

De Perimenopauze in Nederland en België: het Diagnoseproces en de Mogelijke Rol van Verpleegkundigen in de Zorg

Bachelorproef PBA verpleegkunde

Leen Marie Reynvoet

Promotor: Jody Pranger

Deze bachelorproef is gemaakt door Leen Marie Reynvoet, student aan Hogeschool Gent, ter voltooiing van de bacheloropleiding verpleegkunde. De standpunten die in deze bachelorproef zijn verwoord, zijn louter het persoonlijk standpunt van de individuele auteur en reflecteren niet noodzakelijkerwijs de mening, het officiële standpunt of van het beleid van Hogeschool Gent.

Voor u ligt mijn bachelorproef, die ik heb geschreven ter afronding van mijn vierjarige studie Bachelor in de Verpleegkunde aan Hogeschool Gent. Het proces van afstuderen is een waardevolle leerervaring geweest, waarbij ik de kennis en vaardigheden die ik tijdens mijn opleiding heb opgedaan, heb kunnen toepassen en verder heb kunnen ontwikkelen. Het schrijven van deze bachelorproef en de afronding van mijn studie zou niet mogelijk zijn geweest zonder de steun van vele mensen.

Allereerst wil ik mijn promotor, Jody Pranger, hartelijk bedanken voor haar deskundige begeleiding en waardevolle feedback. Haar enthousiasme en motivatie waren voor mij een grote bron van inspiratie, en haar prettige manier van begeleiden heeft mij geholpen het gehele proces van het schrijven van mijn scriptie succesvol af te ronden. Daarnaast wil ik Deborah Lambotte bedanken voor haar hulp bij de dataverwerking en statistiek. Tevens wil ik afdelingshoofd Sofie Eerens bedanken voor haar begrip en advies. Mijn dank gaat ook uit naar dr. Griet Spiessens, met wie ik regelmatig heb kunnen overleggen en die mij steeds van waardevolle inzichten voorzag.

Ten slotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun voortdurende steun gedurende mijn hele studie. In het bijzonder wil ik Robert Wynter Gibbon, Juliette Germaine Gibbon, Cassian James Gibbon, Koen Reynvoet, Elsie Van den Hecke, Marc Reynvoet, Christine Reynvoet, David Gibbon, Lysandre Begijn, Lincy Van Twembeke, Carine Sacréas, Liesbeth Motmans, Jacqueline Sonneveld, Tineke Honoré, en alle andere leden van de menopauze community 'Bio-identieke hormonen bij de overgang / menopauze: evidence-based hulp + info' bedanken voor hun hulp en aanmoediging in elke fase van mijn opleiding.

En last but not least, mijn two partners in crime, Cathalina Maes en Hanne Boyens, zonder hun studentikoze collegialiteit en steun was het me nooit gelukt deze vier jaar rond te krijgen.

Deze bachelorproef draag ik op aan mijn moeder, Jeanny Schepens (†26.12.2020). Haar moed en doorzettingsvermogen zijn een constante bron van inspiratie voor me geweest.

Abstract

Introductie: De perimenopauze is een natuurlijke fase die vrijwel alle vrouwen doormaken en die gepaard gaat met aanzienlijke hormonale veranderingen en symptomen. Deze symptomen kunnen een sterke negatieve invloed hebben op de levenskwaliteit, het sociale leven, de professionele carrière en de financiële stabiliteit van vrouwen. Ondanks de wijdverbreide impact is de kennis over de perimenopauze vaak beperkt bij zowel vrouwen als zorgverleners, wat kan leiden tot uitdagingen bij de diagnose en zorg.

Doel: Het onderzoek had als doel het huidige diagnoseproces van de perimenopauze bij vrouwen in België en Nederland in kaart te brengen. Specifiek werd gekeken naar de ervaringen van vrouwen, de impact van hun symptomen en de rol van zorgverleners, met een focus op verpleegkundigen. De resultaten dienen ter identificatie van verbeterpunten en mogelijke rollen voor verpleegkundigen.

Methode: Er werd een kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd met een online vragenlijst die tussen 13 en 28 februari 2025 werd verspreid via sociale media en digitale kanalen. De doelgroep bestond uit respondenten in België of Nederland die bij geboorte als vrouw waren toegewezen met een functioneel voortplantingssysteem en een formele diagnose van perimenopauze of postmenopauze door een arts hadden gekregen. Via de vragenlijst werden gegevens over de prevalentie en frequentie van symptomen (gebaseerd op de Greene Climacteric Scale en urogenitale symptomen), de impact van symptomen, de duur en ervaring met het diagnoseproces, en interacties met zorgverleners verzameld. Gegevens van 2028 respondenten (663 uit België, 1365 uit Nederland) werden geanalyseerd.

Resultaten: De respondenten waren voornamelijk vrouwen tussen 41 en 60 jaar (94%) met een hoge opleidingsgraad. De meest voorkomende symptomen waren vermoeidheid (98,6%), prikkelbaarheid (97%), concentratiemoeilijkheden (96,8%). Een aanzienlijk percentage vrouwen rapporteerde een grote tot zeer invaliderende impact op hun sociaal-relatieve leven (65,2%) en professionele leven/carrière (60,5%), waarbij velen aangaven niet te kunnen werken door de klachten. De periode tussen het begin van de symptomen en een formele diagnose duurde vaak 2 tot 10 jaar (respondenten België: 64,5%; Nederland: 66,0%). Eerste contacten vonden meestal plaats met een huisarts of gynaecoloog, met merkbare verschillen tussen de landen door variaties in de zorgstructuur. Veel voorkomende redenen die zorgverleners gaven om symptomen niet aan perimenopauze toe te schrijven, waren stress, burn-out, normaal ouder worden, het aanwezig zijn van regelmatige menstruatie, te jong zijn voor de perimenopauze, afwezigheid van opvliegers, en een normale uitslag van hormonale bloedtesten. 61,3% van de bevraagde Belgische vrouwen en 48,6% van de Nederlandse voelden zich weinig tot niet serieus genomen door zorgverleners tijdens het diagnoseproces. Van de Belgische respondenten gaf 61,3% aan weinig tot geen inspraak te hebben gehad in het diagnoseproces. In Nederland betrof dit 48,6% van de ondervraagden, die aangaven slechts in beperkte mate inspraak te hebben gehad.

Het vinden van betrouwbare informatie in het Nederlands werd als moeilijk ervaren. De rol van verpleegkundigen is momenteel beperkt: weinig vrouwen voelen zich comfortabel om symptomen met hen de klachten te bespreken, en de meerderheid heeft dit nog nooit gedaan. Zowel eerstelijns- als tweedelijnszorgverleners beschikken volgens de respondenten over beperkte kennis van de perimenopauze.

Conclusie: Dit onderzoek toont aan dat het diagnoseproces van de perimenopauze in België en Nederland vaak aanzienlijk vertraagd verloopt. Voor een groot deel van de vrouwen duurde dit proces tussen de 2 en 10 jaar, en voor sommigen zelfs langer dan 10 jaar.

Deze vertraging wordt primair veroorzaakt door een kennistekort, zowel bij vrouwen (die moeite hebben met het vinden van duidelijke informatie en vaak zelf de link leggen) als bij zorgverleners. Dit leidt bij zorgverleners tot het niet tijdig herkennen of correct interpreteren van signalen, met misvattingen zoals het uitsluiten van de diagnose bij afwezigheid van opvliegers of bij een regelmatige menstruatie. Ook normaal bevonden uitslagen van hormonale bloedtesten bij vrouwen ouder dan 45 jaar leiden onterecht tot het uitsluiten van perimenopauze, en klachten worden vaak ten onrechte toegeschreven aan stress of burn-out.

De gevolgen van deze vertraging zijn ernstig: het heeft een grote impact op de levenskwaliteit van vrouwen, hun sociaal-relatieel leven, carrière en financiële situatie. Veel vrouwen voelen zich niet serieus genomen, en het leidt tot verhoogde zorgkosten door meerdere consultaties en vaak onnodig aanvullend onderzoek. Medicatie zoals antidepressiva wordt voorgeschreven, wat duidt op symptoombestrijding in plaats van oorzaakgerichte zorg.

Een tijdige en gepaste aanpak vereist daarom structurele investeringen in de opleiding van alle zorgverleners en het verbeteren van de toegang tot toegankelijke en betrouwbare informatie voor vrouwen.

Trefwoorden:

Menopauze, perimenopauze, overgang, overgangsklachten, menopauzezorg

Inleiding

Volgens gegevens van de Verenigde Naties (VN) zal het aantal vrouwen wereldwijd ouder dan 50 jaar dramatisch stijgen tot 1,65 miljard in 2050 (Kirchengast, 2024b). De natuurlijke menopauze wordt gemiddeld bereikt op de leeftijd van 51 jaar, nadat de menstruatie gedurende 12 opeenvolgende maanden spontaan is gestopt (Palacios et al., 2010b). De menopauze markeert het einde van de reproductieve periode bij vrouwen, en elke vrouw die lang genoeg leeft, ondergaat deze fase (Davis et al., 2015).

De STRAW+10-classificatie (Tabel 1) geeft een overzicht van de verschillende hormonale stadia die een vrouw gedurende haar leven doormaakt: de reproductieve periode, de menopauzetransitie en de postmenopauze (Harlow et al., 2012). De reproductieve periode begint met de eerste menstruatie, ook wel menarche genoemd. De menopauzetransitie omvat de perimenopauze en het eerste jaar na de menopauze, oftewel het jaar na de laatste menstruatie (Final Menstrual Period, FMP). Een vrouw wordt als postmenopauzaal beschouwd nadat zij 12 maanden zonder menstruatie is geweest. Zij blijft postmenopauzaal voor de rest van haar leven.

Tabel 1 - Harlow et al. (2012)

Menarche					FMP (0)					
Stage	-5	-4	-3b	-3a	-2	-1	+1 a	+1b	+1c	+2
Terminology	REPRODUCTIVE				MENOPAUSAL TRANSITION		POSTMENOPAUSE			
	Early	Peak	Late		Early	Late	Early			Late
					Perimenopause					
Duration	variable				variable	1-3 years	2 years (1+1)	3-6 years	Remaining lifespan	
PRINCIPAL CRITERIA										
Menstrual Cycle	Variable to regular	Regular	Regular	Subtle changes in Flow/ Length	Variable Length Persistent ≥ 7 - day difference in length of consecutive cycles	Interval of amenorrhea of ≥ 60 days				
SUPPORTIVE CRITERIA										
Endocrine										
FSH			Low	Variable*	↑ Variable*	↑ >25 IU/L**	↑ Variable	Stabilizes		
AMH			Low	Low	Low	Low	Low	Very Low		
Inhibin B								Very Low		
Antral Follicle Count			Low	Low	Low	Low	Very Low	Very Low		
DESCRIPTIVE CHARACTERISTICS										
Symptoms						Vasomotor symptoms Likely	Vasomotor symptoms Most Likely			Increasing symptoms of urogenital atrophy

* Blood draw on cycle days 2-5 ↑ = elevated

**Approximate expected level based on assays using current international pituitary standard⁶⁷⁻⁶⁹

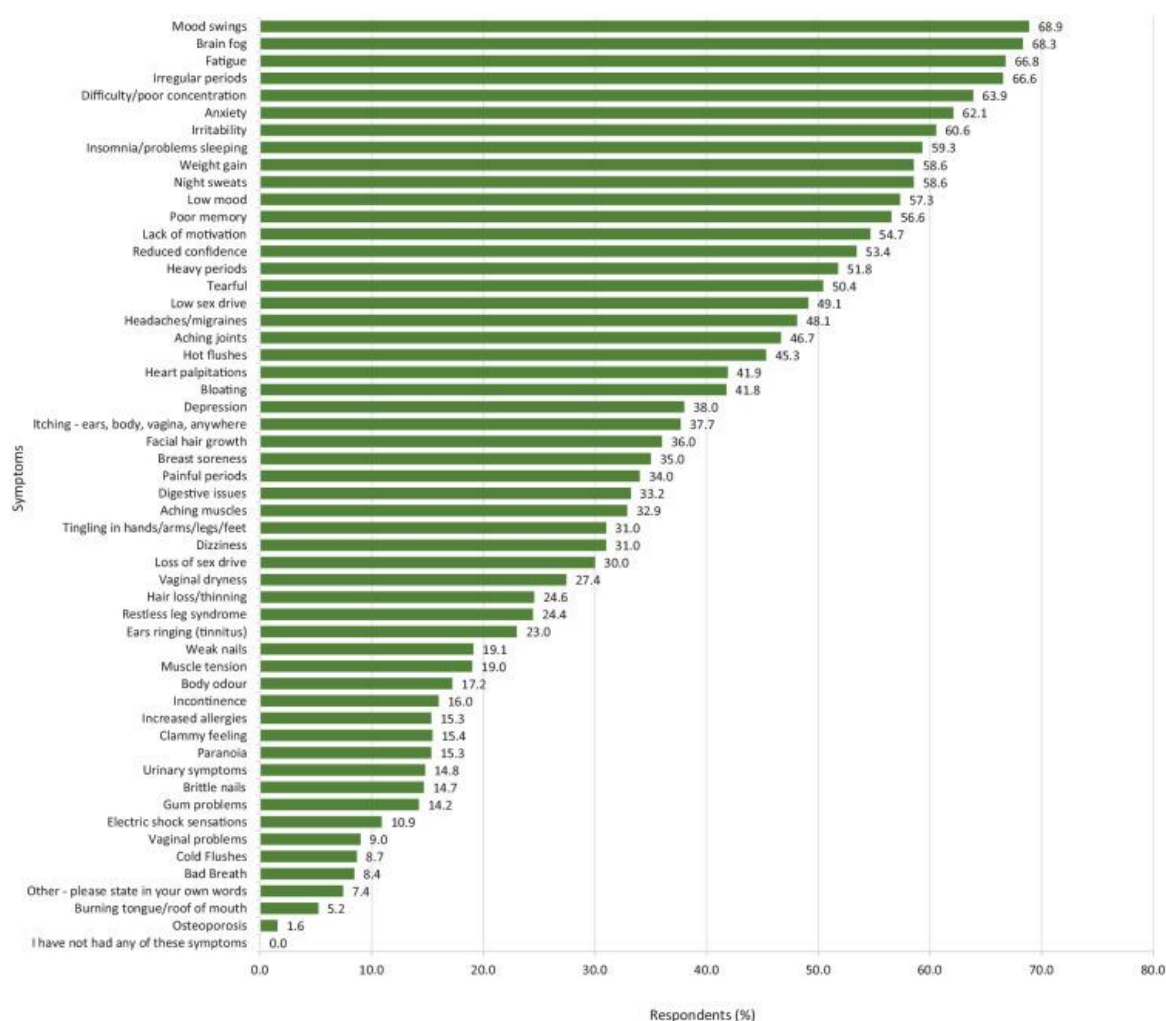
Gold (2011) vermeldt dat de perimenopauze doorgaans rond de leeftijd van 45 jaar begint. Volgens gynaecoloog en menopauzespecialist dr. Marie Claire Haver kunnen symptomen echter al halverwege de dertig optreden (Haver, 2024). Dit wordt ook bevestigd door de International Menopause Society, een organisatie van vooraanstaande experts die alle

aspecten van het ouder worden bij vrouwen bestuderen en hun kennis hierover delen (Panay et al., 2024; Home - International Menopause Society, 2024b).

