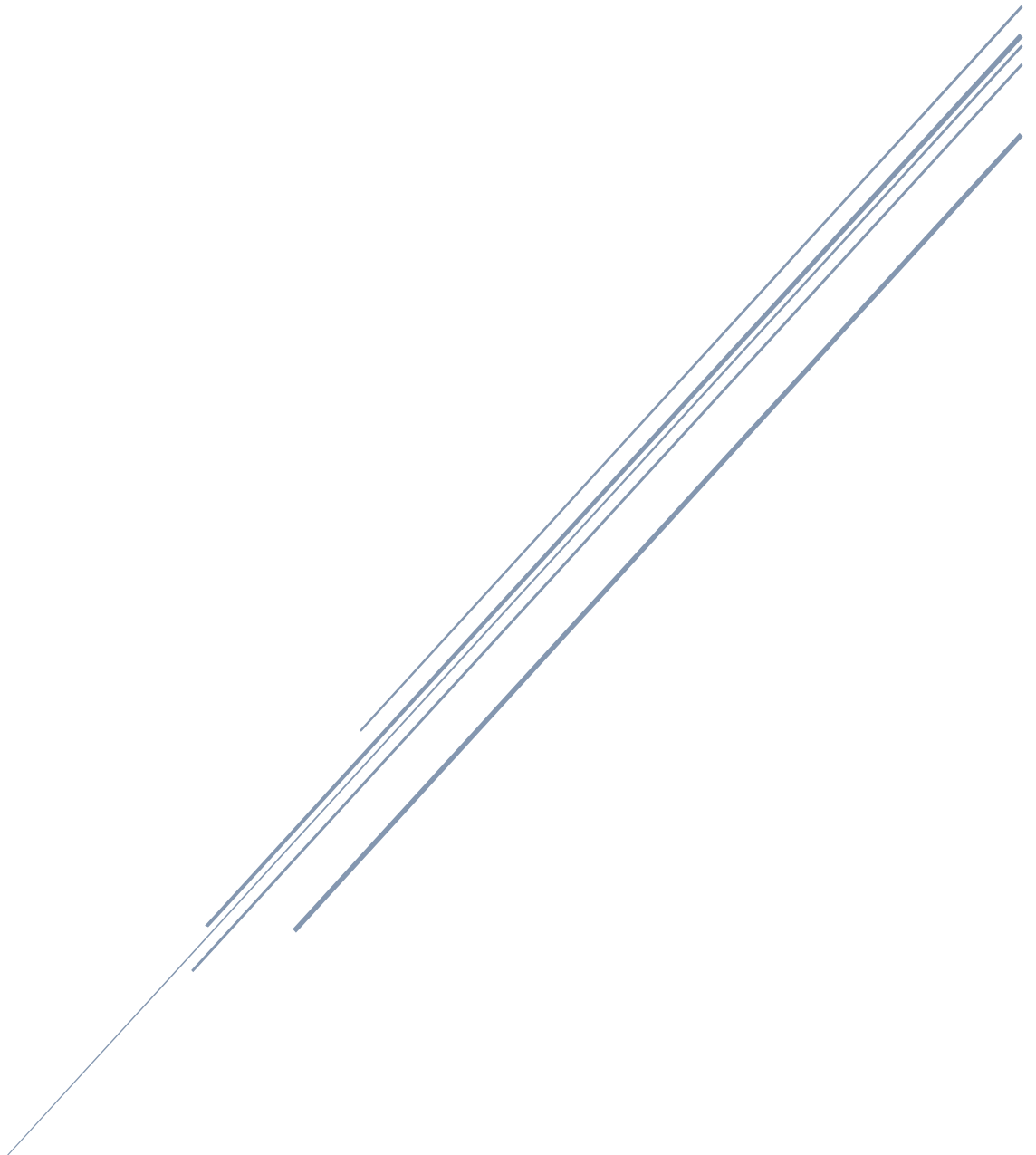


Een kijk op menopauzale hormoontherapie

De zoektocht naar betrouwbare informatie over de overgang en
menopauzale hormoontherapie.



Naam: Janine de Graag
Studentnummer: S1049964

Opdrachtgever: FeM-Poli
Begeleider: Dr. I.M. Pinas,
Inhoudelijk begeleider: Dhr. H. te Baerts
Examinator: Mw. B. Lochtman

Module: TPH48A- Proeve van bekwaamheid
Opleiding: Toegepaste Psychologie
Datum: 24 januari 2017

1. Voorwoord

Beste lezer,

Hier voor u ligt het eindresultaat van mijn afstudeeronderzoek. Het was een lange reis om tot hier te komen. Net zoals de overgang, is een scriptie schrijven ook een zware tijd. Symptomen komen ironisch genoeg ook aardig overeen. Met het eind in zicht kan ik nu opgelucht ademen.

De overgang is iets waarvan iedere vrouw het in min of meerdere mate meemaakt. Het is iets wat tegenstrijdig aanvoelt. Het voelt enerzijds verlossend, maar brengt vaak ook klachten met zich mee en laat je bewust worden van het verouderende lichaam.

Dr. Pinas maakte mij bewust van wat dit onderwerp teweegbrengt. Veel vrouwen die in deze fase zitten zoeken informatie en praten met andere lotgenoten. Het is belangrijk dat dit onderwerp wordt besproken en dat goede informatie laagdrempelig wordt aangeboden.

Zodat alle vrouwen, dus ook ik, daar goed over kunnen nadenken om wat te doen als er klachten zijn.

Ik wil mijn begeleider vanuit school, Hans Te Baerts bedanken voor zijn rustige aanpak en uithoudingvermogen met mij. Ook wil ik mijn opdrachtgever Dr. I. Pinas bedanken voor haar geduld.

Als laatste wil ik Marije Frentz bedanken, met haar emotionele support en onze wekelijkse afspraken op de hogeschool. Zonder haar lag dit product nu niet voor u.

Ik wens u een plezierige en leerzame leeservaring. Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben, kunt u contact opnemen via de contactgegevens hieronder.

Met hartelijke groet,
Janine de Graag

Contactgegevens:
Janine de Graag
Loridanshof 9
2311VS Leiden
Tel: 06-50453862
E-mail: Janinedegraag@hotmail.com

2. Samenvatting

2.1 Nederlands

In opdracht van de I.M. Pinas van de FeM-poli te Zwolle is dit onderzoek tot stand gekomen. Het onderzoek richt zich op het onderzoeken van de totstandkoming van attitude jegens de overgang en Menopauzale Hormoontherapie (MHT). Dit is naar aanleiding van een onderzoek uit 2002 van het WHI naar de risico's van MHT op postmenopauzale vrouwen. Als gevolg hiervan daalde het gebruik drastisch tot ongeveer 5%. Latere bevindingen hebben het tegendeel bewezen, namelijk dat MHT voor jonge vrouwen in de overgang met hevige overgangsklachten veilig is te gebruiken. De informatie in verschillende media is echter nog vaak gebaseerd op het WHI-onderzoek en ongenueanceerd. Ook richtlijnen van huisartsen zijn terughoudend in het voorschrijven van MHT.

De onderzoeksvraag luidt: Wat is de attitude van vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud in Zuid-Holland over menopauzale hormoontherapie tijdens de overgang en hoe kan de FeM-Poli deze groep informeren om hun kennis te vergroten en positieve attitude te bewerkstelligen. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in de huidige attitude van vrouwen tussen de 40 en 60 jaar, over de overgang en MHT en een advies te geven wat de FeM-poli kan doen om vrouwen beter voorlichtingen te kunnen geven.

Voor dit onderzoek is een voorgestructureerde vragenlijst ontwikkeld aan de hand van het Health Belief Model. Waarbij de waargenomen vatbaarheid, waargenomen ernst, waargenomen voordelen en waargenomen barrières en de uiteindelijke aanzet tot behandeling worden onderzocht. De data is geanalyseerd met behulp van SPSS.

Uit de resultaten is gebleken dat dat psychologische variabelen geen of weinig invloed hebben op besluitvorming.

Naar aanleiding van de resultaten wordt er geconcludeerd dat de doelgroep een negatieve neiging heeft jegens MHT. Dit is echter wel gebaseerd op een gebrekkige kennis (voordelen en risico's) over het onderwerp. Ze hebben vaak de voorkeur voor homeopathische middelen, ook al worden deze minder effectief ingeschat. Daarnaast hebben ze niet het gevoel invloed te kunnen uitoefenen op de overgangsklachten en is volgens hun behandeling niet nodig omdat het vanzelf over gaat. Informatie wordt voornamelijk geworven door websites, de huisarts en vrienden en familie. Huisartsen en specialisten worden als betrouwbaarst en duidelijkst aangegeven. Echter wordt de specialist daadwerkelijk maar weinig geraadpleegd.

Het advies aan de FeM-poli is om op een laagdrempelige manier informatie te verspreiden die duidelijk, betrouwbaar en compleet aanvoelt. Dit kan door de voordelen, nadelen en effectiviteit van MHT helder weer te geven, alsmede de alternatieven, om zo samen met de arts tot een volledig geïnformeerd besluit te komen. Daarnaast is het advies om samenwerking op te zoeken met huisartsen.

2.2 English

This thesis is written in cooperation with Dr I.M. Pinas from FeM-poli, Zwolle. Its aim is to research what the attitude about menopausal hormone therapy(MHT) is of women in South- Holland, The Netherlands, as well as their knowledge of the subject and on what type of information source they base their opinion. The goal of this is to advise FeM-p how they can increase knowledge and positive attitude towards MHT within the research population. This particular research is part of a group of researches on this subject in response to the WHI-study from 2002 about the negative effects of MHT on postmenopausal women (average age 63). As a result of this study, the use of MHT dropped drastically to 5% in the Netherlands, while other countries in Europe still have an average use of 25%. Later findings showed that the use of MHT does not have these negative results on younger menopausal women, with heavy menopause symptoms. The media in the Netherlands often show information still based on the out-dated study, without its nuances. Guidelines for General Practitioners(GP) advise to be cautious to prescribe MHT.

A questionnaire has been developed particularly for this research. This questionnaire is based on the Health Belief Model. This model is used to predict and explain health-related choices. It is based on their knowledge and attitude towards the severity of the health problem, as well as their knowledge about benefits, risks and efficiency of MHT.

The data is analysed with the help of the statistical computer program SPSS.

The conclusion states that the research population is divided about MHT, but there is a tendency towards a negative attitude, although they would advise MHT if someone has severe symptoms. The research shows that this attitude is based on shortcoming of knowledge about the benefits and risks of MHT.

Women prefer homeopathic remedies, even if they think it's less effective. They think treatment isn't necessary since the complaints will pass. In addition, they feel they can't influence the severity of symptoms.

Information about MHT is mainly found through medical websites, GP and family and friends. Specialists and the GP are said to be the most reliable and clear information sources. Although specialists are considered reliable and clear, they aren't consulted much.

Recommendation states that the FeM-poli focusses on creating easily accessible information that are found clear, reliable and complete. Therefore, it states benefits, risks and efficacy of both MHT and alternatives, so that patients together with a specialist are able to make fully informed decisions. Next to that it's advised to collaborate with GPs to inform about MHT.

Inhoudsopgave

1. VOORWOORD	2
2. SAMENVATTING	3
2.1 NEDERLANDS	3
2.2 ENGLISH	4
INHOUDSOPGAVE	5
3. INLEIDING	7
3.1 AANLEIDING	7
3.2 OPDRACHTGEVER	7
3.3 ONDERZOEKSVRAAG	8
3.4 DOELSTELLING	8
3.5 LEESWIJZER	8
4. THEORETISCH KADER	9
4.1 DE LEVENSFASE	9
4.2 DE OVERGANG	10
4.3 ATTITUDE	16
4.4 VERSLAG SLEUTELFIGUREN	18
4.5 DEELVRAGEN	20
5. ONDERZOEKSMETHODE	20
5.1 VOORONDERZOEK	20
5.2 ONDERZOEKSOPZET	20
6. ONDERZOEKSRESULTATEN	24
6.1 ALGEMENE GEGEVENS	24
6.2 ATTITUDE OVERGANG	25
6.3 ATTITUDE MHT	26
6.4 INFORMATIE ZOEKEN	27
6.5 BESLISSEN	28
7. CONCLUSIE	34
7.1 CONCLUSIE DEELVRAGEN	34
7.2 CONCLUSIE HOOFDVRAAG	36
9. ADVIES	37
10. AANBEVELING IMPLEMENTATIE EN DISSEMINATIEPLAN	37
11. DISCUSSIE	40
BIBLIOGRAFIE	42
BIJLAGEN	44
BIJLAGE 1: INTERVIEWVRAGEN	44
BIJLAGE 2: TRANSCRIPT INTERVIEWS	46
BIJLAGE 3: VRAGENLIJST	63
BIJLAGE 4: RUWE DATA	64
BIJLAGE 5: IMPLEMENTATIE	70

Figuren- en tabellenlijst

Tabel 1: Kennis van voordelen en risico's	14
Tabel 2: Demografische variabelen	24
Tabel 3: Vragen met betrekking tot de overgang	25
Tabel 4: Vragen met betrekking tot MHT	26
Tabel 5: Algemene vragen over informatie	27
Tabel 6: Naar wie wordt er gegaan met vragen	27
Tabel 7: Welke bronnen worden als betrouwbaar beschouwd?	27
Tabel 8: Welke bronnen worden als duidelijk beschouwd?	28
Tabel 9: Aan wie hebben ze afgelopen jaar informatie gevraagd?	28
Tabel 10: Ervaren klachten	29
Tabel 11: Vatbaarheid	29
Tabel 12: Ernst klachten met betrekking tot functioneren	30
Tabel 13: Bekende voordelen MHT (N=80)	30
Tabel 14: Ingeschatte effectiviteit alternatieven	31
Tabel 15: Barrières behandeling	32
Tabel 16: Bekende nadelen (N=66)	33

Lijst met afkortingen en begrippen

Begrip/afkorting	Betekenis
MHT	Menopauzale hormoontherapie
HST	Hormonale supplement therapie
WHO	World Health Organisation
WHI	Women's Health Initiative
DMS	Dutch Menopause Society
NHG	Nederlands huisartsen genootschap
Overgang	Periode rondom de menopauze die zorgt voor schommelingen in hormonen.
Menopauze	Moment waarbij de menstruatie niet meer optreedt. Dit moment kan alleen in retrospectief worden vastgesteld.
Premenopauze	Periode waarbij de menstratiecyclus regelmatig is.
Perimenopauze	Periode rond de menopauze, waarbij er onregelmatigheden optreden tijdens de menstruatie. Deze periode duurt tot de menstruatie een jaar uitgebleven is.
Postmenopauze	De periode die volgt op de perimenopauze. Waarbij de vrouw meer dan een jaar geen menstruatie heeft gehad.
Oestrogenen	Geslachtshormoon die van invloed is bij het ontwikkelen van de vrouwelijke geslachtskenmerken en het regelen van menstruatie en zwangerschap.
Progesteron	Geslachtshormoon dat wordt gemaakt in de eierstokken en het baarmoederslijmvlies voorbereid op bevruchting.
Fyto-oestrogenen	Natuurlijke/ plantaardige stof die op oestrogeen lijkt en van invloed is op de oestrogeenreceptoren.

3. Inleiding

3.1 Aanleiding

Iedere vrouw komt vroeg of laat in de overgang. Deze fase is gebruikelijk wanneer de vrouw tussen de 40 en 60 jaar is. Hormonale veranderingen zorgen ervoor dat vrouwen mogelijk klachten hiervan ervaren, zoals opvliegers en stemmingswisselingen. Deze klachten kunnen zorgen voor een verstoring van de dagelijkse bezigheden. Sommige vrouwen zijn hierdoor niet in staat te werken, waardoor ze in de ziektewet terecht komen. Toch gaan veel vrouwen met hun klachten niet naar een arts. Dit komt doordat klachten die veroorzaakt worden door de hormonale schommelingen tijdens de overgang vanzelf weer overgaan. Daarnaast wordt door de media de behandeling door hormonen in negatief daglicht gezet.

Sinds de publicaties van het WHI-onderzoek in 2002, is het gebruik van menopauzale hormoontherapie (MHT) in Nederland flink afgenomen van 15% ongeveer 5% en is de berichtgeving hierover negatiever (Genazzani, Schneider, Panay, & Nijland, 2006). In andere Europese landen ligt het gebruik bij zware klachten ongeveer rond de 25% (Ameye, L., Antoine, C., Paesmans, M., de Azambuja, E., & Rozenberg, S., 2014). Het experimentele onderzoek van Rossouw et al. (2002) keek over het algemeen naar post-menopauzale vrouwen van gemiddeld 63 jaar oud, welke 0.625 mg oestrogeen en medroxyprogesteronacetaat of een placebo gebruikten. Aan de hand hiervan werd er gekeken naar de gevolgen, waaruit bleek dat de kans op borstkanker, hart- en vaatziekten, beroertes en longembolie werd vergroot. De verlaagde kans op osteoporose en darmkanker wogen hier niet tegenop. In tegenstelling, werd in de groep jongere vrouwen de kans op hart- en vaatziekten wel verlaagd. Later werden de resultaten van deze studie wel verder genuanceerd, maar na de eerste publicatie was er veel ophef over de uitkomst en werden de vrouwen en hun artsen angstig om nog MHT te gebruiken of voor te schrijven. Dit effect werd verder vergroot door de media.

Dit terwijl de voordelen van MHT niet alleen voor de gebruikers zelf positief kan zijn, maar ook op andere gebieden. Denk aan de voordelen voor de economie en voor werkgevers. Ondertussen ervaren de vrouwen onnodig veel klachten, terwijl hier wel degelijk wat aan te doen is. Het gebruik van MHT zorgt voor een verminderde kans op darmkanker, een beroerte, osteoporose en op een hartinfarct tijdens en na de overgang (Feldman, 2011).

Volgens de Dr. I.M. Pinas wordt er te weinig gebruik gemaakt van MHT door mensen die het wel degelijk nodig hebben. Dit komt door onbekendheid en vooroordelen over het middel, alsmede door de richtlijnen voor huisartsen. Hierdoor zijn huisartsen minder snel geneigd om dit middel voor te schrijven.

3.2 Opdrachtgever

Dr. I.M. Pinas (hierna te noemen opdrachtgever) is werkzaam als gynaecoloog voor de FeM-Poli te Zwolle. Dit is een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor poliklinische gynaecologie. Ook wordt er aandacht besteedt aan het doen van onderzoek en voorlichting.

De FeM-poli doet wetenschappelijk onderzoek naar het effect van MHT op de gezondheid van vrouwen. De uitkomsten van deze onderzoeken spreken het gros van de berichtgeving tegen.

3.3 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidt als volgt:

"Wat is de attitude van vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud in Zuid-Holland over menopauzale hormoontherapie tijdens de overgang en hoe kan de FeM-Poli deze groep informeren om hun kennis te vergroten en een positieve attitude te bewerkstelligen."

3.4 Doelstelling

De opdrachtgever wil graag weten hoe vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud denken over de menopauze en MHT. Zij wil ook weten wat er nodig is om vrouwen beter geïnformeerd een eigen keuze te kunnen laten maken met betrekking tot behandeling van klachten in verband met de menopauze.

Het doel van het afstudeerproject onderzoek is om te kijken hoe de vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud in Zuid-Holland over menopauzale hormoontherapie (MHT) tijdens de overgang denken, welke (voor-)oordelen ze hierover hebben, en om advies te geven op welke wijze de attitude positief kan worden beïnvloed ten aanzien van MHT.

Als eindproduct wordt er een onderzoeksrapport met advies geleverd. Uit het onderzoek zal blijken hoe deze vrouwen over MHT denken en of MHT in Nederland inderdaad een negatief stigma heeft. Op basis van het onderzoek wordt een adviesrapport gemaakt met een implementatieplan.

3.5 Leeswijzer

Deze scriptie is op de volgende manier ingedeeld.

In het volgende hoofdstuk staat het theoretisch kader beschreven. Hierin worden de onderzoeksvraag uitgediept en gekaderd, wat/welke wordt afgesloten met het formuleren van deelvragen. De deelvragen zijn geformuleerd aan de hand van welke informatie nog nodig is om de hoofdvraag te beantwoorden. Hierna wordt de onderzoeksmethode verantwoord. Daarna volgen de onderzoeksresultaten, de conclusie & advies en de discussie. Aan het eind volgt een opsomming van de gebruikte literatuur en het document wordt afgesloten met genummerde bijlagen. Deze bijlage bevat ook de volledig uitgewerkte vragenlijst.

4. Theoretisch kader

In het volgende hoofdstuk worden de onderwerpen die horen bij de onderzoeksvraag verder uitgewerkt, door middel van literatuuronderzoek. De vragen die resteren na deze verkenning worden vertaald naar deelvragen die worden beantwoord in het verdere hoofdonderzoek.

4.1 De levensfase

De doelgroep bestaat uit vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud, in de provincie Zuid-Holland. Deze leeftijdscategorie is gekozen omdat de gemiddelde leeftijd van westerse vrouwen hun laatste menstruatie hebben 51 jaar oud is (Rögels, 2007). De periode van hormoonstommelingen eromheen wordt de overgang genoemd.

Dit is vaak de leeftijdscategorie dat vrouwen overgangsklachten ervaren, meer gaan nadenken over wat de overgang inhoudt en wat eraan kan worden gedaan wanneer naar hun gevoel de klachten van de overgang voor hen te veel worden.

4.1.1 Fysiologische benadering

Tussen de leeftijd van 40 en 60 jaar worden bepaalde aspecten van het ouder worden van het lichaam steeds beter zichtbaar. De huid wordt minder elastisch en rimpels worden beter zichtbaar. Ook wordt het haar grijs en dunner. Verder gaat vet zich meer opslaan bij de heupen en bij de taille (Rögels, 2007). Deze veranderingen gaan ten koste van het schoonheidsideaal van de westerse wereld.

Hormonaal zijn er ingrijpende veranderingen. Zo neemt de productie van oestrogeen af en wordt de menstruatiecyclus onregelmatig en uiteindelijk komt er geen menstruatie meer. Dit proces neemt ongeveer 10 jaar in beslag. Na de laatste menstruatie, is de vrouw helemaal niet meer vruchtbaar. Dit wordt de menopauze genoemd.

4.1.2 Sociale benadering

Deze leeftijdsgroep wordt ook wel de Sandwich generatie genoemd. Ze hebben vaak zorg voor hun eigen kinderen, maar ook zorg voor hun ouder wordende ouders (Rögels, 2007). Dit alles komt vaak nog naast hun eigen baan.

Verder gaan ook de kinderen op den duur het huis uit. Dit is een grote verandering in het huishouden en vaak verbeterd de relatie tussen de ouders omdat ze na het vertrek van de kinderen uit huis weer meer tijd voor elkaar hebben. Echter vinden in deze transitieperiode ook meer scheidingen plaats. Voor mensen die al eerder een huwelijk achter de rug hebben, is de kans groter dat er opnieuw een scheiding plaatsvindt. Voor vrouwen die in deze tijd scheiden, kan dit leiden tot grotere onafhankelijkheid, tolerantie en persoonlijke ontwikkeling (Rögels, 2007).

Vanuit een maatschappelijk oogpunt staat de doelgroep op een hoogtepunt in de maatschappelijke participatie. Ze zijn de sleutelfiguren en hebben vaak leidinggevende functies. Daarnaast hebben ze vaak een rol bij de kerk, sportvereniging of een andere buurtactiviteit. Dit draagt bij aan de verbetering van zelfbeeld en het opbouwen van een goed netwerk (Rögels, 2007).

4.1.3 Persoonlijksbenadering

Er zijn verschillende theorieën over hoe de persoonlijkheid zich ontwikkelt bij deze doelgroep en welke levensstadien ze in dit stadium hebben. Hieronder benoem ik er twee.

Erikson

De volwassenheid (40-60 jaar) is volgens Erikson (Rögels, 2007) de zevende levensfase en draait om een balans vinden tussen generativiteit en stagnatie.

Het draait hier om het zorg dragen voor veelal puberende kinderen en ouder wordende ouders. Ook is kennisoverdracht (aan bijvoorbeeld jongere collega's, vrijwilligerswerken bestuursfuncties) een deel van de generativiteit.

Levison

De theorie van Levison (Rögels, 2007) onderscheidt vier uitdagingen voor deze leeftijdscategorie. Deze theorie stelt dat vrouwen in deze levensfase voor keuzes staan om vorm te geven aan deze uitdagingen.

- Jong versus oud- stabiliteit vinden in het ouder worden.
- Destructie versus creatie- je bewust worden van sterfelijkheid en daardoor de behoefte voelen je creatief te uiten.
- Mannelijk versus vrouwelijk- als vrouw betekent dit dat je een balans tussen de "mannelijke" en "vrouwelijke" eigenschappen zoekt. Dit betekent vaak dat vrouwen autonomer en assertiever worden.
- Betrokkenheid versus afzondering- Dit heeft te maken met de balans tussen de binnenwereld en buitenwereld. Voor vrouwen betekent dat vaak dat doordat de kinderen uit huis gaan dat de vrouwen zich ook weer meer op de buitenwereld gaan richten.

Dit is van toepassing doordat er kan worden gekeken hoe de attitude over de overgang is. Het ouder worden, autonomie, en de sociale kring voor informatie. Ook wordt er gewerkt met verschillende fases binnen deze levensfase; een transitieperiode (40-45jr), stabiele periode (45-50jr), evaluatie en nogmaals transitie (50-55jr) en definitieve periode (55-60jr).

