tabel 12. Redenen voor het uitblijven van een gesprek met de huisarts

Reden	Aantal
Oncomfortabel	4,8% (*n* = 15)
Geen behoefte	18,1% (*n* = 56)
Onvoldoende tijd bij de huisarts	9,4% (*n* = 29)
Onvoldoende kennis van de huisarts	6,5% (*n* = 20)
Onwetendheid over de rol van de huisarts	4,8% (*n* = 15)
Niet herkend als menopauzale klachten	14,7% (*n* = 24)

Tabel 13. Opinie rol van de huisarts omtrent menopauze

Rol huisarts	Aantal
Ter sprake brengen	68,7% (*n* = 213)
Luisterend oor bieden	56,1% (*n* = 174)
Behandeling opstarten	33,9% (*n* = 105)
Meteen doorverwijzen naar gynaecoloog	12,6% (*n* = 39)
Opvolging samen met gynaecoloog	57,7% (*n* = 179)

Impact van de menopauze en beïnvloedende factoren

Impact somatische klachten

We bekeken welke factoren een invloed hadden op de impactscore voor somatische klachten in een multivariate analyse. Volgens de Levene-toets voor gelijkheid van varianties verschilde de spreiding van de scores tussen de groepen significant ($p = 0{,}025$). Het model (cfr. tabel 14) liet een Adjusted R^2 van 0,633 zien, wat aangeeft dat 63,3% van de variantie in impactscore van somatische klachten door het model wordt verklaard. Dit wijst op een zeer sterk resultaat. Voor de variabele '*MRS-score Somatisch'* werd een significante relatie gevonden ($p < 0{,}001$). De Partial Eta Squared van 0,612 gaf aan dat het grootste deel van de variantie in de impactscore kon worden toegeschreven aan het voorkomen van somatische symptomen. De overige onafhankelijke variabelen waren niet significant, met uitzondering van de interactie '*HST_geprobeerd * Diploma'* ($F = 468{,}68$; $p = 0{,}009$). Dit duidt erop dat het effect van het proberen van HST afhankelijk was van het opleidingsniveau van de vrouw (of

omgekeerd): de invloed van HST op de impactscore van somatische symptomen verschilde tussen vrouwen met en zonder hoger onderwijs.

Tabel 14. Impact somatische klachten

Variabele	F	p
MRS-score Somatisch	468,68***	< 0,001
Menopauze status	0,19	0,665
HST geprobeerd	0,20	0,656
Verlichtingsmethode geprobeerd	0,07	0,785
Diploma	0,92	0,339
Menopauze status * HST geprobeerd	0,26	0,611
Menopauze status * Verlichtingsmethode geprobeerd	0,009	0,925
Menopauze status * Diploma	1,42	0,234
HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd	.	.
HST geprobeerd * Diploma	6,93**	0,009
Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	2,56	0,111
Menopauze status * HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd	.	.
Menopauze status * HST geprobeerd * Diploma	2,06	0,153
Menopauze status * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	0,41	0,523
HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	.	.
Menopauze status * HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	.	.

R^2 = 0,647 (Gecorrigeerde R^2 = 0,633)
1. Berekend met een significantieniveau van $\alpha = 0{,}05$
** $p < 0{,}01$
*** $p < 0{,}001$

Na aanpassing van het model met exclusie van de variabelen '*Verlichtingsmetode geprobeerd'* en '*Menopauze status'*, maar behoud van de andere variabelen (aangezien hun interacties onderling wel een significant effect toonden) werd het model herhaald (cfr. tabel 15). Deze tweede analyse gaf een niet-significante Levene-toets (p = 0,339), waardoor de aanname van gelijke varianties behouden bleef. Hiermee voldoet de analyse aan de veronderstelling van homogeniteit, wat de statistische betrouwbaarheid van dit ANOVA-model versterkt. Bij deze analyse bleef de Adjusted R^2 vergelijkbaar (0,621), wat nog steeds wijst op een zeer sterk model. De lichte daling ten opzichte van het eerdere model is toe te schrijven aan het verwijderen van variabelen die vooraf weinig voorspellende waarde hadden. De interactie '*HST_geprobeerd * Diploma'* was niet langer significant (F = 2,84; p = 0,093). Bij een standaard alpha-level van 0,05 werd er dus geen significant interactie-effect gevonden. Dit kan worden beschouwd als een trend of marginaal effect.

Tabel 15. Impact somatische klachten – vereenvoudigd model

Variabele	F	p
MRS-score Somatisch	463,23***	< 0,001
HST geprobeerd	0,02	0,903
Diploma	0,24	0,624
HST geprobeerd * Diploma	2,84	0,093

R^2 = 0,626 (Gecorrigeerde R^2 = 0,621)
*** $p < 0{,}001$

Impact psychologische klachten

We voerden opnieuw een multivariate analyse uit, maar dan met de impactscore voor psychologische klachten als afhankelijke variabele en dezelfde onafhankelijke variabelen (cfr. tabel 16). De Levene-toets was niet significant (p = 0,180), waardoor de aanname van gelijke varianties behouden bleef. Het gekozen model liet een Adjusted R^2 van 70,7% zien, wat aangeeft dat een zeer groot deel van de variantie in impactscore van psychologische klachten door het model wordt verklaard. Enkel de symptoomscore voor psychologische klachten had een significant effect op de impactscore (F = 654,45; $p < 0{,}001$). De andere variabelen hadden hier geen (significante) voorspellende waarde. Na het verwijderen van de variabelen '*HST_geprobeerd'* en '*Verlichtingsmethode geprobeerd'* werd er nog steeds geen significant effect van de andere variabelen ('*Menopauze status'* of '*Diploma'*) gevonden.

Tabel 16. Impact psychologische klachten

Variabele	F	p
MRS-score Psychologisch	654,45***	< 0,001
Menopauze status	1,41	0,235
HST geprobeerd	0,19	0,660

Verlichtingsmethode geprobeerd	0,001	0,977
Diploma	0,65	0,421
Menopauze status * HST geprobeerd	0,46	0,498
Menopauze status * Verlichtingsmethode geprobeerd	0,56	0,454
Menopauze status * Diploma	1,16	0,283
HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd	.	.
HST geprobeerd * Diploma	1,46	0,228
Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	0,11	0,742
Menopauze status * HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd	.	.
Menopauze status * HST geprobeerd * Diploma	0,19	0,663
Menopauze status * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	0,42	0,516
HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	.	.
Menopauze status * HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	.	.

$R^2 = 0{,}718$ (Gecorrigeerde $R^2 = 0{,}707$)
*** $p < 0{,}001$

Impact urogenitale klachten

Tot slot herhaalden we de multivariate analyse met de impactscore voor urogenitale klachten (cfr. tabel 17). De Levene-toets was niet significant ($p = 0{,}923$), waardoor de aanname van gelijke varianties behouden bleef. Het gekozen model liet een Adjusted R^2 van 66,1% zien, wat aangeeft dat een zeer groot deel van de variantie in impactscore van urogenitale klachten door het model wordt verklaard. Enkel de symptoomscore voor urogenitale klachten had een significant effect op de impactscore ($F = 544{,}60$; $p < 0{,}001$). Het voorkomen van urogenitale klachten verklaart een groot deel van dit model, gezien de hoge Partial Eta Squared van 0,647. De andere variabelen hadden hier geen (significante) voorspellende waarde.

Tabel 17. Impact urogenitale klachten

Variabele	F	p
MRS-score Urogenitaal	544,60***	< 0,001
Menopauze status	0,36	0,547
HST geprobeerd	0,02	0,885
Verlichtingsmethode geprobeerd	0,001	0,976
Diploma	1,01	0,316
Menopauze status * HST geprobeerd	1,59	0,208
Menopauze status * Verlichtingsmethode geprobeerd	0,67	0,413
Menopauze status * Diploma	0,03	0,876
HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd	.	.
HST geprobeerd * Diploma	1,25	0,264
Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	0,88	0,349
Menopauze status * HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd	.	.
Menopauze status * HST geprobeerd * Diploma	0,006	0,939
Menopauze status * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	0,23	0,629
HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	.	.
Menopauze status * HST geprobeerd * Verlichtingsmethode geprobeerd * Diploma	.	.

$R^2 = 0{,}675$ (Gecorrigeerde $R^2 = 0{,}661$)
*** $p < 0{,}001$

Het verwijderen van de variabelen '*HST_geprobeerd'* en '*Verlichtingsmethode geprobeerd*' leverde een Levene-toets op die nog steeds significant was ($p = 0{,}615$), aldus bleef de aanname van gelijke varianties behouden (cfr. tabel 18). Door de verwijdering van de twee variabelen, zagen we nu wel een significant

effect van zowel de menopauzale status als het opleidingsniveau (*Menopauze status: F* = 3,99; *p* = 0,047; *Diploma: F* = 5,77; *p* = 0,017).

Tabel 18. Impact urogenitale klachten – vereenvoudigd model

Variabele	*F*	*p*
MRS-score Urogenitaal	565,34***	< 0,001
Menopauze status	3,99*	0,047
Diploma	5,77*	0,017
Menopauze status * Diploma	0,00	0,988

R^2 = 0,675 (Gecorrigeerde R^2 = 0,661)
* $p < 0{,}05$
*** $p < 0{,}001$

De vrouwen die de status 'menopauzaal' hadden, scoorden hoger op de impactscore voor urogenitale klachten dan de vrouwen met de status 'perimenopauzaal' (MD = 0,522; *p* = 0,047; 95%BI [0,008; 1,036]) (cfr. tabel 19). Vrouwen met een hoger opleidingsniveau hadden gemiddeld een lagere impactscore voor urogenitale klachten (MD = -0,630; *p* = 0,017; 95%BI [-1,146; -0,114]).

Tabel 19. Impactscore urogenitale klachten – vereenvoudigd model

Factor	*n*	*M*	*SE*	95% *BI*	*F*	*p*
Menopauze status					3,99*	0,047
- Perimenopauzaal	78	2,77	0,23	[2,32; 3,23]		
- Menopauzaal	232	3,29	0,12	[3,06; 3,53]		
Diploma					5,77*	0,017
- Geen Hoger Onderwijs	65	3,35	0,24	[2,88; 3,82]		
- Hoger Onderwijs	245	2,72	0,11	[2,50; 2,94]		

* $p < 0{,}05$

<u>Impact van de menopauze en verschillende HST-methoden</u>

Impact somatische klachten

We bekeken, zoals eerder vermeld, of er een verschil was in de impactscores naargelang de gehanteerde HST-methode via een multivariate analyse. De Levene-toets was niet significant (*p* = 0,138), waardoor de aanname van gelijke varianties behouden bleef. Het model had een Adjusted R^2 van 0,619 zien, wat aangeeft dat 61,9% van de variantie in impactscore van somatische klachten door het model wordt verklaard, wat wijst op een zeer sterk resultaat. De covariaat '*MRS-score Somatisch'* was opnieuw een significante voorspeller voor de impactscore voor somatische klachten (*F* = 447,59; *p* < 0,001). Geen enkele van de HST-methoden op zich had een significant effect op de impactscore. Echter toonde het

model wel een significant effect van de interactie tussen '*Cyclische gecombineerd preparaat* (*CCP)* * *Diploma'* (*F* = 4,59; *p* = 0,033).

