

Praktiserende lægers holdning til hormonbehandling af klimakterielle gener i forhold til de gældende rekommandationer

En spørgeskemaundersøgelse



Af Janni Møller, Martin Bruno Pedersen og Tina Sloth

Hold nr. FT43

Vejleder Morten Bondo Christensen

Indholdsfortegnelse

Introduktion/baggrund	3
Formål	4
Metode	5
Litteratursøgning	5
Empirisk del	5
Resultater	7
Spørgeskemaundersøgelsen	7
Dataudtræk	10
Diskussion	12
Konklusion	14
Bilag	15
Bilag 1	15
Bilag 2	16
Bilag 3	18
Bilag 4	19
Bilag 5	21
Bilag 6	22
Bilag 7	23

Introduktion/baggrund

Klimakteriet eller overgangsalderen defineres som perioden omkring de sidste fysiologiske menstruationer. Menopausen defineres som tidspunktet for sidste menstruationsblødning og kan først fastlægges retrospektivt efter et blødningsfrit år.¹

85% af alle kvinder udvikler klimakterielle symptomer i varierende sværhedsgrad.

De hyppigste gener er hede-svedeture, påvirket seksualitet, atrofiske forandringer i genitalia og psykiske symptomer.²

80-90 % af alle kvinder oplever hedeture i varierende grad; ca. 13 % angiver sig meget generet af det³. Hyppige natlige svedeture påvirker søvnkvaliteten i udtalt grad. Hos de fleste kvinder med klimakterielle svedeture forsvinder disse efter 4-5 år, men 9% har hedeture efter 70-årsalderen.⁴

Derudover er det almindeligt forekommende med perimenopausale blødningsforstyrrelser, led - og knoglesmerter samt hjertebanken.⁵

Klimakteriet medfører risiko for recidiv af kendt depression eller nyopstået depression.⁶

Sammenhængen mellem søvnkvalitet, svedeture og psykiske problemer er ikke velbelyst.

Der findes effektiv, men potentiel bivirkningstung behandling af klimakterielle gener, idet hormonal behandling medfører ændret risikoprofil ift. tromboembolier og visse cancerformer.⁷

At ovenstående er velkendte bivirkninger har muligvis en indvirkning på praktiserende lægers ageren ved og kvinders forventninger til behandlingen af klimakterielle gener.⁸

Mange kvinder har mangelfuld viden om tilgængelige behandlingsformer, som kunne lette deres postmenopausale gener. På grund af frygten for bivirkninger er mange kvinder usikre, også selvom de er bekendte med at hormone replacement therapy (HRT) kan bedre deres gener.⁹

I dag anvender ca. 25% af danske kvinder HRT på et tidspunkt i løbet af overgangsalderen. Tidligere i 1990'erne har andelen været omkring 50%.¹⁰

Der findes ingen danske studier, der belyser de praktiserende lægers holdning til HRT til kvinder med klimakterielle gener. Dog findes få internationale undersøgelser, som forsøger at kortlægge diverse faktorer hos læge, patient eller andre ydre omstændigheder, som kan spille ind på valg af strategi til denne patientgruppe¹¹. Med denne opgave vil vi se nærmere på forskelle blandt danske praktiserende læger, som kan influere på hvilken behandling der vælges.

¹ Lægehåndbogen

² Lægehåndbogen

³ L. Hvass et al. Discussing menopause in general practice. *Maturitas*. 2003 Oct 20;46(2):136-46

⁴ Lægehåndbogen

⁵ Lægehåndbogen

⁶ Vesco KK, Haney EM, Humphrey L, Fu R, Nelson HD. Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*. 2007 Dec;10(6):448-65.

⁷ DSOG guideline. Postmenopausal hormonterapi med udgangspunkt i NICE guideline. 2017.

⁸ NICE guideline. Menopause: diagnosis and management. November 2015

⁹ H.Cilgin, Predictors of Initiating Hormone Replacement Therapy in Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Scientific World Journal*. Januar 2019.

¹⁰ IRF Hormonbehandling til klimakteriet og menopausen. *Rationel farmakoterapi* nr. 6. 2016.

¹¹ Hasan Çilgin. Predictors of Initiating Hormone Replacement Therapy in Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study. *ScientificWorldJournal*. 2019: 1814804.

Formål

Data viser som nævnt at hyppigheden af behandling med hormoner har været faldende.¹²

I denne forskningsopgave vil vi undersøge, om forhold hos den enkelte praktiserende læge (alder, køn og uddannelsesniveau) spiller ind på lægens holdning til brug af HRT og valg af behandling ved klimakterielle gener.

Samtidig vil vi forsøge at belyse, hvilken behandlingsstrategi den enkelt læge vælger; præparatvalg og varighed af behandling eller en eventuel mere afventende holdning til kvindens gener.

Derudover vil vi ved hjælp af udtræk fra medstat.dk kigge nærmere på, hvordan ordination af hormonbehandling har udviklet sig over tid.

¹² Lægehåndbogen

Metode

Litteratursøgning

Vi har søgt og fundet gældende retningslinjer for hormonbehandling af klimakterielle gener fra Dansk selskab for obstetrik og gynækologi. Herudover har vi anvendt Lægehåndbogen, pro.medicin.dk og IRF's anbefalinger.

På PubMed har vi anvendt søgeordene "menopause", "hormone therapy", "climacterium", "hormone replacement therapy", "danish", "general practice", "hot flushes" "night sweat" dels for at finde artikler til brug for baggrundsviden, dels for at konstatere at intet tidligere dansk studie belyser den enkelte praktiserende læges holdning til HRT. For at undersøge tilgængelige værktøjer til brug for vurdering af i hvor høj grad klimakterielle gener påvirker den enkelte kvindes livskvalitet, har vi anvendt kombinationen af søgeordene "score" "menopause" og "symptoms".

Opgaven indeholder ingen systematisk litteraturgennemgang, men bygger fortrinsvist på vores egne indsamlede data.

Empirisk del

Vi har valgt at lave en spørgeskemaundersøgelse for at belyse de praktiserende lægers holdning til brug af HRT i behandlingen af klimakterielle gener.

Hvorfor:

Vi har valgt spørgeskema-metoden til dataindsamling, fordi vi ønsker at belyse sammenhæng mellem behandlingsvalg til klimakterielle gener og forhold hos den enkelte læge (alder, køn, uddannelsesniveau). Dette kan ikke udledes af udtræk fra div. databaser. Netop spørgsmålet om den enkelte læges holdning kan kun belyses ved spørgeskemaundersøgelse.

Hvor:

Opgaven omhandler praktiserende læger. Vi har spurgt både speciallæger og uddannelseslæger i almen medicin.

Der er uddelt spørgeskemaer til forskningstræningskurset, Lægevagtens akutkursus, DSAMs årsmøde, Lægedage og halv temadag ved hoveduddannelsen samt i vores egne 12-mandsforeninger og i udvalgte klinikker. Således er undersøgelsen primært foretaget blandt læger i Region Midt, men der indgår også besvarelser fra læger tilhørende de andre regioner, da vi ved uddeling af spørgeskemaer til større faglige arrangementer ikke har selekteret læger fra Region Midt. Da vi alle tre aktuelt arbejder i klinikker i Horsens-området og følger kurser og faglige arrangementer i den østlige del af Region Midt, er besvarelser herfra overrepræsenteret.