4.1.4 Conclusie levensfase

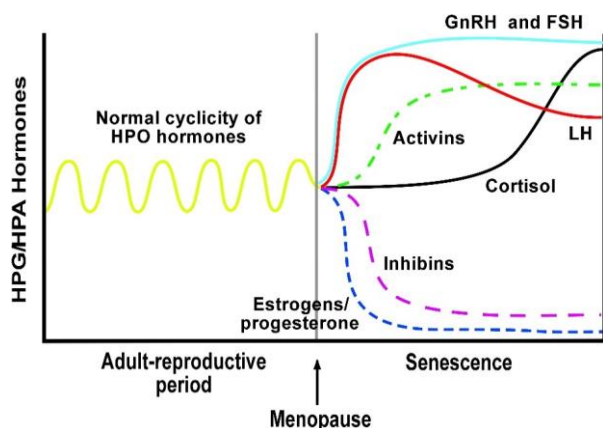
Deze veranderende levensfase van de doelgroep is bepalend voor hun visie op de overgang en daarbij ook hun klachten. Ze zorgen voor hun kinderen en hun ouders, maar ondertussen zitten ze ook in belangrijke maatschappelijke functies. De ernst van de klachten door de overgang dragen bij aan belemmeringen bij het uitvoeren van hun taken. Daarbij is het belangrijk dat er in de vragenlijst wordt gekeken naar hun sociale functioneren en of dit invloed heeft op hun ervaring van klachten, maar ook of het verhelpen van klachten voordelen voor hun oplevert.

4.2 De overgang

De stadia van de overgang zijn gebaseerd op de menstruatiecyclus. Tijdens de premenopauze treedt de menstruatie nog regelmatig op. Tijdens de perimenopauze wordt dit onregelmatig en bij de postmenopauze heeft de vrouw 12 maanden geen bloedingen meer gehad.

Na dit proces is de vrouw niet meer vruchtbaar. Dit proces kan 5 tot soms wel 15 jaar duren. Wanneer en hoelang dit duurt hangt af van verschillende factoren. Een factor hiervan is genetica. Op welke leeftijd dit optreedt hangt voor 85% van de vrouwen af van wanneer de moeder en oma van de betrokkene in de overgang zijn gekomen (de Bruin, et al., 2001). Andere factoren die het kunnen beïnvloeden zijn:

- Overgewicht kan ervoor zorgen dat de overgang later begint.
- Veel zwangerschappen verlengt de vruchtbare periode.
- Roken kan het optreden van de menopauze vervroegen.
- Beperkte voeding kan de menopauze vervroegen.



Figuur 1: Hormoonhuishouding vrouw

In bovenstaande afbeelding staat een weergave over wat er gebeurt met de hormoonhuishouding voor, tijdens en na de menopauze. Voorafgaand is er een schommelende cyclus. Na de menopauze schieten de hormoonlevels omhoog en omlaag. Deze transitie kan zorgen dat er lichamelijke klachten ontstaan, omdat het lichaam er nog niet aan gewend is.

4.2.1 Klachten tijdens de overgang:

In een Europees onderzoek (Genazzani, Schneider, Panay, & Nijland, 2006), waar ook Nederland aan deelnam, is gekeken naar het voorkomen van symptomen. Ongeveer 63% geeft aan de overgangsklachten als zwaar te ervaren. In Nederland waren de resultaten dat de vrouwen vooral de volgende klachten ondervonden; opvliegers (76%), slapeloosheid (60%) stemmingswisselingen (57%) en irritaties (57%) (Genazzani, Schneider, Panay, & Nijland, 2006).

Wanneer iemand met klachten tijdens de overgang naar een arts of hulpverlener komt, kan The Greene Climateric Scale (Greene, 1976) gebruikt worden. Deze kijkt naar het aantal klachten en de ernst hiervan. Zo kan er objectief naar worden gekeken en kan de behandeling worden onderbouwd.

De volgende symptomen van de overgang worden gemeten door de The Greene Climateric Scale;

- | | |
|--|---|
| - Aanvallen van hartkloppingen | - Snel geïrriteerd zijn |
| - Gespannen of een nerveus gevoel | - Gevoel van duizeligheid/ flauwvallen |
| - Slaapstoornissen | - Gespannen gevoel in hoofd of in lichaam |
| - Opgewondenheid | - Tintelingen of dood gevoel op huid of lichaam |
| - Paniekaanvallen | - Hoofdpijn |
| - Concentratieproblemen | - Spier- en/of gewrichtspijn |
| - Vermoeidheid en/of lusteloosheid | - Minder gevoel in handen en/of voeten |
| - Ongeïnteresseerdheid | - Ademhalingsmoeilijkheden |
| - Niet gelukkig voelen/ neerslachtigheid | - Opvliegers, nachtelijk zweten |
| - Huilbuien | - Geen zin meer in seks |

De ernst van de klachten wordt gescoord met een 0, 1, 2, of 3.

Bij een 0 is het symptoom afwezig en treedt de klacht niet op. Bij een 1 treedt het symptoom af en toe voor of komt het voor maar niet storend. Met score 2 treedt het vaak op en is het storend tijdens activiteiten. Bij een score van 3 treedt het heel vaak op en moeten activiteiten onderbroken worden.

Behandeling van klachten

Er zijn verschillende manieren om klachten tijdens de overgang te behandelen. Als er naar de huisarts wordt gegaan met overgangsklachten staat er volgens het huisartsenprotocol dat voorlichting over de overgang vaak volstaat. Dit betekent ook dat er niet snel op medicatie zoals hormoontherapie wordt overgegaan om de klachten te behandelen (Bouma, et al., 2012).

Alternatieve geneeswijzen

Er zijn verschillende alternatieve geneeswijzen en zelfmedicatie beschikbaar voor vrouwen in de overgang (Brockie, 2008); zoals accupunctuur, homeopathie en het gebruiken van kruiden(mengsels) (o.a. Zilverkaars). Homeopathische middelen voor de overgang die verkrijgbaar bij de drogisterij zijn;

- Ymea totaal,
- A. Vogel Famosan Overgang,
- Multivitaminen speciaal voor tijdens de overgang,
- Promensil,
- Ayurvenda Health Femalis Overgang,
- Valdispert overgang,
- Vitakruid Feminosan,
- PfytoSoya capsules.

Deze zelfmedicatie is niet op doktersrecept en kan zonder briefje bij drogisterijen worden gehaald. De voordelen zijn dat het laagdrempelig is om iets te doen tegen klachten van de overgang. De nadelen zijn dat de werking vaak niet wetenschappelijk is onderzocht. Ook de werkzame bestandsmiddelen van deze zelfmedicatie mag alleen in lage dosering worden gegeven. Daarnaast weet een apotheek of dokter niet dat dit wordt geslikt, tenzij dit wordt aangegeven door de patiënt. Dit kan van invloed zijn op de werking van andere medicatie die wordt voorgeschreven.

Er kunnen ook middelen worden verkregen via homeopathische artsen. Deze kijken naar de klachten en kijken dan welk middel het beste bij de patiënt en haar klachten past.

Aanpassingen in eet- en drinkgewoontes worden aangeraden door huisartsen en op de bijsluiters van bovenstaande zelfmedicatie. Veranderingen in de leefwijzen kunnen zijn;

- Regelmatig sporten
- Op gewicht blijven
- Stoppen met roken
- Stress verminderen

Voor hulp met deze aanpassingen zijn er therapieën die de verandering ondersteunen zoals levensstijl aanpassingstherapie en ontspanningstherapie/stress verlagende therapie

Aanpassingen in de voeding kunnen zijn;

- Verminderen alcohol
- Vermindering cafeïne
- Vermindering hete dranken
- Multivitamine inname
- Fyto-oestrogenen
- Minder zout eten
- Cholesterol verminderend eten
- Meer vis eten/ omega 3

Hormoontherapie

Het geven van hormonen wordt ook wel hormoonsuppletietherapie (HST) genoemd, met doel om de hormoonspiegel stabiel te houden. In dit onderzoek wordt gekeken naar de hormoontherapie die vrouwen gebruiken wanneer ze in de overgang zitten. Dit wordt menopauzale hormoontherapie (MHT) genoemd. MHT is er in verschillende vormen: alleen oestrogeen, oestrogeen met intermitterend progestageen, of oestrogeen met continu progestageen.

De meest gangbare hormoonsuppletietherapie is het geven van oestrogeen met progesteron of progestageen. Zonder deze laatste toevoeging is er een licht verhoogd risico op baarmoederslijmvlieskanker en een grotere kans op onregelmatige bloedingen.

Wanneer bij iemand de baarmoeder is verwijderd, is de toevoeging van progesteron of progestageen niet nodig.

Het toevoegen van hormonen kan op verschillende manieren. De meest gebruikelijke vorm is door pillen in strips voor 28 dagen. Dit is zonder stopweek en na de strip wordt er gelijk begonnen aan een nieuwe strip. Wat ook voorkomt is de toevoeging van hormonen doormiddel van de huid of slijmvliezen.

Doseringen hangen af van de behandelaar. Volgens de richtlijn van huisartsen wordt er een zo laag mogelijke effectieve dosering aan oestrogenen gegeven.

Richtlijn hormoontherapie huisartsen

Hormoontherapie wordt door de huisarts zelden voorgeschreven (Bouma, et al., 2012) en het wordt afgeraden als de patiënt aan een van de volgende punten voldoet;

- Roken en/of anti-hypertensieve of cholesterolverlagende medicatie gebruiken;
- Na een doorgemaakt myocardinfarct, CVA, diepe veneuze trombose of longembolie;
- Met trombofilie, zoals de aanwezigheid van de factor-V-Leiden-mutatie of belaste familieanamnese voor veneuze trombose;
- Met een verhoogd risico op mammacarcinoom;
- Met, al dan niet in remissie zijnde, hormoonafhankelijke tumoren, zoals mamma- of endometriumcarcinoom;
- Ernstige leverfunctiestoornissen of cholestatische icterus tijdens zwangerschap;
- Met endometriose.

Wanneer het wel voorgeschreven wordt, dan wordt het door de NHG met de volgende richtlijnen gedaan:

- Geef oestrogenen in een zo laag mogelijke effectieve dosering.
- Bij vrouwen met een baarmoeder: geef oestrogenen altijd in combinatie met progestagenen om het risico op endometriumhyperplasie en -carcinoom te beperken. Progestagenen kunnen sequentieel of (alleen bij postmenopauzale vrouwen) continu worden toegediend.
 - Bij sequentiële combinatietherapie worden progestagenen gedurende tenminste veertien dagen toegevoegd aan de continue toediening van oestrogenen. Als gevolg hiervan vindt maandelijks een onttrekkingsbloeding plaats.
 - Bij *continue combinatietherapie* wordt continu een combinatie van oestrogenen met een lage dosis progestageen gegeven. De eerste maanden kunnen onregelmatig bloedverlies en spotting optreden. Bij perimenopauzale vrouwen geeft continue combinatietherapie langdurig en frequent onregelmatig bloedverlies. Om deze reden

komen alleen postmenopauzale vrouwen in aanmerking voor continue combinatietherapie (Bouma, et al., 2012).

Het wordt door de NHG aangeraden om MHT maximaal 6 maanden te gebruiken. (Bouma, et al., 2012)

Hoe denken vrouwen over hormoontherapie?

Over MHT zijn veel uiteenlopende meningen, zowel vóór als tegen hormoontherapie. Gemiddeld heeft 80% van de vrouwen gehoord of gelezen over MHT. Dit is onderzocht in de volgende landen; Groot-Brittannië, Frankrijk, Duitsland, Spanje, België, Nederlanden Zwitserland. In Nederland lag het percentage dat over MHT had gelezen op 57%. Dat is de laagste score van de landen die meededen aan dit onderzoek. Gemiddeld over alle landen dachten de vrouwen er 46% positief over, 44% negatief en 10% hadden geen idee (Genazzani, Schneider, Panay, & Nijland, 2006).

Aan het gebruik van MHT zitten verschillende voor- en nadelen verbonden. In onderstaand model staat weergave hoeveel mensen kennis hebben over de voor- en nadelen van MHT opgesplitst in MHT-gebruikers en niet-MHT-gebruikers. Hier zie je dat de kennis van de genoemde voor én nadelen bij MHT-gebruikers hoger liggen. Dit betekent dat zij dus beter geïnformeerd zijn over de voor en nadelen van MHT dan niet-gebruikers (Buhling, Daniels, Studnitz, Eulenburg, & Mueck, 2013).

Tabel 1: Kennis van voordelen en risico's

	Non-users <i>n</i> = 762	HT-users <i>n</i> = 356	<i>p</i> Value ^a
Benefits			
Improvement of menopausal complaints	633 (83.1%)	346 (97.2%)	<i>p</i> < 0.001
Prevention for osteoporosis	307 (40.3%)	210 (59%)	<i>p</i> < 0.001
Minor risk for Alzheimer disease	30 (3.9%)	22 (6.2%)	<i>p</i> = 0.097
Minor risk for colorectal cancer	32 (4.2%)	24 (6.7%)	<i>p</i> = 0.069
Minor risk for diabetes	16 (2.1%)	12 (3.4%)	<i>p</i> = 0.205
“Anti-Aging” effect	157 (20.7%)	88 (24.7%)	<i>p</i> = 0.127
cardiovascular health benefits	91 (12.0%)	67(18.8%)	<i>p</i> = 0.002
Risks			
Extra risk for breast cancer	600 (73.9%)	319 (88.9%)	<i>p</i> < 0.001
Extra risk for venous thromboembolism	450 (55.4%)	236 (65.7%)	<i>p</i> = 0.001
Extra risk for stroke	370 (45.7%)	173 (48.2%)	<i>p</i> = 0.417
Weight gain	488 (60.1%)	245 (68.2%)	<i>p</i> = 0.008

Voordelen

Volgens Feldman (2011) zijn er bij juist gebruik van MHT minder opvliegers, verminderde kans op darmkanker, minder kans op een beroerte, minder osteoporose en verminderde kans op een hartinfarct doordat MHT de cholesterol in positieve mate beïnvloed.

Oestrogenen zorgen ervoor dat de mentale aftakeling bij Alzheimer minder snel verloopt. Ook zorgen de oestrogenen voor verbeterde libido.

De North-American Menopause Society (2015) bevestigt de verminderde osteoporose, verminderde kans op hartkwalen en opvliegers. Verder vullen ze het aan met een verminderde kans op het ontwikkelen van diabetes type 2, minder slaapproblemen en verzacht het vaginale symptomen zoals droogheid, verdund weefsel en de pijnlijkheid tijdens seks

Buhling(2013) bevestig nogmaals bovenstaande en vult aan met een verminderd risico op baarmoederslijmvlies.

Nadelen:

Volgens Feldman (2011) zijn er op langere termijn mogelijk meer nadelen dan voordelen. Nadelen omvatten een vergrote kans op bloedproppen, borstkanker, beroerte, longembolie. Deze laatste is alleen bij pillen, en niet via toediening via de huid of slijmvliesen.

De North-American Menopause Society (2015) vult aan met vergrote kans op baarmoederkanker (endometrial cancer) vergroot. Verder is er kans op gewichtstoename en verhoogd risico op trombose (Buhling, Daniels, Studnitz, Eulenburg, & Mueck, 2013).

De mensen tegen MHT beargumenteren dat veel van de voordelen die MHT ook met behulp van alternatieven kan worden bereikt. Hierdoor zouden de nadelen dus zwaarder wegen.

4.2.2 Hoe denken vrouwen over de overgang?

In Nederland (de Joode & Witterholt, 2014) zeggen de meeste vrouwen dat ze geen verwachtingen over de overgang hadden. Of de menopauze uiteindelijk mee- of tegenvalt ligt voornamelijk aan de aard en ernst van de klachten die ze ervaren. Volgens het onderzoek heeft een derde helemaal geen last van de overgang gehad. Bij 20% van de vrouwen viel de overgang naar verwachting uiteindelijk tegen en hielden de klachten langer aan dan ze dachten.

In een Turks onderzoek (Yanikkerem, Oruc Koltan, Goker Tamary, & Dikayak, 2012) was 71.5 % de vrouwen het erover eens dat de overgang een natuurlijk verschijnsel is in het levens van een volwassen vrouw. In dit onderzoek werd ook gekeken naar opleidingsniveau, hieruit kwam naar voren dat vrouwen met weinig of geen opleiding negatiever dachten over de overgang.

Wanneer vrouwen positief denken over de overgang, beïnvloedt dat in positieve mate het algemeen oordeel van kwaliteit van leven, maar hadden ook minder frequent bijkomende symptomen (Yanikkerem, Oruc Koltan, Goker Tamary, & Dikayak, 2012).

Modellen

Er zijn verschillende visies te vinden die beschrijven wat de overgang is. Hieronder staan er vijf kort toegelicht.

Biomedische benadering

Dit model gaat uit van dat de veranderingen en klachten in de overgang komen door veranderingen in de hormoonspiegel van vrouwen (Rögels, 2007). Deze verstoring van hormonen kan leiden tot klachten. Aanhangers van deze visie zien de overgang als volgt: "De overgang is een ziekte die dient te worden bestreden." óf "Het is een proces dat de kans op (chronische) aandoeningen voor de vrouw vergroot."

De oplossing zou zijn om hormoonsupplementen te geven als medicijn, om het hormoon evenwicht in balans te houden zodat de klachten verminderen.

Feministische benadering

Deze benadering ziet de overgang als de "bevrijding van de vrouw" (Rögels, 2007). Deze bevrijding komt door het aanbreken van een nieuwe levensfase. Deze nieuwe levensfase betekent dat het lichaam van de vrouw niet meer gaat voldoen aan het schoonheidsideaal dat door mannen is gesteld. Ook door de overgang is de seksualiteit van de vrouw bevrijd en wordt dit niet meer beheerst door vruchtbaarheid. Het toevoegen van hormonen aan het lichaam is bij deze benadering dan ook niet geoorloofd.

Coincidental stress model

Dit model gaat ervan uit dat de leeftijdsfase van de vrouw vooral de klachten naar voren laat komen (Rögels, 2007). Dit is terug te leiden naar de theorie over de sandwich generatie. De klachten komen door stressoren, zoals verantwoordelijkheden voor ouders, zorg voor de kinderen, uit huis gaan van kinderen.

Culturalrelativism model

Deze benadering gaat uit dat cultuur ook een rol speelt bij de waardering van de menopauze (Rögels, 2007). Aan de overgang worden in verschillende culturen een symbolische betekenis gekoppeld. Zo is het voor de steeds meer verspreidende westerse cultuur dat jonge vrouwen en moeders als aantrekkelijk worden gezien. Tijdens de overgang is die aantrekkelijkheid minder.

De boeddhistische overtuiging gaat ervan uit dat de overgang een natuurlijk proces van veroudering is. In Japan bestond er geen woord voor het verschijnsel overgang/menopauze. In sommige culturen hebben oudere vrouwen, zeker informeel veel macht. Deze vrouwen zijn het middelpunt van de familie, en naar hen wordt er echt geluisterd. Op het platteland van Noord-Afrika hebben de vrouwen na de overgang meer vrijheden, zoals ongesluierd en zelfstandig het huis verlaten (Rögels, 2007).

Het bio-psycho-socio- culturele model.

Deze benadering is vooral een combinatie model en kijkt naar bijvoorbeeld voeding, levenswijze, houding/kennis t.o.v. de overgang en genetica.

4.2.3 Conclusie overgang

De overgang brengt voor iedere vrouw veranderingen. Deze veranderingen zijn echter voor elke vrouw verschillend en het verschilt hoeveel last ze hiervan krijgen. De reactie van vrouwen op klachten is ook weer afhankelijk van het individu, waarbij sommige sneller aan alternatieve geneeswijzen, hormoontherapie beginnen of juist overgaan op een levensstijlverandering. Dit ligt aan hun visie op wat de overgang is, hun visie om medicatie te nemen aan de hand van klachten en hun omgeving.

Hoe de doelgroep daadwerkelijk denkt over de overgang is verder niet naar voren gekomen uit de literatuur. Deze opvatting kan uiteenlopen van last tot verademing. Dit omdat ze beide van een maandelijks terugkomende kwestie af zijn, maar ook dat ze worden geconfronteerd ouder worden en met overgangsklachten.

Hun kennis over MHT is ook belangrijk. Hoeveel procent van de doelgroep hierover heeft gehoord en welk oordeel ze over MHT hebben.

Er zijn grote voorstanders en tegenstanders van hormoontherapie. Dit draagt ook bij aan de keuze om dit te gebruiken bij zware klachten.

Om dit te onderzoeken is het dus goed om rekening te houden met het individu, de verwachtingen over de overgang en de mate van klachten. Daarnaast is het van belang door welke informatie deze mening over hormoontherapie is gevormd. De oorsprong van deze informatie kan worden bevraagd om te herleiden waar de doelgroep hun informatie vandaan haalt en hoe betrouwbaar deze wordt geacht.

4.3 Attitude

De FeM-poli is geïnteresseerd in hoe vrouwen denken over de overgang en het gebruik van MHT. Hiervoor moet eerst worden gekeken wat attitude precies inhoudt en hoe het met name met gezondheidskwesties tot stand komt. Dit laatste wordt met behulp van het Health Belief model gedaan.

Perlof's (2010) definitie over het begrip attitude:

"Attitude wordt gedefinieerd als een leerbare globale (in de meeste gevallen emotionele) evaluatie van een object (Dit kan zijn een persoon, plaats of onderwerp zijn) dat invloed uitoefent op gedachten en gedragingen."

Attitudes geven richting aan het uiteindelijke gedrag van mensen. Deze attitudes worden gevormd door kennis en (emotionele) ervaringen. Deze zijn echter niet altijd logisch. Het uiteindelijke gedrag kan ook voortkomen uit gewoonte of irrationele overtuigingen (Brug, van Assema, & Lechner, 2008). Dit betekent dat attitude niet gelijk is aan gedrag.

Om de attitude te veranderen en uiteindelijk het gedrag te beïnvloeden moet hiermee rekening worden gehouden. Je kunt iemands mening wel beïnvloeden, maar dan is het nog de vraag of het uiteindelijk gedrag dit ook laat zien.

Volgens Fishbein en Ajzen (1975) is attitude te meten door er direct naar een eindoordeel te vragen. Bijvoorbeeld "Wat vindt u van het gebruik van hormoontherapie voor vrouwen in de overgang om klachten te verminderen?"

4.3.1 Van attitude naar gedrag

Volgens Perloff (2010) worden attitudes gevormd door middel van leren en evalueren. De gevormde attitudes beïnvloeden uiteindelijk het gedrag.

Ergens een mening over hebben is niet gelijk aan het te vertonen gedrag. Dat iemand een bepaald gedrag vertoont kan verklaard worden met operante conditionering of met de sociaal cognitieve theorie. Het is wel beter te voorspellen als de persoon al eerder van anderen heeft geleerd dat bepaald gedrag beloond wordt.

De eerste leertheorie is operante conditionering. Dit is wanneer een persoon leert dat bepaald vertoond gedrag wordt beloond (Brug, van Assema, & Lechner, 2008). Simpel gezegd in het geval van MHT: als duidelijk is dat er een rechtstreeks verband is tussen MHT en het wegvallen van klachten, dan zullen vrouwen MHT gebruiken. Brug vermeldt ook dat niet alleen directe, maar ook indirecte beloning kan helpen. Dit kan als mensen kennis hebben dat het gebruik van MHT tegen klachten ook verdere voordelige effecten heeft.

Een andere leertheorie is de Sociaal- Cognitieve Theorie. Deze houdt in dat er wordt geleerd dat gedrag kan ontstaan uit directe, maar ook indirecte beloningen zoals het zien van een ander die wordt beloond voor het uitvoeren van bepaald gedrag. Hierdoor zal de persoon ook dit gedrag willen uitvoeren en beloond worden (Brug, van Assema, & Lechner, 2008).

Gedragsverklaringsmodel:

Hieronder staat het Health Belief model toegelicht. Dit model geeft het proces aan hoe gedrag wordt gevormd met betrekking tot gezondheidskwesties.

Dit model wordt gebruikt om inzicht te krijgen in de factoren die de gezondheidskeuzes beïnvloeden. Hierop wordt een advies gebaseerd wat inzicht geeft in de verschillen tussen het huidige gedrag en het gewenste gedrag.

Health Belief Model

Het Health Belief Model (Brug, van Assema, & Lechner, 2008) is oorspronkelijk ontwikkeld om te verklaren waarom mensen niet meedoen aan preventieprogramma's die gericht zijn op preventie of vroege opsporing van ziekte. Het model beschrijft dat het besluit om gezond gedrag te vertonen bepaald wordt door de ervaren gezondheidsdreigingen, ook wel risicoperceptie genoemd en de evaluatie van het gedrag.

Mensen zullen eerder in staat zijn zich preventief gedragen als zij aan het volgende denken:

(1) Het gezondheidsprobleem is zo groot dat het een bedreiging wordt (waargenomen dreiging). Dit betekent dat de persoon vatbaar is voor het

gezondheidsrisico. (Waargenomen vatbaarheid) Ook is er een risico dat het probleem ernstige consequenties kan hebben (waargenomen ernst).

(2) Gedrag uitvoeren wat effectief is om de kansen op het gezondheidsprobleem te verminderen. Ook als er iets gedaan kan worden om de ernst van het gezondheidsprobleem te verminderen (gedragsevaluatie). Het komt er dan op neer dat de voordelen van het gedrag groter zijn dan de nadelen (waargenomen voordelen/ waargenomen barrières) (Brug, van Assema, & Lechner, 2008).

Uitleg blokken:

Demografische variabelen:

variabelen zoals leeftijd, geslacht, Sociaaleconomische status (SES), kennis.

Psychologische kenmerken:

persoonlijkheid, locus of control.

Waargenomen vatbaarheid:

Iemands kans op het krijgen van gevolgen van de overgang.

Waargenomen ernst: de visie op hoe serieus deze aandoening is en wat de consequenties hiervan zijn.

Waargenomen voordelen:

iemands geloof dat bijvoorbeeld

MHT de ernst van de klachten of het risico op hart en vaatziekten later aanzienlijk verminderd.