Volgens Harlow et al. (2012) is de duur van de perimenopauze variabel. McCarthy en Raval (2020) geven aan dat de perimenopauze doorgaans ongeveer zeven jaar duurt, maar dat deze periode zich in sommige gevallen kan uitstrekken tot veertien jaar.

Tijdens de perimenopauze kunnen klachten ontstaan. Tot 85% van de vrouwen ervaart klachten tijdens de menopauzetransitie (O'Neill & Eden, 2017). Hengel et al. (2023) voerden recentelijk een grootschalige bevraging uit onder werkende Nederlandse vrouwen. Een van de bevindingen was dat klachten in de perimenopauze ernstiger werden ervaren dan in de postmenopauze.

In de bevraging van Hengel et al. (2023) werd de Greene Climacteric Scale gebruikt om de ernst van de klachten in kaart te brengen. De Greene Climacteric Scale is een gangbare meetschaal voor menopauzesymptomen. De schaal omvat 21 symptomen, verdeeld in vijf categorieën: (1) angstklachten (symptomen 1–6), (2) depressieklachten (symptomen 7–11), (3) somatische klachten (symptomen 12–18), (4) vasomotorische symptomen (symptomen 19–20) en (5) seksuele functie (symptoom 21) (Zhou et al., 2011).



Figuur 1 - Harper et al. (2022)

Volgens Harper et al. (2022) zijn de meest voorkomende klachten stemmingswisselingen (69%), hersenmist (68%), vermoeidheid (67%), onregelmatige menstruatie (66%),

concentratieproblemen (63%), angst (62%), geïrriteerdheid (61%) en slaapproblemen (59%) (Figuur 1). Whiteley et al. (2013c) concluderen dat deze reeks klachten een sterke negatieve invloed heeft op de levenskwaliteit. Deze klachten kunnen het sociale en professionele leven van vrouwen sterk en vaak negatief beïnvloeden.

Uit een Britse bevraging onder 1000 vrouwen bleek dat 80% vond dat de menopauzetransitie en menopauze grote druk uitoefenden op hun relaties met kinderen, partner en het gezinsleven in het algemeen. 73% van de bevroagde vrouwen geeft de menopauze de schuld van hun echtscheiding. In diezelfde bevraging rapporteerde 67% van de vrouwen een toename van huiselijk geweld en conflicten (Beth, 2022).

In Roberts-Garth (2022) werden vrouwen bevroagd naar hun menopauzebeleving en de invloed daarvan op hun professionele carrière. 99% antwoordde dat de menopauze een negatieve impact had op hun professioneel leven. 59% hadden al dagen vrij genomen omwille van symptomen. 18% van de vrouwen had al eens meer dan 8 weken vrij moeten nemen. De helft van deze 18% namen ontslag of gingen vervroegd op pensioen.

De WHO onderstreept het belang van een snelle diagnose en goede ondersteuning van vrouwen om de impact van klachten op hun levenskwaliteit te verbeteren (World Health Organization, 2024b).

De kennis over de menopauzetransitie bij de vrouwen zelf blijkt veelal beperkt (Wegrzynowicz et al., 2025). In de recente bevraging van Harper et al. (2022) gaf 97% van de vrouwen aan weinig of geen kennis te hebben over de perimenopauze. 94,1 % heeft nooit over de menopauze geleerd op school (Aljumah et al., 2023c). Ook in België blijken vrouwen niet goed geïnformeerd te zijn. In een bevraging van 2016 bleek dat 61% van de Belgische vrouwen dacht dat de menopauzale status een tijdelijke fase is (Depypere et al., 2016b).

De kennis bij professionele zorgverleners blijkt vaak ook problematisch. Volgens recent internationaal onderzoek van Martin-Key et al. (2023c) verloopt de diagnosestelling van de perimenopauze moeizaam en wordt er op kennistekorten en onbegrip gestuit bij zorgverleners in het huidige medische landschap. Menopauzeklachten worden vaak aan andere oorzaken toegeschreven, zoals long COVID, klinische depressie, overgewicht of leefstijlfactoren. Ook is kennis over de invloed van geslachtshormonen op de symptomen vaak onvoldoende aanwezig. Er bestaat ook een overtuiging dat als vrouwen geen opvliegers ondervinden, de ervaren symptomen onmogelijk kunnen te maken hebben met de menopauzetransitie. Vrouwen ervaren dat zij worden afgewimpeld met argumenten als dat ze te jong zijn, dat de menopauzetransitie een natuurlijk onderdeel van het ouder worden is, of dat vrouwen in ontwikkelingslanden ook zonder medicatie doorgaan. Vrouwen in de perimenopauze horen vaak dat hun bloedresultaten normaal zijn en dat hun klachten dus niet met de menopauze kunnen te maken hebben. De NICE-richtlijnen stellen echter duidelijk dat de identificatie van de perimenopauze en menopauze niet via bloedtesten gebeurt (NICE, 2015).

Vrouwen meldden bovendien dat er drie tot vijf bezoeken aan zorgverleners nodig waren voordat klachten werden erkend of herkend als gerelateerd aan de menopauzetransitie. 20% had zes of meer bezoeken nodig voordat hun klachten aan de menopauzetransitie werden toegeschreven (Newson, 2024).

Op basis van diverse wetenschappelijke artikelen en bevragingen kan worden geconcludeerd dat hulpverleners over het algemeen onvoldoende kennis hebben over vrouwen in de perimenopauze, wat de diagnosestelling beïnvloedt. In de enquête van Newson (2024) had 10% van de ondervraagde vrouwen contact gehad met een

verpleegkundige tijdens het vaak langdurige diagnoseproces. De kenniskloof blijkt zich dus ook bij de verpleegkundigen te manifesteren.

In 2022 waren er in Nederland in het totaal 66.290 artsen en 193.390 verpleegkundigen (CBS Statline, z.d.). De kans dat een vrouw een contactmoment heeft met een verpleegkundige is daarom potentieel groter. In 2022 telde België 38.031 artsen en 31.769 verpleegkundigen (Aantal Actieve Beroepsbeoefenaars met een Geattesteerde Praktijk Per Specialisme en Per Beroep - Evolutie 2013 -2022, 2022). Hoewel het aantal verpleegkundigen veel lager is dan dat van artsen, kan de unieke rol van verpleegkundigen niet worden onderschat of genegeerd. Verpleegkundigen vervullen vaak een centrale rol in de communicatie met patiënten en andere zorgverleners, en dragen daarmee in belangrijke mate bij aan de kwaliteit van zorg en het welzijn van patiënten (Ghiyasvandian et al., 2014). Uit onderzoek van Brenan (2024b) blijkt dat 79% van de patiënten veel vertrouwen heeft in verpleegkundigen en verwacht dat zij hoge ethische standaarden hanteren.

Om deze redenen zijn verpleegkundigen ideaal gepositioneerd om een cruciale schakel te vormen in het faciliteren van het perimenopauzediagnoseproces, zowel in de eerste-, tweede- als derdelijnszorg.

In België en Nederland is er, voor zover geweten, nog geen bevraging gedaan naar de zorgkwaliteit bij vrouwen rond de perimenopauze. In dit onderzoek worden Belgische en Nederlandse vrouwen bevraagd over hun ervaringen met de perimenopauzediagnose door zorgverleners, met bijzondere aandacht voor verpleegkundigen. Op deze wijze kunnen de zorgbehoeften en kennishiaten bij zorgverleners, waaronder verpleegkundigen, in kaart worden gebracht. Nadien volgt een samenvatting van de bevindingen met betrekking tot het huidige verloop van het diagnoseproces in België en Nederland, evenals de oorzaken en gevolgen van de geconstateerde situatie. Daarnaast worden mogelijke verbeterstrategieën besproken, met bijzondere aandacht voor de bijdrage die verpleegkundigen hierin kunnen leveren. Centraal in dit onderzoek staat daarom de vraag: *hoe wordt het diagnoseproces van perimenopauzale vrouwen in België en Nederland georganiseerd binnen het huidige gezondheidssysteem, en welke rol vervullen verpleegkundigen daarbij of zouden zij daarbij kunnen vervullen?*

Methode

Onderzoeksvraag

Hoe verloopt het diagnoseproces van perimenopauzale vrouwen in België en Nederland, en welke rol kan de verpleegkundige hierin vervullen?

Studiedesign

Het onderzoek betrof een kwantitatieve, cross-sectionele studie met een descriptief ontwerp. Respondenten kregen één open veld voor reacties, welke niet systematisch kwalitatief zijn geanalyseerd, maar op verzoek beschikbaar worden gesteld.

Populatie en steekproef

Onderzoekspopulatie en inclusiecriteria

De onderzoekspopulatie bestond uit personen woonachtig in België of Nederland en waren grotendeels leden van online lotgenootgroepen en volgers van online menopauze-informatiekanalen.

Geldige deelnemers moesten vanaf de geboorte beschikken over een intact vrouwelijk voortplantingssysteem dat functioneel werd vanaf de puberteit. De populatie bevond zich ten tijde van de bevraging in de perimenopauze of hadden deze fase reeds doorlopen en waren postmenopauzaal. Een bijkomend inclusie criterium was dat de diagnose *perimenopauze* of *postmenopauze* formeel door een arts was gesteld.

Exclusiecriteria

Personen werden uitgesloten van deelname indien zij:

- niet geboren waren met een functioneel vrouwelijk voortplantingssysteem,
- geen formele medische diagnose van perimenopauze of postmenopauze hadden ontvangen,
- een chirurgische menopauze (bilaterale ovariëctomie) of een chemisch geïnduceerde menopauze (door medicatie of chemotherapie) hadden doorgemaakt voorafgaand aan het natuurlijke begin van de perimenopauze.
- Niet in België of Nederland woonden

Wervingsmethode

De steekproef werd samengesteld via *convenience sampling*. Respondenten werden hoofdzakelijk vrijblijvend gerekruteerd via berichten in online lotgenotengroepen en informatieve digitale kanalen over de menopauze (Facebook, Instagram en LinkedIn). De link naar de bevraging werd ook via de leden van deze groepen buiten de lotgenotengroepen verspreid.

Methode voor datacollectie

De gegevens werden tussen 13 en 28 februari 2025 verzameld via een Nederlandstalige online vragenlijst opgesteld in Qualtrics. De inhoud van de vragenlijst werd mede opgesteld,

gecontroleerd en gevalideerd door menopauze-arts dr. Griet Spiessens. De vragenlijst werd verspreid via sociale media en digitale kanalen die zich richten op menopauze-informatie en lotgenotencontact (waaronder Facebook, LinkedIn en Instagram).

De vragenlijst had tot doel inzicht te verkrijgen in (1) de aard en frequentie van ervaren klachten, (2) de impact van deze klachten op het dagelijks functioneren, (3) het verloop van het diagnoseproces bij perimenopauze, en (4) de aard van de ontvangen zorg tijdens dit proces.

Alle vragen werden aangeboden in de vorm van meerkeuzevragen, met uitzondering van de slotvraag. Voor deze laatste was een open veld voorzien waarin respondenten vrij hun ervaringen, bedenkingen en emoties konden formuleren. Een selectie van deze kwalitatieve antwoorden werden illustratief opgenomen in de discussie.

De lijst met symptomen was gebaseerd op de Greene Climacteric Scale (Greene, 1998), een gevalideerde meetinstrument uit 1998 bestaande uit 21 veelvoorkomende menopauzale symptomen, waarbij respondenten de ernst per symptoom aangeven. Aanvullend werden extra klachten bevraagd die verband houden met het genito-urinaire syndroom van de menopauze (GSM), waaronder symptomen gerelateerd aan vaginale atrofie en urogenitale klachten. (Angelou et al., 2020c)

Verwerking van de gegevens

De gegevens werden geanalyseerd via SPSS versie 29.0.2.0.