Hvordan:

For at opnå en høj svarprocent har vi udskrevet spørgeskemaerne i papirform, udleveret dem personligt og så vidt muligt indsamlet dem med det samme. På den måde har vi undgået, at skemaer forsvandt, eller at deltagerne glemte at aflevere skemaerne tilbage. Det har været muligt i situationen kort mundtligt at præsentere spørgeskemaet, hvis det har været nødvendigt. I visse tilfælde har vi dog afleveret et antal spørgeskemaer til en praksis og afhentet dem senere. Udvalget af respondenter har bygget på, hvad der praktisk har været muligt at gennemføre. Vi har således ikke haft nogle overordnede udvælgelseskriterier for respondenter, bortset fra at de skulle være tilknyttet almen praksis.

Vi har uddelt spørgeskemaerne i perioden medio oktober til medio november 2019. Initialt var det vores målsætning at opnå mindst 50 besvarelser for at give undersøgelsen et minimum af validitet, men vi har desuden haft som mål at indsamle så mange besvarelser som muligt.

Spørgeskemaet:

Spørgsmålene i spørgeskemaet er valgt ud fra formålet med forskningstræningsopgaven. Et kriterium har været overskuelighed for deltagerne. Vi har valgt at spørgeskemaet måtte fylde maksimalt en side og skulle tage maksimalt 5 min at besvare.

Vi har forsøgt at begrænse fritekst som svarmulighed for at lette databehandlingen. Således er studiet altovervejende kvantitativt, dog med et mindre element af kvalitativ data. (Se bilag 1). Det skal bemærkes at muligheden for at svare med fritekst stort set ikke er blevet benyttet af respondenterne.

Svarprocent:

Uddelte skemaer i alt: 86

Ikke returnerede skemaer: 6

Svarprocent: 88 %

Eksklusion af respondenter inden databehandling:

Vi modtog 76 besvarelser. (Se bilag 2)

Vi har frasorteret skemaer med manglende eller for mange afkrydsninger i spørgsmål 4, der omhandler respondentens generelle holdning til hormonbehandling. Dette har ført til eksklusion af 3 respondenter.

Endelig antal inkluderede besvarelser 73.

Data-udtræk:

Først udvalgte vi ATC-koder for alle HRT-præparater for at se nærmere på ordinationsmønster via Ordiprax. En ATC-kode kan dog dække over flere forskellige administrationsveje således at f.eks. østrogen administreret transdermalt, vaginalt eller peroralt har samme kode. Dette kunne ikke uddifferentieres i Ordiprax.

Derfor lavede vi en liste over alle de specifikke præparatnavne fundet via pro.medicin.dk. (Se bilag 3) og fik med hjælp fra en regionsmedarbejder i Sundhedsplanlægning Region Midtjylland adgang til et data-ark for udskrivelse af de enkelte præparater fra 2007 og frem. (Se bilag 4)

Dataarket er en omfattende oversigt over solgte præparater i Region Midt. Ved gennemgang så vi, at der var inkluderet præparater, som ikke tilhørte hormonbehandling f.eks. sterilt saltvand og Cozaar. Således var der fejl i oversigten, som kunne have indvirkning på bearbejdelse af data. Medarbejderen fra Sundhedsplanlægning Region Midtjylland gjorde os opmærksomme på Medstat.dk som ligger under Sundhedsdatastyrelsen. Her findes statistik for det årlige salg af lægemidler i Danmark 1996-2018. På denne platform kan der søges både blandt ATC-koder, lægemiddelgrupper og produktnavn. Søgningen kan desuden differentieres i præparater udskrevet fra primærsektoren således, at man kan få et repræsentativt overblik over ordinationerne fra almen praksis. Vi valgte at søge på antal solgte østrogen- og kombinationspræparater fra 1996-2018. Medstat.dk viser antal solgte 1000 pakker for hvert enkelt præparat uanfægtet administrationsvej. Salgstallet rundes op til minimum 0,1 = 100 solgte pakker som selvfølgelig er en svaghed, men ikke desto mindre viser en tendens.

Resultater

Spørgeskemaundersøgelsen

Grundet det relativt lave antal respondenter, er det meget svært at udlede noget sikkert af vores spørgeskemaundersøgelse.

Ved den indledende databehandling viste det sig hurtigt, at de grupper vi inddelte respondenterne i ("positiv", "meget positiv", "skeptisk", "meget skeptisk" og "ved ikke") blev små. Vi valgte derfor indledningsvist at lægge grupperne "positiv" og "meget positiv" (n = 42) og grupperne "skeptisk" og "meget skeptisk" (n = 29) sammen.

Tallene dækker fortsat over betydelige usikkerheder, men dog kan man godt se nogle overordnede tendenser.

Tabel 1 viser fordelingen mellem køn, alder, uddannelsesniveau og holdningen til HRT, men også sammenhængen mellem holdning og den behandling man som læge angiver at iværksætte.

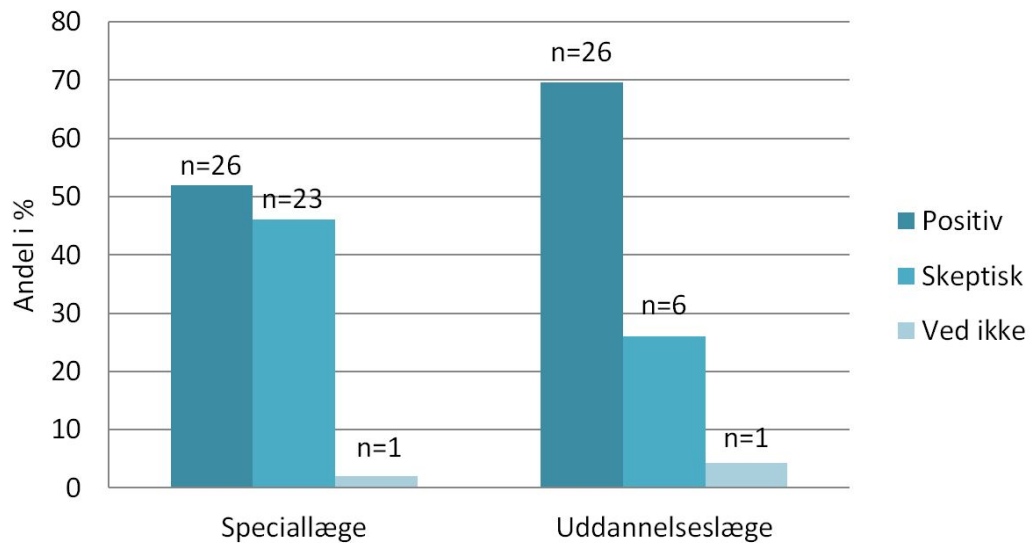
Tabel 1 Holdning til HRT			
	Positiv	Skeptisk	Ved ikke
Total	42	29	2
Kvinder	26	17	1
Mænd	16	12	1
Alder <40 år	21	8	2
Alder 40-50 år	9	7	0
Alder >50 år	12	14	0
Speciallæge	26	23	1
Uddannelseslæge	16	6	1
Håndtering			
Ingen	14	14	0
Livsstil/psyko	30	19	1
Medicinsk	40	22	1
Kollega	2	2	1
Gynækolog	8	8	0
Opstarter aldrig	0	4	0
Opstarter sjældent	29	24	2
Opstarter ofte	11	1	0

Generelt er læger i almen praksis positive over for behandling af klimakterielle gener med HRT. 57,5% (n = 42) angiver at de er positive. Respondenter, der angiver at de er skeptiske udgør 39,7% (n = 29). 2 respondenter (2,7%) svarer "ved ikke". Disse tal er, som alle øvrige data vi har indsamlet, behæftet med betydelig statistisk usikkerhed. Således er 95%-konfidensintervallet for "positive" 47-68% og for skeptiske 28-50% og dermed ikke signifikant forskellige fra hinanden. I den efterfølgende databehandling er der tale om endnu mindre grupper, så konfidensintervallerne bliver endnu bredere, og vi har derfor valgt ikke at angive disse.