Tabel 20. Impact somatische klachten i.f.v. HST-methode

Variabele	*F*	*p*
MRS-score Somatisch	447,59***	< 0,001
Cyclisch gecombineerd preparaat (CCP)	0,44	0,510
Gecombineerde substitutietherapie (CST)	1,95	0,164
Oestrogenen op huid (E-Huid)	1,25	0,265
Oestrogenen vaginaal (E-Vag)	0,02	0,888
Diploma	0,53	0,468
CCP * CST	.	.
CCP * E-Huid	.	.
CCP * E-Vag	.	.
CCP * Diploma	4,59*	0,033
CST * E-Huid	.	.
CST * E-Vag	0,73	0,393
CST * Diploma	0,17	0,677
E-Huid * E-Vag	.	.
E-Huid * Diploma	0,78	0,377
E-Vag * Diploma	0,19	0,665
Andere mogelijke interacties	.	

R^2 = 0,633 (Gecorrigeerde R^2 = 0,619)
* $p < 0{,}05$
*** $p < 0{,}001$

Aanpassing van het model aan door het weglaten van de andere variabelen, met behoud van '*MRS-score Somatisch'* en de twee variabelen van deze interactie, gaf een Levene-toets aan die niet significant was (*p* = 0,956). De Adjusted R² was 61,9%, aldus een gelijkaardige en sterke verklaring van de impactscore door dit model met minder variabelen. De interactie tussen '*CCP* en *Diploma'* bleef significant (*F* = 4,71; *p* = 0,031), maar de afzonderlijke variabelen waren dit nog steeds niet (*CCP: F* = 0,53; *p* = 0,469; *Diploma: F* = 0,66; *p* = 0,416). Het effect van de combinatiepil op de impactscore van somatische klachten verschilde per opleidingsniveau. Tabel 21 toont dat er een tegengesteld patroon tussen beide groepen was. Bij vrouwen met een lager opleidingsniveau werden lagere impactscores geobserveerd bij

gebruik van CCP, terwijl bij vrouwen met een hoger opleidingsniveau hogere impactscores werden gevonden bij gebruik van CCP. Het aantal deelnemers dat CCP gebruikte was echter beperkt (n = 21).

Tabel 21. Impact somatische klachten i.f.v. HST-methode - vervolg

Factor	M	SE	95% BI	F	p
Zonder CCP				4,71*	0,031
- Geen Hoger Onderwijs	5,12	0,23	[4,67; 5,58]		
- Hoger Onderwijs	4,49	0,12	[4,27; 4,72]		
Met CCP					
- Geen Hoger Onderwijs	3,77	0,78	[2,23; 5,31]		
- Hoger Onderwijs	5,17	0,44	[4,30; 6,04]		

* $p < 0{,}05$

Impact psychologische klachten

Bij herhalen van de multivariate analyse voor de impactscore voor psychologische klachten vonden we enkel een significant effect van '*MRS-score Psychologisch'*, zoals in eerder model (F = 699,73; $p <$ 0,001). De Levene-toets was niet significant ($p = 0{,}302$) en de Adjusted R^2 was 70,4%. De andere variabelen hadden geen significant effect op de impactscore, ook niet bij herhalen van het model na verwijderen van de variabelen met de hoogste *p*-waarden.

Tabel 22. Impact psychologische klachten i.f.v. HST-methode

Variabele	F	p
MRS-score Psychologisch	699,73***	< 0,001
Cyclisch gecombineerd preparaat (CCP)	0,04	0,848
Gecombineerde substitutietherapie (CST)	0,73	0,393
Oestrogenen op huid (E-Huid)	0,84	0,359
Oestrogenen vaginaal (E-Vag)	0,00	0,989
Diploma	0,45	0,503
CCP * CST	.	.
CCP * E-Huid	.	.
CCP * E-Vag	.	.
CCP * Diploma	0,42	0,519
CST * E-Huid	.	.
CST * E-Vag	0,07	0,792
CST * Diploma	0,01	0,944

E-Huid * E-Vag	.	.
E-Huid * Diploma	0,45	0,502
E-Vag * Diploma	0,47	0,492
Andere mogelijke interacties	.	

$R^2 = 0{,}714$ (Gecorrigeerde $R^2 = 0{,}704$)
*** $p < 0{,}001$

Impact urogenitale klachten

Tot slot toonde de multivariate analyse voor de impactscore voor urogenitale klachten enkel een significant effect van '*MRS-score Urogenitaal'*, zoals in eerder model ($F = 518{,}43$; $p < 0{,}001$) (cfr. tabel 23). De Levene-toets was niet significant ($p = 0{,}795$) en de Adjusted R^2 was 65,6%. De andere variabelen hadden geen significant effect op de impactscore, ook niet bij herhalen van het model na verwijderen van de variabelen met de hoogste *p*-waarden.

Tabel 23. Impact urogenitale klachten i.f.v. HST-methode

Variabele	*F*	*p*
MRS-score Urogenitaal	518,43***	< 0,001
Cyclisch gecombineerd preparaat (CCP)	1,64	0,202
Gecombineerde substitutietherapie (CST)	1,23	0,268
Oestrogenen op huid (E-Huid)	1,72	0,191
Oestrogenen vaginaal (E-Vag)	0,00	0,982
Diploma	1,71	0,679
CCP * CST	.	.
CCP * E-Huid	.	.
CCP * E-Vag	.	.
CCP * Diploma	2,31	0,130
CST * E-Huid	.	.
CST * E-Vag	0,35	0,552
CST * Diploma	0,85	0,356
E-Huid * E-Vag	.	.
E-Huid * Diploma	1,31	0,253
E-Vag * Diploma	0,64	0,423
Andere mogelijke interacties	.	

R^2 = 0,668 (Gecorrigeerde R^2 = 0,656)
*** $p < 0{,}001$

Verband informatielevel en bron van info

Een Chi-kwadraattoets toonde aan dat het ontvangen van informatie (over de menopauze) via de huisarts niet onafhankelijk is van het uiteindelijke informatielevel van de respondenten ($\chi^2(1) = 6{,}55$, $p = 0{,}010$). Procentueel gezien bleek dat vrouwen, die informatie van hun huisarts ontvingen, vaker in de groep met een 'goed' informatielevel terechtkwamen (22,9%) vergeleken met vrouwen die deze informatiebron niet hadden (11,0%). Hoewel het effect significant is, wijst de Phi-coëfficiënt van 0,15 op een relatief zwak verband ($p = 0{,}010$).

Tabel 24. Informatielevel na info via de huisarts

	Informatielevel				
	Slecht (n = 252) n (%)	Goed (n = 58) n (%)	χ^2	p	ϕ
Informatie via huisarts			6,55[a]	0,010	0,15
- Nee (n = 109)	97 (89,0)	12 (11,0)			
- Ja (n = 201)	155 (77,1)	46 (22,9)			

a. 0 cellen (0,0 %) hebben een verwachte frequentie van minder dan 5. De minimale verwachte frequentie is 20,39.

Daarnaast werd er een statistisch significant verband aangetoond tussen het ontvangen van informatie via de gynaecoloog en het informatielevel over de menopauze ($\chi^2(1) = 7{,}04$, $p = 0{,}008$). Binnen de groep vrouwen met een goed informatielevel had 41,8% informatie verkregen via een gynaecoloog, vergeleken met 26,6% in de minder geïnformeerde groep. De effectgrootte van dit verband was beperkt tot matig (phi = 0,15, $p = 0{,}008$).

Tabel 25. Informatielevel na info via de gynaecoloog

	Informatielevel				
	Slecht (n = 197) n (%)	Goed (n = 113) n (%)	χ^2	p	ϕ
Informatie via gynaecoloog			7,04[a]	0,009	0,15
- Nee (n = 109)	80 (73,4)	29 (26,6)			
- Ja (n = 201)	117 (58,2)	84 (41,8)			

a. 0 cellen (0,0 %) hebben een verwachte frequentie van minder dan 5. De minimale verwachte frequentie is 39,73.

Er werd geen significant verschil gevonden in het informatielevel indien mensen hun informatie haalden via school ($\chi^2(1) = 2{,}87$; $p = 0{,}090$), boeken en/of tijdschriften ($\chi^2(1) = 1{,}79$; $p = 0{,}181$), het internet ($\chi^2(1) = 3{,}34$; $p = 0{,}068$), apps en sociale media ($\chi^2(1) = 2{,}01$; $p = 0{,}156$) of familie/vrienden ($\chi^2(1) = 0{,}08$; $p = 0{,}775$).

Kennis omtrent de menopauzale klachten

Uit de resultaten bleek dat enkel de menopauzale status een significant effect had op de kennis ($F = 3{,}94$, $p = 0{,}048$). Perimenopauzale vrouwen scoorden significant hoger op de kennistest dan menopauzale vrouwen (MD = 1,34; $p = 0{,}048$; 95%BI [0,011; 2,671]). Er werden geen significante effecten gevonden voor een gesprek met de huisarts ($p = 0{,}293$), een gesprek met een zorgverlener ($p = 0{,}526$) of het opleidingsniveau ($p = 0{,}599$). De Levene-toets was niet significant ($p = 0{,}35$) waardoor de aanname van gelijke varianties behouden bleef. Ook na verwijderen van de variabelen met de hoogste p-waarden konden er geen nieuwe significante verbanden gevonden worden.