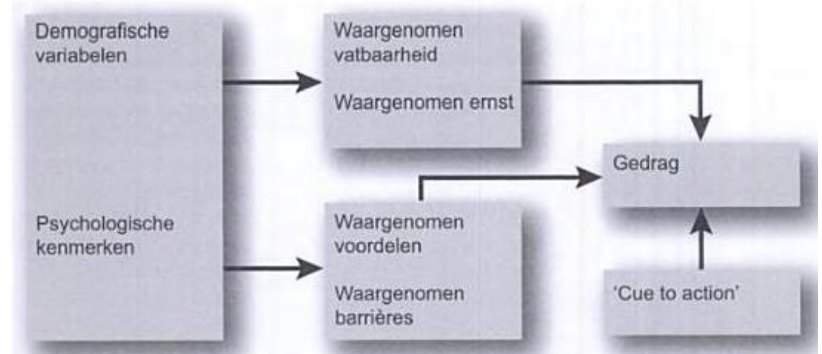
Waargenomen barrières: iemands mening over welke materiele en psychologische kosten er zijn verbonden aan het uitvoeren van de actie. → Zijn de voordelen groter dan de nadelen?

Deze determinant blijkt het meest effectief om te beïnvloeden om uiteindelijk tot gedragsverandering te komen (Harrison, Mullen, & Green, 1992)(Janz & Becker, 1984).

Gedrag: het uit te voeren gedrag.

Cue to action: Bij het echt overgaan tot een (preventieve) actie is er een extra zetje soms nodig om het te laten gebeuren.

De demografische variabelen zijn al deels vastgelegd. De doelgroep zijn vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud, woonachtig in Zuid-Holland. Hoeveel kennis ze over het onderwerp hebben is nog onbekend.



Figuur 2: Health Belief model

4.3.2 Conclusie attitude

Door de sociale leertheorieën en het Health Belief model te combineren, kan er worden gekeken naar hoe de doelgroep tot hun standpunten en hun uiteindelijke gedrag komen. De leertheorieën kijken of ze via andere mensen hun positieve of negatieve ervaringen hebben geleerd en hoeveel waarde ze hieraan koppelen.

Met behulp van de vragenlijst kunnen de waargenomen voordelen en waargenomen barrières worden achterhaald. Zo komt er meer inzicht in hoe de doelgroep hun informatie verkrijgt.

4.4 Verslag sleutelfiguren

Er zijn in samenwerking met L. Everaarts drie interviews afgenomen. Een vrouw uit de doelgroep 40 tot 60 jaar, een interview met iemand van de doelgroep tot 40 jaar en een interview met een overgangsconsulente. De vooraf opgestelde vragen zijn te vinden in bijlage 1 op bladzijde 44. Van de interviews is een transcript gemaakt en deze is terug te vinden in bijlage 2 op bladzijde 46.

Disclaimer: De informatie uit de verhalen zijn nadrukkelijk wat de persoon vindt, weet en heeft gezegd en dit betekent niet dat dit de (volledige) waarheid of (actuele) feiten zijn.

4.4.1 Annelien

- 56 jaar
- Dordrecht

Annelien heeft het grootste gedeelte van de overgang al achter de rug. Ze had vooral opvliegers en de gebruikelijke dingen maar in lichte mate. Dit komt doordat ze op 50-jarige leeftijd trombose kreeg en niet meer ongesteld mocht worden. Daarom hebben ze besloten een spiraaltje te laten zetten, waardoor haar klachten waarschijnlijk ook heel wat minder waren.

Ze praat met haar groep vriendinnen over de overgang. Een van haar vriendinnen heeft veel klachten waaronder depressie, maar met haar zijn er meer dingen aan de hand dan alleen klachten van de overgang.

Door de trombose had ze wel regelmatig contact met de huisarts tijdens de overgang, maar ondanks dit niet specifiek over haar klachten. Hiervoor waren de klachten te licht. Als ze zwaardere klachten had gehad, was de huisarts wel degene waar ze als eerste informatie aan zou vragen. Ze zou waarschijnlijk ook op internet kijken.

Door de diverse informatie over MHT zou ze vooral de voor en nadelen willen zien en met cijfers. Ze zegt dat ze dan bijvoorbeeld als er een bepaald type kanker in haar familie zou zitten, dat ze die informatie zwaarder zou laten wegen.

4.4.2 Patricia

- 27 jaar
- Dordrecht

Patricia is 27 jaar en vindt het nog te vroeg om aan dingen zoals de overgang te denken. Ze is hier erg nuchter over en als het er eenmaal is, dan kan er ook pas iets aan gedaan worden. Ze heeft het er ook verder niet over met vrienden.

Haar moeder had weleens opvliegers en verder zei ze er weinig over.

Over MHT weet ze verder niets. Als vrouwen informatie willen over de overgang of hormoontherapie zou ze zeggen de huisarts of folders bij de huisarts. Ook is communicatie met andere vrouwen goed. Dit is ook bijvoorbeeld over de afweging van homeopathische middelen of medicijnen van de huisarts. Dan zou ze dit bij vriendinnen navragen

4.4.3 Janny Ledeboer

- Overgangsconsulente
- Leiden

Janny is overgangsconsulente en heeft veel kennis over de overgang en een duidelijke visie.

De hoofdpunten uit het interview was dat de overgang een natuurlijk verschijnsel is en dat vrouwen er soms niet eens kennis van hebben wat het is en welke cyclus ze doorlopen. Ook de behandeling van klachten hangt af van de persoon. Aanpassingen met betrekking tot levensstijl en fyto-oestrogenen kunnen al veel helpen. Alleen in hele duidelijke zaken en met zware klachten raad ze hormoontherapie aan. Dit is omdat deze dan ook daadwerkelijk helpt. Ze komt vrouwen tegen die dat liever niet hebben en dan probeert ze door middel van informatievervalsing argumenten aan te brengen waarom dit voor deze

persoon de beste keuze is.

Graag zou ze meer voorlichting zien over de overgang en zou dit al starten voor de overgang zelf is begonnen. Ook tijdens de schooljaren tijdens, maar dan is de overgang nog erg ver weg en is er nog weinig interesse voor.

Op de werkvloer lijkt er een taboe te zijn om erover te praten, en tijdens lezingen die ze dan organiseert staan ze allemaal om zich heen te kijken dat ze niet de enige zijn. Dus dat taboe moet worden doorbroken.

4.5 Deelvragen

Naar aanleiding van het theoretisch kader en de interviews is gekeken informatie er nog mist om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. De hoofdvraag zal worden beantwoord door deels de blokken van het Health belief model in te vullen.

De volgende deelvragen zijn gesteld om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen.

- Wat is de huidige attitude van de doelgroep over de overgang?
- Wat is de huidige attitude van de doelgroep over MHT?
- Via welke kanalen komt de doelgroep aan de informatie over MHT?
- Heeft de ernst van de klachten invloed op hun (sociaal) functioneren?
- Worden er barrières ervaren in het proces tot behandeling?
- Hoe komt de doelgroep tot de keuze van behandeling?
 - Welke voordelen worden afgewogen?
 - Welke nadelen worden afgewogen?
 - Hoe zwaar wegen de redenen?

5. Onderzoeksmethode

In het volgende hoofdstuk komt aan bod hoe dit onderzoek zal worden uitgevoerd.

5.1 Vooronderzoek

Naast het doen van literatuurstudie zijn er in samenwerking met medestudent L. Everaarts drie uitgebreide interviews afgenomen. Hierbij zijn een hulpverlener, iemand die in de levensfase 20-35 jaar zit en iemand die in de levensfase 40-60 jaar zit, geïnterviewd. Ook informatie die is gegeven door de opdrachtgever in het intakegesprek is meegenomen met de richting waarin het onderzoek zal plaatsvinden. Aan de hand hiervan is er gekeken hoe de rest van het onderzoek vorm zal krijgen. De literatuurstudie die relevante onderwerpen voor de uitvoer van het onderzoek heeft onderzocht heeft verder richting gegeven aan de gestelde deelvragen.

5.2 Onderzoeksopzet

De gestelde deelvragen zijn beschrijvend van aard. Deze kunnen dus op kwantitatieve of kwalitatieve wijze worden uitgevoerd.

Bij een kwantitatief onderzoek is van tevoren al duidelijk wat het te onderzoeken gebied is en wordt dit afgebakend. Kwantitatief onderzoek richt zich op beschrijvende en toetsende onderzoeksvragen. Hieruit wordt een gestructureerde methode ontwikkeld om aan data te komen. Ook zorgt deze methode ervoor dat het onderzoek reproduceerbaar is. Deze data kan statistisch worden geanalyseerd. De voordelen hiervan zijn dat het relatief snel is uit te voeren en meerdere respondenten de vragenlijst tegelijk en op eigen tempo kunnen

invullen. Ook heb je gelijk inzicht in de data.

De nadelen hiervan zijn dat via internet de respondent op elk gewenst punt de vragenlijst kan stoppen. Ook moet er goed opgelet worden dat de vragen goed gesteld worden, zodat de respondent niet beïnvloed wordt. Verder heb je geen inzicht in redenen voor de antwoorden die ze geven.

In tegenstelling tot het hiervoor genoemde kwantitatieve onderzoek, richt kwalitatief onderzoek zich meer op het inzicht krijgen in de details en heeft een bredere onderzoeksvraag die gaandeweg nog veranderbaar is. Vaak wordt er data verzameld door middel van ongestructureerde observaties en/of interviews. Ook maken ze soms gebruik van verder bestaande gegevens. Pas later in het onderzoek worden deze gestructureerd en gelabeld zodat er conclusies uit kunnen worden getrokken.

De voordelen van dit soort onderzoek zijn dat je gedetailleerde informatie hebt en dat je de interviews overal kunt afnemen.

De nadelen zijn echter dat de respondent sneller sociaal wenselijke antwoorden geeft of wordt beïnvloed situationele invloeden. Bovendien neemt het afnemen en uitwerken van interviews veel tijd in beslag (Baarda, Dit is onderzoek, 2014). De opdrachtgever heeft aangegeven dat de 2 parallel lopende onderzoeken met elkaar vergeleken zullen worden in een vervolgonderzoek. Zodat er gekeken kan worden naar de verschillende manieren van informatieverwerking tussen generaties. Om dit op systematische wijze uit te voeren is er gekozen voor een kwantitatief onderzoek in de vorm van een vragenlijst.

In deze vragenlijst zal worden gekeken naar de mening over de overgang, MHT en alternatieve medicatie. Daarnaast wordt er gekeken naar welke factoren er belangrijk zijn bij de zoektocht naar informatie. Hierbij wordt gekeken naar welke informatiebronnen worden gebruikt, hoe deze worden beoordeeld en hoe de deelnemer informatie-inwinning beschouwd.

5.2.1 Onderzoekspopulatie

De populatie in dit onderzoek zijn vrouwen tussen de 40 en 60 jaar, woonachtig in de provincie Zuid-Holland. Deze regio is gekozen aan de hand van bereikbaarheid van de onderzoeker. Volgens het CBS (2015) bedraagt de totale populatie vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud wonende in Zuid-Holland 511.203 personen.

De beoogde onderzoekspopulatie is 100 vrouwen tussen de 40 en 60 jaar woonachtig in de provincie Zuid-Holland.

5.2.2 Dataverzameling

De vragenlijst zal zowel een digitale versie als een papieren versie hebben. Dit is omdat niet iedereen in de doelgroep 40-60 de voorkeur heeft om deze digitaal in te vullen.

Er is gekozen om te streven naar een aantal van minimaal 100 respondenten. De steekproefgrootte wordt normaal gesproken berekend met een formule.

$$n = \left(\frac{z}{m}\right)^2 p(1 - p)$$

Hier is een schatting nodig van de uitkomst van het onderzoek (p). Ook wordt de grootte van de populatie (p) meegenomen (511.203 personen). De foutenmarge (m) en de betrouwbaarheidspercentage (z) spelen ook een rol in de grootte (Baarda, et al., 2012). De steekproef zou dan uit meer dan 400 personen moeten bestaan om representatief te zijn. Het aantal respondenten is niet haalbaar tijdens de duur van voor dit onderzoek staat. Om deze reden is er gekozen voor een groep van ongeveer 100 respondenten. Dit aantal is gebaseerd

op de bereikbaarheid van de doelgroep in combinatie met wat haalbaar is binnen de geplande tijd. Met +/- 100 respondenten kunnen de twee vragenlijsten representatief met elkaar worden vergeleken.

Door middel van vrouwenverenigingen worden er respondenten geworven. Daarna wordt met behulp van een random nummargenerator een selectie gemaakt. De grote van de selectie hangt af van het totaal van de vrouwen die in die vrouwengroep tussen de 40 en 60 jaar oud zijn. Er wordt rekening gehouden met non-respons. De getrokken groep zal daarom groter moeten zijn dan de 100 beoogde reacties.

Vragenlijst

Hieronder volgt hoe de vragenlijst tot stand is gekomen, met daarbij de onderverdeling van de verschillende aspecten die erbij komen kijken.

Constructie

De vragenlijst wordt ontwikkeld in samenwerking met medestudent L. Everaarts. Deze samenwerking is tot stand gekomen met als doel tot een vragenlijst te komen die voor beide onderzoeken te gebruiken is, en er uiteindelijk informatie kan worden vergeleken met behulp van SPSS. Met de resultaten van beide onderzoeken kunnen de doelgroepen van de onderzoeken met elkaar worden vergeleken. Hierbij is ook in acht genomen dat de vragenlijst later kan worden gereproduceerd, zodat het mogelijk is verschillende seizoenen/jaren te vergelijken. Dit zijn allemaal statistische/cijfermatige data en daarom is gekozen om de vragenlijst kwantitatief van aard te laten zijn in plaats van kwalitatief. Om de nadelen te beperken zal de vragenlijst zo kort mogelijk worden en worden tussen de vragen door motiverende teksten geplaatst. Er wordt een pilotafname gedaan en feedback verworven om suggestieve vragen en overige fouten eruit te halen.

Opbouw

De vragenlijst is gestructureerd. Elke deelnemer doorloopt de lijst op dezelfde vaste volgorde en er zijn geen mogelijkheden om vragen over te slaan. Het begin van de vragenlijst betreft algemene informatie over de deelnemster, zoals leeftijd, gewicht, opleidingsniveau en een kort persoonlijkheidsonderdeel. De verdere opbouw van de vragenlijst is in blokken van verschillende onderwerpen, namelijk: attitude overgang, attitude MHT, informatie-inwinning, ervaren belemmeringen door de overgang, effectiviteit alternatieven, voordelen MHT, nadelen MHT, barrières en tot slot de Greene vragenlijst.

Vraagstelling

De vragenlijst wordt gestructureerd en zal voornamelijk uit kwantitatieve (gesloten) vragen bestaan. Er is gekozen voor een gestructureerde vragenlijst omdat dit minder afhankelijk is van toeval, de uiteindelijke resultaten nauwkeuriger zijn en beter te vergelijken (Baarda, et al., 2012).

De enquête bestaat uit directe en indirecte vragen. Directe vragen zijn vragen die duidelijk zijn en mensen weten wat er mee wordt bedoeld. Indirecte vragen zijn vragen die bijvoorbeeld persoonlijkheid meten. Mensen weten bijvoorbeeld niet precies wat 'consciëntieus zijn' inhoudt of reageren sociaal wenselijk (Baarda, et al., 2012). Hiervoor is gekozen omdat het voor bepaalde vragen onverstandig kan zijn om er direct naar te vragen. Een persoon kan zich niet bewust zijn van bepaald gedrag. Ook de kennis van het gedrag wat een persoon kan vertonen kan ontbreken (Baarda, et al., 2012). Vragen zoals geslacht of leeftijd zijn vragen die wel direct gevraagd kunnen worden.

Antwoordopties

Er is gekozen om geen neutraal antwoord te kunnen geven op een vraag, enkel aanvinken of er over bepaalde onderwerpen geen kennis is, is mogelijk (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007). Hierdoor worden respondenten aangezet om na te denken of ze het ergens in min of meerdere mate mee eens zijn (Brinkman, 2009).

Afname

De werving gebeurt onder vrouwen die aangesloten zijn bij een vrouwenvereniging en/of op social media actief zijn. Er is contact opgenomen met vrouwenverenigingen vanwege de maatschappelijke actieve rol welke deze spelen, en om in een keer meerdere vrouwen te bereiken. Ook wordt er via social media contact gezocht. Hiervoor zal een pagina op facebook worden aangemaakt met de link naar de vragenlijst en worden oproepen geplaatst in vrouwengroepen. Deze manier is gekozen omdat het laagdrempelig en snel te verspreiden is.

5.2.3 Dataverwerking en analyse

Voordat er aan de slag wordt gegaan met de data, is het belangrijk om deze eerst te controleren op correctheid. Hierdoor worden alle respondenten die niet voldoen aan de voorwaarden (woonplaats, leeftijd) verwijderd uit het databestand. Ook univariate uitbijters worden opgespoord. Ontbrekende gegevens zijn al uitgesloten omdat deze respondenten al worden weggelaten door de website die de digitale vragenlijst beheert.

De verwerking van de data gaat in verschillende fasen; algemene beschrijvende statistiek, samenhang en specifieke statistische toetsen. Dit wordt gedaan per onderwerp. Bij alle vragen wordt eerst gekeken naar de frequenties, percentages, gemiddelden en de standaarddeviatie. Deze informatie wordt weergegeven in tabellen of beschreven in tekst. Mogelijk worden er nog aanvullende analyses gedaan wanneer de gegevens hier aanleiding toe geven.

- Normaalverdeling: Om te toetsen of de verdeling van de data normaal verdeeld is, wordt de Kolmogorov-Smirnov toets uitgevoerd. Deze toetsing wordt gedaan op de variabele leeftijd en BMI
- Homogeniteit: De assumptie van Homogeniteit van variantie wordt doormiddel van Levene's toets getoetst
- Cronbach's Alfa: Dit wordt gemeten aan de hand van Cronbach's α per schaal. De schalen zijn; 'Attitude overgang', 'Attitude MHT', 'Informatieverzameling' die per bron wordt berekend en de tot slot 'barrières'.
- Samenhang wordt gemeten aan de hand van verschillende statistische testen
 - o Samenhang tussen twee categorieën wordt gemeten door Pearson's chi-square test
 - o Bij samenhang tussen gemiddelden op ratio niveau wordt de T-test uitgevoerd.
- Vergelijkingen tussen groepen wordt de data gesorteerd doormiddel van de functie splitfile.

De statistische handelingen en rapportages worden gedaan aan de hand van het boek *Discovering statistics using SPSS* (Field, 2009).

6. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de vragenlijst gepresenteerd. De resultaten zijn verkregen doormiddel van de ontwikkelde. Deze is te vinden in bijlage 3, op bladzijde 63. Vrouwenverenigingen en vrouwengroepen op facebook hebben deze doormiddel van onder andere nieuwsbrieven onder hun leden verspreid. De vragenlijst in totaal 770 keer bezocht volgens de onlinegegevens. De vragenlijst is door 115 respondenten volledig ingevuld. Hiervan zijn er 30 respondenten geëxcludeerd, omdat ze niet voldeden aan alle inclusiecriteria. Uiteindelijk vielen er 85 binnen de criteria. De vragenlijst was geprogrammeerd zodat alle vragen ingevuld moesten worden voordat er naar de volgende pagina kon worden gedaan.

Het hoofdstuk is als volgt ingedeeld. In de volgende paragraaf wordt er ingegaan op algemene gegevens van de respondenten. De paragrafen daaropvolgend worden de resultaten worden per thema ingedeeld.

De thema's zijn; attitude overgang, attitude MHT, informatie zoeken, ernst klachten met betrekking tot functioneren en tot slot beslissen.

De ruwe data is terug te vinden in bijlage 4 op bladzijde 63.

6.1 Algemene gegevens

Er wordt eerst gekeken naar de achtergrondgegevens van de deelnemers. In tabel 3 zijn de aantallen weergegeven van de demografische variabelen van de respondenten.

Gemiddeld waren de deelnemers 51 jaar oud, 56,6% heeft een gezond BMI tussen de 18 en 25.

De verdeling van de variabelen leeftijd en BMI bleek voor alle respondenten niet significant af te wijken van een normaalverdeling, respectievelijk $D(85) = 0.10$, $p < .05$ en $D(85) = 0.15$, $p < .001$. Zowel bij de variabelen leeftijd als BMI is aan de assumptie van een normaalverdeling voldaan.

Het gemiddelde resultaat op de Green-schaal, die overgangsklachten meet, is 20,44 ($N=85$, $SD=13,37$).

Tabel 2: Demografische variabelen

Leeftijd	n
40-45	17
46-50	21
51-55	29
56-60	18
Hoogst afgeronde opleiding	
Basisschool	2
Mavo, vbo, vmbo	15
Havo, vwo, mbo	34
Hbo, wo	33
Huishoudschool	1
Huidige werksituatie	
Student	2
Werkzoekend	5
Fulltime	16
Parttime	37
Huisvrouw	7
Pensioen	3
Ziektewet/afgekeurd	10
Vrijwilligerswerk	5
Relatiestatus	
Vrijgezel	12
(Lat)relatie	24
Getrouwd	48
Weduwe	1
Roken	
Ja	18
Nee	67
Kinderen	
Ja	68
Nee	17

6.2 Attitude overgang

De attitude overgang is aan de hand van 8 indicatoren gemeten. De respondenten konden antwoorden met helemaal niet mee eens, niet me eens, eens of helemaal mee eens.

Tabel 3: Vragen met betrekking tot de overgang

Waarde van de vrouw	Op de vraag "Hoe ouder de vrouw, hoe waardevoller ze is." zegt 60% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Zelfbeeld uiterlijk	Op de vraag "Een vrouw is minder aantrekkelijk na de overgang." zegt 24,7% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Onafhankelijkheidsgevoel na menopauze	Op de vraag "Vrouwen die niet langer ongesteld worden voelen zich vrij en onafhankelijk." zegt 50,6% het hiermee een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Ervaring doorlopen overgang	Op de vraag "Het doorlopen van de overgang zal over het algemeen een positieve ervaring voor me zijn." zegt 23,6% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Eigenwaarde	Op de vraag "Ik voel me slechter over mezelf naarmate ik ouder word." zegt 78,8% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Emotionele staat	Op de vraag "Tijdens de overgang, verwacht ik prikkelbaar en depressief te zijn." zegt 37,6% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Beleving laatste menstruatie	Op de vraag "Ik zal me bedroefd voelen wanneer ik voor het laatst ongesteld zal zijn." zegt 16,5% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Kennis van de overgang	Op de vraag "Ik denk dat ik goed op de hoogte ben van de overgang." zegt 76,8% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.

De Cronbach's α van de schaal is echter laag (,485) dat betekent dat er een lage interne consistentie is. Dit komt mogelijk door de complexiteit van het onderwerp en de gemeten constructen.

6.3 Attitude MHT

Eerst is er gekeken of vrouwen behandeling overwogen of deze al hebben gehad. Daarbij bleek uit de vragenlijst dat 63,5% van de respondenten geen behandeling heeft gehad of dit overweegt.

Ook werd hun (voor)oordeel bevraagd in hoe effectief ze hormoontherapie inschatten, waarbij 89,2% van de vrouwen MHT als (een beetje) effectief inschat.

De attitude MHT is gemeten aan de hand van 7 indicatoren.

Kennis MHT, Overgang als medische aandoening, Aanbeveling MHT, Controle, Risico-inschatting, Effectiviteit MHT vs. Homeopathie, Klachtenverwachting overgang. De respondenten konden antwoorden met helemaal niet mee eens, niet me eens, eens of helemaal mee eens.

Tabel 4: Vragen met betrekking tot MHT

Kennis MHT	Op de vraag "Ik weet wat hormoontherapie inhoud" zegt 68,3% het hiermee een beetje of helemaal eens te zijn.
Overgang als medische aandoening	Op de vraag "Ik zie de menopauze als een medische aandoening, die je kunt behandelen." zegt 34,1% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Aanbeveling MHT	Op de vraag "Vrouwen met hevige overgangsklachten zou ik hormoontherapie aanraden." zegt 45,9% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Controle	Op de vraag "Vrouwen hebben geen controle over de lichamelijke veranderingen die plaatsvinden tijdens de overgang." zegt 56,5% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Risico-inschatting	Op de vraag "De risico's van hormoontherapie wegen zwaarder dan de voordelen" zegt 48,3% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn. Op de vraag "Het behandelen van overgangssymptomen door hormoontherapie doet meer kwaad dan goed." zegt 43,5% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Effectiviteit MHT vs. Homeopathie	Op de vraag "Een natuurlijke (homeopathische) behandeling van de overgang is beter dan hormoontherapie." zegt 69,4% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Klachtenverwachting overgang	Op de vraag "Vrouwen die last hebben van de overgang, verwachtte van tevoren klachten te ondervinden." zegt 11,8% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.

De Cronbach's α is ,61 van de hele schaal. Door de vraag "Vrouwen hebben geen controle over de lichamelijke veranderingen die plaatsvinden tijdens de overgang." weg te laten, komt de score op ,725, daarom wordt er verder gewerkt zonder deze vraag.

6.4 Informatie zoeken

Naast hoe de vrouwen denken over de overgang en MHT, is er gekeken naar hun zoekwijze, welke bronnen er worden gebruikt, en hoe ze deze beoordelen.

6.4.1 Informatie algemeen

Hieronder staan de vragen beschreven die ingaan op hoe respondenten naar informatie opzoek gaan.

De respondenten konden antwoorden met helemaal niet mee eens, niet mee eens, eens en helemaal mee eens.

