**Position Paper Dorenda van Dijken, gynaecoloog en voorzitter Dutch Menopause Society (NVOG)**

**De cijfers over de overgang**

Jaarlijks hebben in NL ruim 1,5 miljoen vrouwen te maken met de overgang. Het gaat daarbij om de natuurlijke overgang, dus in de leeftijd van 40-60 jaar. Bij 1% vrouwen van alle vrouwen is er sprake van de overgang <40 jaar, bij 0,1% zelfs <30 jaar. Dit heet Premature Ovarium insufficiëntie (POI) en is dus niet natuurlijk. Als deze vrouwen niet behandeld worden dan kan hun levensverwachting 10-15 jaar korter zijn.

Van alle vrouwen met de natuurlijke overgang, heeft 20% geen, of minimaal, last. Van de overige 80% heeft 1/3 echt dermate ernstige of hinderlijke klachten, dat ze beperkt worden in werk en/of privé. Juist voor deze vrouwen (en ook de jonge vrouwen) is hulp belangrijk. Overgangsklachten duren gemiddeld 2-10 jaar, bij 3% zelfs nog langer, soms tot op hoge leeftijd.

**Wat is de overgang**

Het hormoon oestrogeen is voor vrouwen van groot belang. Dit wordt geproduceerd door de eierstokken en geeft bescherming van hart (hart- en vaat aandoeningen), botten (botontkalking) en brein (dementie). Als de voorraad oestrogeen in de eierstokken minder wordt, dan kunnen vrouwen klachten krijgen. De gemiddelde leeftijd waarop dit gebeurt is 45-47 jaar. Deze fase heet de peri menopauze. De menopauze is de laatste menstruatie, die is gemiddeld rond het 51e jaar. Vrouwen met POI moeten dus behandeld worden met hormoontherapie tot aan het 50e jaar.

Klachten kunnen ook nog aanhouden of optreden na de menopauze. De meest voorkomende klachten zijn de warmteklachten (vasomotore klachten) zoals opvliegers en nachtzweten. Zij geven vaak een domino effect van verminderde slaap, daardoor moeheid en zo geheugen- en concentratiestoornissen en soms ook stemmingswisselingen. Slaap en psyche zijn sterk met elkaar verbonden. Zo kunnen overgangsklachten dus ook de balans verder verstoren. Bij vrouwen met een depressie in de voorgeschiedenis is de kans op recidief door overgangsklachten 2-4x zo hoog. De daling van het oestrogeen kan ook spier- en gewrichtsklachten geven. Door de veranderde hormoonbalans is de stofwisseling vertraagd en neemt de spiermassa af. Als voeding en leefstijl niet wordt aangepast kan dit leiden tot gewichtstoename en zo weer andere medische problematiek. Vrouwen dienen dus goede informatie te krijgen over deze levensfase en hun verdere gezondheid.

**Hormoontherapie**

In 2002 werden resultaten gepubliceerd van de WHI studie uit de USA. Dit betrof een oudere groep vrouwen dan de doelgroep en in de USA werden andere producten hormoontherapie gebruikt dan in Europa. Het type progestageen (MPA) bleek een verhoogde kans op borstkanker te geven. Dankzij de WHI is bekend dat het risico op borstkanker gerelateerd is aan het type progestageen, leeftijd en duur gebruik. In dit onderzoek was per 1200 vrouwen één extra geval van borstkanker. Dat is door de media vertaald naar: 26x meer kans op borstkanker door hormoontherapie (HST). Deze onjuiste interpretatie van de cijfers heeft geleid tot veel angst voor HST waardoor niet meer werd voorgeschreven en lange tijd verdwenen was uit nascholingen en opleidingen. De angst voor borstkanker overheerst nog veel, terwijl we al ruim 20 jaar werken met veiligere producten en in lagere doseringen. Vooral voor vrouwen >50 jaar (hoger leeftijdsrisico borstkanker) wordt een kortere gebruiksduur gehanteerd. Juist in NL blijft de angst lang “hangen”. Slechts 5% van alle vrouwen met hinderlijke klachten in NL krijgt HST voorgeschreven, tegen 15-35% elders in Europa en de wereld.