Bevragingen waarbij enkel de eerste 7 identificerende en oriënterende vragen of minder ingevuld waren zijn buiten beschouwing gelaten.

Bij vragen waar meerdere keuzes mogelijk waren werden de keuzes die niet werden geselecteerd als missende waarden ingebracht.

Antwoorden waarin respondenten aangaven zich iets niet te kunnen herinneren of het niet te weten, werden gecodeerd als ontbrekende waarden omdat deze informatie niet betekenisvol is. Een uitzondering hierop betreft vraag 5, waarin de menopauzale overgangstatus werd bevraagd. Bij deze vraag werd het antwoord 'ik weet het niet' wel geregistreerd, aangezien niet alle vrouwen zich bewust zijn van hun exacte menopauzale status (bijvoorbeeld door gebruik van hormonale anticonceptie, hormoonsubstitutie therapie of na een hysterectomie). Dit gegeven werd als relevant beschouwd om te rapporteren, teneinde een nauwkeuriger beeld van de onderzochte populatie te verkrijgen.

Respondenten die niet in België of Nederland woonachtig waren, werden niet opgenomen in de statistische analyses.

In de data-analyse werden frequentieverdelingen opgesteld, vaak opgesplitst tussen België en Nederland. Er werden geen statistische toetsen uitgevoerd; de resultaten zijn louter beschrijvend weergegeven.

Ethische aspecten

De bevraging gebeurde anoniem en op vrijwillige basis. Respondenten werden niet persoonlijk of rechtstreeks benaderd of gecontacteerd. De geïnformeerde toestemming (informed consent) werd geïntegreerd in de inleiding van de vragenlijst. De verzamelde data wordt uitsluitend gebruikt in het kader van dit onderzoek. Deelnemers werden over het doel

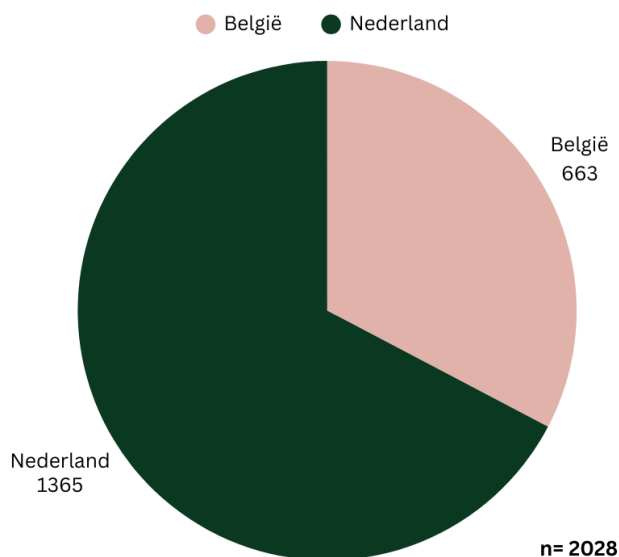
van het onderzoek geïnformeerd, op vrijwillige basis en dat ze op ieder moment zonder reden de vragenlijst stopzetten.

Resultaten

In dit onderdeel worden de uitkomsten van de bevraging bij Belgische en Nederlandse vrouwen gepresenteerd. De resultaten worden weergegeven volgens vier thematische domeinen. Eerst worden de kenmerken van de onderzochte populatie beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de aard van de ervaren klachten en de impact hiervan op het dagelijks functioneren. Daarna komt het verloop van het diagnoseproces aan bod, inclusief de betrokkenheid van zorgverleners. Tot slot wordt gerapporteerd over de ervaren beschikbaarheid van kennis en informatie met betrekking tot de perimenopauze.

Populatie en populatiekenmerken

In totaal namen 2525 respondenten deel, waarvan 2028 de vragenlijst geldig invulden en werden meegenomen in de dataverwerking. Van deze groep waren 663 vrouwen afkomstig uit België en 1365 uit Nederland (Figuur 2).



Figuur 2 – Het aantal respondenten met een geldig ingevulde bevraging per land van herkomst

In tabel 2 worden de leeftijdscategorieën van de respondenten getoond. De respondenten bestonden uit vrouwen van 25 jaar en ouder, waarbij de grootste groep (66.2%) bestond uit vrouwen tussen de 46 en 55 jaar.

Tabel 2 - Leeftijdsgroepen respondenten n= 2028

Leeftijdsgroepen respondenten	%
<24	0,0
25-30	0,0
31-35	0,3
36-40	1,8
41-45	12,6

46-50	28,6
51-55	37,6
56-60	15,2
61-65	3,0
>66	0,8

Bij de bevraging naar de opleidingsgraad (Tabel 3) had 32,1% van de respondenten een diploma secundair onderwijs en 67,5% een diploma hoger onderwijs.

Tabel 3 - Opleidingsgraad respondenten n= 2028

Opleidingsgraad respondenten	%
Lagere school	0,4
Secundair onderwijs (Nederland: Middelbaar + MBO)	32,1
Hogeschool (Bachelor, HBO of gelijkwaardig)	48,7
Universiteit (Master of gelijkwaardig)	18,8

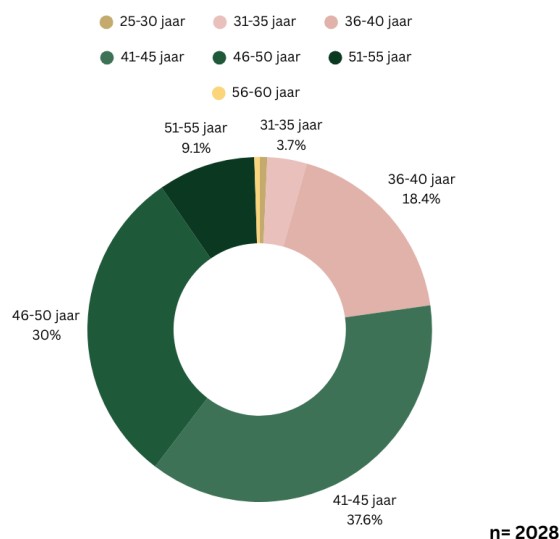
48,7% bevond zich op het moment van de bevraging in de perimenopauze, 45,3% in de postmenopauze en bij 6,0% was dit niet gekend (Tabel 4).

Tabel 4 - Menopauzestatus op het moment van de bevraging n= 2028

Menopauzestatus	%
Perimenopauze	48,7
Postmenopauze	45,3
Ongekend	6,0

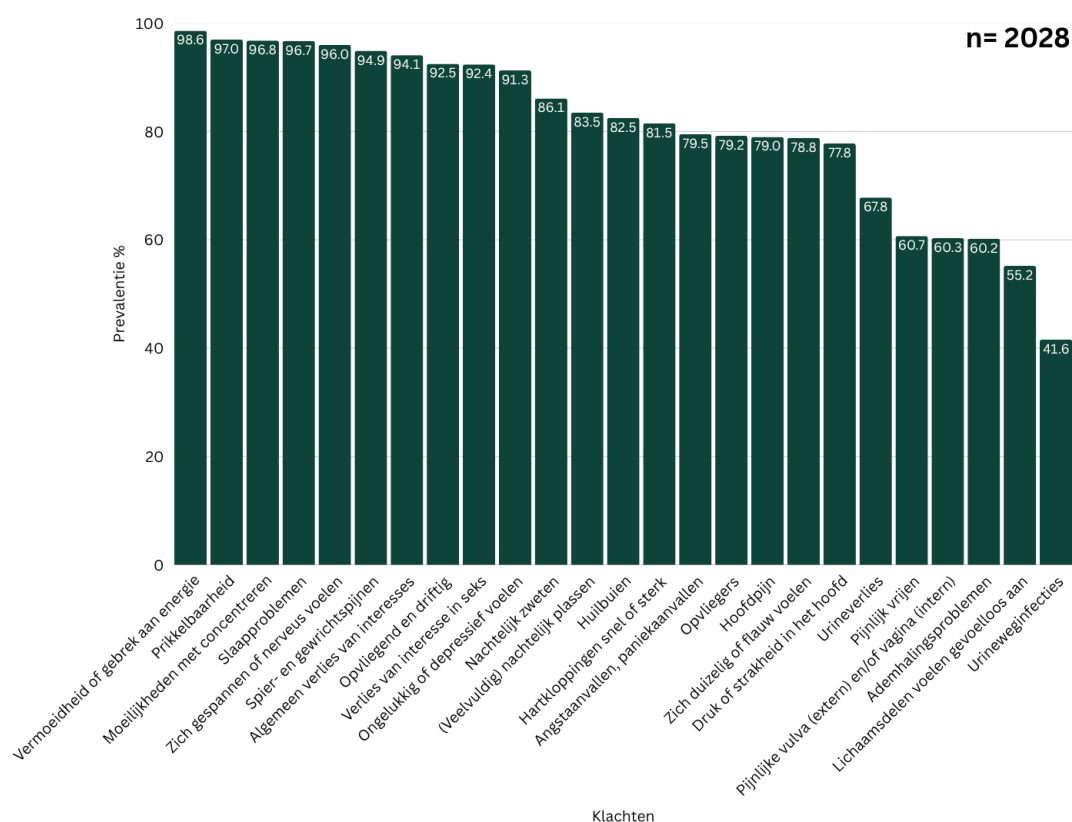
Klachten en impact ervan op de levenskwaliteit

De meeste vrouwen ervoeren hun eerste klachten in de leeftijdsgroep van 41 tot 45 jaar (37,7%). Bij 18,2% van de vrouwen werden de eerste klachten tussen de leeftijd 36 en 40 jaar gewaargeworden (Figuur 3).



Figuur 3 - Leeftijd eerste ervaren klachten

Klachten zoals vermoeidheid of gebrek aan energie (98,6%), prikkelbaarheid (97%), concentratiemoeilijkheden (96,8), slaapproblemen (96,7%), nervositeit en onrust (96,0%), spier- en gewrichtspijnen (94,4%), algemeen verlies van interesses (94,1%), opvliegend gedrag (92,5%), verlies libido (92,4%), en neerslachtigheid (91,3%) waren de meest aangehaalde symptomen (Figuur 4 - Prevalentie Klachten).



Figuur 4 - Prevalentie klachten

Vermoeidheid (39,5%), slaapproblemen (34%) en gewrichts- en spierpijn (29,7%) bleken de meest voorkomende klachten te zijn waarvan respondenten rapporteerden dat ze *constant aanwezig* waren (Tabel 5).

Tabel 5 - Klachten die constant aanwezig zijn n= 2028

Klachten die constant aanwezig zijn	%
Vermoeidheid of gebrek aan energie	39,7
Slaapproblemen	34,4
Spier- en gewrichtspijnen	30,1
Verlies van interesse in seks	27,3
Moeilijkheden met concentreren	19,9
Zich gespannen of nerveus voelen	15,1
(Veelvuldig) nachtelijk plassen	14,2
Nachtelijk zweten	14,0
Ongelukkig of depressief voelen	13,2
Algemeen verlies van interesses	12,0
Opvliegers	10,6
Prikkelbaarheid	9,8
Pijnlijk vrijen	8,5
Opvliegend en driftig	7,5
Pijnlijke vulva (extern) en/of vagina (intern)	6,5
Druk of strakheid in het hoofd	5,4
Angstaanvallen, paniekaanvallen	5,2
Hoofdpijn	5,1
Urineverlies	5,1
Zich duizelig of flauw voelen	3,6
Huilbuien	3,5
Hartkloppingen snel of sterk	2,5
Ademhalingsproblemen	2,3
Urineweginfecties	1,9
Lichaamsdelen voelen gevoelloos aan	1,7

In Tabel 6 worden de klachten weergegeven waarvan respondenten aangaven dat ze *veel aanwezig* waren. De drie grootste klachten waren nervositeit en onrust (50,1%) , prikkelbaarheid (49,1%) en concentratiemoeilijkheden (45,8%).

Tabel 6 - Klachten die veel aanwezig zijn n= 2028

Klachten die veel aanwezig zijn	%
Zich gespannen of nerveus voelen	50,1
Prikkelbaarheid	49,1
Moeilijkheden met concentreren	45,8
Vermoeidheid of gebrek aan energie	41,8
Slaapproblemen	41,8
Algemeen verlies van interesses	40,7
Opvliegend en driftig	38,5
Spier- en gewrichtspijnen	38,2
Ongelukkig of depressief voelen	35,7
Verlies van interesse in seks	35,2
Nachtelijk zweten	32,1

(Veelvuldig) nachtelijk plassen	28,3
Angstaanvallen, paniekaanvallen	27,3
Hartkloppingen snel of sterk	27,3
Opvliegers	27,1
Druk of strakheid in het hoofd	25,9
Huilbuien	24,5
Hoofdpijn	24,0
Zich duizelig of flauw voelen	19,5
Urineverlies	16,1
Pijnlijke vulva (extern) en/of vagina (intern)	14,3
Pijnlijk vrijen	13,0
Ademhalingsproblemen	11,6
Lichaamsdelen voelen gevoelloos aan	8,5
Urineweginfecties	8,0

De prevalentie van urogenitale klachten wordt apart uitgelicht in Tabel 7.