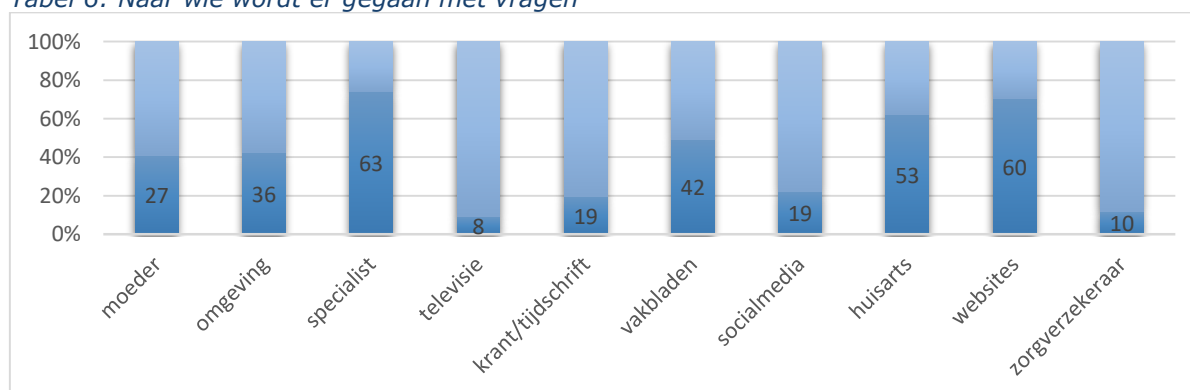
Tabel 5: Algemene vragen over informatie

Geïnformeerd worden	Op de vraag "Ik vind het belangrijk om goed geïnformeerd te worden" zegt 97,6% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Actief opzoek	Op de vraag "Ik ga zelf actief opzoek naar medische informatie" zegt 91,8% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Natrekken	Op de vraag "Ik ga na of informatie klopt bij meerdere bronnen" zegt 87,1% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
Argumentatie	Op de vraag "Argumenten zijn belangrijk om mijn mening te vormen" zegt 94,1% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.

6.4.2 Beoordeling bronnen

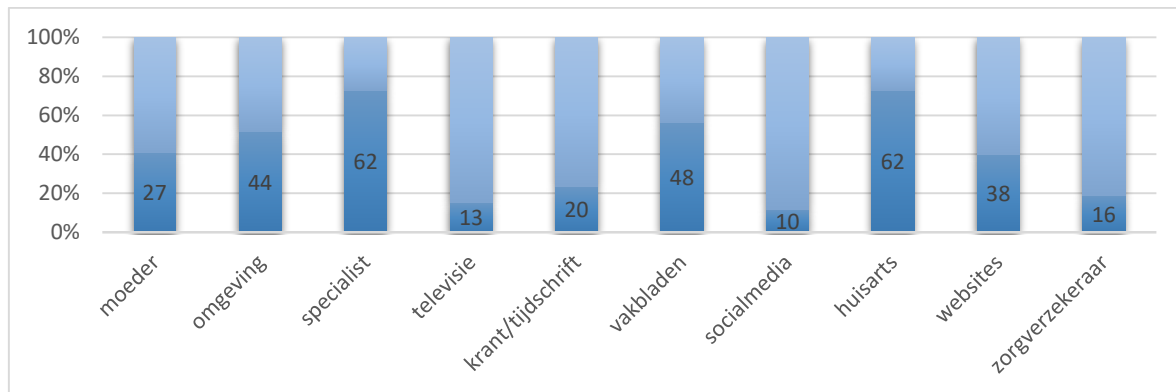
Om te kijken naar hoe vrouwen hun informatie vergaren en wat ze van deze bronnen vinden, zijn er per bron vragen gesteld over de duidelijkheid, volledigheid en betrouwbaarheid hiervan. Ook werd gevraagd of ze deze bron zouden raadplegen als ze vragen hadden over de overgang en hormoontherapie. De vragen konden beantwoord worden met waar of niet waar. De vragen over hun moeder zijn ingevuld door 66 respondenten, de overige door alle respondenten (N=85).

Tabel 6: Naar wie wordt er gegaan met vragen



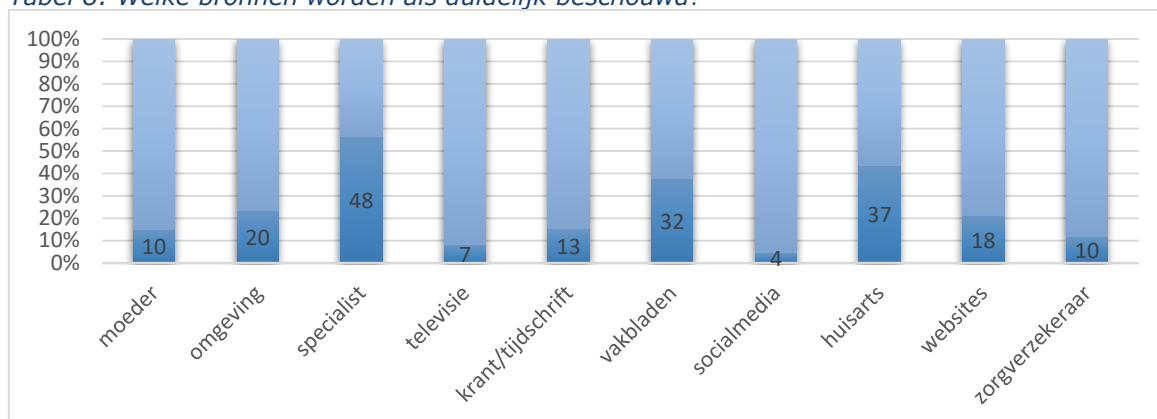
Wanneer er naar informatie wordt gezocht gaan vrouwen het meest naar de specialist en websites.

Tabel 7: Welke bronnen worden als betrouwbaar beschouwd?



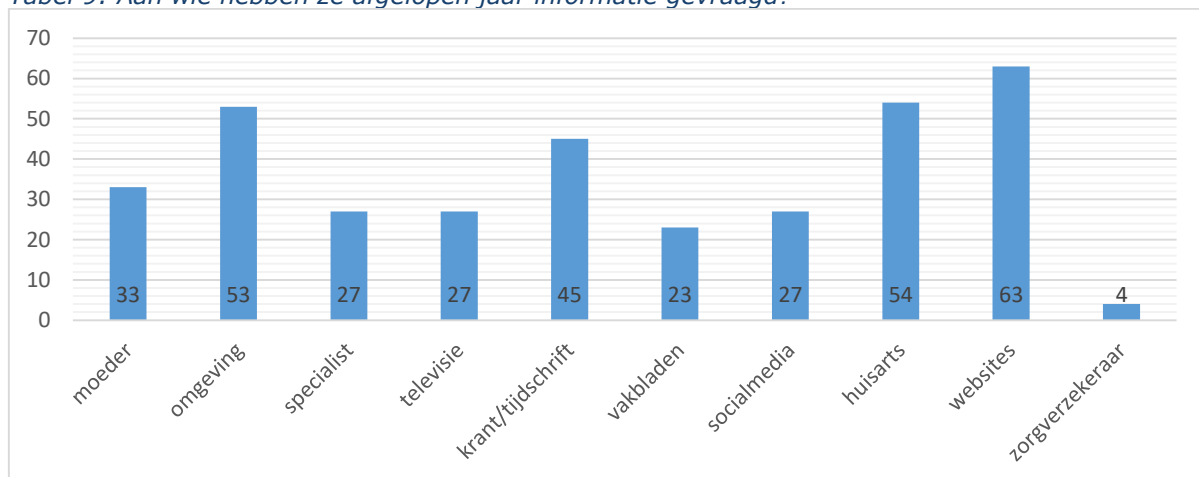
De bronnen die als meest betrouwbaar worden beoordeeld, zijn de specialist en de huisarts.

Tabel 8: Welke bronnen worden als duidelijk beschouwd?



De specialist, huisarts en vakbladen worden als het meest duidelijk beschouwd.

Tabel 9: Aan wie hebben ze afgelopen jaar informatie gevraagd?



Meer dan de helft van de vrouwen heeft afgelopen jaar informatie opgevraagd bij hun omgeving, de huisarts of websites.

De laagste score van de informatie schalen is de schaal huisarts met een Cronbach's $\alpha = .77$. De andere schalen lagen hoger dan deze score.

6.5 Beslissen

Om te kijken hoe de vrouwen tot een besluit komen, is er gekeken naar het Health belief model. Hieronder volgen de resultaten aan de hand van de blokken.

Demografische variabelen: De demografische variabelen zijn toegelicht in 6.1

Psychologische kenmerken:

Aan de hand van de MBTI-schalen is er gekeken naar de verdeling van persoonlijkheden.

De schalen energie, informatieverwerking en leven/werkstijl waren gelijk verdeeld. De schaal beslissingen maken gaf aan dat de groep respondenten meer op basis van gevoel beslissen.

Op basis van de schaal beslissingen maken zijn, omdat deze niet ongelijk verdeeld was, extra analyses uitgevoerd. Dit was om te kijken of deze groepen afweken bij andere variabelen in vergelijking tot de hele groep. Er is gekeken naar verschillende variabelen (informatie algemeen, attitude overgang, attitude MHT) en of deze afweken, maar dit gaf ongeveer dezelfde resultaten.

Waargenomen vatbaarheid:

Hieronder staat een tabel met alle klachten uit de Greene-schaal.

Tabel 10: Ervaren klachten

Klacht	Afwezig	Af en toe	Vaak	Heel vaak
Aanvallen van hartkloppingen	28	45	11	1
Gespannen of nerveus gevoel	18	38	23	6
Slaapstoornissen	11	33	26	15
Opgewondenheid	41	33	10	1
Paniek aanvallen	58	17	7	3
Concentratieproblemen	24	36	18	7
Vermoeidheid en/of lusteloosheid	13	35	21	16
Ongeïnteresseerdheid	51	15	11	8
Niet gelukkig voelen/ neerslachtigheid	29	29	12	15
Huilbuien	40	27	13	5
Snel geïrriteerd zijn	21	38	17	9
Gevoel van duizeligheid/ flauwvallen	48	25	7	5
Gespannen gevoel in hoofd of in lichaam	36	26	16	7
Tintelingen of dood gevoel op huid of lichaam	48	23	7	7
Hoofdpijn	29	37	11	8
Spier- en/of gewrichtspijn	21	32	21	11
Minder gevoel in handen en/of voeten	44	29	7	5
Ademhalingsmoeilijkheden	59	18	5	3
Opvliegers	21	31	18	15
Nachtelijk zweten	19	30	19	17
Geen zin meer in seks	35	24	14	12

Tabel 11: Vatbaarheid

Ervaring doorlopen overgang	Op de vraag "Het doorlopen van de overgang zal over het algemeen een positieve ervaring voor me zijn." zegt 23,6% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.
--	---

Emotionele staat Op de vraag "Tijdens de overgang, verwacht ik prikkelbaar en depressief te zijn." zegt 37.6% het hier een beetje of helemaal mee eens te zijn.

Waargenomen ernst:

In Tabel 12 staan de scores van de belemmeringen die werden ervaren tijdens het dagelijks functioneren afgewogen tegen de Greene score (de ernst van klachten tijdens de overgang).

Er is gekeken naar de Greene score en de bijbehorende resultaten over hoe goed vrouwen kunnen blijven functioneren in verschillende gebieden tijdens de overgang.

In de onderstaande tabel is de Greene score opgesplitst in categorieën van ernst van klachten.

Tabel 12: Ernst klachten met betrekking tot functioneren

Greene score	Gezins-activiteiten	Huishoudelijke taken	Sociale bezigheden	Sport	Werk	Uiterlijke verzorging	Ontspanning
Minder dan gemiddeld (n=46)	,43	,41	,52	,46	,50	,30	,43
Gemiddeld of hoger (n=69)	1,46	1,64	1,70	1,77	1,80	1,28	1,80
Veel klachten (n=53)	1,74	1,79	1,92	1,94	2,04	1,47	1,94
Erg veel klachten (n=22)	2,41	2,59	2,64	2,77	2,82	2,27	2,64

Uit de tabel valt op te maken dat hoe groter de ervaren klachten(Greene-score) zijn, hoe meer hun functioneren wordt beperkt op verschillende vlakken.

Waargenomen voordelen:

In de volgende tabel staan de voordelen van het gebruik van MHT, die bekend zijn bij de deelnemers.

Bij de voordelen is N = 80. De inclusiecriteria voor deze vraag is dat ze de 'geen idee' optie niet hadden aangevinkt.

Degene die de antwoordoptie 'weet ik niet' wel aangevinkt hebben zijn niet meegenomen in de resultaten van dit onderdeel.

Gemiddeld vinkten 22,8% een voordeel aan.

Tabel 13: Bekende voordelen MHT (N=80)

Voordelen

Botontkalking

Op de vraag "Het vermindert de kans op botontkalking tijdens en na de overgang" zegt 30% het voordeel te kennen.

Algemene tevredenheid	Op de vraag "Het verhoogt de algemene tevredenheid van vrouwen in de overgang" zegt 67,5% het voordeel te kennen.
Algemene stemming	Op de vraag "Het verhoogt de algemene stemming van vrouwen in de overgang" zegt 47,5% het voordeel te kennen.
Denkvermogen	Op de vraag "Het verhoogt het denkvermogen van vrouwen in de overgang" zegt 20% het voordeel te kennen.
Hart- en vaatziekten	Op de vraag "Het vermindert de kans op hart- en vaatziekten tijdens en na de overgang." zegt 13,8% het voordeel te kennen.
Libido	Op de vraag "Het verhoogt het libido van vrouwen in de overgang." zegt 11,3% het voordeel te kennen.
Pijnlijkheden tijdens seks	Op de vraag "Het voorkomt pijnlijkheden tijdens de seks veroorzaakt door vochtafname" zegt 20% het voordeel te kennen.
Veroudering	Op de vraag "Het voorkomt het sneller verouderen tijdens en na de overgang" zegt 12,5% het voordeel te kennen.
Incontinentie	Op de vraag "Het bestrijdt incontinentie van vrouwen in de overgang." zegt 3,8% het voordeel te kennen.
Darmkanker	Op de vraag "Het vermindert de kans op darmkanker tijdens en na de overgang" zegt 6,3% het voordeel te kennen.
Dementie	Op de vraag "Het vermindert de kans op dementie tijdens en na de overgang" zegt 3,8% het voordeel te kennen.
Diabetes type 2	Op de vraag "Het vermindert de kans op diabetes type 2 tijdens en na de overgang" zegt 6,3% het voordeel te kennen.
Slaapproblemen	Op de vraag "Het vermindert slaapproblemen van vrouwen in de overgang" zegt 43,8% het voordeel te kennen.
Baarmoederkanker	Op de vraag "Het vermindert de kans op baarmoederkanker tijdens en na de overgang" zegt 28,7% het voordeel te kennen.
Hoofdpijnen	Op de vraag "Hoofdpijnen nemen af" zegt 26,3% het voordeel te kennen.

Effectiviteit van alternatieven

In dit deel werd de effectiviteit van alternatieven afgewogen tegen de effectiviteit van MHT.

Bij de effectiviteit van andere middelen tegen overgangsklachten konden respondenten aangeven of ze deze methode kenden en hoe ze de effectiviteit hiervan inschatte.

Tabel 14: Ingeschatte effectiviteit alternatieven

Middel	Antwoord	Frequentie	%
Acupunctuur (n=63)	Niet effectief	13	20,6
	Niet erg effectief	8	12,7
	Beetje effectief	23	27,1
	Effectief	19	22,4
	Niet effectief	11	18,6

Kruiden, zoals rode klaver (n=59)	Niet erg effectief	11	18,6
	Beetje effectief	21	35,6
	Effectief	16	27,1
Aanpassingen in levensstijl (n=78)	Niet effectief	5	6,4
	Niet erg effectief	0	0
	Beetje effectief	36	46,2
	Effectief	37	47,4
Fyto-oestrogenen (n= 44)	Niet effectief	6	13,6
	Niet erg effectief	3	6,8
	Beetje effectief	15	34,1
	Effectief	20	45,5
Antidepressiva (n= 59)	Niet effectief	20	33,9
	Niet erg effectief	17	28,8
	Beetje effectief	7	11,9
	Effectief	15	25,4
Slaapmiddelen (n= 63)	Niet effectief	19	30,2
	Niet erg effectief	14	22,2
	Beetje effectief	12	19
	Effectief	18	28,6

Waargenomen barrières:

In onderstaande tabel zijn de mogelijk ervaren barrières weergegeven, waardoor respondenten zouden afzien van behandeling.

Tabel 15: Barrières behandeling

Beïnvloeding door dierbaren	Van de respondenten geeft 5,9% aan het met de stelling "Als ik negatieve informatie hoor van mijn dierbaren over een behandeling, dan zal ik deze behandeling niet doen." (helemaal) eens te zijn.
Terughoudendheid	Van de respondenten geeft 71,7% aan het met de stelling "Ik zal niet snel overgaan tot een behandeling." (helemaal) eens te zijn.
Vergankelijkheid	Van de respondenten geeft 44,7% aan met de stelling "Behandeling is niet nodig, want de klachten gaan na de overgang wel weer over." (helemaal) eens te zijn.
Sociale steun	Van de respondenten geeft 91,8% aan met de stelling "Mijn dierbaren steunen mijn medische keuzes" (helemaal) eens te zijn.
Financiële kosten	Van de respondenten geeft 58,9% aan met de stelling "De kosten van de behandeling beïnvloeden mijn keuze." (helemaal) eens te zijn.
Bijwerkingen	Van de respondenten geeft 92,9% aan met de stelling "Ik houd rekening met de hoeveelheid bijwerkingen van een behandeling om tot mijn keuze te komen." (helemaal) eens te zijn.

Toegankelijkheid	Van de respondenten geeft 95,3% aan met de stelling "De behandeling moet makkelijk toegankelijk zijn." (helemaal) eens te zijn.
Ontmoediging	Van de respondenten geeft 64,7% aan met de stelling "De wachtlijst van een specialist zou mij tegenhouden om een afspraak te maken." (helemaal) eens te zijn.
Effectiviteit	Van de respondenten geeft 83,6% aan met de stelling "Door overgangsklachten te behandelen kunnen een hoop problemen worden verholpen." (helemaal) eens te zijn.
Aanleiding (cue to action)	Van de respondenten geeft 87% aan met de stelling "Behandeling zou ik in overweging nemen als de overgangsklachten mij remmen in mijn dagelijkse activiteiten." (helemaal) eens te zijn.

Hieronder worden de bekende nadelen van het gebruik van MHT besproken. Bij de nadelen is N = 66. Inclusiecriteria is voor deze vraag of ze de "geen idee" optie niet hadden aangevinkt. Nadelen werden gemiddeld 40,2% per keer aangevinkt.

Tabel 16: Bekende nadelen (N=66)

Nadelen	
Bloedproppen/trombose	Op de vraag "Het verhoogt de kans op bloedproppen/trombose tijdens de overgang" zegt 65,2% het nadeel te kennen.
Borstkanker	Op de vraag "Het verhoogt de kans op borstkanker tijdens en na de overgang." zegt 69,7% het nadeel te kennen.
Baarmoederkanker	Op de vraag "Het verhoogt de kans op baarmoederkanker tijdens en na de overgang." zegt 48,5% het nadeel te kennen.
Eierstokkanker	Op de vraag "Het verhoogt de kans op eierstokkanker tijdens en na de overgang" zegt 39,4% het nadeel te kennen.
Beroertes	Op de vraag "Het verhoogt de kans op beroertes tijdens de overgang." zegt 30,3% het nadeel te kennen.
Gewichtstoename	Op de vraag "Het zorgt voor gewichtstoename tijdens de overgang" zegt 30,3% het nadeel te kennen.
Hartinfarct	Op de vraag "Het verhoogt de kans op een hartinfarct tijdens en na de overgang." zegt 21,2% het nadeel te kennen.
Weer ongesteld worden	Op de vraag "Het verhoogt de kans dat vrouwen weer ongesteld worden" zegt 16,7% het nadeel te kennen.

7. Conclusie

Naar aanleiding van de resultaten, kunnen de deelvragen nu worden beantwoord. Hierna volgt de beantwoording van de hoofdvraag.

7.1 Conclusie deelvragen

Wat is de huidige attitude van de doelgroep over de overgang?

Uit dit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de vrouwen zich waardevoller, vrijer en onafhankelijker voelt na de overgang. Ze geven daarbij aan dat meer dan 80% zich niet bedroeft zal voelen wanneer ze niet meer ongesteld worden. Ondanks deze positieve ervaringen, vindt slechts een kwart van deze populatie de overgang over het algemeen een positieve ervaring. En voelt bijna 80% zich slechter over zichzelf naarmate ze ouder worden. Een kwart vindt dat vrouwen na de overgang minder aantrekkelijk zijn.

Wat is de huidige attitude van de doelgroep over de MHT?

Ondanks dat 68,3% van de onderzochte vrouwen zegt dat ze weten wat hormoontherapie inhoudt, ziet maar 34,1% de menopauze als een behandelbare medische aandoening en denkt 56,5% dat ze geen controle hebben over de lichamelijke veranderingen die plaatsvinden tijdens de overgang. Daarnaast vindt bijna de helft van de vrouwen dat de risico's van hormoontherapie zwaarder wegen dan de voordelen en gelooft bijna 70% dat een natuurlijke (homeopathische) benadering beter is dan hormoontherapie. Toch zou bijna de helft MHT wel aanraden aan vrouwen die hevige overgangsklachten ervaren.

Bijna 70% zegt wel te weten wat MHT inhoudt. Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen 40% van de bijwerkingen herkennen en een kwart herkent de voordelen. Hier blijkt dus dat er wel degelijk een tekort aan kennis is over MHT. Dit beïnvloedt de attitude over MHT. Volgens het Health Belief model is de afweging van de voordelen tegen de bijwerkingen de grootste beïnvloeder van het gedrag.

Via welke kanalen komt de doelgroep aan de informatie over MHT?

Uit dit onderzoek komt naar voren dat bijna iedereen zelf actief opzoek gaat naar informatie en vinden argumenten daarbij belangrijk. Bijna 90% geeft aan bronnen te controleren bij meerdere media.

Om informatie te vergaren over hormoontherapie is meer dan de helft van de onderzochte vrouwen het afgelopen jaar naar hun omgeving, huisarts en websites gegaan. Uit dit onderzoek bleek dat ondanks dat dit de meest toegankelijke manieren waren om informatie te vergaren, ze de specialist en vakbladen als duidelijkere en betrouwbaardere informatiebronnen zien. Juist de specialist werd opgegeven als de informatiebron die ze zouden raadplegen, terwijl ze deze maar weinig daadwerkelijk hebben geraadpleegd. De huisarts als informatiebron ervaarden ze het vaakst als zowel toegankelijk, duidelijk als betrouwbaar.

Heeft de ernst van de klachten invloed op hun (sociaal) functioneren?

Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de ernst van de ervaren overgangsklachten een duidelijke invloed heeft op het (sociaal)functioneren. De vrouwen ondervonden meer beperkingen, hoe zwaarder de klachten werden ervaren.

Worden er barrières ervaren in het proces tot behandeling?

Terugkijkend op de vorige deelvraag is er een opvallend gegeven naar boven gekomen, namelijk dat bijna 90% aangeeft dat als ze worden geremd in hun dagelijkse bezigheden, ze dan behandeling in overweging zouden nemen. Bij 81% liggen de klachten boven gemiddeld, wat zou betekenen dat ze aanleiding hebben voor behandeling te overwegen. Desondanks overweegt maar 40% behandeling. Er is daarom aanleiding om te denken dat de ervaren barrières hier een belangrijke rol spelen.

Met deze barrières worden de barrières bedoeld die iemand zou kunnen ervaren in de keuze tot behandeling. Dit zijn sociale, financiële en persoonlijke barrières, maar ook de bijwerkingen kunnen ervaren worden als barrière.

Aan de hand van de resultaten zegt bijna 70% te worden tegengehouden in hun keuze tot behandeling door kosten en/of wachtlijsten.

Bijna iedereen zegt dat de toegankelijkheid van behandeling makkelijk moet zijn en 92,9% vindt de bijwerkingen belangrijk.

Uit de resultaten blijkt ook dat het grootste gedeelte zich gesteund voelt door dierbaren in hun medische keuzes en dat negatieve informatie van dierbaren over een behandeling hen niet zou tegenhouden. De sociale omgeving blijkt hier weinig van invloed te zijn.

Bijna de helft is van mening dat behandeling voor overgangsklachten niet nodig is, gezien het vanzelf overgaat. Dit is ook een barrière waardoor er niet wordt overgegaan tot behandeling.

Daarnaast zijn de negatieve bijwerkingen van MHT een mogelijke barrière. Van de negatieve bijwerkingen waren de respondenten beter op de hoogte dan de voordelen van MHT. Gemiddeld wist 40,6% van de vrouw iets van een bijwerking af.

De meest bekende nadelen zijn: "Het verhoogt de kans op borstkanker tijdens en na de overgang" (69,7%), "Het verhoogt de kans op bloedproppen/trombose tijdens de overgang" (65,2%) en "Het verhoogt de kans op baarmoederkanker tijdens en na de overgang" (48,5%).

Hoe komt de doelgroep tot de keuze van behandeling?

Om tot een keuze voor behandeling te komen worden verschillende dingen afgewogen. Dit komt samen in het model wat er voor dit onderzoek wordt gebruikt.

DEMOGRAFISCHE VARIABELEN: De demografische gegevens waren veelal vooraf vastgesteld. De inclusievoorwaarden vragenlijst waren dat het vrouwen tussen de 40 en 60 jaar waren en wonende in Zuid-Holland.

PSYCHOLOGISCHE KENMERKEN: De deelnemers hadden alleen op het domein 'beslissingen maken' een ongelijke verdeling. Echter bleek er geen significant verschil te zijn in de antwoorden tussen de groepen van deze schaal.

WAARGENOMEN VATBAARHEID: De waargenomen vatbaarheid kijkt naar welke gevolgen de overgang voor iemand in het dagelijks levens ervaart. Hierbij is gekeken naar de klachten die de respondenten ervaren, waarbij de gemiddelde score van alle respondenten 20,44 punten is. Dit ligt ruim boven de 15,78 gemiddeld bij perimenopauzale vrouwen. Voor vrouwen die premenopauzaal zijn, ligt deze score op 10,53. De vatbaarheid van de groep vrouwen is daarbij hoog.

WAARGENOMEN ERNST:

Zie deelvraag "Heeft de ernst van de klachten invloed op hun (sociaal) functioneren?"

WAARGENOMEN VOORDELEN:

De voordelen van het uitvoeren van het gedrag draait om het beperken van de ernst van het gezondheidsprobleem. In dit geval zijn dit de overgangsklachten. Echter moeten ze dan wel op de hoogte zijn van deze voordelen. Per voordeel wist gemiddeld 22,8% hiervan af.