Tabel 26. Kennis menopauze – beïnvloedende factoren

Factor	n	M	SE	95% BI	F	p
Menopauze status					3,94*	0,048
- Perimenopauzaal	78	6,36	0,59	[5,21; 7,52]		
- Menopauzaal	232	5,02	0,34	[4,36; 5,69]		
Gesprek met huisarts					1,11	0,293
- Nee	163	6,05	0,38	[5,30; 6,80]		
- Ja	147	5,34	0,56	[4,24; 6,44]		
Gesprek met zorgverlener					0,40	0,526
- Nee	104	5,48	0,57	[4,35; 6,61]		
- Ja	206	5,91	0,36	[5,21; 6,61]		
Diploma					0,28	0,599
- Geen Hoger Onderwijs	65	5,52	0,57	[4,39; 6,64]		
- Hoger Onderwijs	245	5,87	0,36	[5,17; 6,58]		

$R^2 = 0{,}047$ (Gecorrigeerde $R^2 = -0{,}001$)
* $p < 0{,}05$

Discussie

Uit ons onderzoek blijkt dat vooral slaapproblemen, fysieke en mentale uitputting en gewrichts- en spierklachten frequent voorkwamen. Hoewel vasomotorische symptomen (zoals vapeurs) traditioneel als kenmerkend voor de menopauze worden beschouwd [19], bleken die klachten in deze studie minder prominent aanwezig te zijn. Ondanks dat veel symptomen frequent voorkwamen, rapporteerden respondenten voor de meeste klachten geen impact op het dagelijks functioneren. Dit suggereert dat de aanwezigheid van klachten niet noodzakelijk samenvalt met functionele beperkingen. Enkel slaapproblemen en een verminderde fysieke/mentale gezondheid hadden een meer uitgesproken negatieve invloed, waarbij ongeveer een derde van de vrouwen een matige impact aangaf. Dit is klinisch relevant, aangezien slaapstoornissen een versterkend effect kunnen hebben op andere klachten, zoals prikkelbaarheid, concentratieproblemen en vermoeidheid. De bevinding dat fysieke en mentale uitputting eveneens een duidelijke ziektelast geeft, onderstreept het belang van een holistische benadering in de begeleiding van menopauzale vrouwen.

Bij de afzonderlijke HST-methoden zagen we nagenoeg geen significante verschillen tussen de verschillende groepen. Dit kan liggen aan de kleine groottes van de onderlinge steekproeven, maar ook eventueel aan wat we verder beschrijven omtrent het tijdstip van de MRS-score.

Hoewel twee derde van de deelneemsters aangaf zich voldoende tot zeer goed geïnformeerd te voelen, bleek uit de gedetailleerde bevraging dat vooral psychologische klachten minder goed herkend werden. Bijna een vierde van de respondenten kon geen enkele psychologische klacht benoemen als menopauzaal gerelateerd. Ook urogenitale klachten werden niet door iedereen correct geassocieerd met de menopauze. Dit wijst op een discrepantie tussen subjectieve kennisperceptie en feitelijke symptoomkennis. Mogelijk zijn vasomotorische symptomen maatschappelijk beter ingeburgerd, terwijl andere klachten minder expliciet worden herkend. Het statistisch zwak verband wijst erop dat er heel wat andere factoren zijn die de mate van ‘zich goed geïnformeerd te voelen’ bepalen. Het is interessant dat het diploma geen invloed had op de kennis, maar de menopauze status wel. Ook suggereerde het verschil tussen de groepen dat vrouwen die er ‘middenin zitten’ (perimenopauzaal) wellicht actiever op zoek zijn naar informatie of recenter informatie hebben opgedaan dan vrouwen die al menopauzaal zijn.

Het internet en familie of vrienden vormden de belangrijkste informatiebronnen, terwijl zorgverleners minder vaak als bron van informatie werden genoemd. Opvallend is dat de meeste respondenten de huisarts en gynaecoloog wél aanduidden als de meest geschikte informatieverstrekkers. Deze discrepantie suggereert een gemiste opportuniteit binnen de eerstelijnszorg. Daarnaast is het opmerkelijk dat de huisarts verkozen werd boven de gynaecoloog als informatiebron, hoewel de meerderheid informatie verschafte via de gynaecoloog. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat de huisarts

wordt gezien als laagdrempelige, continue en vertrouwde zorgverlener. Ondanks dat de grootste informatiebronnen het internet en familie/vrienden waren, bleken deze toch geen meerwaarde te bieden als het aankwam op hoe goed men zich geïnformeerd voelde. Dit duidt op het belang van betrouwbare en volledige informatie via zorgverleners, waaronder de huisarts. Dit werd bevestigd door het feit dat vrouwen die aangaven dat ze informatie via de huisarts gekregen hadden, een ruim twee keer zo grote kans hadden om in de groep 'goed geïnformeerd' terecht te komen vergeleken met vrouwen zonder informatie van hun huisarts.

Wat betreft therapiegebruik kozen vrouwen voornamelijk voor levensstijlinterventies, die ook het vaakst als effectief werden ervaren. Medicamenteuze behandelingen, waaronder HST, werden minder frequent toegepast. Tegelijkertijd voelde twee derde van de vrouwen zich onvoldoende geïnformeerd over de voor- en nadelen van HST. Dit is klinisch relevant, aangezien correcte informatie essentieel is voor gedeelde besluitvorming. Daarnaast gaf bijna de helft van de vrouwen zonder eerdere behandeling aan wél behandeld te willen worden indien zij beter geïnformeerd zou zijn over bestaande opties, wat wijst op een mogelijke onderbenutting van beschikbare therapieën.

Tegelijkertijd waren de verwachtingen ten aanzien van de huisarts duidelijk. Vrouwen verwachtten voornamelijk dat de huisarts het onderwerp proactief zou aankaarten en een luisterend oor zou bieden. Ook werd een actieve rol verwacht in het opstarten van behandeling, bij voorkeur binnen een gedeeld zorgmodel met de gynaecoloog.

Een sterkte van deze studie is dat het een relatief grote steekproef betrof, wat toeliet een genuanceerd beeld te schetsen over de realiteit. Het merendeel van de respondenten bevond zich in een menopauzale status, terwijl een vierde perimenopauzaal was. Dit weerspiegelt een realistische spreiding binnen de onderzochte leeftijdscategorie [8, 20]. Daarnaast is het ook belangrijk dat de thema's die naar voren kwamen uit de open antwoorden sterk overeenkwamen met de antwoordcategorieën in de gesloten vragen. Dit suggereert dat de verwachtingen van patiënten reeds adequaat geïncorporeerd waren in de vraagstelling van de enquête en ondersteunt de inhoudelijke validiteit van dit onderdeel van het meetinstrument. Een ander pluspunt van deze studie is de combinatie van gesloten en open vragen, wat een bredere inkijk in de subjectieve beleving van menopauzale klachten weergeeft.

Onze studie had enkele beperkingen die de interpretatie van de resultaten mogelijks beïnvloedden. Ten eerste was er een mogelijke selectiebias, gezien de grote meerderheid van de respondenten hoogopgeleid was, in tegenstelling tot het totaal aantal hooggeschoolden in België, wat rond de helft ligt [21]. Verder bood de vraag naar de negatieve impact van menopauzale klachten op verschillende levensdomeinen geen expliciete optie om 'geen impact' aan te duiden, waardoor het voor sommige respondenten moeilijk was om dit correct aan te geven. Daarnaast vulden de vrouwen de MRS-scores in zonder dat er verduidelijkt was naar welk tijdstip van de klachten we peilden. Hierdoor weten we niet of klachten,

zoals opvliegers, op dat moment al verminderd waren door natuurlijke progressie of door therapie. Dit kan leiden tot temporal bias, aangezien de ernst en frequentie van symptomen mogelijk niet representatief zijn voor het begin van de menopauze of voor het effect van behandelingen. Dit is vooral relevant voor vrouwen die reeds verlichtingsmethode(n), zoals o.a. HST, hadden geprobeerd. Het moet dan duidelijk vermeld worden of het gaat om de MRS-score vóór of na het gebruik van zo'n methode. In de praktijk wordt de MRS-schaal tevens eerder voor opvolging van een individuele patiënte gebruikt, dan wel om een cijfer te geven dat representatief zou zijn voor de mate van ernst van de menopauzale klachten. Het is eerder de evolutie van deze score die bepaalt of een bepaalde methode zinvol kan zijn [22, 23, 24]. Ten slotte berustte alle informatie op zelfrapportage, wat kan leiden tot recall bias of subjectieve overschatting of onderschatting van klachten.

Voor toekomstig onderzoek is het bijzonder interessant om de effectiviteit van niet-medicamenteuze behandelingen nader te onderzoeken. In deze studie rapporteerden respondenten dat interventies zoals lichaamsbeweging, dieet- en voedingsaanpassingen en voedingssupplementen de meeste verbetering gaven. Daarnaast kwam duidelijk naar voren dat veel vrouwen een holistische aanpak wensen, waarbij niet enkel medicatie wordt overwogen, maar ook leefstijladvies, praktische tips en aandacht voor mentale gezondheid wordt aangeboden. Deze bevindingen onderstrepen het potentieel van geïntegreerde, niet-medicamenteuze benaderingen om de kwaliteit van leven tijdens de menopauze te verbeteren.

Conclusie

Dit onderzoek bevestigt dat de menopauze voor veel vrouwen een fase is met een significante symptoomlast die doorwerkt in alle aspecten van het dagelijkse leven. Met name de impact op de partnerrelatie en de werkvloer is treffend: meer dan de helft van de respondenten ervaart hier negatieve gevolgen. Slaapproblemen en uitputting springen eruit als de meest belastende symptomen.

Een kernbevinding is de onderbenutte rol van de huisarts. Hoewel vrouwen de huisarts unaniem aanwijzen als de primaire bron voor informatie en begeleiding, vindt de feitelijke informatievoorziening momenteel vaker plaats via het internet of sociale contacten. Dit leidt tot een kennisklоof, met name op het gebied van medische behandelingen zoals hormonale substitutietherapie, waarover de meerderheid van de vrouwen zich onvoldoende geïnformeerd voelt.

Vrouwen verwachten van hun huisarts niet alleen medische expertise, maar vooral een proactieve houding, een luisterend oor en een holistische benadering die verder gaat dan enkel medicatie. De huisarts bevindt zich in de ideale positie om de overgang uit de taboesfeer te halen en patiënten te ondersteunen met zowel levensstijladvies als passende therapie. Toekomstige initiatieven in de huisartsgeneeskunde zouden zich dan ook moeten richten op het versterken van deze proactieve rol en het verbeteren van de educatie rondom de menopauze voor zowel arts als patiënt.

Belangenvermenging

Geen.

Financiële transparantie

Niet van toepassing.

Financiëring

Geen.

Erkenning

We willen graag onze promotor prof. dr. Schoenmakers Birgitte hartelijk bedanken voor de professionele begeleiding tijdens het tot stand komen van onze thesis. Daarnaast willen we ook alle deelnemers bedanken die onze vragenlijst hebben ingevuld, evenals onze stageplaatsen waar we de vragenlijsten in de wachtkamer mochten verspreiden.

Referenties

[1] DynaMed. Menopause [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; [cited 2024 May 7]. Available from: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/condition/menopause.