Tabel 7 - Prevalentie van urogenitale klachten n= 2028

Urogenitaleklachten of GSM	%
(Veelvuldig) nachtelijk plassen	83,5
Urineverlies	67,8
Pijnlijke vulva (extern) en/of vagina (intern)	60,3
Pijnlijk vrijen	60,7
Urineweginfecties	41,6

65,2% van de respondenten gaven aan dat de klachten een grote tot ernstig invaliderende impact hadden op hun sociaal-relatieel leven (Tabel 8).

Tabel 8 - Impact van de klachten op sociaal-relatieel leven n= 2028

Mate van impact op het sociaal-relatieel leven	%
Minimale impact	1,9
Matige impact	7,0
Redelijke impact	25,6
Grote impact	52,2
Ernstige, invaliderende impact	13,0

60,5% van de respondenten gaven aan dat de klachten grote tot ernstige effecten hadden op hun professionele carrière (Tabel 9).

Tabel 9 - Impact van de klachten op professioneel vlak en carrière n= 2028

Mate van impact op professioneel vlak en carrière	%
Minimale impact	3,7
Matige impact	11,1
Redelijke impact	24,7
Grote impact	41,0
Ernstige, invaliderende impact	19,5

66,9% van respondenten was al eens niet in staat geweest om te werken door klachten gerelateerd aan de menopauze. 14,5% van de bevroagden waren meerdere maanden niet in staat geweest om te werken. 20,4% was 1+ jaar arbeidsongeschikt (Tabel 10).

Tabel 10 - Duur arbeidsongeschiktheid n= 2028

Duur arbeidsongeschiktheid	%
1 dag	4,5
Meerdere dagen	19,7
Meerdere weken	7,8
Meerdere maanden	14,5
Meer dan 1 jaar	8,7
Meer dan 2 jaar	6,6
Meer dan 5 jaar	5,1

Tabel 11 toont de zorgverleners aan wie de eerste klachten werden gemeld. De eerste klachten werden vooral gemeld aan de huisarts (België 65,8% - Nederland 84,5%), gynaecoloog (België 26,6% - Nederland 4,2%) en menopauzeconsulent/overgangsconsulent (België 2,1% - Nederland 6,3%)

Tabel 11 - De zorgverlener aan wie de klachten als eerst werden vermeld

Zorgverlener	België % n=657	Nederland % n= 1354
Huisarts	65,8	84,5
Menopauzeconsulent/Overgangsconsulent	2,1	6,3
Verpleegkundige	0,6	0,1
Gynaecoloog	26,6	4,2
Andere zorgverlener in de eerstelijnszorg (direct toegankelijk b.v. tandarts)	1,4	1,0
Andere specialist in de tweede- of derdelijnszorg (poli en ziekenhuis)	2,4	2,8
Ik weet het niet meer	1,1	1,0

Het diagnoseproces

Omwillen van de verschillen in medische zorg en organisatie in België en Nederland werden bepaalde cijfers opgesplitst tussen landen.

De gerapporteerde duur van het diagnoseproces vertoonde gelijkaardige patronen bij respondenten uit België en Nederland. In België gaf 64,5% van de respondenten aan dat hun diagnoseproces tussen de 2 en 10 jaar duurde, tegenover 66,0% in Nederland. Daarnaast rapporteerde 8,5% van de Belgische en 9,2% van de Nederlandse respondenten een diagnoseproces dat langer dan 10 jaar in beslag nam (Tabel 12).

Tabel 12 - Duur diagnose België en Nederland

Duur diagnoseproces	België (%) n= 577	Nederland (%) n= 1213
1-2 weken	2,4	2,8
3-4 weken	0,9	1,1
2-6 maanden	6,8	7,2
6-12 maanden	17,0	13,8
2-3 jaar	27,2	24,2

4-5 jaar	24,8	24,2
6-10 jaar	12,5	17,6
Meer dan 10 jaar	8,5	9,2

In België werd bij 47,2% van de vrouwen de diagnose gesteld op basis van een hormonale bloedtest, tegenover 24,0% in Nederland. Een klinische diagnose werd daarentegen vaker gebruikt: bij 65,5% van de Belgische vrouwen en bij 76,8% van de Nederlandse vrouwen (Tabel 13).

Tabel 13 - De manier waarop de diagnose werd gesteld

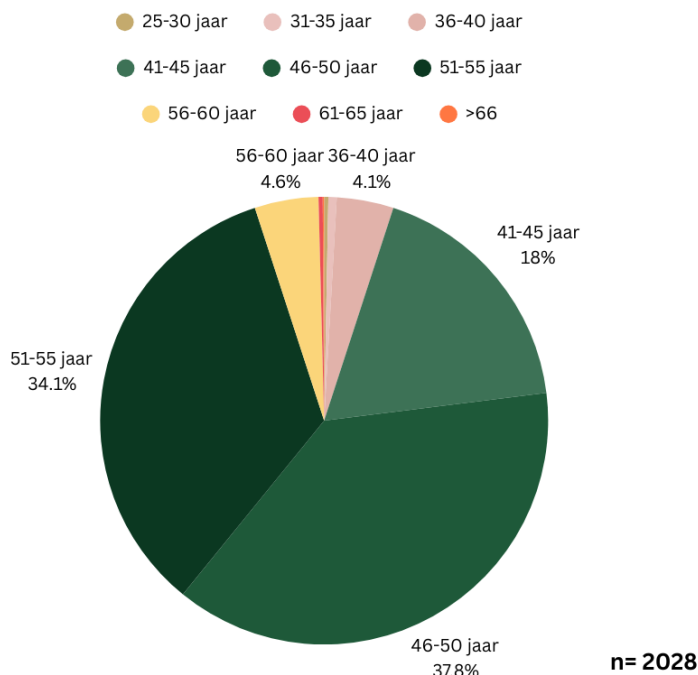
Diagnostische methode	België (%) n= 663	Nederland (%) n= 1365
Hormonale bloedtest	47,2	24,0
Op basis van symptomen en/of een klachtenschaal b.v. Greene Climacteric Scale	65,5	76,8

Van alle vrouwen die de diagnose via een hormonale bloedtest was 72,5% boven de leeftijd 46 jaar (Tabel 14).

Tabel 14 - Diagnose d.m.v. hormonale bloedtest per leeftijdscategorie n= 2028

Leeftijd van diagnosestelling in groepen	Diagnosestelling via hormonale bloedtest (%)
<24	0,0
25-30	0,9
31-35	0,8
36-40	7,0
41-45	18,8
46-50	32,8
51-55	34,5
56-60	4,7
61-65	0,3
>66	0,2

Figuur 5 toont de leeftijdscategorieën waarin de respondenten zich bevonden op het moment van de diagnosestelling. De leeftijdscategorie waarin de diagnose het meest gesteld werd was tussen de leeftijd van 46 en 55 jaar (71,9%). De diagnose tussen de leeftijd van 36 en 40 jaar werd bij 4,1% van de respondenten gebeurd.



Figuur 5 - Leeftijdscategorie op moment van de diagnose

42,9% van de respondenten in België en 38,4% in Nederland consulteerden 3 tot 6 verschillende zorgverleners voorleer de diagnose werd gesteld (Tabel 15).

Tabel 15 - Aantal verschillende zorgverleners geconsulteerd voor diagnosestelling

Aantal verschillende zorgverleners	België (%) n= 635	Nederland (%) n= 1321
1	21,4	26,3
2	28,5	28,3
3-4	29,4	28,8
5-6	13,5	9,6
7-8	2,8	3,9
9-10	1,7	1,2
Meer dan 10	1,4	1,3
Meer dan 15	1,1	0,5

In gevallen waarin de klachten niet als menopauzegerelateerd werden geclassificeerd, werden door zorgverleners de volgende alternatieve verklaringen het vaakst gerapporteerd (Tabel 16): stress (51,4%), burn-out (34,3%), het normale verouderingsproces (32,4%), het aanhouden van regelmatige menstruatie (30,6%), een als te jonge leeftijd voor de menopauze (25,8%), andere oorzaken (21,8%), afwezigheid van opvliegers (16,9%), een diagnose van klinische depressie (12,9%) en fibromyalgie (11,2%).

Tabel 16 - Oorzaken opgegeven door zorgverleners voor het uitblijven van een diagnose n= 1946

Redenen voor het uitblijven van een diagnose	%
Stress	51,4
Burn-out	34,3

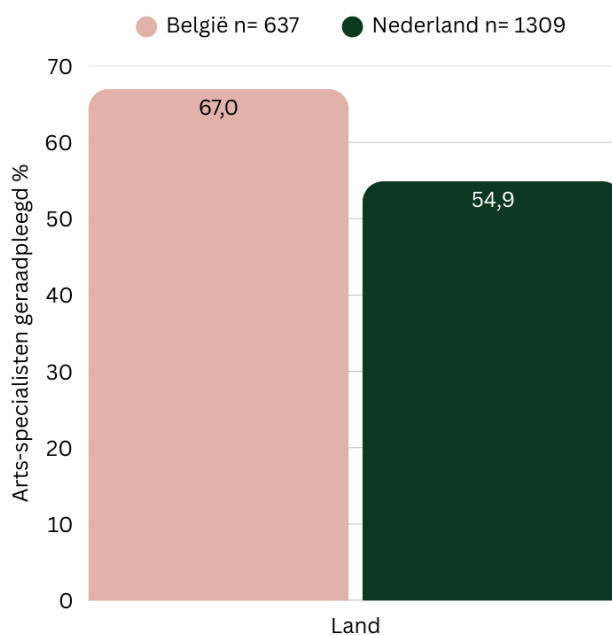
Normaal verouderingsproces	32,4
Regelmatische menstruatie aanwezig	30,6
Te jong voor de perimenopauze	25,8
Andere oorzaak	21,8
Afwezigheid opvliegers	16,9
Uitslag hormonale bloedtest is normaal	14,7
Prikkelbaar darmsyndroom	13,6
Klinische depressie	12,9
Fibromyalgie	11,4
Oorzaak ongekend	10,4
CVS	6,0
ADHD	5,5
Long covid	4,7
IC/blaaspijnsyndroom	2,2

Bij de respondenten bij wie de diagnose van perimenopauze uitbleef werden gevraagd welke behandeling(en) ze voorgeschreven kregen voor hun klachten (Tabel 17). De 3 meest voorkomende adviezen waren levensstijlaanpassingen, psychologische therapie en antidepressiva.

Tabel 17 - Voorgeschreven behandelingen voor de klachten bij uitblijven diagnose

Behandeling/medicatie voorgesteld	België (%) n= 637	Nederland (%) n= 1309
Geen behandeling	19,9	21,8
Antidepressiva (b.v. SSRI's)	31,7	24,8
Angstremmers en slaapmiddelen (b.v. benzodiazepines)	21,5	17,8
Bloeddrukmedicatie	7,8	9,6
Cholesterolmedicatie	8,2	3,1
Supplement (kruiden, vitaminen, mineralen)	35,6	22,5
Psychologische ondersteuning en therapie	31,9	38,0
Fysiotherapie/kinesithérapie	29,8	21,6
Aanpassingen levensstijl	40,0	37,4
Verwijzing specialist	20,6	24,9
Andere	11,1	13,1

67% van de bevroagden in België consulteerden ten minste één arts-specialist (andere dan een gynaecoloog) gedurende het diagnoseproces. Dit cijfer was in Nederland 54,9% (Figuur 6).



Figuur 6 - Consultatie van arts-specialisten door respondenten in België en Nederland

Tabel 18 geeft een overzicht van de arts-specialisten die door respondenten werden geraadpleegd tijdens het diagnoseproces. Cardiologen (België 28,9% - Nederland 19,9%), orthopedisten/reumatologen (België 26,2% - Nederland 15,6%), psychiaters (België 14% - Nederland 18,2%), neurologen (België 17,5% - Nederland 14,9%) waren de meest geconsulteerde arts-specialisten.

Tabel 18 - Geconsulteerde arts-specialisten (exclusief gynaecologen)

Geconsulteerde arts-specialisten (excl. gynaecoloog)	België (%) n= 637	Nederland (%) n= 1309
Cardioloog	28,9	19,9
Dermatoloog	12,4	6,3
Endocrinoloog	14,4	5,8
Gastro-enteroloog	17,9	8,6
Hematoloog	2,2	0,6
Hepatoloog (leverspecialist)	0,3	0,1
Nefroloog (nierspecialist)	1,3	0,5
Neuroloog	17,5	13,5
Neus-keel-oorarts	12,9	7,4
Oftalmoloog (oogarts)	6,9	1,9
Orthopedist/reumatoloog	26,2	15,6
Psychiater	14,0	18,2
Uroloog	7,8	6,1
Andere	14,9	17,1

Bij deze specialisten werd er soms extra onderzoek uitgevoerd en Tabel 19 geeft daar een overzicht van. In België kregen 25,1% van de bevroagden een MRI en 36,7% andere

medische beeldvorming. Bij de Nederlandse respondenten werd een MRI-onderzoek aangeraden bij 10,9% en overige medische beeldvorming bij 26,4%.

Aanvullend bloedonderzoek werd voorgeschreven in 37,5% van de gevallen in België en 35,5% in Nederland.