De bekendste voordelen die werden genoemd zijn: *"Het verhoogt de algemene tevredenheid van vrouwen in de overgang"* (67,5%), *"Het verhoogt de algemene stemming van vrouwen in de overgang"* (47,5%) en *"Het vermindert slaapproblemen van vrouwen in de overgang"* (43.8%).

Afgewogen worden ook de voordelen van alternatieven op MHT. De meeste schatten aanpassingen in levensstijl met 93,6% effectief in. Ook worden Fyto-oestrogenen met 79,6% effectief ingeschat. MHT zelf wordt met 89,2% effectief ingeschat. Dit houdt in dat ze dit dus wel effectief inschatten tegen het behandelen van overgangsklachten.

WAARGENOMEN BARRIÈRES: Zie deelvraag "Worden er barrières ervaren in het proces tot behandeling?"

CUE TO ACTION: Uit het onderzoek komt naar voren dat het grootste deel van de vrouwen een behandeling in overweging neemt als de overgangsklachten hen remmen in dagelijkse activiteiten. Dus wanneer ze beperkingen voelen, zullen ze dit als aanleiding hebben om opzoek te gaan naar hulp.

7.2 Conclusie hoofdvraag

Na het beantwoorden van de deelvragen is het nu mogelijk om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden.

"Wat is de attitude van vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud in Zuid-Holland over menopauzale hormoontherapie tijdens de overgang en hoe kan FeM-Poli deze groep informeren om hun kennis te vergroten en positieve attitude te bewerkstelligen?"

De hoofdvraag bestaat uit twee belangrijke componenten om te beantwoorden, namelijk de attitude over MHT-gebruik tijdens de overgang en de manier van informatievoorziening. Het tweede deel van de beantwoording van de hoofdvraag bevat gelijk ook advies.

"Wat is de attitude van vrouwen tussen de 40 en 60 jaar oud in Zuid-Holland over menopauzale hormoontherapie tijdens de overgang?"

Aan de hand van de vragen blijkt dat de mening over MHT verdeeld is, maar wel negatief neigt. De helft vindt de risico's belangrijker dan de voordelen van MHT. Iets minder dan de helft zegt dat MHT meer kwaad doet dan goed. 70% heeft de voorkeur voor een meer natuurlijkere behandeling. Pas als de klachten zwaar genoeg zijn, zullen ze MHT wel aanraden.

Van alle respondenten geeft ongeveer 70% aan kennis te hebben van wat MHT is. Echter laten de antwoorden op de vragen over de voordelen en risico's van MHT zien dat deze kennis mogelijk alleen oppervlakkig aanwezig is. De risico's zijn bekender dan de voordelen en deze risico's zijn daarbij van grote beïnvloeding op het vormen van de attitude.

Bovendien denken veel vrouwen dat de klachten vanzelf over gaan en dat ze geen controle kunnen uitoefenen op de klachten.

"Hoe kan FeM-Poli deze groep informeren om hun kennis te vergroten en positieve attitude te bewerkstelligen?"

Om de groep vrouwen te informeren over MHT is het van belang te kijken waar de vrouwen informatie zoeken en hoe ze deze beoordelen.

Zo zal de doelgroep vooral opzoek gaan naar informatie via websites, de huisarts, hun omgeving en de krant of tijdschriften. Dit zijn allemaal laagdrempelige methodes, maar worden niet allemaal duidelijk en betrouwbaar bevonden. De huisarts wordt wel positief beoordeeld op alle vlakken. De specialist vinden ze ook duidelijk en betrouwbaar, maar zullen minder snel hierop af stappen.

MHT zelf wordt wel als effectief ingeschat, maar de vrouwen zijn te slecht op de hoogte van de daadwerkelijke voordelen en nadelen om tot een weloverwogen besluit te komen. Kennis vergroten is daarom van belang.

De FeM-poli kan de kennis en positieve attitude influenceren door zelf een actieve rol aan te nemen in de informatievoorziening.

9. Advies

Voor de FeM-poli, die in dit geval onder specialist valt, is het laagdrempelig brengen van informatie van belang. Denk aan het verschaffen van informatie op hun website, met behulp van folders of via een (gratis)inloop-vragenuur. Ook kunnen er samenwerkingen worden opgezet met huisartsen voor informatieverbreiding. De huisarts is vaak de eerste met professionele kennis. Deze zorgt voor de eerste noodzakelijke onderzoeken voor andere onderliggende kwalen. Na deze tests kan de huisarts de patiënt doorsturen naar een specialist of zelf voorlichten en mogelijk medicatie voorschrijven. Idealiter zou de NHG hierbij een rol kunnen spelen. Zodat wanneer iemand met klachten van de overgang komt, de huisarts advies inschakelt van iemand die hierin is gespecialiseerd. Dit betekent dat het advies echt op de persoon wordt afgestemd, in plaats van de gebruikelijke tien minuten die bij een huisarts ervoor worden uitgetrokken om naar klachten te luisteren en eventueel lichamelijke testen uit te voeren. Er zijn veel mogelijkheden die kunnen bijdragen aan verlichting van klachten.

Daarnaast is het belangrijk goede voorlichting te geven over de voordelen en de risico's van MHT, gezien deze beide worden meegenomen in het besluit en vrouwen ook zeker nog andere bronnen raadplegen. Deze bronnen kunnen mogelijk nog steeds achterhaalde informatie bevatten. Op dit vlak zijn er zeker nog resultaten te behalen. De risico's zijn bekender dan de voordelen. Ook zou het goed zijn om de latere risico's van onbehandelde klachten duidelijk te benoemen. Door de risico's niet te verbloemen, zal de informatie vollediger en betrouwbaarder worden beschouwd.

10. Aanbeveling implementatie en disseminatieplan

Indien gewenst kan de opdrachtgever ervoor kiezen het advies tot uitvoering te brengen. Hiervoor is dit hoofdstuk een plan uitgeschreven om dit te bereiken.

Gewenste situatie

Naar aanleiding van het onderzoek is gebleken dat er een negatief neigende attitude heerst ten aanzien van MHT. Deze attitude wordt vormgegeven doordat de kennis over negatieve bijwerkingen bekender zijn dan de voordelen. De gewenste situatie zou zijn dat vrouwen in de overgang meer kennis hebben van MHT. Bij zware overgangsklachten kan dan een weloverwogen besluit worden genomen op basis van de voordelen en de risico's. Dit zowel bij specialist als de huisarts.

Doelstelling

Binnen een half jaar hebben vrouwen in de overgang vergrote kennis over MHT. Dit wordt gedaan door de FeM-Poli laagdrempelig informatie te laten verspreiden. Deze informatie moet beide als duidelijk en volledig worden beschouwd. Daarnaast wordt er invloed uitgeoefend op de NHG om in gesprek te gaan over de richtlijn met betrekking tot overgangsklachten waarbij gebruik wordt gemaakt van huidige wetenschappelijke onderzoeken.

Methoden en technieken

Er zijn verschillende methoden om veranderingen door te voeren. In dit geval kunnen er veranderingen plaatsvinden op individueel niveau, organisatie (FeM-Poli) en op regelgevingsniveau. De manier van veranderen is gericht op vrijwillig, intrinsieke en gedragsgerichte methoden. Volgens Groll & Wensing (2012) is bij deze manier van veranderen van belang te focussen op educatieve, faciliterende en zelfregulerende technieken. Ook wel meebewegende verandering genoemd. Er is een stappenplan gebaseerd op het proces van verandering voor zorgverleners (Grol & Grimshaw, 2003). De tabel hiervoor staat in bijlage 5 op bladzijde 70. Bij deze stappen zijn methoden gekoppeld met behulp van het boek Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering en het boek Implementatie (Groll & Wensing, 2012). De veranderingsstrategieën worden daarna per stap toegelicht.

Stap 1: Oriëntatie

In deze stap wordt er gekeken naar de relevantie van de boodschap aan de doelgroep. Er moet worden afgewogen of dat alleen de vrouwen met hevige klachten worden benaderd of iedereen in de doelgroep 40-60 jaar. Daarnaast is het belangrijk in te spelen op de verschillende subgroepen binnen de doelgroep.

subgroepen	trekkers voorlopers	vroege aanvaarders	vroege meerderheid	late meerderheid	achterblijvers
		middengroep			achterblijvers
motivatie om te veranderen	intrinsiek ³ , zien van voordelen	← erbij horen, relatie met anderen →			extrinsiek ⁴ , dwang
strategie	educatieve strategie	← →			overtuigende strategie
effectieve beïnvloeding	gericht op cognitie	← gericht op attitude →			gericht op gedrag

Figuur 3: Benadering subgroepen

De subgroepen in figuur 3 zijn gebaseerd op de Diffusie van innovatie theorie van Rogers (2003). Aan de hand van het onderzoek is gebleken dat de kennis, noch de positieve attitude aanwezig is. Daarom lijkt het dat er qua doelgroep vooral moet worden gericht op de voorlopers en de vroege aanvaarders. De focus ligt hierbij op educatie, cognitie en tot slot attitude (Groll & Wensing, 2012). De rest volgt doormiddel van sociaal leren en overtuiging van de effectiviteit van de behandeling.

Stap 2: Inzicht

Resultaten uit het onderzoek wezen uit dat er een daadwerkelijk tekort aan kennis is. Voordelen maar ook risico's waren slecht bekend. In deze stap is het dan van belang om inzicht te bieden in de behandeling en

welke overige voordelen hier aan vast zitten. Denk hierbij aan verschillende positieve kanten naast het verminderen van klachten. Dit kan door voorlichting uit te voeren. Door buurthuizen, verenigingen, werkgevers, UWV of arbodienst. Belangrijk is dat dit laagdrempelig moet worden aangepakt.

Huisartsen zijn vaak een eerste aanspreekpunt bij overgangsklachten. Een methode zou zijn om een gesprek aan te gaan met het NHG om de richtlijn omtrent overgangsklachten te bespreken.

Om een grote groep te bereiken kan massamedia worden ingezet zoals reclame. Denk bijvoorbeeld in een tijdschrift of tv-serie waar deze doelgroep naar kijkt.

Stap 3: Acceptatie

Voor acceptatie van MHT is het belangrijk dat de informatie die in de vorige stap is aangeleverd, verantwoord wordt door wetenschap. De bringer van deze informatie moet als geloofwaardig wordt beschouwd om de ontvanger van de boodschap aan te spreken. Belangrijk blijft nog dat de voorwaarden om veilig MHT te gebruiken worden toegelicht.

Er kan worden gewerkt met voorbeeldfiguren of bekende (maar wel gerelateerde) personen om media-aandacht te verspreiden.

Dit speelt in op cognitie, attitude en relatie tot anderen, om de verschillende subgroepen aan te spreken die in stap 1 zijn toegelicht.

Stap 4: Verandering

Om vrouwen uiteindelijk aan te sporen tot verandering is het aan de FeM-Poli om dit laagdrempelig te faciliteren en ondersteunen te bieden met keuzes.

Stap 5: Behoud

Behoudt van deze verandering blijft door kennis te blijven delen over actuele onderzoeken omtrent MHT. Ervarings- en succesverhalen onderhouden ook informatie en zorgt voor verbinding.

Blijf deze verspreiding van informatie onderhouden en zorg voor systematisch monitoren van de kennis en attitude om verandering te meten en zo nodig aanpak te veranderen.

Randvoorwaarden

Om tot een geslaagde uitkomst te komen van de interventie zijn er een paar voorwaarden:

- Enthousiasme en inzet door uitvoerders
- Gevoel van noodzaak voor verandering
- Samenwerking met NHG en media aangaan

Kansen/ bevorderende factoren

- Gezondheidsbelang
- Relevant
- Wetenschappelijke onderbouwing
- Actueel
- Groot sociaal netwerk doelgroep
- Doelgroep actief betrekken in ontwikkeling interventie

Risico's/belemmeringen

- Angst bijwerkingen
- Meer nadelen dan voordelen zien
- Onzekerheid en twijfel effectiviteit
- Kennis verouderde informatie
- Taboe werkvloer
- Defensieve attitude
- Richtlijn NHG

Op de risico's moet worden gelet voor de interventie en de verspreiding. Deze punten dus zodanig minimaliseren, en de kansen optimaal benutten. Hierbij kunnen de methoden en technieken uit de vorige stap richtlijn geven.

Tijd, taken en kosten

De uitwerking en uitvoering van het advies is de verantwoordelijkheid van de FeM-Poli. Deze kunnen het laten uitvoeren door eigen personeel of een student dit laten doen in het kader van de competentie voorlichting. Geschatte tijdsduur voor volledig uitvoer van het advies is een half jaar. Kosten zijn afhankelijk aan het budget en wijze van uitvoer door de FeM-Poli.

Monitoren en evalueren

Indicatoren bij de doelgroep zijn kennis en attitude. De FeM-Poli kan zelf evalueren door feedback te vragen op de wijze waarin ze advies geven. Ook de richtlijn van het NHG over de overgang of deze wordt geactualiseerd kan worden gemonitord.

Er kan worden geëvalueerd op procesniveau en effectniveau (Brug, van Assema, & Lechner, 2008). Voor dit laatste is heruitvoering van de huidige vragenlijst nodig om te kijken naar verschil in uitkomsten. Procesevaluatie kan doormiddel van het doorlopen van het implementatieplan en dit vervolgens per stap te evalueren. Eventueel kan aan de hand van verkregen feedback het interventieplan worden aangepast (Groll & Wensing, 2012).

11. Discussie

In de discussie worden de limitaties aangegeven van het onderzoek. Achteraf kan er beter worden gekeken naar de keuzes die zijn gemaakt. Zo wordt er duidelijk welke mogelijke gevolgen keuzes hebben gehad op de uitkomsten en of alles mogelijk was binnen de tijdslimiet. Aan de hand van de beperkingen en nieuwe gegevens kan er gekeken worden naar vervolgmogelijkheden.

Populatie

Om verdere overschrijding van de tijd te voorkomen is er gekozen om bij 85 respondenten verder te gaan met het onderzoek. Andere mogelijkheden waren om de gegevens van andere die buiten de exclusiecriteria vielen ook mee te nemen. Dan waren er wel meer aantallen geweest, maar zouden de uitkomsten mogelijk anders zijn uitpakkt. Nu kan er wel een uitspraak worden gedaan over de beoogde doelgroep.

Vragenlijst

De vragenlijst is uiteindelijk door maar 2 vrouwenverenigingen die wilden/konden verspreid door het in hun nieuwsbrief te zetten. Andere gaven antwoord dat hun vereniging vooral 60+ was en daarmee niet geschikt was voor het onderzoek. Hierdoor is uiteindelijk de verspreiding voornamelijk via verschillende facebookgroepen en gezondheidswebsites (niewsbrief en/of op hoofdpagina) gegaan.

De vragenlijst was lang, hierdoor was er ook een hoge non-respons en werden veel vragenlijsten niet afgemaakt. Ook kan dit worden verklaard door de zogenaamde onderzoeksmoeheid, door de vele vragenlijsten die er overal worden afgenomen.

Nog een optie is doordat deze online werd afgenomen. Hierdoor konden respondenten zonder gevolgen de vragenlijst afbreken. De enkele fysieke vragenlijsten die zijn afgenomen, zijn allemaal wel geheel ingevuld.

Een mogelijke verbetering was een toevoeging van n.v.t. bij sommige vragen waarbij kennis nodig was wel goed geweest. Nu werden sommige vragen ingevuld waarbij de vrouwen eigenlijk geen kennis hadden.

Data

De vervuilde data is veelal beoordeeld of deze beter weggelaten kon worden of een kanttekening kon bij worden geplaatst. Hierdoor is 1 vraag komen te vervallen.

De resultaten van het onderdeel attitude overgang kunnen met een korrel zout worden genomen. Dit komt doordat de Cronbach's α van deze groep vragen vrij laag is. Dit houdt in dat de vragen mogelijk onderling slecht samenhangen. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid. De Cronbach's α is echter zelf ook niet de meest betrouwbare methode, maar geeft slechts een indicatie. Deze zou meer samenhangen met de breedte en het aantal items in de schaal. Gezien de schaal vrij uiteenlopende waardes meet, zou dit verklaren waarom deze waarde laag is.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

Na de uitvoering van de implementatie kan er een effectiviteitsonderzoek worden gedaan. Met voorkeur met dezelfde vragenlijst die voor dit onderzoek is verricht. Hierdoor worden dezelfde variabelen gemeten en kunnen deze worden vergeleken.

Bibliografie

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ameys, L., Antoine, C., Paesmans, M., de Azambuja, E., & Rozenberg, S. (2014). Menopausal hormone therapy use in 17 European countries during the last decade. *Maturitas* 79, 287–291.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., van der Hulst, M., Julsing, M., Fisher, T., Vianen, R., & den Goede, M. (2012). *Basisboek methoden en technieken*. Noordhoff uitgevers: Groningen/Houten.
- Baarda, B., De Goede M. P. M. & Van Dijkum, C. J. (2007). *Basisboek Statistiek met SPSS*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., De Goede, M. P. M. & Kalmijn, M. (2007). *Basisboek enquêteren*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bouma, J., De Jong, M., De Laat, E., Eekhof, H., Engel, H., Groeneveld, F., De Vries, C. (2012). *Standaard de overgang*. Opgehaald van Nederlands Huisartsen Genootschap: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-de-overgang#Medicamenteuzebehandeling>
- Bouma, J., De Jonge, M., De Laat, E., Eekhof, H., Engel, H., Groeneveld, F., & Stevens, N. (2012). *NHG-Standaard De overgang*. Opgehaald van Nederlands Huisartsen Genootschap: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-de-overgang#Medicamenteuzebehandeling>
- Brinkman, J. (2009). *Cijfers spreken*. Groningen: Noordhoff Uitgevers
- Brockie, J. (2008). Alternative approaches to the menopause. *Practice Nursing*, 172–176.
- Brug, J., van Assema, P., & Lechner, L. (2008). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Buhling, K., Daniels, B., Studnitz, F., Eulenburg, C., & Mueck, A. (2013). Attitude of German women towards hormone therapy. *Gynecological Endocrinology*, 460–464.
- Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. (2015, Februari 15). *Menopausal hormone use and ovarian cancer risk*. Opgehaald van The Lancet: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61687-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61687-1/abstract)
- de Bruin, J., Bovenhuis, H., van Noord, P., Pearson, P., Arendonk, J., te Velde, E., Dorland, M. (2001). The role of genetic factors in age at natural menopause. *Human Reproduction*, 2014–2018.
- de Joode, S., & Witterholt, Y. (2014, November 5). *PlusOnderzoek: In de overgang*. Opgehaald van PlusOnline: <http://www.plusonline.nl/overgang/plusonderzoek-in-de-overgang>
- de Vooght, M., & Dettmers, E. (2006, Juli). *Hormoontherapie van klachten in het climaterium en de postmenopauze*. Opgehaald van Pharmaselecta: <http://www.pharmaselecta.nl/index.php/hoofdartikelen/2006/40-24>
- Feldman, R. S. (2011). *Ontwikkelingspsychologie II*. Amsterdam: Pearson Education.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.
- Genazzani, A., Schneider, H., Panay, N., & Nijland, E. (2006). The European Menopause Survey 2005: Women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. *Gynecological Endocrinology*, 369–375.

- Greene, J. (1976). A factor analytic study of climacteric symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, pp. 425-430.
- Grit, R. (2011). *Project management*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Harrison, J., Mullen, P., & Green, L. (1992). A metaanalysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health education research*, 107-116.
- Horn, J. (1982). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. New York: Plenum.
- Janz, N., & Becker, H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health education quarterly*, 1-47.
- Knoers, A. (2004). *Ontwikkelingspsychologie*. Assen: Van Gorcum.
- Perloff, R. (2010). The dynamics of persuasion, communication and attitudes in the 21st century. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pinas, I. (2015, Januari 27). Intakegesprek. (J. de Graag, Interviewer)
- Prochaska, J., Diclemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rögels, N. (2007). *Levenslooppyschologie*. Soest: Nelissen.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. The Free Press. New York.
- Rossouw, J.E., Anderson, G.L., Prentice, R., LaCorix, A. Z., Kooperberg, C., Hutchinson, F., ... Ockene, J. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women; principal results from the women's initiative randomized controlled trial. *American medical association*, 17, 321-333.
- Schierbeck, L., Rejnmark, L., Tofteng, C., Stilgren, L., Eiken, P., Mosekilde, L., Jensen, J. (2012). Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women. *The BMJ*, 345.
- The North American Menopause Society. (2015, juli). *News You Can Use About Hormone Therapy*. Opgehaald van The North American Menopause Society: <http://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/news-you-can-use-about-hormone-therapy>
- Tieleman, M. (2015). *Levensfasen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Weinstein, N., & Sandman, P. (2002). *The Precaution Adoption Process Model*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Yanikkerem, E., Oruc Koltan, S., Goker Tamary, A., & Dikayak, S. (2012). Attitude towards menopause and quality of life. *Climateric*, 552-562.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewvragen

Doelgroep 40-60

Naam:

Leeftijd:

Werk:

Woonplaats:

Relatiestatus:

- Wat weet u van de overgang?
- Met wie praat u het over de overgang?
- Hoe was de overgang voor uw moeder?
- Wat heeft u hiervan geleerd?
- Door wie wordt u geholpen tijdens de overgang?
- Hoe wordt u geholpen tijdens de overgang?
- Hoe ervaart u deze hulp?
- Heeft u contact opgenomen met uw huisarts?
- Zo ja, hoe heeft u deze hulpervaring ervaren?
- Hoe groot is de invloed van uw huisarts bij de overgang?
- Welke belemmeringen brengt de overgang met zich mee in uw privéleven?
- Welke belemmeringen brengt de overgang met zich mee in uw zakenleven?
- In hoeverre voelt u zich ondersteund door uw zorgverzekeraar?
- Hoe kunnen vrouwen beter geïnformeerd worden over de overgang?
- Wat weet u van hormoontherapie (voordelen/nadelen)?
- Hoe komt u aan deze informatie?
- Wat is uw mening over hormoontherapie?
- Gebruikt u of bent u bereid hormoontherapie te gebruiken?
- Zo ja, wat heeft u doen besluiten om hormoontherapie te gebruiken?
- Zo nee, wat heeft u doen besluiten om geen hormoontherapie te gebruiken?
- Hoe kunnen vrouwen beter geïnformeerd worden over hormoontherapie?
- Via welk medium kunnen vrouwen van uit uw leeftijdsgroep het best bereikt worden?

Doelgroep 20-35

Naam:

Leeftijd:

Opleidingsniveau:

Werk:

Woonplaats:

Relatiestatus:

- Wat weet u van de overgang?
- Wie in uw directe omgeving zit in de overgang of is in de overgang geweest?
- Met wie praat u het over de overgang?
- Hoe was/is de overgang voor uw moeder?
- Wat heeft u hiervan geleerd?
- Hoe kunnen vrouwen beter geïnformeerd worden over de overgang?
- Wat weet u van hormoontherapie (voordelen/nadelen)?

- Hoe komt u aan deze informatie?
- Wat is uw mening over hormoontherapie?
- Hoe kunnen vrouwen beter geïnformeerd worden over hormoontherapie?
- Via welk medium kunnen vrouwen van uit uw leeftijdsgroep het best bereikt worden?

Hulpverlening

Naam:

Leeftijd:

Beroep:

- Wat weet u van hormoontherapie?
- Hoe komt hormoontherapie terug in uw beroep?
- Wat is uw mening ten aanzien van hormoontherapie (voordelen/nadelen)?
- Hoe bent u tot deze mening gekomen?
- Hoe komt u aan informatie over hormoontherapie?
- Hoe komt deze mening terug in uw hulpverlening richting de vrouwen?
- Zit er een verschil in advies tussen lichte klachten en ernstige klachten?
- Op basis waarvan schat u de ernst van de klachten in?
- Hoe groot is de invloed van de directe omgeving van de vrouwen in het wel of niet opvolgen van advies?
- Wat is de invloed van de zorgverzekeraar op het advies m.b.t. hormoontherapie?

Bijlage 2: Transcript interviews

Transcript Patricia

Vragen en opmerkingen door L. en mij staan normaalgedrukt, Antwoorden door Patricia staan *cursief*.

Dit is een interview over de overgang en hoe je denkt over hormoontherapie. Dit gesprek wordt opgenomen en er zal verslag van worden gedaan en dat zal door docenten ingezien worden en de opdrachtgever en verder is dit vertrouwelijk.

Wees vooral vrij in je mening.

Oké

Dan beginnen we algemeen. Wat weet je over de overgang?

Dat het strontvervelend is.

Oké

Dat is het enige wat ik weet. Zover ik weet is dat het opvliegend kan zijn.

Tenminste qua temperaturen. Dat je het opeens koud kan hebben en warm kan hebben. En dat je ook wel chagrijnig kan reageren. En voor de rest zou ik het eigenlijk helemaal niet weten.

En zit je moeder in de overgang?

Ja volgens mij heeft ze het grootste deel al gehad

Heeft ze het met jou erover gehad?

Nee, dan zie ik het vanzelf wel. Als ze rood wordt en steeds meer kleren uitgaan, dan whoehoe. Dat ze dan weer zo'n dag heeft en voor de rest weet ik dat het niet echt prettig is.

Ze heeft het met jou er wel overgehad verder.

Ja, nee niet echt. Volgens mij is het per vrouw wel heel erg verschillend.

Heb je het met andere mensen weleens over de overgang?

Ze zeggen meestal wel. Je komt er vanzelf wel achter. Tegen die tijd.

Weet je dan behalve de opvliegers dan, hoe het verder voor haar is geweest?

Ze vond het niet altijd even leuk.

Aangezien je zelf niet zoveel van de overgang hebt meegekregen. Hoe kunnen mensen van jouw leeftijd daar beter over worden geïnformeerd?

Ik denk moeders en vaders de kinderen wel een beetje kunnen informeren hoe het is en hoe het voelt. En voor de rest kun je veel op internet zoeken.