[2] Gezondheid en Wetenschap. Menopauze [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/menopauze.

[3] World Health Organization. Menopause [Internet]. 2024 [cited 2024 May 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause.

[4] Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. Climacteric. 2010 Oct;13(5):419-28.

[5] K Kulkarni J, Gurvich C, Mu E, Molloy G, Lovell S, Mansberg G, Horton S, Morton E, Uppal T, Cashell C, et al. Menopause depression: under recognised and poorly treated. Aust N Z J Psychiatry. 2024 Aug;58(8):636-640.

[6] Li J, Liu F, Liu Z, Li M, Wang Y, Shang Y, et al. Prevalence and associated factors of depression in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2024 Jun;24(1):431.

[7] Jia Y, Zhou Z, Xiang F, Hu W, Cao X. Global prevalence of depression in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024 Aug;358:474-82.

[8] Nederlands Huisartsen Genootschap. De overgang [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/de-overgang.

[9] Duralde ER, Sobel TH, Manson JE. Management of perimenopausal and menopausal symptoms. BMJ. 2023 Aug 8;382:e072612.

[10] Menegaz de Almeida A, Oliveira P, Lopes L, Leite M, Morbach V, Alves KF, Barros Í, Aquino de Moraes FC, Prevedello A. Fezolinetant and elinzanetant therapy for menopausal women experiencing vasomotor symptoms: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2025 Mar;145(3):253-261.

[11] Constantine GD, Graham S, Clerinx C, Bernick BA, Krassan M, Mirkin S, Currie H. Behaviours and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. Post Reprod Health. 2016 Sep;22(3):112-22.

[12] Kling JM, MacLaughlin KL, Schnatz PF, Crandall CJ, Skinner LJ, Stuenkel CA, Kaunitz AM, Bitner DL, Mara K, Fohmader Hilsaca KS, Faubion SS. Menopause management knowledge in postgraduate family medicine, internal medicine, and obstetrics and gynecology residents: a cross-sectional survey. Mayo Clin Proc. 2019 Feb;94(2):242-253.

[13] 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. 2024 Apr;8(1):BJGPO.2023.0127.

[14] Tariq B, Phillips S, Biswakarma R, Talaulikar V, Harper JC. Women's knowledge and attitudes to the menopause: a comparison of women over 40 who were in the perimenopause, post menopause and those not in the peri or post menopause. BMC Womens Health. 2023 Aug;23(1):460.

[15] Harper JC, Phillips S, Biswakarma R, Yasmin E, Saridogan E, Radhakrishnan S, Davies MC, Talaulikar V. An online survey of perimenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. Womens Health (Lond). 2022;18:17455057221106890.

[16] Khatoon A, Husain S, Husain S, Hussain S. An overview of menopausal symptoms using the Menopause Rating Scale in a tertiary care center. J Midlife Health. 2018 Jul-Sep;9(3):150-154.

[17] Fausto DY, Martins JBB, da Silveira J, Cardoso FL, de Azevedo Guimarães AC. Association between menopausal symptoms, sexual function, and sexual activity - a cross-sectional study. Prz Menopauzalny. 2023 Dec;22(4):220-226.

[18] Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes. 2003 Jul;1:28.

[19] Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, Schultz NM. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. Menopause. 2021 May;28(8):875-882.

[20] Hickey M, LaCroix AZ, Doust J, Mishra GD, Sivakami M, Garlick D, Hunter MS. An empowerment model for managing menopause. Lancet. 2024 Mar;403(10430):947-957.

[21] Statistiek Vlaanderen. Bevolking naar onderwijsniveau (scholingsgraad) [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 7]. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/onderwijs-en-vorming/bevolking-naar-onderwijsniveau-scholingsgraad.

[22] Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS): a methodological review. Health Qual Life Outcomes. 2004 Sep;2:45.

[23] Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. Climacteric. 2000 Mar;3(1):59-64.

[24] Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. Climacteric. 2000 Mar;3(1):50-8.

Bijlagen:

Bijlage 1: Enquête

Nederlands

Informatie

(Deze vraag is verplicht)
Hieronder vindt u meer informatie over deze studie. Indien u akkoord gaat, kan u verder naar de enquête.

Informatiebrief

Titel van de studie: Wat is de impact van de menopauze met en zonder therapie op de verschillende levensdomeinen: fysiek en psychosociaal?
Onderzoeksinstelling: KU Leuven
Ethisch comité: Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.
Onderzoekers:

- Sara Acosta-Stoefs (sara.acostastoefs@student.kuleuven.be)
- Maxim Everaerts (maxim.everaerts@student.kuleuven.be)
- Nanou Vuylsteke (nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be)

Promotor - Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be)

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar wat de impact van de menopauze is, zowel met als zonder therapie, op de verschillende levensdomeinen. Daarnaast gaan we op zoek naar welke rol de huisarts kan nemen in de begeleiding van menopauzale patiënten afhankelijk van hun persoonlijke noden en verwachtingen.

Doelstellingen en verloop van de studie
Deze studie heeft als doel enerzijds te achterhalen wat de impact van de menopauze is op verschillende levensdomeinen. Anderzijds gaan we op zoek naar welke rol de huisarts kan nemen in de begeleiding van menopauzale patiënten afhankelijk van hun persoonlijke noden en verwachtingen.
Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen, omdat uw deelname ons helpt beter te begrijpen hoe patiënten menopauze-gerelateerde klachten ervaren, hoe goed patiënten zich geïnformeerd voelen; zodat huisartsen hun begeleiding kunnen afstemmen op persoonlijke noden en verwachtingen.
Aan deze studie zullen ongeveer 300-500 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u vrouw zijn, met een leeftijd van 45 t.e.m. 64 jaar op moment van afname en mag er geen niet-natuurlijke menopauze zijn (door bv. operatief verwijderde eierstokken in het verleden).
We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen die peilt naar de impact van de menopauze op de verschillende levensdomeinen. Daarnaast evalueren we de effectiviteit van het medicamenteus beleid en overwegen we of we als huisarts in de toekomst proactiever kunnen anticiperen op de mogelijke noden van deze patiëntenpopulatie. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 5-10 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal online afgenomen worden.
Deze vragenlijst is anoniem. Er worden geen persoonsgegevens verzameld.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen
Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.
U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan het beter begrijpen en benaderen van menopauze door huisartsen. Op deze manier zou u indirect veel vrouwen kunnen helpen om in de toekomst hun menopauze onder betere omstandigheden te ervaren.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

Ø Deze studie MP033505 opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
Ø Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.

Ø De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Door deel te nemen aan het onderzoek stemt u in met het gebruik van deze gegevens voor de masterproef. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
Ø Als u bijkomende informatie wenst over hoe wij uw anonieme gegevens gebruiken, maar ook ingeval van problemen, bijkomende vragen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met één van de onderzoekers (Sara Acosta-Stoefs, Maxim Everaerts en Nanou Vuylsteke) via (sara.acostastoefs@student.kuleuven.be; maxim.everaerts@student.kuleuven.be; nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (Birgitte Schoenmakers) via e-mail (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be). Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staat te uwer beschikking. De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt: DPO – KU Leuven, e-mail dpo@kuleuven.be
Ø Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
Ø Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
E-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Alvast bedankt voor uw interesse en deelname aan deze studie.
Sara Acosta-Stoefs, Maxim Everaerts en Nanou Vuylsteke

Indien u akkoord bent met bovenstaande informatie en wilt deelnemen aan de enquête; druk dan op 'ja' om verder te gaan.

<u>Intro</u>

1. Wat is uw leeftijd?
   In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.
   (Deze vraag is verplicht)

2. Wat is uw opleidingsniveau?
   Kies een antwoord
   (Deze vraag is verplicht)
   a. Geen diploma
   b. Lager secundair onderwijs
   c. Hoger secundair onderwijs
   d. Hogeschool
   e. Universitair

3. Wat is uw huidige beroepsstatus?
   Kies een antwoord
   (Deze vraag is verplicht)
   a. Werkloos
   b. Arbeider
   c. Bediende
   d. Zelfstandige
   e. Gepensioneerd
   f. Anders: *(open antwoord)*

4. Lijdt u aan één van onderstaande aandoeningen of komen deze voor in uw voorgeschiedenis?
   Alles selecteren wat van toepassing is, Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 6 antwoorden.
   (Deze vraag is verplicht)
   a. Borstkanker of baarmoederkanker
   b. Bloedklonter, met of zonder stollingsziekte (dit geldt niet voor vrouwen die bloedverdunners gebruiken)
   c. Hart- en vaatziekten
   d. Leverziekten
   e. Depressie
   f. Geen

5. Wanneer waren uw laatste maandstonden?
   Kies een antwoord
   (Deze vraag is verplicht)
   a. Meer dan of net 1 jaar geleden
   b. Minder dan 1 jaar geleden
   c. Ik heb ze op dit moment
   d. Ik weet het niet

6. Gebruikt u op heden hormonale anticonceptie? Zo ja, duid aan welke:
   Kies een antwoord
   (Deze vraag is verplicht)
   a. Combinatiepil (‘klassieke pil’: combinatie oestrogeen-progesteron)
   b. Vaginale ring (bv. Nuvaring, IzzyRing, Myloop …)
   c. Pleister
   d. Minipil (‘progesteron-only pil’ bv. Lueva, Slinda, Cerazette, Desopop …)
   e. Prikpil (3 maandelijkse inspuiting bv. Depo-Provera, Sayana …)
   f. Hormoonstaafje (of -implantaat)
   g. Koperspiraaltje
   h. Hormoonspiraaltje
   i. Ik gebruik geen anticonceptie

<u>Klachten</u>

7. In welke mate ervaart u volgende symptomen?
   Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 11 antwoorden.
   Nooit Zelden Soms Vaak (Bijna) altijd
   (Deze vraag is verplicht)
   a. Opvliegers – vapeurs (warmte opwellingen, episodes van zweten)
   b. Hartkloppingen (ongebruikelijke gewaarwording van de hartslag)
   c. Slaapproblemen (moeilijkheden met in slaap vallen, moeilijkheden met doorslapen, vroeg wakker worden)
   d. Depressieve stemming (zich neerslachtig voelen, verdrietig, op het randje van tranen, gebrek aan motivatie, stemmingswisselingen)

e. Prikkelbaarheid (zich nerveus voelen, innerlijke spanning, zich agressief voelen)
f. Angst (innerlijke onrust, paniekerig voelen)
g. Fysieke en mentale uitputting (algemene vermoeidheid of uitputting, verminderde energie, verminderde concentratie, vergeetachtigheid)
h. Seksuele problemen (verandering in seksueel verlangen, seksuele activiteit of tevredenheid)
i. Blaasproblemen (moeilijkheden met urineren, verhoogde aandrang om te plassen, urineverlies
j. Droogheid van de vagina (gevoel van droogte of branderigheid in de vagina, moeite met seksuele gemeenschap)
k. Gewrichts- en spierklachten (pijn in de gewrichten, reumatische klachten)