HST is het meest effectief tegen klachten en kan behalve kwaliteit van leven , gezondheidswinst geven (met name bij jongere vrouwen) door preventie van hart- en vaatziekten, botontkalking en in geringe mate ook dementie. De medicatie is goedkoop en daardoor de meest kosteneffectieve behandeling. De anticonceptiepil heeft deze voordelen niet en een hoger risico op trombose (bloedpropje in de vaten) en op borstkanker. Voor gezonde vrouwen heeft HST meer voordelen dan nadelen en is het risico op borstkanker echt bijzonder laag

**Wat is het effect van het taboe op de overgang en hoe doorbreken we dat?**

De overgang blijkt nog steeds lastig bespreekbaar voor vrouwen, met name op de werkvloer. Daarbij kunnen veel vrouwen ook niet de juiste informatie vinden en ontbreekt het soms ook aan kennis bij zorgverleners waardoor het niet altijd herkend wordt. De erkenning dat klachten hinderlijk kunnen zijn en een impact hebben op de kwaliteit van leven en het functioneren ontbreekt veelal. Dus het effect van het taboe is dat de overgang niet gezien wordt als een serieus probleem. Een publiciteitscampagne voor meer bespreekbaarheid en kennis zou kunnen helpen

**Hoe is de zorg rondom vrouwen met zware en lichte overgangsklachten georganiseerd en wat kan daarin worden verbeterd?**

De gezonde vrouw met lichte overgangsklachten hoeft niet te worden behandeld en hoort thuis in de 1e lijn. Informatie en voorlichting over voeding en leefstijl (alcohol, roken, koffie, bewegen etc) is vaak afdoende. Rokers komen eerder in de overgang en hebben meer klachten. Alcohol verstoort de slaap en geeft bij dagelijks gebruik of >12EH per week, net als overgewicht, een dubbel verhoogd risico op borstkanker. Een menopauzeverpleegkundige heeft vaak meer tijd dan de huisarts (45 minuten vs 10 minuten). Nu wordt dat consult alleen vergoed vanuit de aanvullende verzekering, als het in de basis verzekering zit dan is het voor meer vrouwen toegankelijk.

Zware overgangsklachten kunnen ook worden behandeld in de 1e lijn, mits de juiste kennis er is. Als er sprake is van andere aandoeningen (co morbiditeit) of een specifieke voorgeschiedenis kan verwezen worden naar een gynaecoloog (eventueel met multidisciplinair team) met aandachtsgebied menopauze. Complexe en uitgebreide zorg wordt onvoldoende vergoed door het lage tarief van de DBC (diagnose en behandelcode), dus er zijn weinig specialisten/ziekenhuizen die dit doen.

**Wat zijn de effecten van de overgang op werk en carrière van vrouwen? En hoe kan dat worden verbeterd?**

Het blijkt uit met name Engels onderzoek, maar ook Nederlands onderzoek (Geukes et al) dat hinderlijke klachten een 6-8x grotere kans geven op ziekteverzuim. Het is aangetoond dat bij 34% van de vrouwen die verzuimen ook overgang gerelateerde klachten een rol spelen. In het laatste onderzoek van Geukes is aangetoond dat als vrouwen behandeld worden voor overgangsklachten, het verzuim daalt. Als we de overgang niet serieus nemen dan gaan deze vrouwen verloren voor de arbeidsmarkt. Juist in de leeftijd 40-60 jaar maak je carrière. Het niet erkennen en zo nodig behandelen van overgangsklachten zal dus het glazen plafond zeker in stand houden.

**Centrale vraag: wat kan er beter in de organisatie van de zorg?**

De overgang moet gezien worden als een serieus probleem bij (een bepaalde groep) vrouwen

We moeten af van de onterechte angst voor HST

Meer kennis bij zorgverleners en daardoor betere (h)erkenning en adequate behandeling

Uitbreiding van vergoeding en meer samenwerking in de 1e lijn met menopauzeverpleegkundigen

Complexe overgangsproblematiek vergt een multidisciplinaire aanpak. Dit kan beperkt blijven tot een klein aantal ziekenhuizen. Aanpassen van het DBC tarief leidt tot betere en efficiëntere zorg.