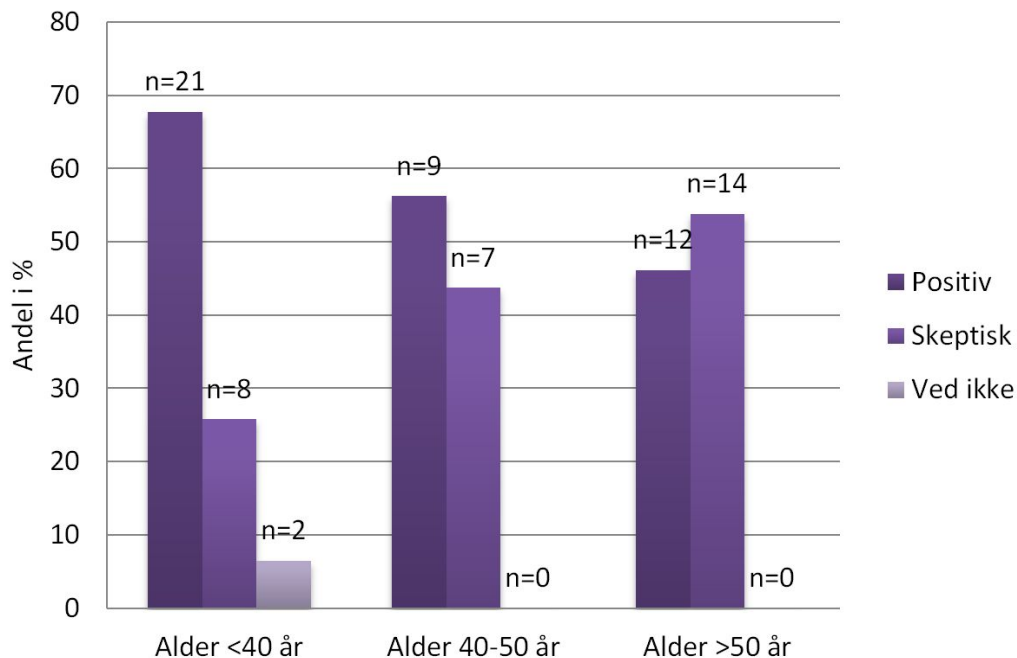
Vi har inddelt respondenter efter alder, køn og uddannelsesniveau (speciallæge eller uddannelseslæge).

Det, der synes at have størst betydning for lægens holdning til HRT, er uddannelsesniveau (Figur 1) og alder (Figur 2). Det lader til at læger, der stadig er under uddannelse, er betydeligt mere positivt stillet overfor at behandle klimakterielle gener med HRT end speciallæger. Således svarer 70% (n = 16) af uddannelseslægerne at de er positive, mens 52% (n = 26) af speciallægerne svarer at de er positive. Dette genfindes udtrykt som at 68% (n = 21) af respondenterne under 40 år er positive. Ser man på grupperne 40-50 år og over 50 år er andelen af positive 56% (n= 9) og 46% (n = 12) respektive. Forventeligt er der et stort overlap mellem grupperne "under 40 år" og "uddannelseslæge".

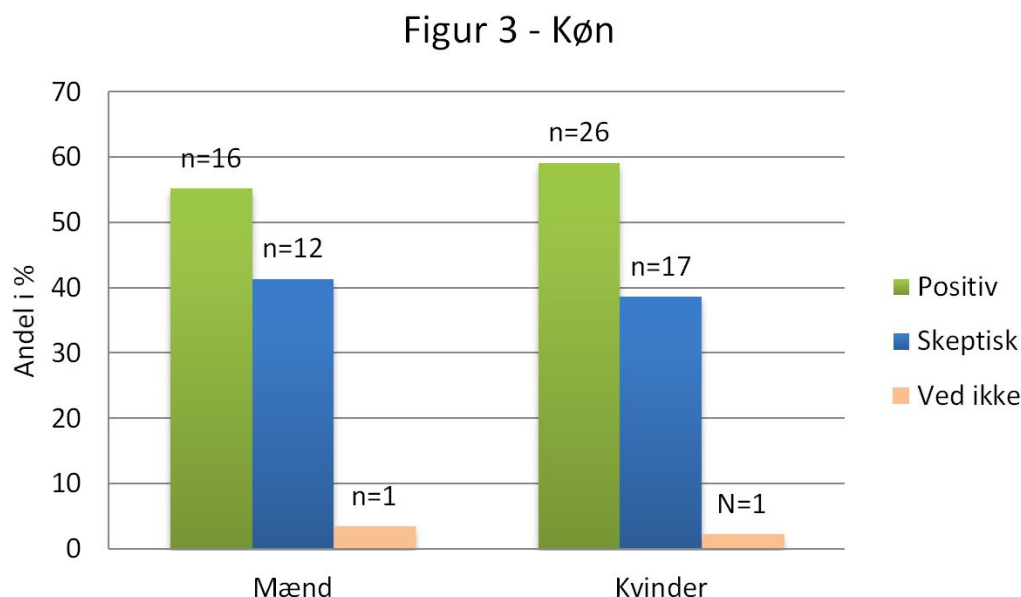
Figur 1 - Uddannelsesniveau



Figur 2 - Alder



Der er en svag tendens til at kvinder er mere positive (59%, n = 26) overfor behandling med HRT end mænd (55%, n = 16). Se Figur 3.



Med hensyn til hvordan lægen agerer i mødet med kvinden med klimakterielle gener er tendensen, at de læger, som generelt er positive overfor HRT, er mere tilbøjelige til at opstarte behandling, såvel medicinsk som andre interventioner. Således svarer 93% (n = 39) af læger, der er positive over for HRT, at de giver medicinsk behandling mod klimakterielle gener. Dette tal stemmer dog ikke overens med resultatet fra spørgsmålet om hvor ofte man opstarter medicinsk behandling, hvor 0% (n = 0) svarer at de aldrig opstarter behandling.

Overraskende nok svarer 72% (n = 21) af læger, der anser sig som skeptiske over for HRT, at de opstarter medicinsk behandling, og 14% (n = 4) af de skeptiske svarer, at de aldrig opstarter HRT. Om det betyder, at man som kvinde, der henvender sig i almen praksis med klimakterielle gener, har større chance for at få behandling mod generne (herunder også non-farmakologisk behandling med livsstilsintervention etc), hvis man konsulterer en læge, der generelt er positiv over for HRT, kan vi ikke umiddelbart sige på baggrund af undersøgelsen. Det er der dog noget, der tyder på.