8. In welke mate hebben de volgende symptomen een negatieve invloed op uw levenskwaliteit?
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 11 antwoorden.
Geen Mild Matig Ernstig Zeer ernstig
(Deze vraag is verplicht)
    a. Opvliegers – vapeurs (warmte opwellingen, episodes van zweten)
    b. Hartkloppingen (ongebruikelijke gewaarwording van de hartslag)
    c. Slaapproblemen (moeilijkheden met in slaap vallen, moeilijkheden met doorslapen, vroeg wakker worden)
    d. Depressieve stemming (zich neerslachtig voelen, verdrietig, op het randje van tranen, gebrek aan motivatie, stemmingswisselingen)
    e. Prikkelbaarheid (zich nerveus voelen, innerlijke spanning, zich agressief voelen)
    f. Angst (innerlijke onrust, paniekerig voelen)
    g. Fysieke en mentale uitputting (algemene vermoeidheid of uitputting, verminderde energie, verminderde concentratie, vergeetachtigheid)
    h. Seksuele problemen (verandering in seksueel verlangen, seksuele activiteit of tevredenheid)
    i. Blaasproblemen (moeilijkheden met urineren, verhoogde aandrang om te plassen, urineverlies
    j. Droogheid van de vagina (gevoel van droogte of branderigheid in de vagina, moeite met seksuele gemeenschap)
    k. Gewrichts- en spierklachten (pijn in de gewrichten, reumatische klachten)

9. Op welk(e) domein(en) hebben uw klachten een negatieve invloed?
Alles selecteren wat van toepassing is.
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 5 antwoorden.
(Deze vraag is verplicht)
    a. Werk
    b. Sociaal contact
    c. Relatie
    d. Hobby
    e. Anders: *(open antwoord)*

<u>Kennis over menopauze</u>

10. Van welke van onderstaande klachten wist u reeds dat ze veroorzaakt kunnen worden door de menopauze?
Alles selecteren wat van toepassing is.
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 12 antwoorden.
(Deze vraag is verplicht)
    a. Opvliegers – vapeurs
    b. Hartkloppingen
    c. Slaapproblemen

d. Depressieve stemming
e. Prikkelbaarheid
f. Angst
g. Fysieke en mentale uitputting
h. Seksuele problemen
i. Blaasproblemen
j. Droogheid van de vagina
k. Gewrichts- en spierklachten
l. Geen

11. Hoe geïnformeerd voelde u zich vóór deze vragenlijst over de menopauze?
Kies een antwoord
(Deze vraag is verplicht)
    a. Zeer goed geïnformeerd
    b. Voldoende geïnformeerd
    c. Weinig geïnformeerd
    d. Helemaal niet geïnformeerd

12. Indien u reeds informatie heeft gekregen over de menopauze, waar haalde u deze vandaan?
Alles selecteren wat van toepassing is.
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 8 antwoorden.
(Deze vraag is verplicht)
    a. School
    b. Huisarts
    c. Gynaecoloog
    d. Boeken en tijdschriften
    e. Internet
    f. Apps en sociale media
    g. Familie en vrienden
    h. Anders:

13. Heeft u reeds een gesprek gehad met een zorgverlener over deze klachten? Zo ja, wie?
Alles selecteren wat van toepassing is.
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 6 antwoorden.
(Deze vraag is verplicht)
    a. Huisarts
    b. Gynaecoloog
    c. Menopauze consulent
    d. Verpleegkundige
    e. Anders: *(open antwoord)*
    f. Ik heb nog geen gesprek gehad met een zorgverlener over deze klachten

14. Wie van onderstaande vind je dat deze informatie zou moeten aanbrengen?
Alles selecteren wat van toepassing is.
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 5 antwoorden.
(Deze vraag is verplicht)
    a. School
    b. Huisarts
    c. Gynaecoloog
    d. Campagne van de overheid
    e. Anders: *(open antwoord)*

Therapie

15. Welke van onderstaande methoden heeft u reeds gebruikt om menopauzale symptomen te verlichten?
    Alles selecteren wat van toepassing is.
    Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 12 antwoorden.
    (Deze vraag is verplicht)
    a. Lichaamsbeweging/fitness
    b. Dieet - voedingsaanpassingen
    c. Voedingssupplementen
    d. Mindfulness
    e. Cognitieve gedragstherapie (psychotherapie)
    f. Hormonale substitutietherapie
    g. Antidepressiva
    h. Tibolon (bv. Livial, Heria …)
    i. Clonidine
    j. Fyto-oestrogenen
    k. Anders: *(open antwoord)*
    l. Geen

16. *Subvraag indien nog geen behandeling:*
    Zou u graag behandeld worden, als u zou weten dat er een behandeling voor bestaat?
    Kies een antwoord
    a. Ja
    b. Nee
    c. Ik ben niet zeker.

17. *Subvraag indien HST aangeduid als behandeling:*
    Indien u hormonale substitutietherapie gebruikt, welke vorm neemt u?
    Alles selecteren wat van toepassing is.
    Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 6 antwoorden.
    a. Cyclisch gecombineerd preparaat (oestrogeen en progestageen) in pilvorm (bv. Femoston, Activelle, Klimedix …)
    b. Gecombineerde substitutietherapie met progestageen in pilvorm en oestrogeen in de vorm van een pleister (bv. Feminova, Dermestril) of huidgel (bv. Oestrogel)
    c. Enkel oestrogeen in de vorm van een pleister of huidgel
    d. Enkel oestrogeen vaginaal in de vorm van een gel of ovule (bv. Vagifem, Aacifemine, Rewellfem …)
    e. Anders: *(open antwoord)*
    f. Ik neem op dit moment geen hormonale substitutietherapie

18. *Subvraag bij wel een aangeduide behandeling:*
    Welke van deze methoden heeft voor een verbetering van uw menopauzale klachten gezorgd?
    Alles selecteren wat van toepassing is.
    Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 12 antwoorden.
    a. Lichaamsbeweging/fitness
    b. Dieet - voedingsaanpassingen
    c. Voedingssupplementen
    d. Mindfulness
    e. Cognitieve gedragstherapie (psychotherapie)
    f. Hormonale substitutietherapie
    g. Antidepressiva
    h. Tibolon (bv. Livial, Heria …)
    i. Clonidine
    j. Fyto-oestrogenen

k. Anders: *(open antwoord)*
l. Geen

19. Hoe goed voelt u zich geïnformeerd over de voor- en nadelen van hormonale substitutie?
Kies een antwoord
(Deze vraag is verplicht)
    a. Zeer goed geïnformeerd
    b. Voldoende geïnformeerd
    c. Weinig geïnformeerd
    d. Helemaal niet geïnformeerd

<u>Menopauze en de huisarts</u>

20. Heeft u reeds een gesprek gehad met uw huisarts over menopauzale klachten?
Kies een antwoord
(Deze vraag is verplicht)
    a. Ja
    b. Nee

21. *Subvraag indien nog geen gesprek met huisarts:*
Waarom heeft u hierover nog geen gesprek gehad met uw huisarts?
Alles selecteren wat van toepassing is.
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 6 antwoorden.
    a. Ik voel me hier niet comfortabel bij.
    b. Ik heb hier geen behoefte aan.
    c. Ik heb het gevoel dat hier geen tijd voor is.
    d. Ik heb het gevoel dat mijn huisarts hier onvoldoende kennis over heeft.
    e. Ik wist niet dat mijn huisarts mij hiermee kan helpen.
    f. Ik wist niet dat deze klachten gelinkt waren aan de menopauze.
    g. Geen van bovenstaande: *(open antwoord)*

22. Welke rol vindt u dat de huisarts moet innemen rond de menopauze ?
Alles selecteren wat van toepassing is.
Selecteer a.u.b. minimaal 1 en maximaal 6 antwoorden.
(Deze vraag is verplicht)
    a. Ter sprake brengen van de menopauze
    b. Een luisterend oor bieden
    c. Behandeling opstarten
    d. Meteen doorverwijzen naar een gynaecoloog
    e. Opvolging door de huisarts in combinatie met een gynaecoloog
    f. Anders: *(open antwoord)*

23. Tot slot, wat zou uw ervaring met de huisarts rondom de menopauze kunnen verbeteren?
(Open vraag)
(Deze vraag is verplicht)

Français

Information

(Cette question est obligatoire)
Vous trouverez ci-dessous plus d'informations sur cette étude. Si vous êtes d'accord, vous pouvez poursuivre avec l'enquête.

Lettre d'information

Titre de l'étude : Quel est l'impact de la ménopause avec et sans thérapie sur les différents domaines de la vie : physique et psychosocial ?
Institution de recherche : KU Leuven
Comité d'éthique : Comité d'éthique de la recherche de l'UZ/KU Leuven.

Chercheurs :
- Sara Acosta-Stoefs (sara.acostastoefs@student.kuleuven.be)
- Maxime Everaerts (maxim.everaerts@student.kuleuven.be)
- Nanou Vuylsteke (nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be)

Promoteur: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be)

Vous êtes invitée à participer à une étude sur l'impact de la ménopause, avec ou sans thérapie, sur différents domaines de la vie. Nous explorons également le rôle que le médecin généraliste peut jouer dans l'accompagnement des patientes ménopausées, en fonction de leurs besoins et attentes individuels.

Objectifs et déroulement de l'étude
Le but de cette étude est de découvrir quel est l'impact de la ménopause sur différents aspects de la vie. Nous cherchons également à déterminer le rôle que le médecin généraliste peut jouer dans l'accompagnement des patientes ménopausées, en fonction de leurs besoins et attentes personnels. Nous vous proposons de participer à cette étude car votre participation nous aidera à mieux comprendre comment les patientes ressentent les plaintes liées à la ménopause et à quel point elles se sentent bien informées. Cela permettra aux médecins généralistes d'adapter leur accompagnement aux besoins et attentes personnels.
Environ 300 à 500 personnes participeront à cette étude. Pour être éligible, vous devez être une femme âgée de 45 à 64 ans au moment de l'étude et ne pas avoir vécu une ménopause non naturelle (par exemple, après une chirurgie pour retirer les ovaires).
Nous vous demandons de remplir un questionnaire en ligne sur l'impact de la ménopause sur différents domaines de la vie. Nous évaluerons également l'efficacité des traitements médicaux et envisagerons comment les médecins généralistes peuvent mieux anticiper les besoins de cette population de patientes à l'avenir. Le remplissage du questionnaire prendra environ 5 à 10 minutes de votre temps. Ce questionnaire est anonyme. Aucune donnée personnelle n'est collectée.