Extra proeven en testen zoals EEG, EKG, fietsproef etc. werden bij 33,1% van de Belgische bevrageden uitgevoerd. In Nederland was lag dit percentage lager, namelijk 21,4%

Tabel 19 - Aanvullend onderzoek voorgeschreven door specialisten (excl. gynaecologie)

Aanvullend onderzoek door arts specialist	België (%) n= 637	Nederland (%) n= 1309
Bloedonderzoek	37,5	35,3
Urine en/of stoelgangonderzoek	16,3	12,3
MRI-onderzoek	25,1	10,9
Andere medische beeldvorming (echografie, röntgenfoto, CT-scan, botscan etc.)	36,7	26,4
Extra onderzoeken door specialisten (allerhande testen en proeven: EEG, EKG, fietsproef, plasproeven, bijhouden dagboek etc.)	33,1	21,4

Tabel 20 geeft algemeen de resultaten van dit aanvullend onderzoek weer. Na dit onderzoek werd er in België in 29% en in Nederland in 26,6% van de gevallen geen diagnose gevonden. Bij 6,9% van de Belgische en 5,4% van de Nederlandse respondenten leidden deze onderzoeken tot de diagnose van perimenopauze.

Tabel 20 - Resultaten en diagnose na aanvullend onderzoek

Resultaten aanvullend onderzoek door arts-specialist	België % n= 637	Nederland % n= 1309
Andere diagnoses	35,9	30,2
Geen andere diagnose	29,0	26,6
Diagnose menopauze	6,9	5,4

De drie meest uitgevoerde onderzoeken waarbij geen diagnose werd gesteld, waren bijkomende tests en onderzoeken (47%), medische beeldvorming exclusief MRI (44,6%) en MRI-onderzoek (42,2%) (Tabel 21).

Tabel 21 - Aanvullend onderzoek met niet-concluderende diagnostische uitkomst n= 1946

Aanvullend onderzoek door arts specialist	Geen diagnose vastgesteld (%)
Extra onderzoeken door specialisten (allerhande testen en proeven: EEG, EKG, fietsproef, plasproeven, bijhouden dagboek etc.)	47,0
Andere medische beeldvorming (echografie, röntgenfoto, CT-scan, botscan etc.)	44,6
MRI-onderzoek	42,2
Urine en/of stoelgangonderzoek	41,9

Bloedonderzoek	41,4
----------------	------

Inzake patiëntenbeleving, tijdens het diagnoseproces vonden 61% van de bevroagden in België zich weinig tot niet ernstig genomen door de zorgverleners. In Nederland bedroeg dit 54,2% (Tabel 22).

Tabel 22 - Perceptie van serieus genomen te worden tijdens het diagnoseproces

Voelde u zich ernstig genomen?	België (%) n= 644	Nederland (%) n= 1334
Helemaal wel	7,8	11,8
Redelijk wel	17,9	19,7
Adequaat	13,4	14,3
Redelijk niet	32,3	31,1
Helemaal niet	28,7	23,1

In België vond 61,3% van de bevroagden dat ze weinig tot geen inspraak hadden in het diagnoseproces. In Nederland bedroeg dit 48,6% (Tabel 24).

Tabel 23 - Ervaren mate van inspraak tijdens het diagnoseproces per land

Had u het gevoel dat u inspraak had?	België (%) n= 644	Nederland (%) n= 1334
Volledig	6,1	10,3
Redelijk goed	19,6	22,7
Adequaat	13	18,4
Weinig	40,8	36,4
Helemaal niet	20,5	12,2

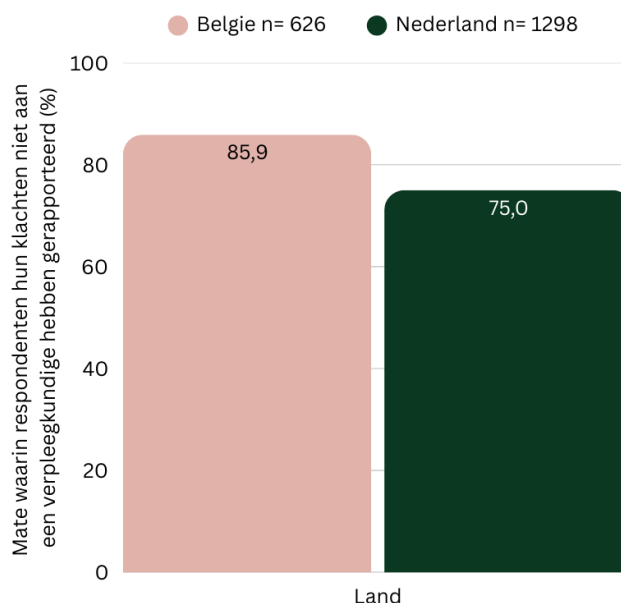
Respondenten werden ook bevroagd bij welke zorgverlener men zich het meest comfortabel voelde om over de klachten te praten (Tabel 24). 38,3% van de Belgische en 36,5% van de Nederlandse respondenten voelden zich comfortabel bij een gynaecoloog. Bij een menopauzeconsulent/overgangsconsulent was dit 27,8% voor de Belgische en 30,4% voor de Nederlandse bevroagden. 24,8% van de Belgische en 24,7% van de Nederlandse vrouwen voelden zich het meest comfortabel bij de huisarts.

0,3% van de Belgische en 1,2% van de Nederlandse bevroagden voelden zich comfortabel om met een verpleegkundige te praten over de menopauzebeleving.

Tabel 24 - Meest comfortabel ervaren zorgverlener

Voorkeurszorgverlener op basis van ervaren comfort	België (%) n= 626	Nederland (%) n= 1298
Gynaecoloog	38,3	36,5
Menopauzeconsulente / overgangsconsulente	27,8	30,4
Huisarts	24,8	24,7
Andere	5,8	5,5
Psycholoog / therapeut	3,0	1,6
Verpleegkundige	0,3	1,2

85,9% van Belgische en 75% van de Nederlandse bevroagden had nog nooit over hun klachten gesproken met een verpleegkundige (Figuur 7).



Figuur 7 - Klachten nooit geuit tegenover een verpleegkundige per land

Kennis en informatie

Van de respondenten gaf 56,7% aan dat zij de beschikbaarheid van kwalitatieve informatie over de perimenopauze in het Nederlands als moeilijk tot zeer moeilijk ervaren (Tabel 25).

Tabel 25 - Beschikbaarheid van correcte informatie in het Nederlands n= 1924

Vindt u informatie vinden in het Nederlands gemakkelijk?	%
Helemaal eens	5,4
Redelijk eens	18,7
Niet eens / niet oneens	19,2
Redelijk oneens	35,0
Helemaal oneens	21,7

Wanneer respondenten zelf als eerste de link legden tussen hun klachten en de perimenopauze, toont Tabel 26 dat dit vooral gebeurde via sociale media (29,6%), iemand uit hun sociale omgeving (23,6%) of algemene internetwebsites (17,7%).

93,5% van de bevroagden hebben als eerste zelf de klachten gekoppeld aan de perimenopauze.

Tabel 26 - Bron van eerste zelfgelegde link tussen klachten en menopauze n= 1978

Kanaal gebruikt bij eerste zelfherkenning van menopauze	%
Via sociale media	29,6
Via iemand uit de sociale omgeving (vrienden, familie, collega's)	23,6
Via het internet (allerhande websites die niet een krant of magazine zijn)	17,6
Andere	11,9

Niet van toepassing	6,5
Door het lezen van een boek over de overgang/menopauze	6,4
Via een artikel in een krant / magazine	2,6
Via een programma op TV	2,0
Via een brochure/poster b.v. in de wachtzaal van een medische centrum of praktijk	0,2

Daarnaast werd onderzocht hoe respondenten de kwantiteit en kwaliteit van de informatie evalueerden die zij ontvingen na de officiële diagnose door een arts. Wat de kwantiteit betreft, toonde 19,8% zich tevreden en 62,5% gaf aan redelijk tot zeer ontevreden te zijn (Tabel 27). De beoordeling van de kwaliteit van de ontvangen informatie verliep gelijkaardig: 21,4% was tevreden en 62,3 % was redelijk tot zeer ontevreden (Tabel 28).

Tabel 27 - Perceptie van de kwantiteit van de informatie verstrekt na de diagnose n= 2028

Kwantiteit van informatie verstrekt na de diagnose	%
Heel tevreden	4,7
Redelijk tevreden	15,1
Noch tevreden/noch ontevreden	17,7
Redelijk ontevreden	30,2
Heel ontevreden	32,3

Tabel 28 - Perceptie van de kwaliteit van de informatie verstrekt na de diagnose n= 2028

Kwaliteit van informatie verstrekt na de diagnose	%
Heel tevreden	5,7
Redelijk tevreden	15,7
Noch tevreden/noch ontevreden	16,3
Redelijk ontevreden	31,1
Heel ontevreden	31,2

Verder werd de perceptie van de kennis van zorgverleners in de eerste- en tweedelijnszorg bevraagd.

In de eerstelijnszorg vond 94,7% van de Belgische respondenten de kennis over de perimenopauze redelijk tot zeer beperkt. Dit percentage bedroeg 91,8% in Nederland (Tabel 29).

Tabel 29 - Evaluatie van de kennis in de eerstelijnszorg door de respondenten

Kennis eerste lijn	België (%) n= 614	Nederland (%) n= 1284
Heel groot	0,7	0,3
Redelijk groot	0,5	2,1
Voldoende	4,2	5,8
Redelijk klein	26,1	27,3
Heel klein	68,6	64,5

De kennisniveaus in de tweedelijnszorg werden als volgt beoordeeld (Tabel 30): 88,3% van de Belgische respondenten en 80,4% van de Nederlandse respondenten vonden dat de kennis redelijk tot zeer beperkt was.

Tabel 30 - Evaluatie van de kennis in de tweedelijnszorg door de respondenten

Kennis tweede lijn	België (%) n= 572	Nederland (%) n= 1115
Heel groot	0,5	1,6
Redelijk groot	2,4	5,0
Voldoende	8,7	13,0
Redelijk klein	39,0	41,0
Heel klein	49,3	39,4

Discussie

De diagnose: België en Nederland

Uit de resultaten van de bevraging blijkt dat het stellen van de diagnose perimenopauze vaak vertraagd verloopt. Bij 64,5% van de Belgische respondenten en 66,0% van de Nederlandse respondenten duurde het diagnoseproces tussen de twee en tien jaar. De bijdrage van verpleegkundigen aan dit proces blijkt momenteel minimaal te zijn.

Over het algemeen werden geen grote verschillen tussen België en Nederland in het diagnoseproces waargenomen. Een opmerkelijke uitzondering betreft de contactfrequenties met eerstelijns- en tweedelijnszorg. In België gaf 65,8% van de respondenten aan zich aanvankelijk tot de huisarts te hebben gewend, terwijl 26,6% direct een gynaecoloog consulteerde. In Nederland was dit respectievelijk 84,5% en 4,2%. Daarnaast was het aantal consultaties bij arts-specialisten (anders dan gynaecologen) beduidend hoger in België (67,0%) dan in Nederland (54,9%).

Deze verschillen worden vermoedelijk veroorzaakt door het verschil in zorgstructuur: in Nederland is een verwijzing van de huisarts vereist voor consultatie van een gynaecoloog, terwijl in België vrouwen rechtstreeks een afspraak kunnen maken. Ondanks deze verschillen bleek het type geraadpleegde zorgverlener nauwelijks invloed te hebben op de duur van het diagnoseproces.

Oorzaken

De vertraagde diagnose wordt vermoedelijk veroorzaakt door een combinatie van factoren.

Kennistekort bij vrouwen

Ten eerste ervaren vrouwen vaak moeilijkheden bij het vinden van duidelijke, toegankelijke en Nederlandstalige informatie over perimenopauzale klachten. Dit belemmert hun gezondheidsgeletterdheid en het vermogen om klachten te herkennen en bespreekbaar te maken.

Kennistekort en misvattingen bij zorgverleners

Eerste en tweede lijn

Een kennistekort bij zorgverleners blijkt een belangrijke rol te spelen, waardoor signalen niet altijd tijdig worden herkend of correct geïnterpreteerd.

Respondenten beoordeelden de kennis over de perimenopauze binnen zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg als onvoldoende. In België, waar de toegang tot de tweede lijn – inclusief gynaecologie – vlotter is, leidt dit evenmin tot een versnelling van het diagnoseproces.

Ondanks het feit dat menopauzale klachten sterk uiteenlopend kunnen zijn en verschillende lichamelijke systemen—anders gezegd, meerdere medische disciplines—kunnen beïnvloeden, werd in slechts een minderheid van de consultaties bij arts-specialisten (exclusief gynaecologen) in de tweede lijn een correcte menopauzediagnose gesteld na aanvullend onderzoek (België 6,9%- Nederland 5,4%).

Vaak voorkomende misvattingen

Vrouwen worden regelmatig geconfronteerd met misvattingen over de perimenopauze, mede beïnvloed door richtlijnen zoals die van het NHG (De Overgang, z.d.-b). Volgens deze richtlijn worden klachten als opvliegers, menstruatieveranderingen en vaginale symptomen vanaf de leeftijd van 40 jaar met de overgang in verband gebracht.

Opvliegers worden vaak als essentieel symptoom beschouwd (Kingsberg et al., 2024), maar volgens 20,7% van de respondenten traden deze nooit op. In 16,9% van de gevallen noemden artsen de afwezigheid van opvliegers als reden om de diagnose uit te sluiten. Dit kan bijdragen aan onderdiagnostiek, zoals ook gesignaleerd door Martin-Key et al. (2023d; 2024).

Menstruele veranderingen gelden eveneens als diagnostisch criterium, waardoor een regelmatige cyclus vaak leidt tot het niet stellen van een diagnose—zoals bij 30,6% van de respondenten het geval was. Toch tonen Harlow en Paramsothy (2011) aan dat 15-25% van de vrouwen in de perimenopauze nauwelijks veranderingen in hun menstruatiecycclus ervaart.