I spørgsmål 8 forsøger vi at belyse, hvad praktiserende læger anser som passende længde for behandling med HRT. Vi har givet mulighed for at svare i fritekst, hvorfor databehandlingen af dette spørgsmål er lidt mere vanskelig. Overordnet set svarer størstedelen (78%, n = 57) at de vil behandle i 5 år eller derunder, altså svarende til gældende anbefalinger. De få der svarer, at de vil behandle i mere end 5 år (n = 3), hentyder muligvis til at de vil behandle med lokal gestagen eller østrogen, fx. Mirena, Vagifem eller Estring. Vi har af hensyn til længden af spørgeskemaet ikke udspecificeret svarmuligheder til de enkelte behandlingsformer. Formentlig er besvarelsene udtryk for, at den enkelte læge generelt er meget opmærksom på, at behandlingsvarigheden har betydning for ulemperne ved hormonbehandling. Vi kan dog ikke konstatere det med sikkerhed ud fra den opbygning af spørgeskemaet, som vi har valgt.

I spørgsmål 9 har vi forsøgt at belyse i hvilket omfang den praktiserende læge er bevidst om de absolutte kontraindikationer til systemisk hormonbehandling. Her er der overordentlig stor enighed blandt respondenterne. Således svarer 99% (n = 72) at de betragter tidligere østrogenafhængig kræft som en absolut kontraindikation mod opstart af HRT. Den ene respondent, der ikke har angivet østrogenafhængig cancer som absolut kontraindikation, har helt undladt at besvare

spørgsmål 6 til 9. En stor overvægt af respondenter (85%, n = 62) angiver kendt risiko for tromboemboli som absolut kontraindikation.

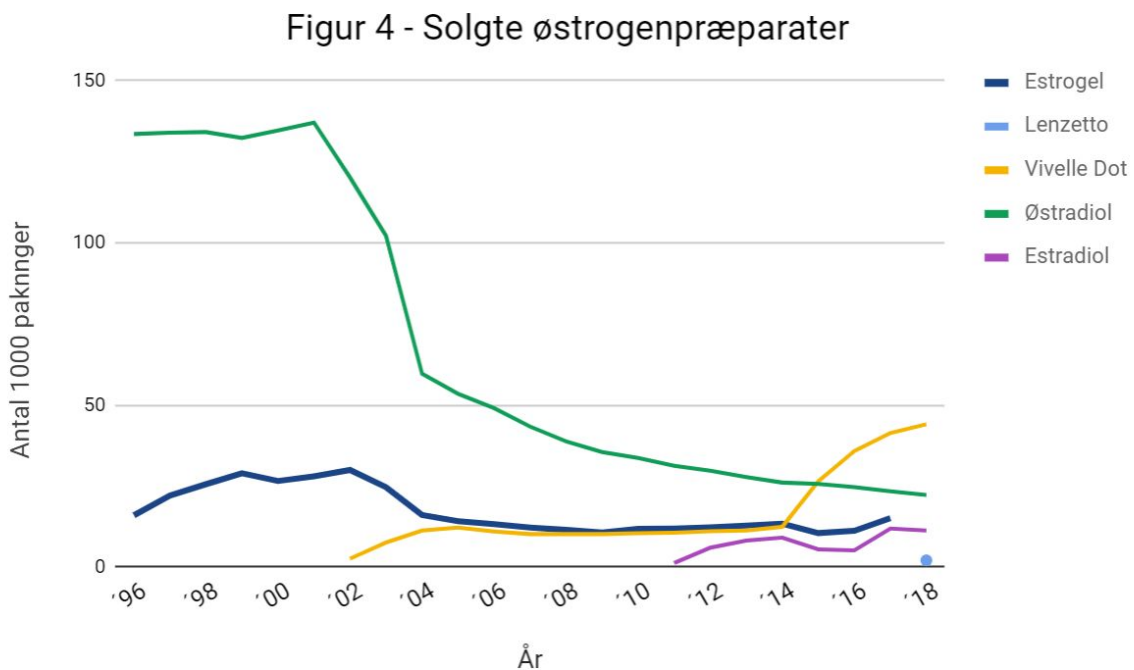
Samlet set giver besvarelserne på spørgsmål 8 og 9 det indtryk at den enkelte praktiserende læge, uanset holdningen til HRT, er meget bevidst om, hvilke forholdsregler man bør tage i sin vejledning af patienterne.

I spørgsmål 10 undersøger vi hvor mange praktiserende læger, der mener at være i en praksis, hvor man har en fælles holdning til brug af HRT. Kun 32% (n = 23) svarer at det er tilfældet, hvorimod 60% (n = 44) svarer nej og 8% ikke besvarer spørgsmålet (n = 6).

Dataudtræk

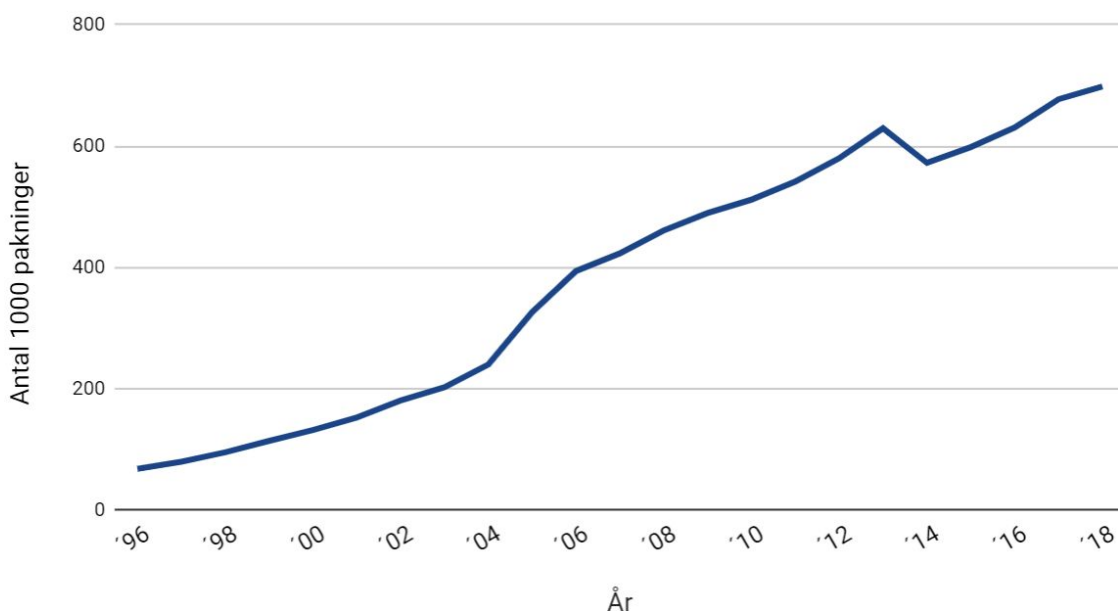
Vores dataudtræk fra Medstat.dk viser udviklingen i ordinationsmønstrene/antal solgte præparater ordineret fra almen praksis fra 1996-2018. Vores umiddelbare formodning var, at man tidligere havde en liberal tilgang til HRT og at dette ændrede sig omkring årtusindeskiftet, da forskning gav mistanke til øget forekomst af alvorlige bivirkninger som cancer og tromboembolier.

Figur 4 viser antal solgte rene østrogenpræparater (Se rådata bilag 5), hvor der ses et markant fald i årene 2000-2004. Dette gælder især tablet Østradiol (134.000 pakker i 1996 til 22.000 i 2018). Der kan ikke skelnes mellem substitutionsbehandling eller HRT i forbindelse med klimakterielle gener. I de senere år kan man observere en stigning i plasterbehandling med Vivelle Dot, som formodentlig kan relateres til rekommandationer fra NICE og DSOG guidelines.