Description des risques et des avantages
Votre participation à cette étude ne présente aucun risque pour la santé.
Vous ne tirerez aucun avantage personnel de votre participation à cette recherche. En partageant vos connaissances et/ou expériences, vous contribuerez à une meilleure compréhension et approche de la ménopause par les médecins généralistes. Vous pourriez ainsi aider indirectement bon nombre de femmes à vivre dans le futur leur ménopause dans de meilleures conditions.

Si vous participez à cette étude, sachez que :

Ø Cette étude MP033505 a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'UZ/KU Leuven.
Ø Votre participation est volontaire ; il ne peut y avoir aucune contrainte.

Ø Les données collectées dans le cadre de votre participation sont totalement anonymes. En participant à l'étude, vous acceptez l'utilisation de ces données pour le mémoire de master. Aucune donnée personnelle telle que nom, date de naissance, adresse, etc. n'est collectée. Votre anonymat est assuré lors de la publication des résultats.
Ø Si vous souhaitez des informations complémentaires sur la manière dont nous utilisons vos données anonymes, mais aussi en cas de problèmes, de questions complémentaires ou si vous avez des inquiétudes, vous pouvez contacter l'un des chercheurs (Sara Acosta-Stoefs, Maxim Everaerts et Nanou Vuylsteke) via (sara.acostastoefs@student.kuleuven.be ; maxim.everaerts@student.kuleuven.be ; nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be) et la chercheuse principale (Birgitte Schoenmakers) par email (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be). Le délégué à la protection des données du centre de recherche est également à votre disposition. Les coordonnées de ce dernier sont les suivantes : DPO – KU Leuven, e-mail dpo@kuleuven.be
Ø Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à l'étude, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (jours ouvrables entre 10h et 11h))
Ø Enfin, si vous avez une réclamation concernant le traitement de vos données, vous pouvez vous adresser à l'autorité de contrôle belge qui contrôle le respect des principes fondamentaux de protection des données personnelles :

L'autorité de contrôle belge s'appelle :
Autorité de protection des données (GBA)
Rue de la Presse 35,
1000 Bruxelles
Tél. +32 2 274 48 00
E-mail : contact(at)apd-gba.be
Site Internet : www.dataprotectionauthority.be

Merci d'avance pour votre intérêt et votre participation à cette étude.
Sara Acosta-Stoefs, Maxim Everaerts et Nanou Vuylsteke

Si vous êtes d'accord avec les informations ci-dessus et que vous souhaitez participer à l'enquête, appuyez sur « oui » pour continuer.

<u>Intro</u>

1. Quel âge avez-vous?
   Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
   (Cette question est obligatoire)

2. Quel est votre niveau d'études ?
   Veuillez choisir une réponse
   (Cette question est obligatoire)
   a. Sans diplôme
   b. Enseignement secondaire inférieur
   c. Enseignement secondaire supérieur
   d. Haute école
   e. Université

3. Quel est votre statut professionnel actuel ?
   Veuillez choisir une réponse
   (Cette question est obligatoire)
   a. Sans emploi
   b. Ouvrière
   c. Employée

d. Indépendante
e. Pensionnée
f. Autre : *(réponse ouverte)*

4. Êtes-vous confrontée à une ou plusieurs des affections médicales ci-dessous, ou en avez-vous eu dans le passé ?
Veuillez choisir une réponse
(Cette question est obligatoire)
    a. Cancer du sein ou cancer de l'utérus
    b. Caillot sanguin, avec ou sans maladie de la coagulation (cela ne s'applique pas aux femmes prenant des anticoagulants)
    c. Maladies cardiovasculaires
    d. Maladies du foie
    e. Dépression
    f. Non

5. Quand avez-vous eu vos dernières règles ?
Veuillez choisir une réponse
(Cette question est obligatoire)
    a. Il y a plus d'un an ou tout juste un an
    b. Il y a moins d'un an
    c. Je les ai en ce moment
    d. Je ne sais pas

6. Utilisez-vous actuellement une contraception hormonale ? Si oui, veuillez indiquer laquelle :
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 6 réponses.
(Cette question est obligatoire)
    a. Pilule combinée ("pilule classique" : combinaison œstrogène-progestérone)
    b. Anneau vaginal (par ex. Nuvaring, IzzyRing, Myloop …)
    c. Patch contraceptif
    d. Minipilule ("pilule micro-progestative": pilule à progestatif seul, par ex. Lueva, Slinda, Cerazette, Desopop ...)
    e. Injection contraceptive (piqûre trimestrielle, par ex. Depo-Provera, Sayana ...)
    f. Implant contraceptif
    g. Dispositif intra-utérin (DIU) cuivre (ou stérilet en cuivre)
    h. DIU (ou stérilet) hormonal
    i. Je n'utilise pas de contraception

<u>Symptômes</u>

7. Dans quelle mesure ressentez-vous les symptômes suivants ?
Veuillez sélectionner de 1 à 11 réponses.
Jamais Rarement Parfois Souvent (Presque) toujours
(Cette question est obligatoire)
    a. Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)
    b. Palpitations (gène au niveau du cœur, battements de cœur inhabituels, battements irréguliers, oppression)
    c. Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)
    d. Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)
    e. Irritabilité (sentiment de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)
    f. Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)

g. Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)
h. Problèmes sexuels (changement du désir sexuel, de l'activité sexuelle ou de la satisfaction sexuelle)
i. Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)
j. Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, difficultés lors des rapports sexuels)
k. Géne musculaire et aux articulations (douleurs aux articulations, rhumatismes)

8. Dans quelle mesure les symptômes suivants impactent-ils négativement votre qualité de vie ?
Veuillez sélectionner de 1 à 11 réponses.
Aucun(e) Léger Modéré Fort Très fort
(Cette question est obligatoire)
    a. Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)
    b. Palpitations (gène au niveau du cœur, battements de cœur inhabituels, battements irréguliers, oppression)
    c. Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)
    d. Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)
    e. Irritabilité (sentiment de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)
    f. Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)
    g. Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)
    h. Problèmes sexuels (changement du désir sexuel, de l'activité sexuelle ou de la satisfaction sexuelle)
    i. Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)
    j. Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, difficultés lors des rapports sexuels)
    k. Géne musculaire et aux articulations (douleurs aux articulations, rhumatismes)

9. Sur quel(s) domaine(s) vos plaintes ont-elles un impact négatif ?
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 5 réponses.
(Cette question est obligatoire)
    a. Le travail
    b. Les contacts sociaux
    c. Les relations
    d. Le passe-temps
    e. Autre : *(réponse ouverte)*

<u>Connaissances sur la ménopause</u>

10. Parmi les symptômes suivants, lesquels saviez-vous déjà qu'ils pourraient être causés par la ménopause?
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 12 réponses.
(Cette question est obligatoire)
    a. Bouffées de chaleur
    b. Palpitations
    c. Problèmes de sommeil
    d. Humeur dépressive
    e. Irritabilité
    f. Anxiété

g. Épuisement physique et mental
h. Problèmes sexuels
i. Problèmes urinaires
j. Sécheresse vaginale
k. Douleurs articulaires et musculaires
l. Aucun

11. Avant de répondre à ce questionnaire, dans quelle mesure vous sentiez-vous informée sur la ménopause?
Veuillez choisir une réponse
(Cette question est obligatoire)
    a. Très bien informée
    b. Suffisamment informée
    c. Peu informée
    d. Pas du tout informée

12. Si vous avez déjà reçu des informations sur la ménopause, d'où les avez-vous obtenues ?
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 8 réponses.
(Cette question est obligatoire)
    a. À l'école
    b. Médecin généraliste
    c. Gynécologue
    d. Livres et magazines
    e. Internet
    f. Applications et réseaux sociaux
    g. Famille et amis
    h. Autre : *(réponse ouverte)*

13. Avez-vous déjà parlée avec un professionnel de la santé à propos de ces symptômes ? Si oui, avec qui ?
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 6 réponses.
(Cette question est obligatoire)
    a. Médecin généraliste
    b. Gynécologue
    c. Consultante en ménopause
    d. Infirmière
    e. Autre : *(réponse ouverte)*
    f. Je n'ai pas encore eu de conversation avec un professionnel de la santé à propos de ces symptômes.

14. Selon vous, qui devrait fournir ces informations ?
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 5 réponses.
(Cette question est obligatoire)
    a. L'école
    b. Médecin généraliste
    c. Gynécologue
    d. Campagne gouvernementale
    e. Autre : *(réponse ouverte)*

Thérapie

15. Parmi les méthodes suivantes, laquelle avez-vous déjà utilisée pour soulager les symptômes de la ménopause ?
    Cochez tout ce qui s'applique.
    Veuillez sélectionner de 1 à 12 réponses.
    (Cette question est obligatoire)
    a. Exercice physique/fitness
    b. Régime alimentaire – ajustements nutritionnels
    c. Compléments nutritionnels
    d. Méditation de pleine conscience (psychothérapie)
    e. Thérapie cognitivo-comportementale (psychothérapie)
    f. Thérapie de substitution hormonale
    g. Antidépresseurs
    h. Tibolon (par ex. Livial, Heria …)
    i. Clonidine
    j. Phytoestrogènes
    k. Autre : *(réponse ouverte)*
    l. Aucun

16. *Question subsidiaire si aucun traitement n'a encore été instauré :*
    Aimeriez-vous être traité si vous saviez qu'il existe un traitement pour cela ?
    Veuillez choisir une réponse
    a. Oui
    b. Non
    c. Je ne suis pas sûre.