Denk je dat het belangrijk is om op deze leeftijd al geïnformeerd te worden over de overgang?

Ben je gek. Nee, hoor dat is onzin dat zien we wel tegen die tijd.

Heb je ook weleens gehoord van hormoontherapie? Behalve van mij

Nee

Hormoontherapie is eigenlijk, heb je als vrouw je hormoonhuishouding en op moment dat je de overgang ingaat dan gaat dat schommelen en neemt dat steeds meer af en daar komen ook die symptomen van zoals opvliegers en sommige vrouwen hebben een depressie, zweten en dat verschilt van vrouw tot vrouw. En hormoon therapie is eigenlijk wanneer je de overgang ingaat of dat je klachten krijgt. Dat je dan hormonen toegediend krijgt en die je eigenlijk gedurende je leven al hebt maar die op moment wegvallen dat je wat stabielere de overgang doorkomt.

Oké, weer wat geleerd.

Op moment zijn er verschillende signalen. De ene bond zegt hormoontherapie is moet je niet doen, daar krijg je kanker van. De andere zegt hormoon therapie moet je wel doen want daar krijg je geen kanker van. Op latere leeftijd minder kans op hart en vaatziekten.

En als je dat soort informatie hoort. Denk je dan dat het belangrijk is voor mensen om hier meer informatie over te krijgen? Zoals wat hormoontherapie is? Dat lijkt me wel zo handig. Dat denk ik dan wel dat je goed moet worden geïnformeerd over van alles en nog wat. De ene zegt dit de ander zegt dat. Waar is uit gebleken dat iets wel zo is, of niet zo is.

Je zegt wel informeren, maar dan wel volledige informatie? En hoe denk je dan dat mensen uit verschillende leeftijdsgroepen erover denken? Want je geeft zelf aan, nog niet zoveel te weten over de overgang. Wij zien het als doel van ons onderzoek om juist mensen te bereiken. Want jij zegt; ik ben 28 en ik weet eigenlijk nog niet iets van de overgang. En wij gaan natuurlijk mensen van jouw leeftijd een beetje bewust maken van de overgang. Zodat wanneer het zover is dat ze dan daar al wel kennis van hebben. Hoe denk je dat we mensen van jouw leeftijdsgroep het beste kunnen bereiken met die boodschap?

Niet van zulke lastige vragen, joh.

Op het moment dat jij ergens last van hebt, hoe ga je dan kijken van wat het zou kunnen zijn en wat je er mee kunt doen? Ga je naar het internet, ga je naar vriendinnen?

Nee, dan denk ik dan toch dat je naar een huisarts gaat. Die heeft er dan wel het meeste verstand van. Die er ook voor geleerd hebben. Dus ik denk dat dan ook wel een stap is. Voor de rest moet je bij elke vrouw wel navragen hoe en wat. Hoe zij het ervaren en er last van hebben en hoe hun het hebben opgelost.

Dus je zou eerder bij vriendinnen en moeders vragen

Ja

En huisartsen zijn het niet zo eens met hormoontherapie en die gaan homeopathische middelen voorschrijven. Op het moment dat de huisarts dat zou doen en je hebt bijvoorbeeld wel veel last van. Wat zou je dan doen?

Dan zou ik denk ik aan mensen navragen die wel homeopathische middelen hebben gehad. En wat hun ervaringen ervan zijn. En als hun dan wel goede ervaringen hebben dan zal ik het ook wel proberen. Maar als ze slechte ervaringen hebben dan zal ik toch iets zwaarder willen hebben.

Laatste moeilijke vraag. Stel je zit zelf in de overgang, en je hoort van hormoontherapie.

Wat zou jou doen besluiten het wel te doen, en wat zou je doen besluiten het niet te doen? Welke overwegingen zou je dan maken?

Dat is een hele goede. Zou ik eigenlijk helemaal niet weten. Misschien moet ik me dan daar meer in moeten verdiepen.

En als je het bijvoorbeeld meer bij je trekt. Je hebt bijvoorbeeld last van depressie en je huisarts zegt er is iets en dat zijn bijvoorbeeld hormonen of een andere behandeling die jou eruit kan halen. Wat gaat dan door je hoofd. Wat maakt dat dan dat jij besluit dat wel of niet te doen?

Ik heb nog nooit een depressie meegemaakt.

Evenals voorbeeld

Dan ga ik dan toch proberen erover heen te komen. Door een medicijn of iets.

Dus je zou niet zozeer verder kijken maar je zou zeggen als de huisarts dit en dit zegt dan zou je daarvoor gaan.

Ja, ik neem aan dat een huisarts er wel verstand van heeft. Of je moet zo'n rot huisarts hebben zoals ik.

Heb je zelf nog vragen over wat wij net hebben gezegd?

Nee eigenlijk niet. Ga dadelijk weleens op internet kijken.

Dankjewel. Dat was 'm.

Transcript Annelien

Vragen en opmerkingen door onderzoekers staan normaalgedrukt, Antwoorden door Annelien staan *cursief*.

Dit is het interview met Annelien en we gaan wat vragen stellen over de overgang en over hormoontherapie. Wat er allemaal gezegd wordt zal ook allemaal binnen deze groep blijven. Er zal wel tekst van worden gemaakt en dat komen docenten onder ogen te zien, maar voor de rest is het vertrouwelijk.

Heb je vragen?

Is de hormoontherapie zuiver gericht op de overgang?

Ja

Oké

Wat weet je over de overgang?

Nou ja, ik ben daar heel makkelijk in. Ik heb opvliegers, de wisselende stemmingen. Wat iedereen heeft, heb ik maar een klein beetje gehad. En ik denk ook dat ik er aardig doorheen ben.

Vanaf welke leeftijd ging je erin?

Denk toen ik een jaar of 48 was. En toen ik 50 was kreeg ik trombose en toen mocht ik niet meer ongesteld worden en kreeg ik spiraaltje Mirena-spiraal. Die bleek erg goed te werken tegen allerlei factoren die bij de overgang horen. Dus ik ben er eigenlijk makkelijk doorheen gegaan.

Heb je het met anderen over de overgang?

Ja, met mijn vriendinnen en we zitten allemaal in dezelfde leeftijdsgroep. Wij zijn met een club van 6 en er is er 1 die het heel erg heeft. En die heeft er ook medicijnen voor. De andere zitten dan af en toe met een rood hoofd maar ja dat heb ik zelf niet.

Weet u toevallig ook wat voor medicijn uw vriendin slikt?

Nee weet ik niet echt. Ze is onder behandeling van de dokter.

Weet u of ze ook bij een gynaecoloog is geweest?

Volgens mij wel

Maar je weet verder niet wat daar is besproken?

Nee eigenlijk niet. Ze is er zo ziek van en depressief. Ze is sowieso wel een persoon die snel depressief is en dit trok haar helemaal naar beneden. Volgens mij zelfs onder behandeling van de psychiater. En sinds ze nu medicijnen slikt gaat het een stuk beter.

En weet u welke medicijnen dat zijn?

Nee weet ik niet.

Voordat je in de overgang kwam. Wie gaf u de meeste informatie over de overgang?

Ik denk mijn moeder met der rode hoofd. De een heeft pleisters en ik praat er weleens over als ik met de hond loop. Die mensen waren met pilletjes bezig, zoals visolie tabletten en dat soort dingen.

Homeopathisch??

Ja

Van wie kreeg je de meeste informatie vandaan?

Van diegene waarmee ik altijd met de hond loop. Die vertelde dan over die visolie en dat ze het 's avonds ook zo warm had. Die had het wel 10 keer erger dan ik.

Dus het is meer van horen zeggen?

Niet van een dokter. Ben wel tussendoor eens geprikt of dat ik in de overgang zat. Dat was omdat ik de Mirena spiraal had en toen bleek dat ik er middenin zat.

Ik had er geen last van en dat was puur voor de gynaecoloog om te kijken hoever ik was. En op mijn 55^e is de spiraal eruit gegaan en had ik nergens last van.

Ik zei toen tegen de dokter is dat geen middel om mensen te helpen? Maar dat deden ze niet. Zal wel te duur zijn.

Weet je nog wat ze er precies van zeiden?

Dat het niet gebruikelijk was om dat te doen.

Je weet niet meer waarom?

Nee, daar gaf ze geen reden voor. Ik heb het wel gevraagd maar ze gaf er geen duidelijk antwoord op.

Oké, maar het heeft geholpen

Ja bij mij wel, Maar misschien niet bij iedereen. Dat kan natuurlijk ook.

Hoe werd geholpen tijdens de overgang? Je had het er net al over de huisarts.

Klopt maar dat komt omdat ik natuurlijk die trombose had. Ik ben toen bijna leeggebloed. Doordat ik van zulke pilletjes moest slikken om het bloed dun te houden. En ik was toen nog ongesteld. En ging fout en toen hebben ze operatief een spiraal ingezet want er kwam een vleesboom en daar kon hij niet langs.

Door het stoppen met de pil. Die vleesboom was toen 14 cm en die is vanzelf verdwenen in 2 jaar. Dus dat zal toch wel iets met hormonen te maken hebben met die spiraal.

Dus je kwam ondertussen wel bij de huisarts voor de andere reden.

Ja, ik had een hele fijne huisart. Had niet uitgemaakt wat ik had gevraagd, daar had hij wel antwoord op gegeven.

En welke belemmeringen heb je meegekregen van de overgang?

Ik werd 's nachts vaak wakker doordat ik het zo warm had. Dus denk belemmering in mijn slaap ofzo.

Je maakte minder goede nachten

Korte uurtjes slapen en dan even wakker om af te koelen. Ook echt het raam open tijdens het slapen en dan nog vaak de dekens van mij af. Dan op een gegevens moment kreeg ik het koud en kon ik verder slapen

En wat had dat voor invloed op je privéleven?

Nou niets

Ik ken je slaappatroon

Nou ik heb niet zo heel veel slaap nodig.

Dus je hebt er ook in je werk geen last van?

Nee

En je zegt dat je ook vriendinnen hebt die in de overgang zitten. Kun je daar wat van vertellen. Over hoe eventueel belemmeringen ervaren?

Ja, die puffen en die hijgen dat ze het warm hebben en dat vinden ze heel vervelend. Want de een krijgt een rode kop en de ander gaat liggen zweten als een gek en die moet zich 2 keer op een dag verschonen omdat het shirtje helemaal is doorgezweet. Ja dat zijn wel belemmeringen. Dat heb ik dus zelf niet ervaren, maar dat hoor ik wel van hun.

Denk je bijvoorbeeld dat de informatie over de overgang kan worden verbeterd?

Of denk je dat de informatie van je moeder wel genoeg was?

Ik denk wel dat als je in een vriendinnengroep zit. Dat je de eerste bent. Dat het dan nieuw is en dat je dan niet weet of het erbij hoort ja of nee. En nu je wat verder bent dan heb je het van oh heb jij het ook? Ik denk wel dat er meer informatie over mag komen. Ik zou niet weten hoe maar ik denk dat als je daar op een schoolleeftijd mee begint dat die kinderen daar helemaal niet vatbaar voor zijn. Misschien een website ofzo. Misschien is dat er al wel. Dat weet ik niet. Dat betekent dus wel dat de vrouw al opzoekt gaat naar deze informatie?

Ja, je komt toch wel bij de huisarts voor de pil, dus die zou je ook weleens een folder kunnen meegeven.

Dus de belangrijkste informatiebron zou dan de huisarts zijn?

Ja denk ik wel. Joh, je bent nu 45, of 40. Over een aantal jaren begint dat. Lees het eens door en dan kun je ook zien wat de mogelijkheden zijn. Die bepaalde dingen afremmen.

Nou dan gaan we nu over op de hormoontherapie. Wat weet je van hormoontherapie?

Niet zo veel. Ik weet alleen van hormoontherapie toen ik zwanger wilde worden. Niet van de overgang.

En hebben je vriendinnen het weleens over hormoontherapie gehad? Of maakt niemand er gebruik van?

Nee, ik wist niet dat het er was. Dus dat hoor ik nu voor het eerst. Als je er nooit mee te maken hebt, dan hoor je dat ook niet.

Ja, daarvoor gaan wij dat onderzoek doen. Dus je hebt verder geen mening over hormoontherapie?

Wat houdt dat in dan?

-uitleg hormoontherapie-

Oh oké. Maar mijn huisarts zei dus. Als je 50 bent moet je stoppen met de pil. Ik zou dus in april stoppen en in februari gingen we op vakantie naar Italië en lang in de auto. En toen kreeg ik trombose als gevolg van de pil. Toen ben ik acuut gestopt.

En als je dat nou zo hoort over wat hormoontherapie is, denk je dan dat vrouwen daar meer geïnformeerd over moeten worden?

Wel op moment dat ze met klachten bij de huisarts komen. Je hebt klachten en je weet niet zo je het moet oplossen. Je wordt tegenwoordig toch vaak snel naar huis gestuurd. Ga eerst zelf maar even kijken bij de drogist. Als je dat hebt geprobeerd, kom dan met een folder erover.

Via welk medium word jij het liefst ingelicht? Je zei al de huisarts, een foldertje.

Via wat voor soort andere media wordt je graag ook ingelicht over zaken zoals gezondheid?

Met elkaar praten en als je iets wilt hebben dan zoek je het op internet.

En doe je dat ook weleens?

Ja

En waar ik nog benieuwd naar was; Hormoontherapie staat nogal in een negatief daglicht door kranten enzo en dat komt doordat er 1 extra persoon op de duizend kans heeft op eierstokkanker. Maar de positieve kans is dat het op latere leeftijd ook een verlaagde kans geeft op hart en vaatziekten. Als je dit zou lezen, zou dit jou dan beïnvloeden? Het heeft negatief en positief nieuws.

Ja, ik denk dat je daar dan even goed over nadenkt. Als jij in je familie dus veel mensen hebt met kanker, dat je er dan eerder afwijzend op zal zijn dan als het in je familie bijna niet voorkomt. Dan denk ik toch wel dat je een risico, nou het is wel een hele klein risico, dat je het dan wel of niet aandurft.

Bij informatieoverdracht zal het dan wel om alle cijfers moeten gaan.

Ja, wel alles erin zetten, dat vind ik wel.

Heb je nog verder vragen?

Hormoontherapie moet je daarvan tevoren mee beginnen of op moment dat het fout gaat?

Je kan gewoon in overleg met je gynaecoloog mee doorgaan Maar vooral nu omdat er zo'n negatieve mening tegenover hebben wordt het echt ingezet in de zwaarste gevallen. Voor de vrouwen die bij de huisarts lopen. De huisarts zal je niet zo snel hormoontherapie geven, en op moment dat je huisarts je alleen

maar homeopathische middelen blijft voorschrijven moet je toch terecht bij een gynaecoloog die zegt laten we dan toch hormoontherapie gebruiken. Terwijl het echt wel voordelen heeft.

Wat nu nog is, is dat het meeste via de huisarts gaat. En de huisartsen geloven, ik wil het niet zwart-wit zeggen, maar er zijn veel huisartsen die het liever niet doen.

Zijn ook meestal kerels, he.

En je zit natuurlijk met de zorgverzekeraar. Wat wordt wel vergoed/ wat wordt niet vergoed? Hoeveel geld is er mee te verdienen?

Annelien, heb jij nog vragen?

Nee hoor.

Okay, dankjewel. Dan sluiten we het hierbij af.

Transcript Mevrouw Ledeboer.

Vragen en opmerkingen door L. en mij staan normaalgedrukt, Antwoorden door Janny Ledeboer staan *cursief*.

-Inleiding met verantwoording en uiteindelijke documentatie-

We beginnen groot; Wat weet u van hormoontherapie?

Ik denk heel veel. Ik adviseer het ook wel aan de mensen. Aan jonge vrouwen in de overgang van 40. Die moeten gewoon aan de hormonen ook al willen ze niet. Ik leg wel uit aan hun dat ze gewoon snel verouderen als ze dat niet doen. En ik ga hen ook wijzen op de risico's van hart en vaatziekten en van osteoporose. Nu is hart- en vaatziekten toch de laatste tijd een topic. En dat is eigenlijk vind ik persoonlijk meer belang dat ze hormonen gaan slikken dan de osteoporose.

Ja

De osteoporose is uiteraard, ik heb de getallen niet helemaal in mijn hoofd, een aantal jaar geleden een consensus over bereikt dat het geen indicatie is om hormonen voor te schrijven. Dat je ze minstens 5 jaar moet slikken. Nou iemand van 40-38 jaar kan rustig tot z'n 50^{ste} hormonen blijven slikken zonder dat er iets gebeurt. Daar zijn ze bang voor, maar het mag wel.

Maar dit is dus echt voor de overgang?

Nee, voor de vrouwen die vroeg in de overgang. Gister had ik er nog eentje in de praktijk; Ja de huisarts wilt me op hormonen zetten, maar dat wil ik helemaal niet. Er zijn toch wel alternatieven? Maar ik heb alles al geprobeerd.

Homeopathisch?

Ja, en fytotherapie. Ik ben ook orthomoleculair opgeleid en ik moet zeggen en met orthomoleculaire therapie kom ik ook heel ver. En ook met leefstijl verandering.

En wat is dat precies?

Orthomoleculair is vanuit de vitaminen en mineralen. In 2005 heb ik de laatste hbo-opleiding gedaan, orthomoleculaire geneeskunde. Ik kwam zo uit de reguliere gezondheidszorg, ben hoofd geweest verloskunde ook nog eens.

Daarna ben ik op personeelszaken gekomen en ben ik staffunctionaris geworden. In 2000 ben ik begonnen met mijn opleiding overgangsconsulente, omdat ik mijn baan verloren ben en ik vond toen op een gegeven moment dat ik heel veel van die reguliere geneeskunde en we hadden ook wel een stuk complementaire geneeskunde gehad, maar ik vond dat ik daar te weinig mee uit de voeten kon en toen ben ik ook verder gegaan. En ik moet zeggen dat vrouwen die hier komen, die dan bellen; ja, mijn dokter wil me op hormonen zetten. Die willen dan toch vaak iets anders. Die zijn gewoon huiverig voor hormonen.

En hoe komt dat?

Ja, De negatieve publiciteit die vanaf 2006 is geweest. Borstkanker, het staat ook overal en in de bijsluiters en de huisartsen zijn ook heel terughoudend. Ik heb nu een mevrouw die heeft echt een jaar van alles geprobeerd. Ze reageert gewoon niet op fyto-oestrogenen zoals rode klaver, soja en wat dan ook. Zij mag best nog wel even op de hormonen, een paar jaar. Nou oké, ze gaat naar de huisarts. Nee hoor, niets daarvan. Ze krijgt Clonidine. Dat is een bloeddrukverlagend middel. Kan ook helpen tegen zweetpartijen. Nou ik zeg ga terug en anders moet je maar even bellen en toevallig toen ze mij schreef belde de huisarts hoe het ging. En toen heeft ze min of meer de Femoston afgedwongen en ze heeft ze gekregen voor een half jaar.

En dat is lang genoeg?

Nee, ik vind als zij zo'n erge klachten heeft, dan zou ik zeggen 2-3 jaar en misschien nog wel langer. Dus ik zei, wees nou blij. Ik kan de huisarts ook een brief schrijven. Je mag best nog die hormonen slikken voor een aantal jaar. En dan gaan we kijken na een jaar hoe je dan reageert. Dan heb je tenminste even een rustig jaar. En hoe eerder je begint na je laatste menstruatie met je hormonen hoe beter dat is

Maar raad u dat ook aan voor alle vrouwen?

Nee, dat raad ik zeker niet aan dan helpt ik mijn eigen praktijk om zeep
Dan gaan ze allemaal naar de gynaecoloog of na de huisarts. En naar de menopauze poli.

Nee er zijn voldoende alternatieven, die ook goed werken. Voor de ene werkt wel en de ander niet. En ik heb ook zoets als vrouwen er echt zo bang voor zijn moet je iets anders gaan proberen. En het is vooral de uitleg, de leefstijl ook, waardoor ze zich vooral prettiger gaan voelen

Dus voor die vrouwen zal het vooral een laatste redmiddel zijn?

Ja en ik laat altijd de keuze bij hunzelf, maar als het echt noodzakelijk is dring ik er wel op aan. Ik had laatst een vrouw van 42 die had al 3 jaar niet gemenstrueerd. En af en toe had ze nog wel een menstruatie. En de huisarts zei je moet hormonen gaan slikken en ik zei dat ook. En toen werd ze heel erg boos. En toen is ze weggelopen

En weet u ook waarom?

Nee ze zei; ik wil dat niet. En heb je ook een reden waarom je dit niet wil? Want je lichaam verouderd wat sneller en de kans op hart en vaatziekten is toch zeker aanwezig in deze periode en je hebt ook een stressvolle baan. Nou ik had al 3 keer gezegd en toen zei ze; Hier kom ik niet voor. En oké, dan niet dan denk ik . Ik moet dit toch echt vertellen aan je, want je hebt dit echt nodig. En toch kan je op een alternatief. Ja dat zal me een zorg zijn zegt ze wat er later gebeurt. Ik wil nu geen hormonen. Terwijl dat bij uitstek iemand is waarvan ik zeg ga naar de huisarts en ga even op de veniston, maar goed als ze niet willen dan willen ze niet hoor. Ze zei niet waarom ze bang was. Ik zei waarom ben je bang voor? Baarmoederhalskanker, borstkanker? Nee doe ik niet. En dan houdt het natuurlijk op. Als ze niet verder willen praten.

Je kan ze sowieso niet dwingen

Nee precies. Alles is vrije wil. Ik overleg met hun wat zij willen. En ik zeg ook altijd; Ze komen hier och als ze de hele drogist hebben leeggekocht. En er helpt niks. Ja dat klopt zeg ik. Je moet weten hoe je het pilletje moet slikken en de begeleiding. Je leefstijl en je voedingspatroon. Dus als vrouwen achter het beeldscherm zitten tot 1 of 2 uur nachts dan slapen ze niet. Dat komt niet door de opvliegers, maar dat komt door dat licht. En het moe zijn. Ik heb nu een echtpaar, ik ken hem. Hij belde voor zijn vrouw. Ja maar ze moet zelf bellen zei ik. Ja ze weet dat ik bel zei hij. Dat is soms wel makkelijk. Oké goed zei ik. Hij

kwam ook mee. Die vrouw werkt tot 's avonds 10 uur. En die zegt ik werk en ik eet en ga dan naar bed. En die slaapt niet. Dat vind ik niet zo gek zeg ik. Ik zeg tot 8 uur 's avonds of tot aan het eten en dan niet meer werken. Ja maar zegt ze. Ik zeg nee tot 8 uur 's avonds en dan ga je een boek lezen of op de bank hangen of tv kijken voor mijn part. Krant lezen.

Ontspanning.

Je moet echt wat rust vinden. Ze zegt dat had ze haar hele leven nog niet gedaan. Maar goed. Ik denkt ook dat er bij haar wat meer achter zit. Ze was in het buitenland een hele vooraanstaande vrouw. Waar ze allemaal congressen regelde en toesprak en hier komt ze niet aan het werk. Ze spreekt geen Nederlands.

Dat is dan al een hele stressvolle situatie.

Dat is zo. Dan krijgt die overgang dan wel de schuld. Maar het is ook nog eens tukje omliggende factoren. Ze is nu 1 keer geweest. Dus de 2^e keer zal ik daarop insteken en daar het gesprek ook meer ingaan. Want ze voelt zich niks meer. En dat is natuurlijk het ook, de eigenwaarde is weg

Wat ik mij vooral afvraag, omdat hormoontherapie natuurlijk een laatste redmiddel is. En dat u maakt zo die inschatting. Hoe erg zouden de klachten moeten zijn om tot zo'n advies te komen. In welke maten voelen die vrouwen de belemmering van de overgang?

Ja weetje het is natuurlijk een hele persoonlijke beleving. Je hebt een scorelijst van hormoon therapie. De een die zegt dat bij 3. Deze vrouw die ik gister hebt gehad. Die zegt ook opvliegers geef ik een 3. Ze zegt ik kan wel leven met die opvliegers. Dat geestelijke stuk daar zit ik gewoon mee. Dan speel ik daarop in. Ik zeg ook goed dan gaan we daarnaar kijken. Want als jij kan leven met die opvliegers. En ik heb haar ook aangeraden om na een opvliegers een glas koud water te drinken. Zodat ze genoeg vocht heeft om te zweten zeg ik dan maar. En 's nachts moet ze er ook wel uit maar ze gebruikt ook plastabletten. Dus ze heeft hypopotentie. Ze heeft ook een BMI van 37, iets te dik. Dus vandaar. Ze komen hier eigenlijk allemaal als ze zeker bij de huisarts zijn geweest dat ze geen hormonen willen. En ik krijg er wel een aantal toch hoor terug naar de huisarts voor die hormonen. En dat is natuurlijk goed. Maar ik vind de maat als het leven niet meer leefbaar is en dat is bij iedereen natuurlijk verschillend. Maar als een jongen vrouw voor mij zit van 42 43. Die echt helemaal in het alternatieve circuit zit. Die een paar kleine kinderen heeft. Die tegen mij zegt moet er niet aan denken dat straks de schoolvakantie begint met al die kinderen thuis. Dat kan ik niet aan. En nu ga je naar de huisarts voor die hormonen zeg ik. Ik zeg dat mag je je kinderen niet aan doen. Je zal je lekkerder voelen als je die hormonen gaat gebruiken. Daar is niks mis mee. Al doe je het maar tot december of januari. Maar dat die kinderen ook een goede vakantie hebben. Nou ze ging hier weg. Ik zeg moet je doen he. En dan bel ik ze wel na 3 weken op. En dan is ze er toch mee begonnen en komt ze na 6 weken weer hier en zegt ze ik had er toch eerder aan moeten beginnen. Ik zeg nou ik was wel streng voor je maar nu moest je wel even. Want dan denk ik die kinderen hebben er ook niet om gevraagd. Ze had kleine kinderen van 4 en 5 jaar. Dus dan denk ik dat mag je je kinderen niet aan doen. Het is zo individueel.