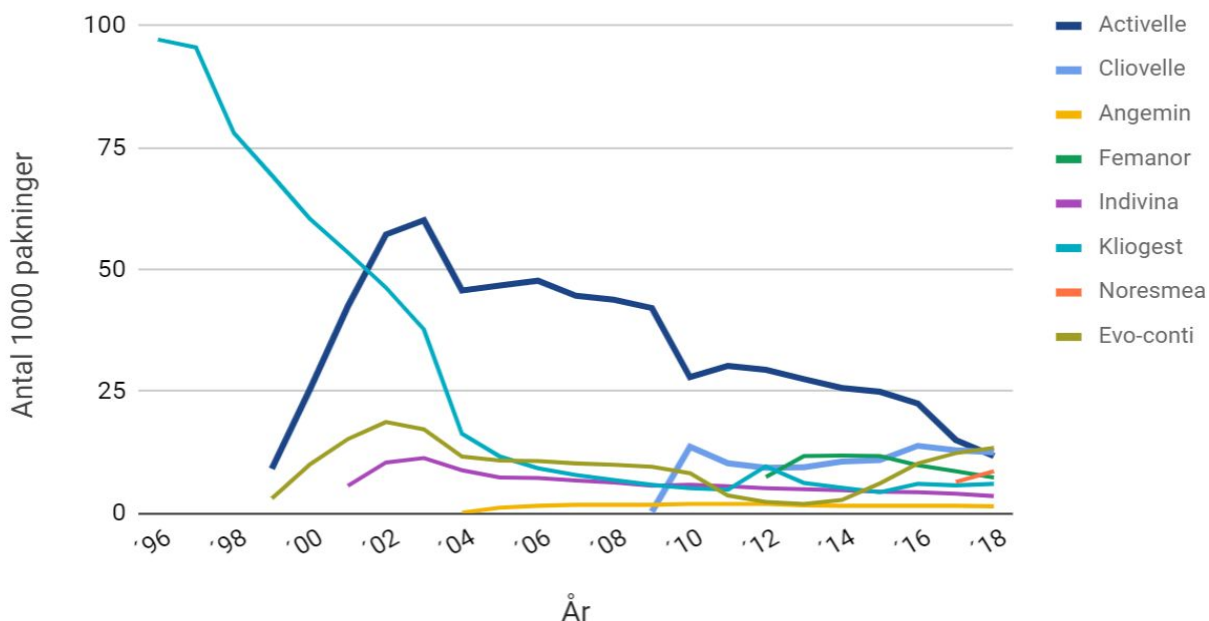
Figur 5 viser udviklingen i antal solgte pakker Vagifem (Se rådata bilag 6). Der ses et stødt stigende forbrug, hvilket formentlig hænger sammen med den stigende opmærksomhed på behandling af atrofiske slimhinder med vagitorier og et stigende antal ældre. Da Vagifem giver ringe global absorption, men frigives primært lokalt til slimhinden, kan det desuden anvendes til patienter med tidligere østrogenafhængig mammacancer. Den stigning der ses omkring 2004 er formentlig relateret til at dosis på 25 mikrogram er udgået. Dermed udskrives der flere pakninger à 10 mikrogram for ønskede virkning.

Figur 5 - Solgte Vagifem



Figur 6 viser antallet af solgte kombinationspræparater (Se rådata bilag 7). Her ses et ret markant fald; især i behandlingen med Kliogest (97.200 til 6000). Generelt er forbruget faldende over tid.

Figur 6 - Solgte kombinationspræparater



Diskussion

Vores undersøgelses største svaghed er det lave antal respondenter. Det påvirker åbenlyst sikkerheden hvormed vi kan sige noget ud fra vores resultater. Som nævnt i resultatafsnittet ses der dog nogle tendenser af varierende styrke.

Med hensyn til de mere specifikke svagheder ved undersøgelsen, har vi herunder oplistet de væsentligste:

Udvælgelsesbias: Vi har ikke opstillet nogen algoritme for udvælgelse af respondenter. Vi har spurgt alle relevante respondenter, vi kom i kontakt med i den pågældende periode, men vi har ikke efterfølgende sikret os at vores population er repræsentativ for alle læger i almen praksis. Vi kan have en formodning om at eksempelvis solo-læger i klinikker der ikke har uddannelseslæger, er underrepræsenteret, men vi kan ikke vide om dette har betydning for resultatet af undersøgelsen. Ligeledes har vi en hel klar overrepræsentation af uddannelseslæger blandt respondenterne.

Rapporteringsbias: Spørgeskemaundersøgelsen bygger på hvad respondenter mener at huske at gøre. Man kan således ikke være sikker på, at det er, hvad respondenter rent faktisk gør. En måde at efterprøve om der er tale om rapporteringsbias, kunne være at udvælge respondenter fra samme klinik, gennemføre journalaudit på kvinder med klimakterielle gener i den pågældende klinik samt supplere med data fra Ordiprax.

Undervejs er vi desuden blevet opmærksomme på at visse af spørgsmålene kan tolkes forskelligt. F.eks. Spørgsmål 6 om hvor ofte man opstarter hormonbehandling; Det kan tolkes som et spørgsmål om, hvor ofte man egentlig møder kvinder med klimakterielle gener i sin klinik, eller som et spørgsmål om, hvor ofte man opstarter behandling hos de kvinder, man har med klimakterielle gener.

En anden rapporteringsbias kan opstå ved at man indsamler data ved personligt at udlevere et spørgeskema, som man får tilbage med det samme igen. Nogle respondenter har givet udtryk for at dette kan kompromittere anonymiteten. Om dette har ført til et andet resultat, end hvis anonymiteten var bedre sikret, kan vi ikke sige.

Som en styrke ved undersøgelsen kan nævnes, at vi har opnået en relativt høj svarprocent. Desuden har vi ikke haft nogen interesse i at få resultatet til at falde ud til en bestemt side.

Fra vores undersøgelse kan man overordnet se, at praktiserende læger *har* en holdning til behandling af klimakterielle gener med HRT. Så godt som ingen svarer "ved ikke". Dette indikerer at kvinden med klimakterielle gener er en patientgruppe, som læger i praksis kender til. Tendensen er, at flest angiver sig som "positive" over for behandling af generne med HRT. Og det lader til at denne gruppe i det hele taget møder kvinden med klimakterielle gener med den tilgang, at noget skal gøres.

Overordnet set finder vi også en stor velvilje til at opstarte medicinsk behandling, uanset om man har angivet sig "positiv" eller "skeptisk".

Muligvis kan det, at man angiver sig som "skeptisk", men alligevel for en dels vedkommende angiver at opstarte medicinsk behandling, tolkes som at man er opmærksom på bivirkninger og kontraindikationer, men også er bevidst om i hvor høj grad kvinder kan være plaget af de klimakterielle symptomer og derfor alligevel vælger at tilbyde medicinsk behandling.

At klagerne er så almindelige, rammer så stor en del af alle kvinder og kan ses som et naturligt fysiologisk fænomen i højere grad end regulær patologi kan forventeligt være med til at påvirke hvor ofte man vælger at opstarte medicinsk behandling.