17. *Question subsidiaire si un traitement hormonal substitutif est indiqué comme traitement :*
    Si vous utilisez une thérapie hormonal substitutive, quelle forme prenez-vous ?
    Cochez tout ce qui s'applique.
    Veuillez sélectionner de 1 à 6 réponses.
    a. Préparation combinée cyclique (œstrogène et progestatif) sous forme de pilule (par ex. Femoston, Activelle, Klimedix ...)
    b. Thérapie substitutive combinée avec un progestatif sous forme de pilule et œstrogène sous forme de patch (par ex. Feminova, Dermestril ...) ou de gel pour la peau (par ex. Oestrogel)
    c. Seulement des œstrogènes sous forme de patch ou de gel pour la peau
    d. Seulement des œstrogènes vaginaux sous forme de gel ou d'ovule (par ex. Vagifem, Aacifemine, Rewellfem …)
    e. Autre : *(réponse ouverte)*
    f. Je ne prends actuellement aucun traitement hormonal substitutif

18. *Question subsidiaire en cas de traitement indiqué :*
    Laquelle de ces méthodes a amélioré vos symptômes de la ménopause ?
    Cochez tout ce qui s'applique.
    Veuillez sélectionner de 1 à 12 réponses.
    a. L'exercice physique/fitness
    b. Régime alimentaire – ajustements nutritionnels
    c. Compléments alimentaires
    d. Méditation de pleine conscience (psychothérapie)
    e. Thérapie cognitivo-comportementale
    f. Thérapie hormonale substitutive
    g. Antidépresseurs
    h. Tibolon (par ex. Livial, Heria …)
    i. Clonidine

j. Phytoestrogènes
k. Autre : *(réponse ouverte)*
l. Aucun

19. Dans quelle mesure vous sentez-vous informée sur les avantages et les inconvénients du traitement hormonal substitutif ?
Veuillez choisir une réponse
(Cette question est obligatoire)
    a. Très bien informée
    b. Suffisamment informée
    c. Peu informée
    d. Pas du tout informée

<u>La ménopause et le médecin généraliste</u>

20. Avez-vous déjà eu une conversation avec votre médecin généraliste au sujet des plaintes liées à la ménopause ?
Veuillez choisir une réponse
(Cette question est obligatoire)
    a. Oui
    b. Non

21. *Question subsidiaire si aucun entretien avec le médecin généraliste n'a encore eu lieu :*
Pourquoi n'en avez-vous pas encore parlé avec votre médecin généraliste ?
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 6 réponses.
    a. Je ne me sens pas à l'aise avec cela.
    b. Je n'en ressens pas le besoin.
    c. J'ai l'impression qu'il n'y a pas le temps pour cela.
    d. J'ai l'impression que mon médecin généraliste n'a pas suffisamment de connaissances à ce sujet.
    e. Je ne savais pas que mon médecin généraliste pouvait m'aider avec cela.
    f. Je ne savais pas que ces plaintes étaient liées à la ménopause.
    g. Autre : *(réponse ouverte)*

22. Quel rôle pensez-vous que le médecin généraliste devrait jouer concernant la ménopause ?
Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez sélectionner de 1 à 6 réponses.
(Cette question est obligatoire)
    a. Aborder le sujet de la ménopause
    b. Être à l'écoute
    c. Initier un traitement
    d. Référer immédiatement à un gynécologue
    e. Assurer un suivi par le médecin généraliste en combinaison avec un gynécologue
    f. Autre : *(réponse ouverte)*

23. Enfin, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre expérience avec votre médecin généraliste concernant la ménopause ?
Question ouverte
(Cette question est obligatoire)

English

Information

(This question is mandatory)
Below you will find more information about this study. If you agree, you can proceed to the survey.

Information letter

Title of the study: What is the impact of menopause with and without therapy on various life domains: physical and psychosocial?
Research institute: KU Leuven
Ethics committee: Ethics Committee Research UZ/KU Leuven.
Researchers:

- Sara Acosta-Stoefs (sara.acostastoefs@student.kuleuven.be)
- Maxim Everaerts (maxim.everaerts@student.kuleuven.be)
- Nanou Vuylsteke (nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be)

Supervisor - Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be)

You are invited to participate in a study on the impact of menopause, both with and without therapy, on the different areas of life. Additionally, we aim to explore the role general practitioners can take in the guidance of menopausal patients based on their personal needs and expectations.

Objectives and course of the study
This study aims to investigate the impact of menopause on different aspects of life and determine the potential role of general practitioners in guiding menopausal patients according to their personal needs and expectations.
We invite you to participate in this study because your participation will help us to better understand how patients experience menopause-related symptoms, and how general practitioners can tailor their support accordingly.
Approximately 300-500 people will participate in this study. To be eligible, participants must be women aged 45 to 64 at the time of sampling, and must not have experienced menopause due to non-natural causes (e.g., surgical removal of ovaries in the past).
Participants will be asked to complete a questionnaire assessing the impact of menopause on various life domains. We will also evaluate the effectiveness of medical treatments and consider how general practitioners can better anticipate patients' needs. Completing the questionnaire will take approximately 5-10 minutes and will be conducted online.
This questionnaire is anonymous. No personal data is collected.

Description of risks and benefits
Your participation in this study does not pose any health risks.
While there is no direct benefit for participants, your contribution will aid in improving the understanding and management of menopause by general practitioners. In this way, you could indirectly help many women to experience their menopause in the future under better conditions

If you participate in this study, you should be aware that:

Ø This study MP033505 has been approved by the Ethical Committee Research UZ/KU Leuven.
Ø Your participation is voluntary; there can be no coercion whatsoever.
Ø The data collected in the context of your participation is completely anonymous. By participating in the study, you agree to the use of this data for the master's thesis. No personal data such as name, date of birth, address, etc. are collected. Your anonymity is assured when the results are published.
Ø If you would like additional information on how we use your anonymous data, or if you have any problems, additional questions or concerns, you can contact one of the researchers (Sara Acosta-

Stoefs, Maxim Everaerts and Nanou Vuylsteke) via (sara.acostastoefs@student.kuleuven.be ; maxim.everaerts@student.kuleuven.be ; nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be) and the principal investigator (Birgitte Schoenmakers) via e-mail (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be). The data protection officer of the research center is also at your disposal. The contact details of the latter are as follows: DPO – KU Leuven, e-mail dpo@kuleuven.be
Ø If you have any questions regarding your rights as a participant in the study, you can contact the UZ/KU Leuven Research Ethics Committee (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (working days between 10am and 11am))

Ø Finally, if you have a complaint about the processing of your data, you can contact the Belgian supervisory authority that monitors compliance with the fundamental principles of the protection of personal data:

The Belgian supervisory authority is called:
Data Protection Authority (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussels
Tel. +32 2 274 48 00
E-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.dataprotectionauthority.be

Thank you in advance for your interest and participation in this study.
Sara Acosta-Stoefs, Maxim Everaerts and Nanou Vuylsteke

If you agree with the above information and want to participate in the survey; press 'yes' to continue.

<u>Intro</u>

1. What is your age?
   Only numbers may be entered in this field.
   (This question is mandatory)

2. What is your education level?
   Please select one answer
   (This question is mandatory)
   a. No degree
   b. Lower secondary education
   c. Higher secondary education
   d. University of Applied Sciences
   e. University

3. What is your current employment status?
   Please select one answer
   (This question is mandatory)
   a. Unemployed
   b. Worker
   c. Employee
   d. Self-employed
   e. Retired
   f. Other: *(open-ended answer)*

4. Do you suffer from one or more of the following conditions listed below, or do any of them occur in your medical history?
   Select all that apply
   Please select from 1 to 6 answers.
   (This question is mandatory)
   a. Breast cancer or uterine cancer
   b. Blood clot, with or without a clotting disorder (this does not apply to women who use blood thinners)
   c. Cardiovascular diseases
   d. Liver diseases
   e. Depression
   f. No

5. When was your last period?
   Please select one answer
   (This question is mandatory)
   a. More than or exactly one year ago
   b. Less than one year ago
   c. I have them right now
   d. I don't know

6. Are you currently using hormonal contraception? If yes, please indicate which one:
   Please select one answer
   (This question is mandatory)
   a. Combination pill ("classic birth control pill": combination of estrogen and progesterone)
   b. Vaginal ring (e.g. Nuvaring, IzzyRing, Myloop …)
   c. Patch
   d. Minipill (progesterone-only pill e.g., Lueva, Slinda, Cerazette, Desopop ...)
   e. Contraceptive injection (three-monthly injections e.g., Depo-Provera, Sayana ...)
   f. Contraceptive implant
   g. Copper IUD (intrauterine device) or copper coil
   h. Hormonal IUD
   i. I don't use contraception.

<u>Symptoms</u>

7. To what extent do you experience the following symptoms?
   Please select from 1 to 11 answers.
   Never Rarely Sometimes Often (Almost) always
   (This question is mandatory)
   a. Hot flushes, sweating (episodes of sweating)
   b. Palpitations (heart discomfort, unusual awareness of heartbeat, heart skipping, heart racing, tightness)
   c. Sleep problems (difficulty falling asleep, difficulty staying asleep, waking up early)
   d. Depressive mood (feeling down, sad, on the verge of tears, lack of drive, mood swings)
   e. Irritability (feeling nervous, inner tension, feeling aggressive)
   f. Anxiety (inner restlessness, feeling panicky)
   g. Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness)
   h. Sexual problems (change in sexual desire, in sexual activity, or satisfaction)
   i. Bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, bladder incontinence)

j. Dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse)
k. Joint and muscular discomfort (pain in the joints, rheumatic complaints)

8. To what extent do the following symptoms have a negative impact on your quality of life?
Please select from 1 to 11 answers.
None Mild Moderate Severe Very severe
(This question is mandatory)
    a. Hot flushes, sweating (episodes of sweating)
    b. Palpitations (heart discomfort, unusual awareness of heartbeat, heart skipping, heart racing, tightness)
    c. Sleep problems (difficulty falling asleep, difficulty staying asleep, waking up early)
    d. Depressive mood (feeling down, sad, on the verge of tears, lack of drive, mood swings)
    e. Irritability (feeling nervous, inner tension, feeling aggressive)
    f. Anxiety (inner restlessness, feeling panicky)
    g. Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness)
    h. Sexual problems (change in sexual desire, in sexual activity, or satisfaction)
    i. Bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, bladder incontinence)
    j. Dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse)
    k. Joint and muscular discomfort (pain in the joints, rheumatic complaints)

9. In which domain(s) do your complaints have a negative impact?
Select all that apply
Please select from 1 to 5 answers.
(This question is mandatory)
    a. Work
    b. Social contact
    c. Relationship
    d. Hobby
    e. Other: *(open-ended answer)*

<u>Knowledge about menopause</u>

10. Which of the following symptoms did you already know could be caused by the menopause?
Select all that apply
Please select from 1 to 12 answers.
(This question is mandatory)
    a. Hot flushes
    b. Heart discomfort, palpitations
    c. Sleep problems
    d. Depressed mood
    e. Irritability
    f. Anxiety
    g. Physical and mental exhaustion
    h. Sexual problems
    i. Bladder issues
    j. Dryness of the vagina
    k. Joint and muscle pain
    l. None

11. Before taking this questionnaire, how informed did you feel about menopause ?
    Please select one answer
    (This question is mandatory)
    a. Very well informed
    b. Sufficiently informed
    c. Poorly informed
    d. Not informed at all

12. If you have already received information about menopause, where did you get it ?
    Select all that apply
    Please select from 1 to 8 answers.
    (This question is mandatory)
    a. School
    b. General practitioner
    c. Gynaecologist
    d. Books and magazines
    e. Internet
    f. Apps and social media
    g. Family and friends
    h. Other: *(open-ended answer)*

13. Have you already had a conversation with a healthcare provider about these symptoms ? If yes, with whom ?
    Select all that apply
    Please select from 1 to 6 answers.
    (This question is mandatory)
    a. General practitioner
    b. Gynecologist
    c. Menopause consultant
    d. Nurse
    e. Other: *(open-ended answer)*
    f. I have not yet had a conversation with a healthcare provider about these symptoms.