Er heerst ook nog onduidelijkheid over de leeftijd waarop perimenopauzale klachten kunnen beginnen. Hoewel de NHG-richtlijnen klachten vanaf 40 jaar in overweging nemen, ervaart 18,2% van de vrouwen al symptomen tussen 36 en 40 jaar. Slechts 4,1% van hen kreeg een formele diagnose, terwijl 25,9% aangaf niet serieus genomen te zijn vanwege hun jonge leeftijd (Richardson et al., 2023).

Stress en burn-out worden vaak als primaire oorzaken van perimenopauzale klachten aangeduid. Volgens Richardson et al. (2023) kan dit een afwimpelend effect hebben, waardoor onderliggende hormonale veranderingen over het hoofd worden gezien. Vrouwen ervaren vaker dat hun klachten psychologisch worden geïnterpreteerd, wat wijst op een diagnostische genderkloof in de zorg. Dit fenomeen, ook wel medisch gaslighten genoemd, leidt ertoe dat symptomen worden gebagatelliseerd of onvoldoende onderzocht (Samulowitz et al., 2018; Sebring, 2021; Werner & Malterud, 2003).

Er bestaat tevens onduidelijkheid over de diagnosestelling van perimenopauze. Volgens de NICE-richtlijnen (2015b) wordt aangeraden bij vrouwen ouder dan 45 jaar geen hormonale bloedtesten te gebruiken, vanwege de sterk fluctuerende hormoonspiegels tijdens de perimenopauze (NICE, 2017). Toch gaf 72,4% van de vrouwen die na hun 45ste een diagnose kregen aan dat er een hormonale bloedtest werd afgenomen. Bij 14,7% werd een normale bloedsuitslag als reden aangevoerd om perimenopauze uit te sluiten.

Aandacht menopauze in de artsenopleiding

Internationaal onderzoek wijst uit dat de opleidingen voor zorgverleners rond de menopauze momenteel tekortschieten en dat er nood is aan verbetering, zowel in de eerstelijns- als tweedelijnszorg (Aninye et al., 2021; Macpherson & Quinton, 2022).

Binnen de opleiding huisartsgeneeskunde is er momenteel specifieke onderwijstijd aan het onderwerp menopauze gewijd. Zo ontvangen studenten aan de KU Leuven twee uur onderwijs over de menopauze, aangevuld met een e-learningmodule (N. Cielen, e-mail, 28 maart 2025).

Aan de Universiteit Gent wordt binnen het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde in het derde masterjaar 1 uur en 15 minuten besteed aan dit thema, en tijdens de HAIO-opleiding komt het onderwerp opnieuw aan bod in het eerste opleidingsjaar, eveneens gedurende 1 uur en 15 minuten, binnen de lesdagen rond gendergerelateerde zorg (P. Decat, e-mail, 18 april 2025).

In het curriculum van de Universiteit van Amsterdam is in de bachelorfase van de basisopleiding geneeskunde 1 uur hoorcollege en 3 uur zelfstudie over de menopauze voorzien. Tijdens de masterfase wordt de menopauze behandeld in een sessie van ongeveer 1 uur binnen het co-schap huisartsgeneeskunde (E. Hoff, e-mail, 29 april 2025). Daarnaast is in het curriculum van de specialisatie tot huisarts de menopauze als een optioneel onderwijsonderdeel opgenomen met een tijdsinvestering van 1,5 uur (M. Hendriks, e-mail, 6 mei 2025).

Gezien de duur en impact van de menopauzale levensfase op gezondheid en levenskwaliteit, is het relevant te onderzoeken of de huidige onderwijstijd voldoende is om artsen adequaat voor te bereiden op de begeleiding van vrouwen in deze periode. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat de meeste respondenten zich het meest comfortabel voelen om hun klachten met de huisarts te bespreken. Huisartsen fungeren vaak als eerste aanspreekpunt en poortwachter binnen het zorgsysteem, waarbij hun kennis cruciaal is voor een tijdige herkenning van hormonale veranderingen.

Gevolgen

De vertraagde diagnosestelling kan op verschillende niveaus en voor diverse betrokken partijen gevolgen met zich meebrengen.

Gevolgen voor de vrouw

Zoals ook eerder werd vastgesteld in internationaal onderzoek (Whiteley et al., 2013c; Beth, 2022; Roberts-Garth, 2022), blijkt uit deze bevraging dat de ervaren klachten ook in België en Nederland een aanzienlijke impact kunnen hebben op de levenskwaliteit van vrouwen, hun sociaal leven, hun professionele loopbaan en bijgevolg hun financiële situatie. Deze impact wordt versterkt wanneer het diagnoseproces langdurig aansleept en vrouwen de klachten gedurende een langere periode moeten ondergaan.

Levenskwaliteit en mentaal welzijn

Het gebrek aan kennis over de perimenopauze en het niet herkennen van klachten, zowel door de patiënt zelf als door zorgverleners die geacht worden deze signalen te identificeren, vormt een belangrijke bron van angst en stress (Barber & Charles, 2023).

Door het gebrek aan betrouwbare informatie in het Nederlands zijn vrouwen vaak aangewezen op internetbronnen en sociale media, waar het onderscheid tussen evidence-based en niet-wetenschappelijk onderbouwde informatie niet altijd duidelijk is.

Een mogelijk gevolg van de zoektocht naar verklaringen voor hun klachten is dat 93,6% van de vrouwen zelf als eerste een link legde met de (peri)menopauze. Wanneer zorgverleners deze klachten vervolgens niet herkennen of erkennen, kan dit bijdragen aan gevoelens van onmacht bij de patiënt. Dit wordt bevestigd door de bevraging, waarin een aanzienlijk aantal respondenten aangaf weinig inspraak te hebben gehad in het diagnoseproces.

Daarnaast meldde een vergelijkbaar aantal respondenten dat hun klachten door zorgverleners niet of onvoldoende ernstig werden genomen. Volgens Martin-Key et al. (2023f) en Richardson et al. (2023) kunnen gevoelens van uitsluiting en invalidatie het gevoel van machteloosheid versterken en bijdragen aan een verdere verslechtering van het mentaal welzijn.

De combinatie van lichamelijk ongemak, emotionele belasting en een gebrek aan erkenning vanuit de zorg leidt tot een negatieve beleving van het zorgtraject en kan vrouwen ontmoedigen om verdere professionele hulp te zoeken.

Sociaal en gezinsleven

Vrouwen die gedurende langere tijd te maken hebben met onverklaarde of niet-erkende klachten zoals vermoeidheid, prikkelbaarheid en pijn tijdens de perimenopauze, ervaren vaak belemmeringen in hun dagelijks functioneren. Dit uit zich onder andere in een verminderde rolvulling binnen het gezin, waar zij doorgaans een centrale zorgfunctie opnemen. Vooral vrouwen die behoren tot de zogenaamde "sandwichgeneratie" – degenen die tegelijk zorg dragen voor opgroeiende kinderen en ouder wordende ouders – worden geconfronteerd met verhoogde zorglast in combinatie met een verstoorde eigen gezondheidstoestand (*Caregiving Hours Increase Menopause Burden, Researchers Find, 2025*)

Daarnaast rapporteert Hayfield et al. (2024b) dat relationele spanningen en sociale isolatie frequent voorkomen. De aard van perimenopauzale klachten, zoals stemmingswisselingen, vermoeidheid, slaapstoornissen en cognitieve problemen, wordt door de omgeving niet altijd herkend of begrepen. Dit kan leiden tot onbegrip bij partners, kinderen, collega's en werkgevers, waardoor vrouwen het gevoel kunnen hebben te falen in hun persoonlijke en professionele rollen.

Financiële implicaties

De financiële gevolgen van een late diagnose kunnen voor vrouwen substantieel zijn. Het (tijdelijk) onvermogen om te blijven werken als gevolg van de klachten kan resulteren in inkomensverlies.

Daarnaast kregen respondenten vaak het advies om supplementen te gebruiken (35,6% in België en 22,5% in Nederland), die vaak aanzienlijke kosten met zich meebrengen vanwege het ontbreken van terugbetaling door de ziekteverzekering of het ziekenfonds (Redberg, 2011). Aan 35,7% werd psychotherapie aanbevolen, wat eveneens een belangrijke financiële belasting kan betekenen. Voor zowel het gebruik van supplementen als psychotherapie is de effectiviteit in het verminderen van menopauzegerelateerde klachten niet wetenschappelijk onderbouwd (Johnson et al., 2019).

Uit de bevraging blijkt ook dat het stellen van de diagnose vaak meerdere consultaties bij diverse zorgverleners vereiste, waaronder medisch specialisten, die op hun beurt aanvullend diagnostisch onderzoek aanbevelen. Dit kan tot verhoogde zorgkosten leiden en kan een bijkomende belasting leggen op de patiënt, die herhaaldelijk werkverzuim moet inplannen om deze afspraken en onderzoeken bij te wonen.

Gevolgen voor de gezondheidszorg en zorgkosten

Vertraagde diagnostische trajecten kunnen economische implicaties hebben. Uit de bevraging blijkt dat 67,0% van de Belgische en 54,9% van de Nederlandse respondenten minstens één consultatie bij een arts-specialist had. Daarnaast worden er regelmatig aanvullende diagnostische procedures uitgevoerd, zoals MRI-scans, andere vormen van medische beeldvorming en bloedonderzoeken. In 27,3% van de gevallen resulteerden deze onderzoeken niet in een duidelijke diagnose. Bij 42,2% van de respondenten die een MRI-scan ondergingen, werd geen diagnose vastgesteld. Deze cijfers werpen vragen op over de doeltreffendheid en kostenefficiëntie van het huidige diagnostische zorgtraject.

Er wordt geregeld medicatie voorgeschreven die niet behoort tot de eerstelijnsbehandeling voor perimenopauzale klachten, zoals aanbevolen door de NICE-richtlijnen (2015c). Uit de bevraging blijkt dat 26,9% van de respondenten antidepressiva en 18,9% angstremmers aangeraden kreeg. *The Lancet* (2025) uitte recent bezorgdheid over het toenemende gebruik van antidepressiva, in het bijzonder SSRI's, gezien hun mogelijke bijwerkingen, het risico op afhankelijkheid, ontwenningssklachten en de vraagtekens bij hun effectiviteit. Volgens de NICE-richtlijnen zijn SSRI's in de eerste plaats aangewezen bij ernstige depressieve klachten. Ook het gebruik van angstremmers zoals benzodiazepines houdt aanzienlijke risico's in op het vlak van verslaving en nevenwerkingen (Edinoff et al., 2021).

De resultaten van deze bevraging wijzen mogelijk op een trend richting symptoomgerichte in plaats van oorzaakgerichte behandeling, wat vragen oproept over de gepastheid en effectiviteit van de huidige farmacotherapeutische praktijk.

Economie en werkgevers

Wanneer een tijdige diagnose en gepaste eerstelijnszorg uitblijven, kan dit leiden tot langdurige klachten die de arbeidsparticipatie onder druk zetten. Het onvermogen om te blijven werken resulteert in productiviteitsverlies voor werknemers en verhoogde kosten voor werkgevers, wat uiteindelijk vermoedelijk ook economische impact heeft op macroniveau (Strelow et al., 2024).

Gevolgen zorgverleners

Uit recent onderzoek van Allen et al. (2023) en Macpherson & Quinton (2022) blijkt dat er tijdens de opleiding van zorgverleners onvoldoende aandacht wordt besteed aan de menopauze in het algemeen. Een gebrek aan formele opleiding over perimenopauzale symptomen kan bijdragen aan een gevoel van onzekerheid bij zorgverleners in het omgaan met deze patiëntengroep.

Sterktes en limitaties

Omdat de bevraging via sociale media is verspreid en online werd afgenomen, is er mogelijk sprake van selectiebias. Deze vorm van bias kan ontstaan doordat enkel personen met toegang tot en actief gebruik van sociale mediaplatforms – en mogelijk ook met een specifieke interesse in het onderwerp – deelnemen aan de bevraging. Hierdoor is de kans

reëel dat bepaalde groepen binnen de populatie digitaal minder vaardigen of personen zonder sociale media, ondervertegenwoordigd zijn. Dit kan de representativiteit van de resultaten beperken en de generaliseerbaarheid naar de bredere populatie beïnvloeden.

Gezien het feit dat de onderzochte populatie hoofdzakelijk bestond uit leden van menopauzehulpgroepen en volgers van informatieve kanalen over de menopauze, is het waarschijnlijk dat de kennis over de perimenopauze binnen deze groep boven het gemiddelde ligt. Dergelijke vrouwen hebben actief gekozen voor specifieke bronnen van informatie, wat kan wijzen op een hogere mate van gezondheidsgeletterdheid en een grotere bereidheid om hun symptomen te begrijpen en bespreekbaar te maken. Dit selectieve karakter van de populatie suggereert tevens dat hun ervaringen met het diagnoseproces mogelijk meer uitgesproken of complex zijn dan die van vrouwen die minder actief op zoek zijn naar informatie.

Er kan daarom ook sprake zijn van een bevestigingsbias. Personen in een lotgenotengroep hebben mogelijk reeds bepaalde overtuigingen gevormd (bijvoorbeeld het gevoel niet serieus genomen te worden door zorgverleners), die hun interpretatie van hun zorgtraject beïnvloeden. Daardoor kunnen antwoorden beïnvloed worden door groepsnormen of gemeenschappelijke perspectieven in plaats van individuele ervaringen.