Det kan også spille ind at hormonbehandling findes i mange forskellige dispenseringsformer; tablet, plaster, gel, spiral, vagitorier og forskellig dosering kontinuert og cyklisk.

Endnu et forhold der kan være påvirkende, hvor ofte man opstarter HRT er, at der mangler et godt og validt redskab til at vurdere i hvor høj grad de klimakterielle gener påvirker den enkelte kvindes livskvalitet. Derfor kan afvejningen af fordele og ulemper ved en given behandling være svær at tilgå objektivt. Dette belyser vi ikke nærmere i vores undersøgelse.

For at komme ovenstående nærmere og mere grundigt belyse hvad der i givet fald afholder nogen fra opstart af HRT, kunne vi have søgt uddybet den enkelte læges ageren med spørgsmål som: "Mangler du viden om behandling om HRT?" "Hvor søger du viden om behandling med HRT?" "Hvordan vurderer du sværhedsgraden af symptomerne hos den enkelte kvinde med klimakterielle gener?" Af hensyn til overskuelighed for respondenterne og af hensyn til databehandlingen, har vi dog afstået fra denne kvalitative udvidelse af undersøgelsen.

I vores litteraturgennemgang har vi fundet et studie, der søger at kvantificere kvinders gener i forbindelse med klimakteriet samt at lave et regulært redskab til brug for vurdering af symptomernes sværhedsgrad¹³. Vi kan dog ikke finde frem til det færdige vurderingsredskab i sin helhed, og vi finder heller ikke nogen brugbar oversættelse af spørgsmålene til dansk.

Der foreligger amerikanske undersøgelser, der beskriver de klimakterielle gener samt bivirkningsprofil ved forskellige behandlingsformer. Ud fra disse har North American Menopause Society (NAMS) udviklet en app (MenoPro), der kan bruges som vejledning for praktiserende læger i forhold til opstart af HRT¹⁴.

Denne opgave belyser ikke danske praktiserende lægers viden om denne app. Det kunne være interessant, at undersøge om lægerne er bekendte med MenoPro, og om den bruges til en klinisk vurdering i forhold til opstart af HRT.

¹³ Measuring bothersome menopausal symptoms: development and validation of the MenoScores questionnaire. K. S. Lund et al. [Health Qual Life Outcomes](#). 2018 May 16;16(1):97. doi: 10.1186/s12955-018-0927-6.

¹⁴ Editorial. Algorithm and mobile app for menopausal symptom management and hormonal/non hormonal therapy decision making: a clinical decision-support tool from The North American Menopause Society. The journal of The North American Menopause Society. 2014. Vol. 22, No 3, pp. 247-253. DOI: 10.1097/gme.0000000000000373

Konklusion

Der ses en tendens til at yngre læger < 40 år og/eller uddannelseslæger angiver sig mere positive overfor behandling med HRT til kvinder med klimakterielle gener. Dette er dog ikke statistisk signifikant.

Lægens køn synes ikke at have stor betydning for holdningen til HRT, men måske er kvinder mere positive.

Hvis man angiver sig positiv overfor HRT, er man mere tilbøjelig til at iværksætte behandling mod klimakterielle gener, både farmakologisk og non-farmakologisk.

Fra dataudtræk over solgte præparater ser vi en faldende tendens i forbruget af rene østrogen- og kombinationspræparater. Dog ses en ret markant stigning i forbruget af vagifem.

Overordnet set finder vi at læger i almen praksis overholder gældende rekommandationer for behandlingsvarighed og er bevidste om absolutte kontraindikationer ved opstart af medicinsk behandling mod klimakterielle gener.

Bilag 1

Spørgeskema vedr. hormonbehandling i klimakteriet

1. Dit køn mand kvinde
2. Din alder _____ år
3. Uddannelseslæge Speciallæge, anciennitet _____ år
4. Hvad er din generelle holdning til hormonbehandling?
 Jeg er meget positiv Jeg er meget skeptisk
 Jeg er positiv Ved ikke
 Jeg er skeptisk
5. Hvordan håndterer du patienter med klimakterielle gener (sæt evt. flere krydser)?
 Ingen behandling
 Livsstilsintervention og/eller psykoedukation
 Medicinsk behandling
 Lader en kollega i praksis med interesse for emnet tage over
 Henviser til gynækolog
 Andet _____
6. Opstarter du hormonbehandling ved klimakterielle gener?
 Aldrig
 Sjældent
 Ofte
7. Hvis behandling påbegyndes, hvilken type vil du så typisk vælge (sæt evt. flere krydser)?
 Lokal gestagen fx Mirenaspiral
 Transdermal østradiol fx Lenzetto, Estrogel, Vivelle Dot plaster
 Peroral østradiol fx Estrofem, Estradiol
 Peroral kombinationsbehandling fx Activelle, Trisekvens, Trevina
 Anden behandling _____
8. Hvor længe fortsætter du typisk behandlingen?
 _____ år
9. Hvornår mener du hormonbehandling er delvist/absolut kontraindiceret (sæt evt. flere krydser)?
 Kendt risiko for tromboemboli
 Kendt hypertension
 Kendt leversygdom
 Tidligere østrogenafhængig kræft
 Andet _____
10. Har din praksis en fælles holdning til behandlingen af klimakterielle gener?
 Ja
 Nej