14. Who of the following do you think should provide this information ?
    Select all that apply
    Please select from 1 to 5 answers.
    (This question is mandatory)
    a. School
    b. General Practitioners
    c. Gynecologists
    d. Government campaign
    e. Other: *(open-ended answer)*

<u>Therapy</u>

15. Which of the following methods have you already used to relieve menopausal symptoms ?
    Select all that apply
    Please select from 1 to 12 answers.
    (This question is mandatory)
    a. Exercise/fitness
    b. Diet - nutritional adjustments
    c. Nutritional supplements
    d. Mindfulness
    e. Cognitive behavioral therapy (psychotherapy)
    f. Hormone replacement therapy

g. Antidepressants
h. Tibolon (e.g., Livial, Heria …)
i. Clonidine
j. Phytoestrogens
k. Other: *(open-ended answer)*
l. None

16. Sub-question if no treatment has been initiated yet:
Would you want to receive treatment if you knew it was available ?
Please select one answer
    a. Yes
    b. No
    c. I'm not sure

17. Sub-question if hormone replacement therapy is indicated as treatment:
If you are using hormone replacement therapy, what form do you take ?
Select all that apply
Please select from 1 to 6 answers.
    a. Cyclic combined preparation (estrogen and progestogen) in pill form (e.g., Femoston, Activelle, Klimedix, etc.)
    b. Combined replacement therapy with progestogen in pill form and oestrogen as a patch (e.g., Feminova, Dermestril ...) or skin gel (e.g., Oestrogel)
    c. Estrogen only as a patch or skin gel
    d. Estrogen only vaginally as a gel or ovule (e.g., Vagifem, Aacifemine, Rewellfem …)
    e. Other: *(open-ended answer)*
    f. I do not take hormone replacement therapy.

18. *Sub-question if a treatment has been indicated:*
Which of these methods has improved your menopausal symptoms ?
Select all that apply
Please select from 1 to 12 answers.
    a. Exercise/Fitness
    b. Diet - nutritional adjustments
    c. Nutritional supplements
    d. Mindfulness
    e. Cognitive behavioral therapy (psychotherapy)
    f. Hormonal substitution therapy
    g. Antidepressants
    h. Tibolone (e.g., Livial, Heria…)
    i. Clonidine
    j. Phytoestrogens
    k. Other: *(open-ended answer)*
    l. None

19. How well informed do you feel about the pros and cons of hormone replacement therapy ?
Please select one answer
(This question is mandatory)
    a. Very well informed
    b. Sufficiently informed
    c. Poorly informed
    d. Not informed at all

Menopause and the general practitioner

20. Have you already had a conversation with your general practitioner about menopausal symptoms ?
    Please select one answer
    (This question is mandatory)
    a. Yes
    b. No

21. What role do you think the general practitioner should play regarding menopause ?
    Select all that apply
    Please select from 1 to 6 answers.
    (This question is mandatory)
    a. Bringing up the topic of menopause
    b. Listening and being understanding
    c. Starting treatment
    d. Immediately refer to a gynaecologist
    e. Provide follow-up care in combination with a gynaecologist
    f. Other: *(open-ended answer)*

22. Sub-question if no consultation with the general practitioner has yet taken place:
    Why haven't you discussed this with your general practitioner yet ?
    Select all that apply
    Please select from 1 to 6 answers.
    a. I don't feel comfortable talking about this.
    b. I have no need for this.
    c. I feel like there is no time for this.
    d. I have the feeling that my general practitioner does not have sufficient knowledge about this.
    e. I didn't know that my general practitioner could help me with this.
    f. I didn't know these complaints were linked to menopause.
    g. Other: *(open-ended answer)*

23. Finally, what could improve your experience with your general practitioner regarding menopause ?
    (*Open-ended question)*
    (This question is mandatory)

Bijlage 2: Flyer

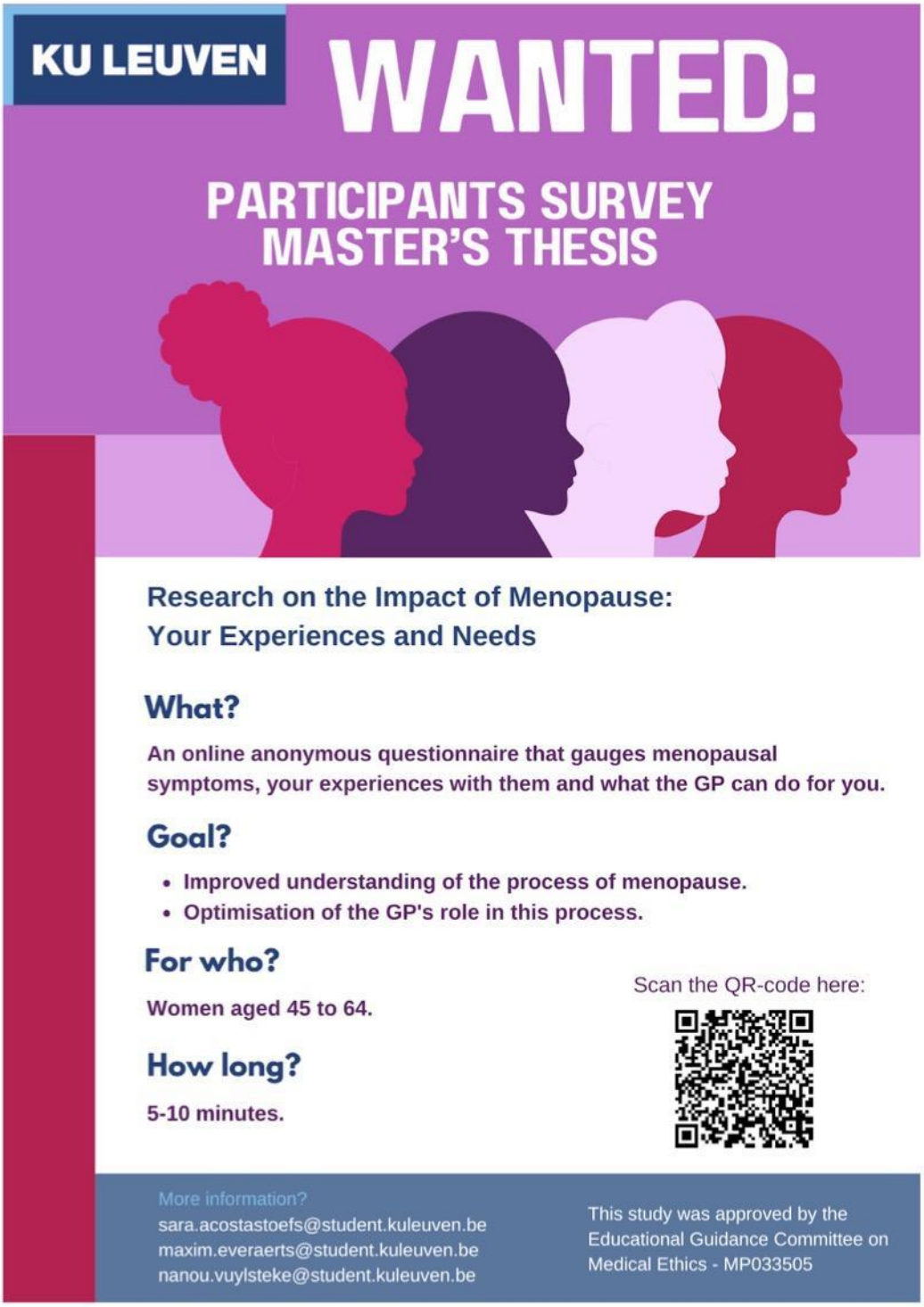
Nederlands



Français


KU LEUVEN
RECHERCHE:
PARTICIPANTS A L'ENQUETE
THESE DE MAITRISE
Recherche sur l'impact de la ménopause :
Vos expériences et vos besoins
Quoi?
Un questionnaire anonyme en ligne qui évalue les symptômes de la ménopause, votre expérience de ces symptômes et ce que le médecin généraliste peut faire pour vous.
Objectif ?
Meilleure compréhension du processus de la ménopause.
Optimisation du rôle du médecin généraliste dans ce processus.
Pour qui ?
Femmes âgées de 45 à 64 ans.
Combien de temps ?
5-10 minutes.
Scannez le QR-code ici :
Plus d'informations ?
sara.acostastoefs@student.kuleuven.be
maxim.everaerts@student.kuleuven.be
nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be
Cette étude a été approuvée par le Comité d'orientation pédagogique sur l'éthique médicale - MP033505.

English


KU LEUVEN
WANTED:
PARTICIPANTS SURVEY
MASTER'S THESIS
Research on the Impact of Menopause:
Your Experiences and Needs
What?
An online anonymous questionnaire that gauges menopausal symptoms, your experiences with them and what the GP can do for you.
Goal?
• Improved understanding of the process of menopause.
• Optimisation of the GP's role in this process.
For who?
Women aged 45 to 64.
How long?
5-10 minutes.
Scan the QR-code here:
More information?
sara.acostastoefs@student.kuleuven.be
maxim.everaerts@student.kuleuven.be
nanou.vuylsteke@student.kuleuven.be
This study was approved by the Educational Guidance Committee on Medical Ethics - MP033505

Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie

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

English version below.

Ons kenmerk: MP033505
Uw kenmerk: Masterproef studie: Wat is de impact van de menopauze met en zonder therapie op de verschillende levensdomeinen: fysiek en psychosociaal?
Leuven, 11-12-2024

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Maxim Everaerts, Sara Acosta-Stoefs, Nanou Vuylsteke

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van 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 11-12-2024

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.

Dit betreft een kwantitatieve prospectieve studie met anonieme vragenlijst waarbij de impact van de menopauze wordt bevraagd bij vrouwen tussen 45 en 64 jaar oud zonder menopauzale therapie, met hormonale substitutietherapie, en met niet hormonale therapie gericht op verlichten van menopauze klachten. Daarnaast wordt ook de (gewenste?) rol van de huisarts bij de begeleiding van vrouwen met menopauze bevraagd. De studie is goed ontwikkeld. Er zijn geen bezwaren.

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

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 09-12-2024 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC 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.

EC 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

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.