De respondenten in deze bevraging kenmerken zich door een relatief hoge scholingsgraad, wat opnieuw impliceert dat de resultaten mogelijk niet volledig representatief zijn voor de algemene vrouwelijke populatie. Een hogere opleidingsgraad wordt in de literatuur vaak geassocieerd met een grotere gezondheidsgeletterdheid, een proactievere houding ten aanzien van gezondheid, en een hogere bereidheid om deel te nemen aan enquêtes (HealthyBelgium, 2018; Reinikainen et al., 2017). Dit kan leiden tot een selectiebias waarbij bepaalde ervaringen, kennisniveaus of hulpzoekgedrag oververtegenwoordigd zijn. Bij de interpretatie van de resultaten dient dan ook rekening gehouden te worden met deze mogelijke vertekening.

De bevraging bestond uit 34 vragen. Het uitgebreide aantal vragen kan invloed hebben gehad op de kwaliteit van de antwoorden, aangezien deelnemers mogelijk vermoeid raakten naarmate de vragenlijst vorderde. Dit kan leiden tot verminderde zorgvuldigheid bij het beantwoorden, wat de betrouwbaarheid van de gegevens mogelijk beïnvloedt. Daarnaast kan de lengte van de enquête ook de deelnamebereidheid hebben verlaagd, wat kan leiden tot een selecte groep respondenten die meer tijd investeren in het invullen van lange vragenlijsten.

Aanbevelingen

Opleiding en kennisontwikkeling bij zorgverleners

Eerste- en tweedelijnszorg

Uit de resultaten van de bevraging blijkt dat de kenniskloof zich zowel in eerste als tweede lijn voordoet.

Structurele investeringen in opleiding, zowel tijdens de initiële medische opleiding als via permanente educatie, zijn noodzakelijk om de diagnostische nauwkeurigheid te verbeteren en de zorgkwaliteit voor vrouwen in de perimenopauze te optimaliseren. Zowel bij

zorgverleners in eerste als tweede lijn. Hierbij is een patiëntgerichte benadering van belang, met aandacht voor gezamenlijke besluitvorming, actieve luistervaardigheden en het serieus nemen van de ervaringen van vrouwen door zorgverleners (De Patiënt Staat Centraal | Domus Medica, z.d.).

Verpleegkundigen

De rol van verpleegkundigen in het diagnoseproces van de perimenopauze blijkt momenteel beperkt. Als spilfiguur in de communicatie tussen patiënten, artsen en andere disciplines is de potentiële invloed van de verpleegkundigen op het diagnoseproces niet te onderschatten.

Indien verpleegkundigen voldoende vertrouwd zijn met de signalen en symptomen van de perimenopauze, zouden zij een actievere rol kunnen opnemen in het vroegtijdig herkennen en bespreekbaar maken van deze klachten. Het integreren van uitgebreide modules over de menopauze in verpleegkundige curricula zou hierin een belangrijke meerwaarde kunnen betekenen.

Bijna een derde van de respondenten gaf aan zich comfortabel te voelen bij het bespreken van hun klachten met een menopauzeconsulente of overgangsconsulente. Dit wijst op een potentieel waardevolle rol voor deze beroepsgroep in het ondersteunen van vrouwen tijdens de perimenopauze. Het bevorderen van instroom in de opleiding tot menopauze- of overgangsconsulent na het afronden van de basisopleiding verpleegkunde, kan een doeltreffende strategie zijn om het aantal gekwalificeerde zorgverleners met specifieke expertise in dit domein te vergroten. Dit zou kunnen bijdragen aan een verbeterde signalering, begeleiding en ondersteuning van vrouwen met overgangsgelateerde klachten binnen zowel de eerste- als tweedelijnszorg.

In België biedt Vives Hogeschool (*Postgraduaat Menopauzeconsulent*, z.d.) deze opleiding al aan sinds 2014 (E. Deherder, e-mail. 2 mei 2025). Recentelijk hebben ook de hogescholen Thomas Moore (*Menopauzeconsulent*, z.d.) en PXL Hasselt (*Menopauzeconsulent | PXL-NeXT*, z.d.) ook beslist om te starten met een postgraduaatsopleiding te organiseren. In Nederland kan de opleiding gevolgd worden via de Breederode Hogeschool (Admin, 2025).

Gebruik meetschalen door alle zorgverleners

Volgens Frans onderzoek wordt het gebruik van gevalideerde meetschalen om menopauzale klachten in kaart te brengen nog weinig toegepast door huisartsen (Farah et al., 2024). Routinematig gebruik van instrumenten zoals de *Greene Climacteric Scale* of de *Menopause Rating Scale (MRS)* zou zorgverleners, inclusief verpleegkundigen, in staat stellen klachten systematisch te detecteren en op te volgen vanaf de leeftijd van 35 à 40 jaar. Dit kan bijdragen aan een nauwkeurigere diagnosestelling en het verminderen van misvattingen in de zorgverlening.

Herziening van de meetschalen en richtlijnen

De Greene Climacteric Scale, ontwikkeld in 1998, lijkt op basis van recente wetenschappelijke inzichten mogelijk toe aan actualisering. Bij het opstellen van de te bevragen klachten in dit onderzoek werden de klachten van deze schaal aangevuld met de bijkomende urogenitale klachten die reeds uitvoerig in de literatuur te vinden zijn (Angelou et al., 2020c; Gandhi et al., 2016b).

Ook steeds meer onderzoek suggereert dat aandoeningen zoals frozen shoulder (Saltzman et al., 2023; Wright et al., 2024; Z. Wang et al., 2025b), tinnitus (H. Chen et al., 2018; Lai et al., 2017; Nomura et al., 2024) en mond- en tongbranden, ook bekend als burning mouth syndrome (Burning Mouth Syndrome and Menopause, 2013; Liu et al., 2017; Nagamine, 2025), mogelijk samenhangen met hormonale veranderingen tijdens de menopauze. Deze bevindingen roepen de vraag op of dergelijke klachten niet eveneens in de schaal zouden moeten worden opgenomen.

De huidige NHG-richtlijnen dragen mogelijk bij aan misvattingen over de perimenopauze en zijn gebaat bij meer eenduidigheid en inclusiviteit, zodat ze beter aansluiten bij de diverse klachten en ervaringen van alle vrouwen.

Toegang tot informatie en gebruik mobiele applicaties

Toegankelijke en betrouwbare informatiebronnen – zoals duidelijke overheidswebsites, gerichte voorlichtingscampagnes en mobiele applicaties – kunnen een bijdrage leveren aan zowel bewustwording als zelfmonitoring bij vrouwen.

Sillence et al. (2025) onderzochten de ervaringen van vrouwen met mobiele applicaties die menopauzeklachten in kaart brengen. Deze toepassingen werden als waardevol ervaren, omdat ze gebruikers in staat stelden hun klachten te valideren. Bovendien konden vrouwen tijdens consultaties met zorgverleners hun klachten concreet aantonen aan de hand van de geregistreerde gegevens. Het gebruik van gevalideerde meetschalen, voorzien van duidelijke instructies voor toepassing en interpretatie, kan vrouwen ondersteunen bij het inschatten van hun klachtenscores en mogelijk bijdragen aan een versnelde diagnosestelling.

Het is eveneens van groot belang dat niet alleen de vrouw zelf, maar ook haar directe omgeving — zoals partner, kinderen, ouders en andere naasten — goed geïnformeerd wordt over de aard, ernst en mogelijke impact van perimenopauzale klachten. Een beter begrip en bewustzijn binnen de sociale context kunnen bijdragen aan meer steun, erkenning en aangepaste verwachtingen, wat het psychosociaal welzijn van de vrouw ten goede komt en het risico op relationele spanningen verkleint.

Een degelijke en goed onderbouwde onderwijsmodule over de menopauze binnen het secundair onderwijs zou hierbij van aanzienlijke meerwaarde kunnen zijn. Door jongeren op vroege leeftijd correcte en wetenschappelijk onderbouwde informatie aan te reiken, kan het taboe rond de menopauze doorbroken worden en wordt de algemene kennis over dit levensfase versterkt.

Preventieve screening

Gezien de prevalentie en impact van de menopauze kan het overwegen van een screeningsstrategie in het kader van primaire en secundaire preventie relevant zijn (Thuraisingham & Nalliah, 2023). Een mogelijke aanpak is het proactief informeren van vrouwen vanaf de leeftijd van 35 jaar via schriftelijke communicatie, waarin de menopauze wordt toegelicht, veelvoorkomende klachten worden besproken en betrouwbare informatiebronnen worden aangereikt.

Sensibilisering werkgevers

Het vergroten van de bewustwording bij werkgevers over de impact van menopauzale klachten kan bijdragen aan het ontwikkelen van passend personeelsbeleid. Maatregelen zoals flexibele werkregelingen, toegankelijke informatie en opleiding van leidinggevenden bevorderen het welzijn en de inzetbaarheid van werknemers in de (peri)menopauze.

Het invoeren van een kwaliteitsaccreditatie rond menopauzebeleid kan daarnaast organisaties stimuleren tot het implementeren van structurele, evidence-based ondersteuning op de werkvloer. Een ontwerp genaamd *ISO/CD 45010 Menstruation, menstrual health and menopause in the workplace* is momenteel in ontwikkeling (*ISO/CD 45010*, z.d.).

Conclusie

Uit dit onderzoek onder meer dan 2000 vrouwen uit België en Nederland blijkt dat het stellen van de diagnose perimenopauze vaak aanzienlijke vertraging kent. Bij de meerderheid duurde dit proces tussen de 2 en 10 jaar, en bij een deel zelfs langer dan 10 jaar. Ondanks verschillen in zorgstructuren, zoals de directe toegang tot een gynaecoloog in België, was de diagnosetijd in beide landen vergelijkbaar. De rol van verpleegkundigen in dit proces blijkt voorlopig minimaal.

Deze vertraging komt voort uit een dubbelzijdig kennistekort. De kennis van vrouwen is vaak beperkt, mede door het gebrek aan toegankelijke en betrouwbare Nederlandstalige informatie. Tegelijk blijkt ook bij zorgverleners een gebrek aan kennis, waardoor klachten niet tijdig worden herkend of verkeerd worden geïnterpreteerd. Misvattingen – zoals het uitsluiten van perimenopauze bij een regelmatige menstruatie of op basis van ‘normale’ bloedwaarden – leiden tot onderdiagnostiek. Klachten worden bovendien vaak toegeschreven aan stress of burn-out, wat afwimpelend wordt ervaren.

De gevolgen zijn ingrijpend: vrouwen rapporteren een aanzienlijke negatieve impact op hun levenskwaliteit, werk en relaties. Velen voelen zich niet serieus genomen, wat kan bijdragen aan stress en gevoelens van onmacht. Ook financieel zijn de gevolgen zwaar, door inkomensverlies en kosten voor niet-terugbetaalde zorg. De druk op de gezondheidszorg neemt toe doordat vrouwen vaak meerdere zorgverleners consulteren vooraleer een diagnose volgt, wat leidt tot herhaalde en vaak overbodige onderzoeken en symptoomgerichte behandelingen.

Om deze problematiek aan te pakken is een betere opleiding van zorgverleners over de menopauze noodzakelijk, net als het versterken van de rol van verpleegkundigen en overgangsconsulenten. Toegang tot duidelijke, Nederlandstalige informatie moet worden verbeterd, voor zowel vrouwen als hun naasten. Ook het gebruik van gevalideerde meetschalen en duidelijkere, inclusieve richtlijnen kan bijdragen aan een systematischere en betere diagnostiek van perimenopauzale klachten. Tot slot is er nood aan bewustwording bij werkgevers en beleid dat menopauzale klachten erkent, ondersteund door initiatieven zoals ISO/CD 45010.

Een snellere en betere diagnose vereist dus investeringen in kennis, zorgstructuren en maatschappelijke erkenning van de perimenopauze als betekenisvolle levensfase.

Referentielijst

Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme en per beroep - evolutie 2013 -2022. (2022). <https://www.riziv.fgov.be/>. Geraadpleegd op 8 december 2024, van https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiek_2022_qv_proff_tabel3.pdf

Adelekan-Kamara, Y., Asunramu, M., Bhullar, K., Duah-Asante, K. A., Leedham-Green, K., Madaan, A., Poku, D., & Yousefi, S. (2023b). Factors underpinning an improved menopausal experience in the workplace for doctors: a UK-based qualitative study. *BMJ Open*, 13(3), e060265. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060265>

Admin. (2025, 25 april). *Overgangsconsulent*. Breederode Hogeschool. <https://breederode.nl/overgangsconsulent/>

Allen, J. T., Laks, S., Zahler-Miller, C., Rungruang, B. J., Braun, K., Goldstein, S. R., & Schnatz, P. F. (2023). Needs assessment of menopause education in United States obstetrics and gynecology residency training programs. *Menopause The Journal Of The North American Menopause Society*, 30(10), 1002–1005. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002234>

Angelou, K., Grigoriadis, T., Diakosavvas, M., Zacharakis, D., & Athanasiou, S. (2020b). The Genitourinary Syndrome of Menopause: An Overview of the Recent Data. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.7586>

Aninye, I. O., Laitner, M. H., & Chinnappan, S. (2021). Menopause preparedness: perspectives for patient, provider, and policymaker consideration. *Menopause The Journal Of The North American Menopause Society*, 28(10), 1186–1191. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001819>

Aljumah, R., Phillips, S., & Harper, J. C. (2023). An online survey of postmenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. *Post Reproductive Health*, 29(2), 67–84. <https://doi.org/10.1177/20533691231166543>

Ambikairajah, A., Walsh, E., & Cherbuin, N. (2022). A review of menopause nomenclature. *Reproductive Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01336-7>

Barber, K., & Charles, A. (2023). Barriers to Accessing Effective Treatment and Support for Menopausal Symptoms: A Qualitative Study Capturing the Behaviours, Beliefs and Experiences of Key Stakeholders. *Patient Preference And Adherence*, Volume 17, 2971–2980. <https://doi.org/10.2147/ppa.s430203>

Beth. (2022, 18 oktober). *Menopause puts final nail in marriage coffin - Newson Health Menopause Society*. Newson Health Menopause Society. <https://www.nhmenopausesociety.org/menopause-puts-final-nail-in-marriage-coffin/>

Brenan, B. M. (2024b, oktober 16). Nurses Retain Top Ethics Rating in U.S., but Below 2020 High. *Gallup.com*. <https://news.gallup.com/poll/467804/nurses-retain-top-ethics-rating-below-2020-high.aspx>

Burning mouth syndrome and menopause. (2013, 1 januari). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23411996/>

Caregiving hours increase menopause burden, researchers find. (2025, 30 januari). [www.elsevier.com. https://www.elsevier.com/about/press-releases/caregiving-hours-increase-menopause-burden-researchers-find](https://www.elsevier.com/about/press-releases/caregiving-hours-increase-menopause-burden-researchers-find)

CBS Statline. (z.d.).