Bilag 2

Samlet oversigt over resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Respondent	1. Køn M=1, K=2	2. Alder	3. udd=1, special =2	Anciennitet	4. Holdning	5. Håndtering	6. Opstart	7. Behandling	8. Varighed	9. Kontra
1	1	48	2	13	3	2	2	1 2 3 4	2	1 4
2	2	54	2	16	1	3 5	3	1 2	4-5	1 4
3	2	54	2	11	2	1 2 3	2	1 4	<5	1 4
4	2	39	2	1,5	3	2 3	2	1 4	0,5-1 Mirena >5	1 2 4
5	2	34	1	0	3	1 3	2	1 2 4	1	1 4
6	2	37	1	0	3	1 3 5	2	1	5	1 4
7	2	32	1	0	3	1 2 3	2	4	1-2	4
8	2	34	1	0	3	2 3	2	1 2	kortest muligt	1 4
9	2	35	1	0	3	5 6	1	-	-	-
10	2	35	1	0	2	2 3	2	1 2	5	1 4
11	2	38	1	0	2	6	2	5	1-2	1 4
12	2	33	1	0	2	2 3	2	1 2	-	4
13	2	37	1	0	2	2 3	2	1 2	<5	1 4
14	1	33	1	0	2	2 3 5	2	1 2	5	1 4
15	1	55	2	20	2	2 3	2	1 2	0,5	1 4
16	1	67	2	40	4	2	1	4	<5	1 4
17	1	40	2	2	3	2 5	1	-	-	1 2 3 4
18	1	56	2	17	3	3 5	2	4	2-3	1 4 5
19	2	42	2	4	3	2 3	2	1 2 4	5	1 4
20	2	40	1	0	2	1 2 3	2	1 2	5	4
21	2	41	1	0	2	2 3	3	2	1-2	1 2 3 4
22	2	43	1	0	2	3	2	1 2	5	1 4
23	2	41	2	0	2	3 6	3	2 4	5	2 3 4
24	1	46	2	10	2	1 3 6	3	1 2	5	1 4
25	1	41	2	8	3	1 3	2	1 2 3 5	4-5	1 4
26	2	54	2	15	2	2 3	2	1 2	5	1 3 4
27	2	51	2	14	2	2 3	2	1 2 4	5	1 4
29	2	49	2	11	2	2 3	2	1 4	2-5	1 4
30	1	34	1	0	2	2 3	2	2 4	6	1 4
31	2	51	2	13	2	1 2 3	2	1 2 3 4	2-5	3 4
32	2	60	2	16	4	1 2 3	2	1 4	2	1 4
33	2	53	2	14	4	1 2	1	-	-	4
34	2	34	1	0	2	6	-	-	-	1 4
35	2	37	1	0	1	2 3	2	1 3	5	4
36	2	36	1	0	2	1 2 3	2	3	3	1 2 4
37	2	39	1	0	5	2 3	2	1 2	2	1 4
38	1	39	2	0	2	1 2 3	2	1 2	5	1 4
39	1	49	2	14	2	1 3 4 5	2	2 4	-	1 4
40	2	53	2	22	2	2 3 5 6	2	1 2	-	1 3 4
41	2	35	1	0	3	1 3 4	2	1	1-2	4
42	1	52	2	15	2	3 4 -	2	4 5	3-4	1 3 4
43	1	27	1	0	2	1 3	3	1 3	5	1 2 3 4
44	2	37	2	0	2	1 2 3 5	2	1 2	5	1 4
45	1	38	2	6	3	1 3	2	3 4	3-5	1 4
46	2	60	2	23	3	1 2 3 5	2	1 2 3 4	forskelligt	1 4
47	2	46	2	7	3	1 2 3	2	4	<5	1 2 3 4
48	2	46	2	10	2	3 5	3	1 5	<3, vagifem ubegr.	1 3 4
49	1	50	2	13	3	3	2	3 4	2	1 4
50	2	60	2	20	3	1 2 3	2	1 2 3 4	3-5	1 2 3 4
51	2	52	2	17	3	2 3 5	3	1 2	2	1 3 4
52	1	65	2	31	2	2 3	-	1 2 3 4	2-6	1 4
54	1	38	1	0	2	1 2 3	2	3	5	1 4
56	1	47	2	15	3	1 3	2	1 4	2-5	1 4
57	1	51	2	15	2	1 2 3 6	2	1 3 4	2-4	1 3 4
58	1	38	1	0	2	1 2 3	2	1 3 4	-	1 4
59	1	36	1	0	2	2 3	2	2 4	-	1 3 4
60	1	53	2	19	3	1 2 3 4 5	2	4	2	2 3 4

Bilag 2 (fortsat)

Respondent	1. Køn M=1, K=2	2. Alder	3. udd=1, special =2	Anciennitet	4. Holdning	5. Håndtering	6. Opstart	7. Behandling	8. Varighed	9. Kontra
61	1	64	2	28	3	2 3	2	1 4	2	1 2 4
62	2	55	2	15	3	2	2	4	2	1 4
63	2	50	2	14	2	1 2 3	3	1 2 3 4	2-10	1 4
64	2	39	2	4	2	1 2 3	3	1 2	2-5	1 3 4
65	2	44	2	9	2	3	3	1 3 4	-	1 3 4
66	2	59	2	20	3	2 3	2	5	3	1 4
67	1	59	2	12	3	2 3	2	3 4	1	1 4
68	2	46	2	8	3	1 2 3	2	2	5	1 3 4
69	1	68	2	41	3	5	2	3	2	1 3 4
70	2	65	2	30	2	2 3	3	1 6	livslangt	1 2 3 4
71	2	38	2	2	2	2 3	2	1 2 3	2-5	1 4
72	2	36	2	1	2	2 3 5	2	1 2	5	1 2 4
73	1	37	2	1	5	4	2	1 3	5	4
74	1	37	2	2	2	2 3 5	2	2	2-3	1 4
75	1	38	2	1	1	3	2	1 2	5	1 4
76	1	38	2	1	2	2 3	3	1 2	1-2	1 4
Ekskluderet										
28*	2	42	2	3		1 3	2	1 4	0-1	1 3 4
53*	2	36	1	0		2 3	3	1	-	4
55*	2	38	1	0		2 3	2 3	1 2 3 4	2	4

Bilag 3

ATC-kode	Præparatnavn					
	Oral					
	Østrogener					
G03CA03	Estradiol	1 mg	2 mg			
G03CA03	Estrofem mite	1 mg				
G03CA03	Estrofem	1 mg	2 mg			
G03CA03	Ovestin tbl	1 mg	2 mg			
G03CA03	Østradiol tbl	2 mg				
	Gestagener					
G03DA02	Provera	5 mg				
	Kombinationspræp					
G03FA01	Activelle	0,5 + 1 mg				
G03FA17	Angeliq	2 + 1 mg				
GA03FA17	Angemin	2 + 1 mg				
G03FA01	Cliovelle	0,5 + 1 mg				
G03FA01	Femanor	1 + 2 mg				
G03FA12	Indivina	2,5 + 1 mg	5 + 1 mg	5 + 2 mg		
G03FA01	Kliogest	1+ 2 mg				
G03FA01	Noresmea	0,1 + 1 mg				
G03FA01	Norethisteron/estrogen	0,5 + 1 mg				
	Sekventielle					
G03FB06	Divina					
G03FB06	Divina plus					
G03FB05	Novofem					
G03FB06	Trevina					
G03FB05	Trisekvens					
G03FB05	Trisequens					
	Dermal					
	Gel					
G03CA03	Delidose	1 mg/dosis				
G03CA03	Divigel	0,5 mg/dosis	1 mg/dosis			
G03CA03	Estrogel	0,6 mg/g				
	Spray					
G03CA03	Lenzetto	1,53 mg/dosis				
	Plaster					
G03CA03	Vivelle Dot	25 mikg/d	37,5 mikg/d	50 mikg/d	75 mikg/d	100 mikg/d

Bilag 4 (fortsat)