Aan de andere kant heb ik ook een mevrouw. Die komt elk jaar keurig eventjes in januari een lijstje doornemen met wat voor klachten ze heeft, en dan wil ze ook haar cholesterol meten. Omdat ze dan gelijk de uitslag weet. Ze is nu begin 50. Die moet dan een keer stoppen met de anticonceptiepil. Ja zegt ze ik stop nog niet hoor. Ik vind het nog wel goed. Ik zeg ik goed. Nou met 52 jaar is eigenlijk de grens om te stoppen. Ja, maar ik durf nog niet zegt zeg. Nou zeg ik

kijk maar wat je doet. Dat is nu ook de ander kant. Die houden het vast. Ik heb ook vrouwen gehad die 10 jaar een hormoon slikte. En daar eigenlijk ervan af moesten en het dan ook niet zo lukt. Want dan zijn ze tegen de 60 en het lichaam gaat dan langzamer werken. En dan hebben ze ook weer van die zweetpartijen. Die ga ik wel mee afbouwen hoor. Die geef ik dan een alternatief. Wat is officieel de maximale leeftijd voor hormoon therapie?

Dat ligt eraan hoe oud je je de laatste menstruatie hebt gehad. Ze zeggen toch wel van 59- 60 jaar. Want je weet ook na je 40^e begint je al lichaam te veranderen. Je basale metabolisme begint te veranderen. Je wordt wat dikker. En je weet ook dat lichaam gaat wat langzamer werken. En na je 50^e gaat het ook wat langzamer werken ik zeg dan ook weleens dat is een uitdrukking die ik van een vriendin heb gepikt. Die zegt dan ook die reorganisatie in je lichaam om verder te gaan zonder die hormonen die gaat wel door, maar die gaat wel langzamer als je eenmaal de 55 gepasseerd bent. En ik leg ze uit met plaatjes. Ik wilde net die muurplaatjes maken weet je wel. Dit leg ik ze eerst uit wat gewone menstruatie is als ze dat willen. Want de meeste mensen weten dat helemaal niet hoe dat allemaal in elkaar zit met de hormonen. En dan leg ik deze uit hoe dat dan zo gaat met dat FSH en dan deze... dat het dan toch eigenlijk begint met je 40^e dat eigenlijk met dit is eigenlijk niet zo'n mooi plaatje. Ik moet eens kijken of ik een andere kan maken. Dat eigenlijk iedereen met 47 jaar in zijn overgangsjaren zit. En dat je je laatste menstruatie met je 51 en 4 maanden. En dat daarna eigenlijk die reorganisatie begint. Dat je lichaam verder gaat zonder die hormonen, maar dat je lichaam je wel moet aanpassen. En hoelang dat duurt. Ik heb geen bol waarin je dat kan zien. Dat kan niet. Maar vaak zie ik al. Ik geef ook lezingen. Als je al uitlegt wat er gebeurt en dat het allemaal niet zo gek is wat er nu met hun lichaam gebeurt. Dat ze al een heel eind gerust gesteld zijn. En het gaat natuurlijk over. Dat maak ik dan als grapje. Het natuurlijk niet voor niets overgang. Het gaat over. Het is een tijdelijke situatie.

En daarom ik zeg ook het is geen ziekte. Het is een natuurlijk proces. Want er zijn ook een aantal mensen. In het begin had ik dat heel erg. Ik ben in 2000 begonnen. Met overgangsconsulente. Ik was de eerste in Nederland. De eerste ook van de opleiding toen. We zijn toen wel met 20 vrouwen begonnen met den opleiding. We zijn er met 12 gestart. Er is er geen 1 meer over die nog werkt. Maar goed. En het gaat over dat is 1 ding wat zeker is. Er was een vrouw die zegt waarom zit u niet in een ziekenhuis. En ik zeg omdat het geen ziekte is. Het is een levensfase waar je in zit. En als ik zie als er iets is, dan verwijst ik u terug naar de huisarts. Dan gaat u inderdaad het ziekenhuiscircuit in. Kijk vrouwen die hier zitten die zeggen dan hoe is mijn menstruatie proces. Ja 3 weken vloeit ik en 3 weken niet. Hoelang al vraag ik? Vaak weten ze dat niet. Dan weet ik al dat het dan al een hele tijd is. Dan moet u wel even langs de huisarts. Moet toch even nagekeken worden. Wat gaat er dan gebeuren? Ik hoop dan dat hij u even langs de genealoog stuurt voor een echo. Dat ze gewoon eventjes kijken. Een inwendige echo. Dat ze even kijken hoe het baarmoederslijmvlies eruitziet. Kijken of daar woekeringen in zitten. Want je hebt best in die overgangsjaren kans dat het baarmoederslijmvlies opbouwt, maar weinig afbreekt. Want dan krijg je tabletjes of wat anders. Wees nou niet bang zeg ik. Ga daar naartoe. Het is misschien vervelend voor je maar je knapt er wel van op. Want je wordt alleen maar slap als je zoveel bloedverlies hebt en 3 weken met tampon of maandverband loopt is ook niet leuk. Heb je dan geen pilletje voor me? Nee die heb ik niet voor je en die geef ik je ook niet eerst naar de huisarts en dan terug. Voor mijn vakantie vorig jaar had ik 3 vrouwen. Eentje met hartfalen, andere

hypotensie. Ik dacht je hebt geen overgangsklachten. Er is iets anders aan de hand. Die had een bloeddruk van 220/130 die voelde zich al heel lag rot en zag er opgeblazen uit. Het was een Surinaamse mevrouw. Ik zei je straalt niet. Je behoort te stralen. Naar de huisarts terug. Ik wil even dat hij allerlei bloedonderzoeken doet. Dan pak ik het adviesplan en ze tik het achterin. Schildklier, cholesterol en lever en nierfuncties prikken. Maar ik zet er ook netjes in even naar de huisarts en bloedprikken bijvoorbeeld. Een huisarts wil ook niet dat je alles voorschrijft. En terecht ook. Ik moet zeggen huisartsen doen het. Ze is teruggekomen in mijn vakantie had ze naar mijn collega gebeld. Ik schakel altijd mijn telefoon door. Had mijn collega haar aan de telefoon gehad. Ja die mevrouw komt niet, want ze zit bij de cardioloog. Maar ze belt je op want ze wil zeker nog een keer bij je terugkomen. Nou ze maakte een afspraak en ik was zaterdag terug van vakantie. Eind van de week heb ik haar gebeld en ze zei ik ben 20 kilo afgevallen

Dat is geen normale situatie.

Vocht, vocht, vocht. En toen is ze nog 1 keer teruggekomen en dat is dan voor mij ook een soort van een afsluiting. Maar zij was gewoon heel erg gelukkig Kan ik mij voorstellen.

Meeste komen dan niet terug. Dus ik vond het erg leuk dat ze terugkwam. Ik heb er nog wat tips gegeven in de voeding. En dan zijn ze weer blij na twee keer. Nou zo zie je nog maar. En ik heb er vorige jaar echt zo een gehad die zo gaat zitten. Kopje koffie, kopje thee? Zeg ik dan altijd tegen geruststelling. Ik heb opvliegers. De lijst had ze niet ingevuld. Want ik stuur altijd een anamnese lijst op. Dat ik wil weten wat de sociale kaart is. Van welke vrouw heb ik voor me. Wat voor medicijnen gebruik ze. Heeft ze werk/heeft ze geen werk? hoe zit ze in het leven. Dat probeer je er toch een beetje uit te halen. En dan zegt ze gaat je allemaal niks aan. Dat is moeilijk hoor.

Ja inderdaad

En dan zit ze me aan te kijken. 58 jaar 6 jaar niet gemenstrueerd en nu opvliegers. En dan zeg ik tegen haar heb je ooit weleens je cholesterol geprikt en je suiker. Is goed zegt ze. Ik zeg nou anders wil ik dat wel even doen voor je. Dat hoeft je niet te betalen. Dan doe ik dat wel even, dan weet ze dat maar. En ik vroeg ook aan haar is goed wanneer is er geprikt. Ze zegt nooit. Dan kan je toch niet zomaar is goed zeggen. Ik mocht het niet doen. De hele vragenlijst doorgenomen, boekje ingevuld. Nu ga ik even je bloeddruk opmeten. Dat is geen escape meer. Ik ga dat gewoon doen. Je hebt toch een hele hoge bloeddruk. Die had clonidine. Morgenochtend ga je naar de huisarts. We zullen je huisarts even opbellen, dat je eventjes naar hem gaat. Want ik wil eerst dat dit uitgesloten wordt. Dat dit eerst behandeld wordt. En dan gaan we wat aan je opvliegers doen. Nou dan kom je over 14 dagen bij mij terug. Ik wil wat voor mijn opvliegers zegt ze. Dat ga ik je niet geven. Nou dan ga ik naar de apotheek of de drogist dan ga ik het kopen. Hun verantwoording denk ik dan.

Ja

Die belt natuurlijk de tweede afspraak af. En die zegt ik ben bij de cardioloog en heb nu drie pilletjes maar ik heb nog steeds opvliegers. Ja dat kan. Maar ik ben toch blij dat het allemaal onbevangen is en dat u daar terecht ben gekomen. Ik vind het wel heel vervelend voor u, maar er is gewoon meer en iets anders aan de hand dan alleen die opvliegers. Dan noemen ze het opvliegers en dan is het wat anders. Daar moet je toch wel op bedacht zijn. Nou ja goed ik heb goed contact met die huisarts. Die andere klant die hij stuurde. Jannie ik heb een mevrouw en ik heb cholesterol geprikt, suiker geprikt en bloeddruk gemeten. Ik vind het wel goed hoor. Ja daarom. Jullie kennen de boekjes die wij meegeven?

Nee nog niet.

Die krijgen altijd zo'n map mee. Kijk dit is informatie, die ik dan ook meegeef. Natuurlijk de afspraken zetten we erin. Zie je de klachten. Lichamelijk, psychisch, seksueel. En dan ook hier nog een aantal dingen erin. Ik vraag ze ook altijd een menstruatie kalender bij te houden. Want dan als ze nog menstrueren, dan weten ze vaak ook niet. Schrijf alles maar op. Hou maar eens een dagboekje bij hoe je je voelt. Risicofactoren zitten er ook in. Klinkt iets bekrompen. We kunnen dat allemaal vertellen, en ik geef dit plaatje altijd. Want vrouwen hebben vaak geen idee hoe het in elkaar zit. En laatst was er één mag ik deze ook hebben. Nou dan kopieer ik hem en dan geef ik ze. En dan denk ik waarom ook niet. En dan leg ik ook uit wat ze willen weten stap voor stap. Dan kan ik weer allemaal dingen bijschrijven. En ik schrijf hieronder of op de achterkant de fase waar ze inzitten. Postmenopauzaal, Premenopauzaal. Want ze noemen allemaal hun menopauze terwijl dit eigenlijk de overgangsjaren zijn.

Oké. En wat voor vrouwen die bij u komen die hebben vaak al wat heftigere klachten. Wat voor invloed heeft dat op hun privé of zakelijk leven?

Die zijn dus ook behoorlijk. De uitval van ziekte is ook wel omdat er echt wel vrouwen die doorlopen op hun tandvlees. Want ze zijn ook bang om hun ziek te melden. Zeker de laatste tijd. Als je zo'n tijd beter bent dan merk je het verschil. Ze zijn bang dat ze hun baan verliezen. En dan zeg ik je bent zo uitgeput. En nu blijf je thuis en nu ga je toch echt voor jezelf zorgen. En als de Arbodienst iets weet en meestal laten ze je de eerste 3 tot 6 weken met rust. Dan zeg je maar dat ze met mij contact opgenomen moet worden. Dat wordt dan ook wel gedaan. En dan mag ik allemaal lijsten in gaan vullen naar toe. En dan spreek ik met die vrouwen af we gaan even kijken en zien wanneer je in het arbeidsproces terug gaat. Want je moet een keer terug. En dan gaan we ook opbouwen. En dan is het natuurlijk de Arbodienst die het laatste woord heeft. Maar ja, ik schrijf altijd wel zeker de eerste keer dat er nog geen verbetering in zit ook al zit er wat stijgende lijn in. Maar dat ze even rust krijgen. Want dadelijk wordt het weer vakantietijd. Laten we dan proberen. Wanneer ga je op vakantie. Dat je net voor je vakantie weer 2, 3 weken full time werkt. Van mijn part 2 weken. Want na de vakantie ga je uit de ziektewet. En dat je daarna als je in je vakantie opgeladen bent. Weer volop gaat beginnen. Want je moet die vrouwen ook wel in bescherming nemen. En ze zijn dan wel vaak opgelucht dat je dat zegt. Ik heb niks met het bedrijf te maken en met die Arbodienst ook niet. Ik heb daar geen belang bij. Maar ik heb wel belang bij dat die vrouwen zich lekkerder gaan voelen. Dat is eigenlijk wat je doet. Het is gewoon jammer. En ik heb laatst 2 lezingen gegeven. Dat die vrouwen niet eerder komen. Dat ze toch die klachten niet eerder.

Hoe komt dat?

Voorlichting vind ik, onvoldoende voorlichting. Want ze denken allemaal ik krijg geen klachten of ik ben nog lang niet aan de beurt maar als je eenmaal die 40 of die 45 gepasseerd bent dan kom je toch wel in die overgangsjaren. En je hoeft geen klachten te krijgen maar dat kan.

Wanneer zou die voorlichting dan ongeveer moeten plaatsvinden?

Ik denk tussen je 40 en je 45^e.

En door wie?

Ja, laten wij dat doen. De overgangsconsulenten. Absoluut. Ik denk dat wij heel dicht bij de vrouwen staan. Niet zo medisch georiënteerd zijn misschien. Ik weet het niet.

En denkt u dat dat het ook zijn heeft om al op jonge leeftijd al die voorlichting te doen?

Misschien wel.

En op wat voor manier dan?

Misschien wel in de biologieles. Zit ik nu aan te denken. Op school. Ze leren alles over de bijtjes en de bloemetjes en al heel vroeg over seksualiteit. En dan ja denk ik wel.

En je hebt natuurlijk ook de levensfase 20/30 die moeders van de vrouwen gaan in de overgang of zitten in de overgang. Op wat voor manier kan je die vrouwen stimuleren om misschien er toch over na te denken? Omdat ze er toch wel op wordt gewezen door die moeders.

Ja ik denk dat je die heel goed kan voorlichten ook. Omdat je ziet nog weleens en je hoort het ook. Want mijn moeders had ook klachten en ik had dezelfde klachten. Dan krijg je dat kopie gedrag. Je kan 10 zussen naast elkaar zetten en hun moeder en ze hebben allemaal verschillende klachten. Dat verschilt ook van hoe je in het leven staat en hoe je leefstijl is. Nou 10 zussen hebben de meeste niet meer maar bij wijze van spreken. Maar je zou die dertigers ook nog kunnen bereiken zeker.

Oké.

Maar hoe bereik je ze he. Ik heb een voorlichtingsavond gegeven bij Marente de thuiszorg in de bollenstreek. Nou vorig jaar ging die niet door want toen hadden we maar 3 aanmeldingen. Ja 3 aanmeldingen wat doen we? Dat is voor hun te kostbaar. En daar ga ik mijn auto niet voor starten. En nu hadden we 10 aanmeldingen. Ja nou goed dan laten we het doorgaan. Elk jaar doen we dat 2 keer per jaar proberen we dat. En we hebben ook een keer een voorlichting gehad voor 15 vrouwen. Die zeggen waarom zit de zaal niet vol. Dat weet ik ook niet dat moet u echt aan uw omgeving vragen.

Ja, zeker de jongeren kant. Die denkt dat komt wel goed. Dat is voor mij nog lang niet.

En dan een taboe. Want ik ben nu ook op een bedrijf bezig. En in het bedrijf heb ik voorlichting gegeven. Ze hebben mij gevraagd. De preventiemedewerker. Wil je voorlichting komen geven? Dan krijgen de dames 3 tot 4 consulten van de baas uitbetaald. En dan zeiden ze zou je dat aankunnen. En het is wel een bedrijf van 500 tot 1000 medewerkers. En wel veel vrouwen 40plus. Nou weetje laat ik eerst maar eens met die lezing beginnen en daarna zien we wel. Voor die lezing waren er 30. Ik had daar 100 folders achter gelaten die waren allemaal op. En waren 30 aanmeldingen. En bij zo'n bedrijf sta ik dan voor de deur om iedereen te begroeten. Maar iedereen van; o jij ook hier? Jij ook hier? En weetje er wordt niet over gepraat. En dan vragen ze me op kantoor te komen. Nou ik kom niet in de baas zijn tijd. Kom dan naar mijn praktijk toe. En dat doen ze dan wel.

Hoe staan bedrijven er tegenover vrouwen in de overgang?

Heel wisselend. Sommige Arboartsen die zeggen; we vragen er nooit naar. Het is eigenlijk altijd werk gerelateerde als ze bij mij komen. Maar aan de andere kant zie je ook dat het gewoon vrouwen van 45-47-50 jaar zijn. Dus het heeft weldegelijk met de overgang te maken. En ik ben wel met bedrijven ook bezig maar zo terughoudend ook. Het is je kostbaar goed die vrouwen van 45-50. Ze kunnen niet meer zwanger worden. Vaak zijn ze heel erg gemotiveerd om te blijven werken. Dus ontzie ze een beetje. Aan de andere kant merk je het wel. Het is je hoogste goed. Ze kunnen niet meer zwanger worden. En in hun overgang het gaat over, maar wees een beetje zuinig op ze. En ik heb echt vrouwen gehad die zeggen Jannie ik moet om negen uur beginnen maar ik kom altijd om 10 over 9 binnen rennen. En dan kijkt iedereen op de klok. Dat voelen ze dan. Ow van ze is weer te laat. Nou weetje bespreek het eens een keertje zeg het tegen gewoon tegen je baas leidinggevende of hoe je het ook noemt. Ik zeg

weetje zeg het. Zeg het! Ja maar dan gaan ze dit en gaan ze dat. Nee niet invullen. Als jij het zegt van ik voel me de laatste tijd niet zo lekker. Het heeft met mijn hormoonhuishouding te maken. Ik zit in de overgangsjaren. Je zegt desnoods dat je er iets aan doet dat je bij mij komt. Hoef je niet te zeggen, maar dat zeg je. En dan zeg je van ik heb gewoon moeite in de ochtend om op te staan. Ik heb moeite om en het gaat allemaal wat langzamer en ik ben altijd te laat. Ik wil het niet maar het gebeurt zo. Wat zei die leidinggevende? Ik vind prima als je tussen 9 en half 10 binnen komt. En toen zei ze. Het gekke is, dat ik nu altijd op tijd ben. Ja, de spanning is eraf. Er zijn ook collega's die zeggen. Dat moet je niet op je werk zeggen. Ik heb zoiets van wees er gewoon open in. Heeft dat te maken met dat taboe?

Ja Ik denk het wel. Ik zag nog net want ik was mijn papier aan het opruimen dat stuk van Ingrid Breugel. Daar hadden de vrouwen het er wel heel erg over toen dat net geweest was op tv. Ik wijs ze er weleens op hoor waarom wordt er niet veel meer op tv gedaan. Het is geen rond onderwerp. En wij kunnen geen televisieprogramma maken dat is gewoon te duur als vereniging zijnde. Dat kan gewoon niet.

En zijn er ook folders voor bedrijven?

Ja ik heb de folders voor de vrouwen, maar ik heb ook wel folders voor professionals.

Worden die ook gebruikt door bedrijven zelf?

Ik stuur ze wel rond en ik breng ze wel rond. Maar of ze niet gelijk in het archief gaan weet ik niet hoor. De huisarts stuur ik ook altijd een kerstkaartje daar doe ik ook altijd een folder in en mijn visitekaartje van; hallo, ik zit er nog.

Want u gaf zelf al aan dat huisartsen geen hormoontherapie willen voorschrijven. Hoe is dat zo gekomen?

Ja, ik denk ook door de negatief publicatie.

Ook echt de media of wetenschappelijke?

Grotendeels wetenschappelijk. Er zijn er wel die hormonen voorschrijven, heel snel zelfs. Maar dan willen die vrouwen het weer niet. Dus ja het is gewoon heel verschillend. Ik denk gewoon dat er veel meer voorlichting gegeven moet worden. Ik noem het altijd wel dat die hormonen er zijn. Ik wil niet zegt er één. Oké, dan kunnen we naar een alternatief. Een rode klaver of een soja of een salvia voor die opvliegers. Dan gaan we kijken of dat iets verlichting geeft. En dan ga ik kijken naar hun leefstijl. Want het roken. Bijna niemand rookt meer. Ik heb er 2 die nog roken. Want door roken krijg je ook veel meer klachten. En er wordt ook veel gedronken af en toe jeetje. En dat willen ze dan niet laten staan. Daar krijg je ook opvliegers van. Want het is wel een prikkelende stof.

Waar worden de vrouwen het meeste door beïnvloed om wel of niet voor hormoon therapie te kiezen?

Ik weet het niet. Ik denk toch al die verhalen. De omgeving. Ze zijn heel snel beïnvloedbaar de vrouwen. En toch nog ook wat men zegt wat zij zegt, wat hij zegt, en ik heb dit gelezen. Maar wat denk je nu zelf. Maar dat is vaak vrij moeilijk. Dat kunnen ze dan niet. En dan ga ik ze toch weer uitleggen. Maar probeer dan van mij aan te nemen hoe het wel zit.

Wat ik nu ga doen dat is wel voorlichting geven. Dat is 7 dagen in zorgverzekeringswinkels zitten. De zorg en zekerheid heeft gevraagd of ik dat wil doen. Een half uurtje mini consulten te geven in de zorgverzekeringswinkels.

Wat hoe staat de zorgverzekeraar daartegenover?

Wij worden vergoed he door de zorgverzekeraars.

Dus de hormoontherapie zit in het pakket?

Ja maar ons producten zitten niet in het pakket. Die moeten ze zelf betalen. Dus de consulten worden door de meeste verzekering in de aanvullende pakketten 75 tot 100 procent vergoed. Dat is wel weer gisterochtend kreeg ik een mevrouw die doorverwezen was door de huisarts en zei, maar ik ben basis verzekerd. Ja mevrouw dan zou u dat zelf moeten betalen die 65 euro. Ja maar ik ben door verwezen door de huisarts. Ja maar die weet niet hoe u verzekerd bent en hoe wij dat geregeld hebben denk ik. Ja nou ja dat is me veelteveel geld dat doe ik niet. Ja dan houdt het voor mij ook op hoor. Ik heb zoiets van jou oké. Een ander vindt ons hartstikke duur, terwijl ze net een paard heeft gekocht. Dan denk ik het is wel je gezondheid hoor. Deze mevrouw bijvoorbeeld zit in de bijstand. Dan moeten we even kijken hoe we dat gaan doen. Die is basis verzekerd. De zegt ik kom toch zelf naar je toe? Ik betaal dat gewoon. Ik wil beter worden. Ik denk fantastisch. Dus ik heb tegen haar gezegd. Ze woont in Sassenheim. Ik zit in Lisse in de verzekeringswinkel. Maak dan een afspraak daar. Dn heb en we alvast een half uurtje extra die je niet hoeft te betalen. Nou die is hartstikke blij. Ja nou dan denk ik dan is dat iets extra's wat je kan doen. En de verzekeringen die doen wel veel om hun klanten te werven. Dat weet je want de podoloog heeft een spreekuur een keertje en de opticien. Ik weet niet. Ik kijk daar nooit zo naar. En toen hebben ze mij gevraagd. Maar de podoloog en de opticien doen alles gratis. Nou ik dus niet he. Ik zeg gratis? Ik had toen wel een prijs in mijn hoofd. Maar gedurende het gesprek ging de prijs wel zakken. Want ja advertenties zetten kost zo veel. En er hangen grote flyers in de etalage. Dus ik moet ook reëel zijn. Dus ik heb met ze een onkostenvergoeding met ze afgesproken die is reëel. Want daar probeer ik natuurlijk klanten te krijgen. Ik zat nu even te verzinnen. Want het moet bij mij ook even broeden. Ik geef die vrouwen natuurlijk iets mee sowieso ook de folder. Want ik heb net dit blad opgevraagd hot topic. Over de overgang. Daar staan wij gelukkig ook wel in. Want dit is natuurlijk wel door Abbot uitgegeven. En wordt gesponsord door Veluwe bond. Dus ik dacht ik moet eventjes lezen of er niet te veel over hormoontherapie in zit. Want anders vliegt iedereen weer naar de huisarts voor die hormonen. Doel van mij is natuurlijk om ze hier in de praktijk te krijgen want ik wil ook mijn boterham verdienen laten we eerlijk zijn. En nogmaals hormoontherapie. Ik heb borstkanker gekregen. Ik heb een jaar de pil geslikt. En dat was 15 jaar voordat ik kanker kreeg. Je krijgt het of je krijgt het niet. Toen ik meedeed met het bevolkingsonderzoek tegen die darmkaker. Wedden zei ik tegen mijn man dat ik er uitgepikt wordt. Hou toch op zei hij. Toch werd ik eruit gepikt. En gister moest ik dus voor die colonoscopie ben naar een privékliniek gegaan in voorschoten. Kon ik gelijk terecht. Niks aan de hand. Maar dat wist ik wel. 1 poliep, maar dat wist ik wel en die laat ik in Mei verwijderen. Dus zulke dingen allemaal. Weetje je moet je kop niet zo in het zand steken. Ik leer de vrouwen ook als ze het willen het zelfonderzoek voor de borsten. En er is ook een publicatie geweest dat moet je niet doen. Maar ik zeg Je moet wel leren je borsten te kennen.

Je moet je eigen lichaam kennen.

Precies, precies. En ik heb ook een keertje van een oncoloog les gehad. En dat is heel goed geweest. 3 cursussen waren dat over allemaal vrouwenkankers. En die zei ook de geest en het voelen dat is twee eenheid. En ik zei ook je hoeft het niet elke maand te doen echt niet. Als je je wast en je zeept je in. Je voelt het wel. En kijk alleen maar. Kijken in de spiegel hoe zien mijn borsten eruit. Zijn mijn tepels niet ingetrokken. Is er geen schilfertje of wat dan ook. Kijken! En ga alsjeblieft naar een arts toe als er iets is. Dat je er snel genoeg bij bent dan is het goed te behandelen.