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84779NED/table?ts=1733646551699>

Chen, H., Chung, C., Chen, V. C., Wang, Y., & Chien, W. (2018). Hormone replacement therapy decreases the risk of tinnitus in menopausal women: a nationwide study. *Oncotarget*, 9(28), 19807–19816. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.24452>

Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G. D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N., & Simoncini, T. (2015). Menopause. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>

De overgang. (z.d.). NHG-Richtlijnen. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/de-overgang>

De patiënt staat centraal | Domus Medica. (z.d.).

<https://www.domusmedica.be/expertisedomein/kwaliteit-vorming/adviezen-huisartsenpraktijk/patient-centraal>

Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagrera, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2021). Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurology International*, 13(4), 594–607. <https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>

Farah, D., Ceccaldi, P., Farah, L., Ayoubi, J., & Vallée, A. (2024). Willingness to use clinical scales for menopause management among general practitioners. *Climacteric*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2395986>

Gandhi, J., Chen, A., Dagur, G., Suh, Y., Smith, N., Cali, B., & Khan, S. A. (2016b). Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 215(6), 704–711. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.045>

Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., & Peyravi, H. (2014). Nurse as a Facilitator to Professional Communication: A Qualitative Study. *Global Journal Of Health Science*, 7(2). <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p294>

Gold, E. B. (2011). The Timing of the Age at Which Natural Menopause Occurs. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, 38(3), 425–440. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.002>

Greene, J. (1998). Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*, 29(1), 25–31. [https://doi.org/10.1016/s0378-5122\(98\)00025-5](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(98)00025-5)

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & De Villiers, T. J. (2012). Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362>

Harlow, S. D., & Paramsothy, P. (2011b). Menstruation and the Menopausal Transition. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, 38(3), 595–607. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.05.010>

Harper, J. C., Phillips, S., Biswakarma, R., Yasmin, E., Saridogan, E., Radhakrishnan, S., Davies, M. C., & Talaulikar, V. (2022). An online survey of perimenopausal women to determine their attitudes and knowledge of the menopause. *Women S Health*, 18. <https://doi.org/10.1177/17455057221106890>

Haver, M. C., MD. (2024). *The new menopause: Navigating Your Path Through Hormonal Change with Purpose, Power, and Facts*. Rodale Books.

Hayfield, N., Moore, H., & Terry, G. (2024b). “Friends? Supported. Partner? Not so much . . .”: Women’s experiences of friendships, family, and relationships during perimenopause and menopause. *Feminism & Psychology*, 34(3), 443–463. <https://doi.org/10.1177/09593535241242563>

HealthyBelgium. (2018, 28 mei). Gezondheidsvaardigheden. <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gezondheidsvaardigheden>

Hengel, K. M. O., Soeter, M., Maur, M. I. D., Van Oostrom, S. H., Loeff, B., & Hooftman, W. E. (2023). Perimenopause: Symptoms, work ability and health among 4010 Dutch workers. *Maturitas*, 176, 107793. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107793>

Home - International Menopause Society. (2024b, december 5). International Menopause Society. <https://www.imsociety.org/>

ISO/CD 45010. (z.d.). ISO. <https://www.iso.org/standard/64365.html>

Johnson, A., Roberts, L., & Elkins, G. (2019). Complementary and Alternative Medicine for Menopause. *Journal Of Evidence-Based Integrative Medicine*, 24. <https://doi.org/10.1177/2515690x19829380>

Kingsberg, S., Nappi, R. E., Scott, M., Schoof, N., Moeller, C., Lee, L., Janssenswillen, C., Caetano, C., & Banks, V. (2024). Physician–patient alignment on menopause-associated symptom burden: real-world evidence from the USA and Europe. *Climacteric*, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2401366>

Kirchengast, S. (2024). Menopause in a globalized world – A systematic literature review focussing on the challenge of health problems associated with menopausal transition among women with a migration background. *Maturitas*, 187, 108045. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108045>

Lancet, N. (2025). 50 years of SSRIs: weighing benefits and harms. *The Lancet*, 405(10490), 1641. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(25\)00981-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(25)00981-x)

Lai, J., Liu, C., & Liu, T. (2017). Hormone replacement therapy for chronic tinnitus in menopausal women: Our experience with 13 cases. *Clinical Otolaryngology*, 42(6), 1366–1369. <https://doi.org/10.1111/coa.12879>

Liu, Y., Kim, Y., Yoo, T., Han, P., & Inman, J. (2017). Burning mouth syndrome: a systematic review of treatments. *Oral Diseases*, 24(3), 325–334. <https://doi.org/10.1111/odi.12660>

Macpherson, B. E., & Quinton, N. D. (2022). Menopause and healthcare professional education: A scoping review. *Maturitas*, 166, 89–95.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.08.009>

Martin-Key, N.A., Funnell, E.L., Benacek, J. *et al.* Using network analysis to understand the association between menopause and depressive symptoms. *npj Womens Health* 2, 41 (2024). <https://doi.org/10.1038/s44294-024-00045-9>

Martin-Key, N. A., Funnell, E. L., Spadaro, B., & Bahn, S. (2023). Perceptions of healthcare provision throughout the menopause in the UK: a mixed-methods study. *Npj Women S Health*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/s44294-023-00002-y>

McCarthy, M., & Raval, A. P. (2020). The peri-menopause in a woman's life: a systemic inflammatory phase that enables later neurodegenerative disease. *Journal Of Neuroinflammation*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12974-020-01998-9>

Menopauzeconsulent | PXL-NeXT. (z.d.). PXL-NeXT. <https://www.pxl-next.be/opleidingen/menopauzeconsulent>

Menopauzeconsulent. (z.d.). Thomas More.
<https://thomasmore.be/nl/opleidingen/postgraduaat/menopauzeconsulent/liet/basistraject>

Nagamine, T. (2025). Estrogen-Mediated Neural Mechanisms of Sex Differences in Burning Mouth Syndrome. *Neurology International*, 17(4), 61.
<https://doi.org/10.3390/neurolint17040061>

Newson, L. (2024). *Women's Experiences of Perimenopause and Menopause*.
<https://www.newsonhealth.co.uk/wp-content/uploads/2024/10/DLN-Menopause-Consumer-Research-April-24-FINAL-Oct1.pdf>

NICE. (2015, 12 november). *Recommendations | Menopause: identification and management | Guidance | NICE*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/chapter/Recommendations#identifying-perimenopause-and-menopause>

NICE. (2015c, november 12). *Recommendations | Menopause: identification and management | Guidance | NICE*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/chapter/Recommendations#managing-symptoms-associated-with-menopause-in-people-aged-40-or-over>

Nomura, K., Shimizu, K., Taka, F., Griffith-Quintyne, M., & Iida, M. (2024). Scale development and validation of perimenopausal women disability index in the workplace. *Environmental Health And Preventive Medicine*, 29(0), 4. <https://doi.org/10.1265/ehpm.23-00239>

O'Neill, S., & Eden, J. (2017). The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstetrics Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(10), 303–310.
<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.07.002>

Palacios, S., Henderson, V. W., Siseles, N., Tan, D., & Villaseca, P. (2010). Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*, 13(5), 419–428. <https://doi.org/10.3109/13697137.2010.507886>

Panay, N., Ang, S. B., Cheshire, R., Goldstein, S. R., Maki, P., & Nappi, R. E. (2024). Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies – an International

Menopause Society White Paper. *Climacteric*, 27(5), 441–457.
<https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2394950>

Postgraduaat menopauzeconsulent. (z.d.).
<https://continue.vives.be/nl/opleidingen/postgraduaat-menopauzeconsulent>

Redberg, R. F. (2011). Vitamin supplements: More cost than value. *Archives Of Internal Medicine*, 171(18), 1634. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.422>

Reinikainen, J., Tolonen, H., Borodulin, K., Härkänen, T., Jousilahti, P., Karvanen, J., Koskinen, S., Kuulasmaa, K., Männistö, S., Rissanen, H., & Vartiainen, E. (2017). Participation rates by educational levels have diverged during 25 years in Finnish health examination surveys. *European Journal Of Public Health*, 28(2), 237–243.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx151>

Richardson, M. K., Coslov, N., & Woods, N. F. (2023). Seeking Health Care for Perimenopausal Symptoms: Observations from The Women Living Better Survey. *Journal Of Women S Health*, 32(4), 434–444. <https://doi.org/10.1089/jwh.2022.0230>

Roberts-Garth, C. (2022, 17 augustus). *Menopause symptoms are killing women's careers, major survey reveals*. Balance Menopause. <https://www.balance-menopause.com/news/menopause-symptoms-are-killing-womens-careers-major-survey-reveals/>

Safwan, N., Saadedine, M., Shufelt, C. L., Kapoor, E., Kling, J. M., Chaudhry, R., & Faubion, S. S. (2024). Menopause in the workplace: Challenges, impact, and next steps. *Maturitas*, 185, 107983. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.107983>

Saltzman, E., Kennedy, J., Ford, A., Reinke, E., Green, C., Poehlein, E., & Wittstein, J. (2023). Poster 188: Is Hormone Replacing Therapy Associated with Reduced Risk of Adhesive Capsulitis in Menopausal Women? A Single Center Analysis. *Orthopaedic Journal Of Sports Medicine*, 11(7_suppl3). <https://doi.org/10.1177/2325967123s00174>

Santoro, N. (2015). Perimenopause: From Research to Practice. *Journal Of Women S Health*, 25(4), 332–339. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5556>

Sillence, E., Osborne, A. K., Kemp, E., & McKellar, K. (2025). Menopause apps: Personal health tracking, empowerment and epistemic injustice. *Digital Health*, 11.
<https://doi.org/10.1177/20552076251330782>

Strelow, B., O'Laughlin, D., Anderson, T., Cyriac, J., Buzzard, J., & Klindworth, A. (2024). Menopause Decoded: What's Happening and How to Manage It. *Journal Of Primary Care & Community Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/21501319241307460>

Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research And Management*, 2018, 1–14.
<https://doi.org/10.1155/2018/6358624>

Sebring, J. C. H. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology Of Health & Illness*, 43(9), 1951–1964.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13367>

Thuraisingham, C., & Nalliah, S. (2023). Is menopause managed well enough in general practice? *Malaysian Family Physician*, 18, 49. <https://doi.org/10.51866/cm.264>

- Wang, Z., Li, X., Liu, X., Yang, Y., Yan, Y., Cui, D., Meng, C., Ali, M. I., Zhang, J., Yao, Z., Long, Y., & Yang, R. (2025b). Mechanistic Insights into the Anti-Fibrotic Effects of Estrogen via the PI3K-Akt Pathway in Frozen Shoulder. *The Journal Of Steroid Biochemistry And Molecular Biology*, 106701. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2025.106701>
- Wegrzynowicz, A. K., Walls, A. C., Godfrey, M., & Beckley, A. (2025). Insights into Perimenopause: A Survey of Perceptions, Opinions on Treatment, and Potential Approaches. *Women*, 5(1), 4. <https://doi.org/10.3390/women5010004>
- Werner, A., & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine*, 57(8), 1409–1419. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00520-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00520-8)
- Whiteley, J., DiBonaventura, M. D., Wagner, J., Alvir, J., & Shah, S. (2013). The Impact of Menopausal Symptoms on Quality of Life, Productivity, and Economic Outcomes. *Journal Of Women S Health*, 22(11), 983–990. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3719>
- Wright, V. J., Schwartzman, J. D., Itinoche, R., & Wittstein, J. (2024). The musculoskeletal syndrome of menopause. *Climacteric*, 27(5), 466–472. <https://doi.org/10.1080/13697137.2024.2380363>
- World Health Organization: WHO. (2024, 16 oktober). *Menopause*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- Zhou, B., Sun, X., Zhang, M., Deng, Y., & Hu, J. (2011). The symptomatology of climacteric syndrome: whether associated with the physical factors or psychological disorder in perimenopausal/postmenopausal patients with anxiety–depression disorder. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 285(5), 1345–1352. <https://doi.org/10.1007/s00404-011-2151-z>