	080235 - System Conti	170+50mikrog/2Himer	depotblæstre	8 stk.						7,364	28,896	15,232	16,100	14,056	28					
	084F73 - Clovelle	0,5 + 1 mg	tabletter	84 stk. (3x28) (blister)						5,712	235,436	172,284	149,100	154,812	172,020	160,692	212,436		9,492	25,032
	095906 - Clovelle	0,5 + 1 mg	tabletter	84 stk. (blister)						6,496	5,068	4,984	896						189,000	166,992
	106245 - Estradiol/norethist.ace Sandoz	1+2 mg	filmovertrukne tabl.	28 stk. (blister)	7,868	6,146				340,872	289,716	59,892								
	106260 - Estradiol/norethist.ace Sandoz	1+2 mg	filmovertrukne tabl.	3 x 28 stk. (blister)	414,540	384,234														
	410836 - Femanor	1+2 mg	filmovertrukne tabl.	84 stk. (3 x 28) (blister)																
	427649 - Femanor	1+2 mg	filmovertrukne tabl.	28 stk. (blister)																
	429216 - Noretsma	170+50mikrog/2Himer	depotblæstre	8 stk.																
	488847 - Klopest	0,5+1 mg	filmovertrukne tabl.	84 stk. (3 x 28) (blister)																
	494724 - Klopest	1+2 mg	filmovertrukne tabl.	84 stk. (3 x 28) (blister)	114,828	104,916				90,720	79,548	164,724	164,724	99,876	85,008	64,176	95,340		42,000	42,420
	530741 - System Conti	170+50mikrog/2Himer	depotblæstre	8 stk.	261,492	369,561	328,524	334,908	389,340	37,044	15,036	37,044	37,044	368,424	340,200	342,720	305,592	189,924	145,236	
	549454 - Evo-Conti	170+50mikrog/2Himer	depotblæstre	8 stk.	48,524	48,355	46,228	37,044	15,036	9,688	7,168	11,480	26,460	45,192	49,588	55,244				
	G03FA12 - Medroxyprogesteron og estrogen Total		depotblæstre	8 stk.	68,992	69,356	66,780	70,896	68,712	64,092	64,092	63,840	64,092	64,092	61,320	59,052	56,112	52,416	46,284	
	575290 - Indivina	2,5 mg + 1 mg	tabletter	1 x 28 stk. (blister)	2,800	1,736														
	575332 - Indivina	2,5 mg + 1 mg	tabletter	3 x 28 stk. (blister)	39,480	41,664	40,740	42,672	42,924	37,464	36,036	35,112	35,280	35,868	33,180	28,308				
	579456 - Indivina	5 mg + 1 mg	tabletter	3 x 28 stk. (blister)	10,164	9,324	8,148	8,484	8,240	8,904	8,652	8,148	8,148	6,636	7,728	7,140				
	579799 - Indivina	5 mg + 2 mg	tabletter	3 x 28 stk. (blister)	16,548	16,632	17,892	19,740	16,548	17,472	19,404	18,060	15,624	13,608	11,508	10,836				
	Total		filmovertrukne tabl.	3 x 28 stk. (blister)	25,872	24,108	21,924	27,132	28,476	24,444	22,008	24,084	22,008	21,084	21,168	19,824	18,480	15,624		
	016288 - Angemin	2+1 mg	filmovertrukne tabl.	84 stk. (3 x 28) (blister)	25,872	24,108	21,924	27,132	28,476	22,596	1,898	22,008	21,084	21,168	19,824	18,480	15,624			
	467699 - Angemin	2+1 mg	filmovertrukne tabl.	84 stk. (3 x 28) (blister)	317,828	261,296	269,920	363,972	348,432	312,956	295,764	287,168	278,292	271,628	257,516	233,884	207,076			
	Total		filmovertrukne tabl.	84 stk. (3 x 28)	65,856	64,176	74,760	84,588	85,788	100,380	89,880	85,764	86,436	85,764	75,432	73,080	67,032			
	008545 - Novofem	106096 - Trisequens	filmovertrukne tabl.	84 stk. (3 x 28) (blister)	84,588	48,972	23,940	7,392	19,740	75,936	118,188	136,248	107,604	66,528	64,680	36,204				
	422402 - Estracomb	488115 - Trisequens	depotblæstre	8 stk.	17,332	15,904	6,244													
	511303 - Trisequens	541382 - Trisequens	filmovertrukne tabl.	84 stk. (blister)	113,232	99,624	123,816	222,096	190,008	122,724	75,096	52,752	52,668	54,432	33,348	18,144				
	549462 - Evo-Sequ		depotblæstre	4 + 4 stk.																
	G03F806 - Medroxyprogesteron og estrogen Total		depotblæstre	4 + 4 stk.	84,756	80,038	65,800	65,744	56,210	53,459	48,643	43,015	43,988	42,238	41,055	34,944				
	396507 - Divina		tabletter	63 stk. (3x21) (blister)	17,500	15,400	17,304	17,640	15,960	13,916	12,600	12,404	12,600	14,504	15,596	15,988				
	433037 - Divina Plus		tabletter	28 stk. (blister)	38,136	37,212	30,156	21,504	7,644											
	433045 - Divina Plus		tabletter	84 stk. (blister)	1,736	952	448													
	569509 - Trevina		tabletter	91 stk. (blister)	12,852	12,936	13,356	20,580	22,176	21,336	17,220	15,456	14,868	14,952	14,280	12,180				
	Total		tabletter		32,032	28,938	21,940	23,660	26,390	20,111	17,563	16,471	14,924	14,014	15,015	13,104				

Bilag 5 Antal solgte 1000 pakker

Årstal	Activelle	Cliovelle	Angemin	Femanor	Indivina	Kliogest	Noresmea	Evo-conti
'96						97,2		
'97						95,6		
'98						78		
'99	9,1					69,3		3
'00	25,4					60,4		10
'01	42,5				5,6	53,5		15,2
'02	57,2				10,4	46,3		18,7
'03	60,1				11,3	37,7		17,2
'04	45,7		0,1		8,8	16,3		11,6
'05	46,7		1,1		7,3	11,6		10,8
'06	47,7		1,5		7,2	9,2		10,7
'07	44,6		1,7		6,7	7,8		10,2
'08	43,8		1,7		6,3	6,8		9,9
'09	42,1	0,3	1,7		5,6	5,8		9,5
'10	27,9	13,6	1,9		5,8	5,1		8,2
'11	30,2	10,2	1,9		5,5	4,8		3,6
'12	29,4	9,3	1,9	7,4	5,1	9,6		2,3
'13	27,5	9,4	1,6	11,7	4,9	6,2		1,9
'14	25,7	10,6	1,5	11,8	4,7	5,2		2,7
'15	24,9	10,9	1,5	11,7	4,4	4,3		6,1
'16	22,5	13,8	1,5	9,8	4,3	6		10,2
'17	15	12,9	1,5	8,6	4	5,7	6,4	12,3
'18	11,7	12,5	1,4	7,3	3,5	6	8,6	13,4

Bilag 6 Antal solgte 1000 pakker

Årstal	Vagifem
'96	68
'97	79,7
'98	95,1
'99	113,8
'00	131,7
'01	152,4
'02	180,5
'03	202,2
'04	239,9
'05	326,2
'06	394
'07	423,1
'08	461
'09	489,7
'10	511,7
'11	541,6
'12	580
'13	629,4
'14	572,6
'15	598,4
'16	630,6
'17	677,3
'18	698,5

Bilag 7 Antal solgte 1000 pakker

Årstal	Activelle	Cliovelle	Angemin	Femanor	Indivina	Kliogest	Noresmea	Evo-conti
'96						97,2		
'97						95,6		
'98						78		
'99	9,1					69,3		3
'00	25,4					60,4		10
'01	42,5				5,6	53,5		15,2
'02	57,2				10,4	46,3		18,7
'03	60,1				11,3	37,7		17,2
'04	45,7		0,1		8,8	16,3		11,6
'05	46,7		1,1		7,3	11,6		10,8
'06	47,7		1,5		7,2	9,2		10,7
'07	44,6		1,7		6,7	7,8		10,2
'08	43,8		1,7		6,3	6,8		9,9
'09	42,1	0,3	1,7		5,6	5,8		9,5
'10	27,9	13,6	1,9		5,8	5,1		8,2
'11	30,2	10,2	1,9		5,5	4,8		3,6
'12	29,4	9,3	1,9	7,4	5,1	9,6		2,3
'13	27,5	9,4	1,6	11,7	4,9	6,2		1,9
'14	25,7	10,6	1,5	11,8	4,7	5,2		2,7
'15	24,9	10,9	1,5	11,7	4,4	4,3		6,1
'16	22,5	13,8	1,5	9,8	4,3	6		10,2
'17	15	12,9	1,5	8,6	4	5,7	6,4	12,3
'18	11,7	12,5	1,4	7,3	3,5	6	8,6	13,4