Je kan beter een keer voor niks zijn gegaan, dan te laat.

Ja nou ja ik heb zelf mee gemaakt. Ik was 3 maanden ervoor bij bevolkingsonderzoek geweest. En nou er zit wat. Maar 3 dagen later menstrueren. Zondags ging ik menstrueren. En toch blijf je het voelen. Je wordt ernaartoe getrokken. En toen voelde ik een klier onder in mijn oksel. En ik denk dinsdag naar de huisarts. En toen zei de huisarts. Al het bevolkingsonderzoek is goed. Het is een kieste. Ik zeg geloofde het niet. En ik zat donderdag in het diaconessenhuis de mammapoli. En toen was het niet goed te diagnosticeren. Een stukje eruit en een andere dag terug. Nog niet goed te diagnosticeren. Vrijdag was ik daar, woensdag terug. En toen zei de chirurg bingo het is een heel snelgroeïende tumor. Volgende week geopereerd. Want ik zei ook die vrijdag middag ik weet zeker dat het verkeerd is. Het is zeker verkeerd. Ik weet het zeker. Ik voel het toch zei ik tegen hem. Maar ja bij mij komt het niet voor in de familie. Dus daarom weet je voorlichting geven ben ik heel erg voor. Ik heb zelfs voorlichting gegeven aan de verpleegkundige via het rijnslandziekenhuis op verloskunde. En op de hogeschool hier in Leiden. Maar ik heb daar een keer lesgegeven aan de verpleegkundige die in opleiding zijn geweest voor obstetrie/gynaecologie.

Dat zal wel de universiteit zijn geweest.

Dat was de universiteit. Ja het was het gebouw naast het LUMC. Ja, er komen hier echt verpleegkundige die denken dat ze er alles van af weten, maar die weten eigenlijk niks. Vrouw van de gynaecoloog is geweest, Arboarts is geweest. En dat was wel leuk. Ow u bent zelfstandige ondernemer. U werkt meer dan 40 uur. Ja ik werk dag en nacht zegt ze. Ik zeg dat is ook niet goed, en verder zei ze niks. Als jij niet wil zeggen wat je doet hoeft van mij ook niet dat respecteer ik dan. Goh je weet er veel van. Ja, zegt ze ik heb er veel van gelezen. Dat is voor mij wel prettig want het was een heel prettig gesprek. En toen zei ze naar afloop. We hadden een tweede afspraak gemaakt. En toen zei ze ik zal je toch wel even vertellen ik ben Arboarts. Ik weet er heel veel van. Want ik had er vitamine B voor geschreven. Ik weet ook dat ik te veel drink. Oeps zei ik toen tegen haar. Ik had al zoiets in welke hoek kan ik je plaatsen. Want als je het niet wil zeggen vind ik dat goed. Nee ik wil gewoon zien hoe je werkt. De tweede afspraak heeft ze toen afgezegd. Want ze zegt al jouw goed bedoelde adviezen heb ik niet opgevolgd want ik heb het te druk. Ja dat heb ik gezien want het je hebt in de krant gestaan met een heel groot stuk dat je een nieuw kantoor had geopend. En nou ja goed die is daarna gekomen en het is prima met haar gegaan. Maar ik heb ook een mevrouw gehad die heeft zelfmoord gepleegd. En dat is niet alleen van de overgang. Die vrouw komt in november en die gebruikt antidepressiva en daar wil ze vanaf. En ik zeg nee dat moet je niet doen. Zeker niet in deze tijd. Want ze had het al heel lang gebruikt. Dat heb je gewoon nodig. Ik zeg dat stofje mis je, dus dat wordt aangevuld. Als je get wil afbouwen altijd met een psychiater of degene die het heeft voorgeschreven en zeker niet in de decembermaand. Moet je niet doen. Nou oké we maken een vervolgspraak. Een vervolgspraak in december. Belt ze op begin december, ik heb het zo druk ik kan niet komen. Legitiem. Iedereen heeft het druk en iedereen is leuke dingen aan het doen. Ik zeg dus, dan maken we alvast een afspraak voor januari. Ik bel wel in januari. Dan pak ik zo'n geeltje en schrijf ik het op, en in de 2^e week van januari stop ik die in mijn agenda. Ik heb nog gewoon zo'n papieren agenda. En dan denk ik oh en bel ik haar in de 2^e of 3^e week van januari. En ik kreeg haar maar niet aan de telefoon. Okay dus heb ik een mailtje gestuurd. Kreeg ik een mailtje terug van meneer. Ik moet helaas berichtgeven dat ... een einde aan haar leven heeft gemaakt, 21 december. Dan kijk je ook zo naar dat beeldscherm. En

dan ben ik blij dat ik achter in dat boekje heb gezet, ook al weet ik niet of ze het lezen of niet, doorgaan medicatie, andere psycholoog "naam" waar ik ook wel mee samen werk, met het telefoonnummer. Stop maar weg dat boekje, maar als je het nodig hebt, hoeft je het niet te zoeken. Dan ben ik zo blij dat ik dat erin heb gezet.

Anders ga je jezelf ook nog misschien in twijfel trekken.

Precies, dus dan heb ik die man teruggeschreven en dan is het verder gewoon klaar. Je schrikt er wel van hoor. En dan heb je van die vrouwen die afbellen en vragen dan of je iets hebt om te slapen. Nee... dan moet je even naar de huisarts. Misschien moeten je medicijnen bijgesteld worden. Daar ben ik dan heel erg voorzichtig mee. En als de man dan afbelt, ... heeft dan een afspraak bij je, maar ze is ziek. Huh, maar die afspraak is pas over 10 dagen? Ik zal het maar vertellen ze zit in de psychiatrie, want ze heeft geprobeerd zelfmoord te plegen. Ze zal het u niet verteld hebben, maar dit was niet de eerste keer. En dan zei hij, ze heeft wel baat bij u gehad terwijl ik daar heel ambivalent tegenover sta. Ik vind het nogal gek een overgangsconsulent. Meneer wat jammer dat u niet meegekomen bent. Maar ik wil u best uitnodigen om te vertellen wie ik ben en wat ik doe, want ik heb geen geheimen. Toen vroeg hij wat dingen en toen zei hij dat het toch wel meeviel. Ik dacht ik nodig die man wel even uit, maar ze komen niet hoor. Of ze gaan in de stoel zitten met de krant.

Wel zonde, want het is wel een ondersteuning.

Ja, het is gewoon jammer. Ja, ik heb ook het gevoel dat het hen beide aangaat.

Het is niet alsof je het alleen doormaakt.

Ja, precies!

Het is ook de steunfactor.

Een vrouw die hier gedropt werd door haar man. Die had ook gebeld of ik zijn vrouw kon bellen, want ze wilt een afspraak bij u maken. Nee meneer, dat wil ik niet dat moet ze zelf doen. Ja, maar... Oké, ik wil haar bellen, maar dan moet u wel zeggen dat ik bel. Want het is anders omgekeerde wereld. Dat ik zo aan mijn klanten kon is niet de bedoeling. Dus later bel ik, oké ze wist het dan bel ik, maar dan wil ik wel dat je man meekomt. Want die dropt haar hier, en mijn man was buiten voor aan het snoeien. En toen zei mijn man ga mee naar binnen, want dan hoor je wat mijn vrouw allemaal zegt en dat gaat jou ook aan. Nee, dat doe ik niet want, dan gaat het alleen maar over mij. Nou zei mijn man, mijn vrouw is niet zo hoor, maar dat moet u dan maar zelf weten. Dus die ging daarna rustig door met snoeien en die man ging weg. En die vrouw was echt van die zegt, en zij zegt en ik heb gehoord. Ze had dus een antidepressiva. Nee, nee, nee, zo zeg maar allemaal. Dus ik zeg; maar het gaat om jou. Ja, maar mijn man die zegt. Nee, het gaat om jou. Wat voel je nou en wat heb je? Nee hoor, ze was bij een psycholoog geweest. Hoe vaak? Ja, 1 keer, omdat hij dat wilde. Dan kom je ook niet verder. Maar dan maak je wel een afspraak voor een 2^e gesprek maar dan zet ik al een vraagteken neer. En dan belt ze af. Ja, want jouw man, zei tegen mijn man dat hij ook maar mee moest komen. Maar dat had ik toch gevraagd? Dus waarom komt hij dan niet mee? Hij belt omdat hij er problemen mee heeft, omdat jij zo bent. Nou ik ben er toch geweest? Daar heeft hij maar genoeg mee te nemen. Wat heb ik daarover geleerd? Nou ik vroeg is hij thuis? Hij werkt in de bollen kweek. Hij ging dus maandag weg en kwam donderdags thuis van internationaal vervoer. Ja, hij is wel thuis, maar je krijgt hem niet te spreken. En toen dacht ik van hm, ik had zijn naar zijn telefoonnummer moeten vragen.

Maar dan zit het in de relatie al scheef.

Ja, dat zit scheef. Daarom wil ik ze ook graag samen hebben. Want ik weet nu

niet wat zei tegen hem vertelde. Maar dat zijn erg lastige dingen. Dat zijn uitschieters natuurlijk.

Wel interessant.

Ja absoluut. Wat wil je nog meer weten over de hormonen?

Alle vragen zijn tussen door wel beantwoord.

Mirena-spiraal is ook zo iets. Als vrouwen zo erg vloeien en die willen dan geen pil meer slikken of ze kunnen er niet zo goed tegen. Hypertensie enz. Dan zeg ik dat er ook de Mirena-spiraal is. Maar ja... spiraal. Dan heb ik een boekje waar het in staat en ik leg het ook uit. Je bent nu 47, 1 keer, 5 jaar, maar meestal is die wel na 4 jaar uitgewerkt in deze jaren. Eigenlijk is dat wel goed aan het eind van de rit. Ga erover denken. Praat erover met je partner. Kijk maar wat je doet, maar de mogelijkheid is er.

Zitten in de Mirena-spiraal dezelfde stoffen als in hormoontherapie?

Ja er zitten hormonen in. Hetzelfde idee. Maar het werkt natuurlijk plaatselijk. En het gaat niet via je maag-darm kanaal.

Zit er een lagere dosis in?

Ja, er zit wel een lagere dosis in. Meer progestagenen dan oestrogenen. Maar dan zijn ze ook gelijk van; oh nee, maar aan de andere kant is het dat ze de anticonceptiepil niet als hormoon zien. Maar dat voegt toch ook hormonen toe. Ik heb die boekjes over de Mirena-spiraal, dus die geef ik hen ook.

Jouw schoonmoeder kreeg de Mirena-spiraal omdat ze met trombose werd gediagnostiseerd, toch? Ja. Dat was nadat ze met de pil was gestopt en toen ging het moeilijk met de overgang en bloedingen. En toen kreeg ze dat spiraaltje en toen zijn ze erachter gekomen dat ze het had. En na 2 jaar is het verdwenen en kwam ze goed de overgang door.

In het interview ook met haar, had ze me ook niet zo veel te vertellen door het spiraaltje.

Ja, sommige mensen hebben daar ook helemaal geen last van. Mijn schoonheidsspecialist die had het ook zo moeilijk en die wilde het niet daar bespreken dus die kwam dan naar mijn praktijk. En die zei je bent toch tegen hormonen? Want ja, je praat weleens daar erover. En toen zei ik; als je het niet nodig hebt. Waarom zou je? En die heeft een Mirena-spiraal gekregen en die heeft nu de 2^e en alles gaat prima. Tegenwoordig halen ze het eruit en zetten ze er weer 1 in. Soms wordt even gekeken en gewacht en zetten ze het er daarna weer in. Dat hangt ook weer van de arts af. Je mag het rustig gebruiken tot na je 52^{ste} jaar. Ik had pas geleden iemand. Die had 3 keer de Mirena-spiraal gehad en die zei dat ie er nu uit moest. Waarom moet die eruit? Vraag dat eens. Je bent 47 je mag er best nog 1 hebben hoor. Laat hem nou eens jou duidelijk uitleggen waarom je het niet meer mag.

Ja, duidelijke informatie.

Vragen, vragen, vragen! Het gaat om jouw he. Dat heb ik ook geleerd met mijn borstkanker.

-persoonlijk verhaal over tijd van borstkanker en verkeerde diagnose door huisarts-

Het is een beetje uitgelopen van de tijd die we hadden afgesproken, maar heel erg bedankt!

Maakt mij niet uit hoor. Ik probeer het ook voor die vrouwen zo gezellig mogelijk te maken.

Het is ook gewoon heel huiselijk hier.

-afsluiting-

Bijlage 3: Vragenlijst

De vragenlijst is te vinden in de bijgeleverde pdf of via de link van deze link:
[online vragenlijst](#)

Bijlage 4: Ruwe data

Algemene informatie

Energie	n
Extravert	40
Introvert	45
Informatieverwerking	
Waarnemend	44
Intuitief	41
Beslissingen maken	
Feiten	22
Gevoel	63
Levens/werkstijl	
Gestructureerd	43
Flexibel	42

Attitude overgang

Vraag	Antwoord	Frequentie	%
Hoe ouder de vrouw, hoe waardevoller ze is.	Helemaal niet mee eens	6	7,1
	Beetje niet mee eens	28	32,9
	Beetje mee eens	43	50,6
	Helemaal mee eens	8	9,4
Een vrouw is minder aantrekkelijk na de overgang.	Helemaal niet mee eens	24	28,2
	Beetje niet mee eens	40	47,1
	Beetje mee eens	20	23,5
	Helemaal mee eens	1	1,2
Vrouwen die niet langer ongesteld worden voelen zich vrij en onafhankelijk.	Helemaal niet mee eens	11	12,9
	Beetje niet mee eens	32	36,5
	Beetje mee eens	35	41,2
	Helemaal mee eens	8	9,4
Het doorlopen van de overgang zal over het algemeen een positieve ervaring voor me zijn.	Helemaal niet mee eens	17	20
	Beetje niet mee eens	48	56,5
	Beetje mee eens	19	22,4
	Helemaal mee eens	1	1,2
Ik voel me slechter over mezelf naarmate ik ouder word.	Helemaal niet mee eens	26	30,6
	Beetje niet mee eens	41	18,8
	Beetje mee eens	16	48,2
	Helemaal mee eens	2	30,6
Tijdens de overgang, verwacht ik prikkelbaar en depressief te zijn.	Helemaal niet mee eens	12	14,1
	Beetje niet mee eens	41	48,2
	Beetje mee eens	24	28,2
	Helemaal mee eens	8	9,4
	Helemaal niet mee eens	45	52,9

Ik zal me bedroefd voelen wanneer ik voor het laatst ongesteld zal zijn.	Beetje niet mee eens	26	30,6
	Beetje mee eens	12	14,1
	Helemaal mee eens	2	2,4
Ik denk dat ik goed op de hoogte ben van de overgang.	Helemaal niet mee eens	4	4,7
	Beetje niet mee eens	14	16,5
	Beetje mee eens	49	57,6
	Helemaal mee eens	18	21,2

Attitude MHT

Vraag	Antwoord	Frequentie	%
Ik weet wat hormoontherapie inhoud	Helemaal niet mee eens	6	7,1
	Beetje niet mee eens	21	24,7
	Beetje mee eens	44	51,8
	Helemaal mee eens	14	16,5
Ik zie de menopauze als een medische aandoening, die je kunt behandelen.	Helemaal niet mee eens	11	12,9
	Beetje niet mee eens	45	52,9
	Beetje mee eens	24	28,2
	Helemaal mee eens	5	5,9
Vrouwen met hevige overgangsklachten zou ik hormoontherapie aanraden.	Helemaal niet mee eens	10	11,8
	Beetje niet mee eens	36	42,4
	Beetje mee eens	33	38,8
	Helemaal mee eens	6	7,1
Vrouwen hebben geen controle over de lichamelijke veranderingen die plaatsvinden tijdens de overgang.	Helemaal niet mee eens	8	9,4
	Beetje niet mee eens	29	34,1
	Beetje mee eens	38	44,7
	Helemaal mee eens	10	11,8
De risico's van hormoontherapie wegen zwaarder dan de voordelen	Helemaal niet mee eens	13	15,3
	Beetje niet mee eens	31	36,5
	Beetje mee eens	36	42,4
	Helemaal mee eens	5	5,9
Het behandelen van overgangssymptomen door hormoontherapie doet meer kwaad dan goed.	Helemaal niet mee eens	11	12,9
	Beetje niet mee eens	37	43,5
	Beetje mee eens	32	37,6
	Helemaal mee eens	5	5,9
Een natuurlijke (homeopathische) benadering van de overgang is beter dan hormoontherapie.	Helemaal niet mee eens	8	9,4
	Beetje niet mee eens	18	21,2
	Beetje mee eens	45	52,9
	Helemaal mee eens	14	16,5
Vrouwen die last hebben van de overgang, verwachtte van tevoren klachten te ondervinden.	Helemaal niet mee eens	3	3,5
	Beetje niet mee eens	7	8,2
	Beetje mee eens	50	58,8
	Helemaal mee eens	25	29,4

Vraag	Antwoord	Frequentie	%
Ik overweeg behandeling of heb al een behandeling tegen overgangsklachten.	Helemaal niet mee eens	45	52,9
	Beetje niet mee eens	9	10,6
	Beetje mee eens	14	16,5
	Helemaal mee eens	17	20
Effectiviteit inschatting Hormoontherapie (N=56)	Niet effectief	3	5,4
	Niet erg effectief	3	5,4
	Beetje effectief	18	32,1
	Effectief	32	57,1

Informatie zoeken

Vraag	Antwoord	Frequentie	%
Ik vind het belangrijk om goed geïnformeerd te worden	Helemaal niet mee eens	0	0
	Beetje niet mee eens	2	2,4
	Beetje mee eens	42	49,4
	Helemaal mee eens	41	48,2
Ik ga zelf actief opzoek naar medische informatie	Helemaal niet mee eens	1	1,2
	Beetje niet mee eens	6	7,1
	Beetje mee eens	39	45,9
	Helemaal mee eens	39	45,9
Ik ga na of informatie klopt bij meerdere bronnen	Helemaal niet mee eens	1	1,2
	Beetje niet mee eens	10	11,8
	Beetje mee eens	43	50,6
	Helemaal mee eens	31	36,5
Argumenten zijn belangrijk om mijn mening te vormen	Helemaal niet mee eens	1	1,2
	Beetje niet mee eens	4	4,7
	Beetje mee eens	49	57,6
	Helemaal mee eens	31	36,5

Beslissen/barrières

Vraag	Antwoord	Frequentie	%
Als ik negatieve informatie hoor van mijn dierbaren over een behandeling, dan zal ik deze behandeling niet doen.	Helemaal niet mee eens	79	92,9
	Beetje niet mee eens	1	1,2
	Beetje mee eens	1	1,2
	Helemaal mee eens	4	4,7
Ik zal niet snel overgaan tot een behandeling.	Helemaal niet mee eens	13	15,3
	Beetje niet mee eens	11	12,9
	Beetje mee eens	33	38,8
	Helemaal mee eens	28	32,9

Behandeling van overgangsklachten is overbodig, want de klachten gaan na de overgang vanzelf over.	Helemaal niet mee eens	34	40
	Beetje niet mee eens	24	28,2
	Beetje mee eens	23	27,1
	Helemaal mee eens	4	4,7
Mijn dierbaren steunen mijn medische keuzes.	Helemaal niet mee eens	4	4,7
	Beetje niet mee eens	3	3,5
	Beetje mee eens	44	51,8
	Helemaal mee eens	34	40,0
De kosten van de behandeling beïnvloeden mijn keuze.	Helemaal niet mee eens	21	24,7
	Beetje niet mee eens	14	16,5
	Beetje mee eens	36	42,4
	Helemaal mee eens	14	16,5
Ik houd rekening met de hoeveelheid bijwerkingen van een behandeling om tot mijn keuze te komen.	Helemaal niet mee eens	1	1,2
	Beetje niet mee eens	5	5,9
	Beetje mee eens	30	35,3
	Helemaal mee eens	49	57,6
De behandeling moet makkelijk toegankelijk zijn.	Helemaal niet mee eens	1	1,2
	Beetje niet mee eens	3	3,5
	Beetje mee eens	39	45,9
	Helemaal mee eens	42	49,4
De wachtlijst van een specialist zou mij tegenhouden om een afspraak te maken.	Helemaal niet mee eens	13	15,3
	Beetje niet mee eens	17	20,0
	Beetje mee eens	33	38,8
	Helemaal mee eens	22	25,9
Behandeling zou ik in overweging nemen als de overgangsklachten mij remmen in mijn dagelijkse activiteiten.	Helemaal niet mee eens	2	2,4
	Beetje niet mee eens	9	10,6
	Beetje mee eens	42	49,4
	Helemaal mee eens	32	37,6
Door overgangsklachten te behandelen kunnen een hoop problemen worden verholpen.	Helemaal niet mee eens	19	22,4
	Beetje niet mee eens	52	61,2
	Beetje mee eens	11	12,9
	Helemaal mee eens	3	3,5

Nadelen

Vraag	Antwoordoptie	Frequentie	%
	Wel aangevinkt	43	65,2

Het verhoogt de kans op bloedproppen/trombose tijdens de overgang.	Niet aangevinkt	23	34,8
Het verhoogt de kans op borstkanker tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	46	69,7
	Niet aangevinkt	20	30,3
Het verhoogt de kans op baarmoederkanker tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	32	48,5
	Niet aangevinkt	34	51,5
Het verhoogt de kans op eierstokkanker tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	26	39,4
	Niet aangevinkt	40	60,6
Het verhoogt de kans op beroertes tijdens de overgang.	Wel aangevinkt	20	30,3
	Niet aangevinkt	46	69,7
Het zorgt voor gewichtstoename tijdens de overgang.	Wel aangevinkt	26	30,3
	Niet aangevinkt	40	60,6
Het verhoogt de kans op een hartinfarct tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	14	21,2
	Niet aangevinkt	52	78,8
Het verhoogt de kans dat vrouwen weer ongesteld worden.	Wel aangevinkt	11	16,7
	Niet aangevinkt	55	83,3

Voordelen

Vraag	Antwoordoptie	Frequentie	%
Het vermindert de kans op botontkalking tijdens en na de overgang	Wel aangevinkt	24	30
	Niet aangevinkt	56	70
Het verhoogt de algemene tevredenheid van vrouwen in de overgang	Wel aangevinkt	26	67,5
	Niet aangevinkt	54	32,5
Het verhoogt de algemene stemming van vrouwen in de overgang	Wel aangevinkt	38	47,5
	Niet aangevinkt	42	52,5
Het verhoogt het denkvermogen van vrouwen in de overgang.	Wel aangevinkt	16	20
	Niet aangevinkt	64	80
Het vermindert de kans op hart- en vaatziekten tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	11	13,8
	Niet aangevinkt	69	86,3
Het verhoogt het libido van vrouwen in de overgang.	Wel aangevinkt	9	11,3
	Niet aangevinkt	71	88,8
Het voorkomt pijnlijkheden tijdens de seks veroorzaakt door vochtafname	Wel aangevinkt	16	20
	Niet aangevinkt	64	80
Het voorkomt het sneller verouderen tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	10	12,5
	Niet aangevinkt	70	87,5
Het bestrijdt incontinentie van vrouwen in de overgang.	Wel aangevinkt	3	3,8
	Niet aangevinkt	77	96,3
Het vermindert de kans op darmkanker tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	5	6,3
	Niet aangevinkt	75	93,8
Het vermindert de kans op dementie tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	3	3,8
	Niet aangevinkt	77	96,3
Het vermindert de kans op diabetes type 2 tijdens en na de overgang.	Wel aangevinkt	5	6,3
	Niet aangevinkt	75	93,8
Het vermindert slaapproblemen van vrouwen in de overgang.	Wel aangevinkt	35	43,8
	Niet aangevinkt	45	56,3
Het vermindert de kans op baarmoederkanker tijdens en na de overgang	Wel aangevinkt	23	28,7
	Niet aangevinkt	57	71,3
Hoofdpijnen nemen af	Wel aangevinkt	21	26,3
	Niet aangevinkt	59	73,8

Cronbach's α schalen

	Cronbach's α
Attitude overgang	0,485
Attitude MHT	0,609, zonder vraag atth4 =0,725
Informatie verzamelen algemeen	0,834
Moeder	0,78
Omgeving	0,83
Specialist	0,85
Televisie	0,85
Tijdschriften	0,84
Vakbladen	0,89
Social media	0,86
Huisarts	0,77
Websites	0,78
Zorgverzekering	0,92
Barrières	0,460

Bijlage 5: Implementatie

Niveau Stappenplan	Individueel	Organisatie	Regelgeving
<i>Stap 1: oriëntatie</i>	Informereren over relevantie voor vrouwen Bewust zijn van bestaan MHT vergroten	Laagdrempelig kennis aanbieden Verspreiding educatief materiaal	
<i>Stap 2: inzicht</i>	Kennis vergroten, Inzicht bieden in gevolgen zware klachten zonder behandeling na overgang.	Laagdrempelig kennis aanbieden. Inloopspreekuur Voorlichting direct aan doelgroep Inzet massamedia verspreiding Inzetten voor bespreekbaarheid overgangsklachten in bedrijven	Inzetten voor verandering in overgangsklachten richtlijn NHG.
<i>Stap 3: acceptatie</i>	Wetenschappelijke argumentatie Vertrouwen in behandeling geven Voorbeeldfiguren & beïnvloeding door media Op intentie behandeling inspelen	Geloofwaardige bron van informatie zijn	
<i>Stap 4: verandering</i>	Laagdrempelige inloop	Laagdrempelige facilitatie Ondersteuning bieden Bevestigen nut en effectiviteit	
<i>Stap 5: behoud</i>	Ervaringsverhalen delen	Onderhouden kennisverspreiding Monitoren Attenderen	Integratie binnen medische wereld