

Nationella riktlinjer 2026:

Klimakteriebesvär

Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser
i hälso- och sjukvården



Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-4-10199

Omslagsfoto: Hans Berggren, Scandinav Bildbyrå

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, april 2026

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid klimakteriebesvär. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar – för en god och jämlik vård.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna.

Regionerna, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den förra versionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har tagit hänsyn till synpunkterna innan vi tagit ställning till den nuvarande versionen.

Vi vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Erbjud kunskapsbaserade råd och effektiv behandling.....	5
Stärk personalen med kompetensutveckling	5
Skapa utrymme för samtal	5
Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd	6
Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande	6
Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap	7
Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer	8
Utgångspunkt: om klimakteriet och vården idag	10
Klimakteriet är inte en sjukdom.....	10
Dagens vård är ojämlik	11
Tillfällen för samtal utnyttjas inte	13
Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef	14
Huvudbudskap: primärvårdens roll är central	15
Identifiera, ge råd och följ upp	15
Behandla med läkemedel	18
Stärk kompetensen	21
Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård.....	23
Att implementera effektivt.....	23
Exempel på risker och utmaningar	25
Etiska principer för prioritering	26
Kompletterande stöd	27
Deltagare i riktlinjearbetet	30
Referenser.....	33
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer.....	35
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	39
Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben	41
Bilaga 4. Versionshistorik	42

Sammanfattning

Klimakteriet är inte en sjukdom utan en fysiologisk händelse som alla som har eller har haft menstruation går igenom. När klimakteriet börjar och hur det yttrar sig varierar. Det kan pågå under några månader upp till flera år. Vanliga symtom är till exempel: värmevallningar, oregelbundna blödningar, humörsvängningar, sömnproblem och minskad sexuell lust.

Primärvården behöver ta ansvar för att identifiera och behandla klimakteriebesvär i ett tidigt skede, innan de leder till svårare hälsoproblem. Du som beslutar om resurser kan skapa goda förutsättningar på flera sätt:

Erbjud kunskapsbaserade råd och effektiv behandling

Kunskapsbaserad rådgivning är grunden. Avsätt därför resurser i primärvården så att personalen kan erbjuda råd och behandling som utgår från patientens behov, inklusive god kännedom om remissvägar. Personalen behöver tid och kunskap för att sätta sig in i symtom och besvär, den övriga hälsan, riskfaktorer och levnadsvanor – som alkohol- och tobaksvanor, stress, sömn och fysisk aktivitet. Rådgivningen handlar även om egenvård och olika behandlingar. Stärk kunskapen om behandlingsalternativen med fokus på systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).

Stärk personalen med kompetensutveckling

Kompetensutveckling om klimakteriet kan bidra till att fler får rätt hjälp i tid, och minska behovet av vård på längre sikt. Personal som är trygg i sin kunskap kan uppmärksamma symtom och ställa relevanta frågor, och utifrån detta erbjuda tidiga insatser som minskar besvären och förbättrar livskvaliteten.

Skapa utrymme för samtal

Personalen kan informera om klimakteriet vid många tillfällen, men detta utnyttjas inte alltid fullt ut. När patienter i klimakterieåldern söker vård för andra relaterade frågor kan personalen även öppna upp för samtal om klimakteriet, och hur det kan påverka hälsan.

Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd

Dessa riktlinjer är ett stöd för att prioritera resurser. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera eller avveckla, på en övergripande gruppnivå.

Vi vänder oss framför allt till dig som har ett ansvar för resursfördelning i hälso- och sjukvården. Du kan arbeta på regional eller kommunal nivå, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för de kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Rekommendationerna ger vägledning men är inte bindande: personalen behöver alltid bedöma vad en enskild patient behöver, i samråd med patienten.

Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutsfattare. Det handlar om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader och ojämlikheter eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Vi ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att upprätthålla. Det är alltså viktigt att fortsätta prioritera det som fungerar.

I de här riktlinjerna finns det till exempel inga rekommendationer om specifik behandling när patienten har två eller fler diagnoser samtidigt (samsjuklighet). Rekommendationerna är övergripande och lyfter inte specifika råd om levnadsvaneförändringar eller olika typer av systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).

Rekommendationerna är alltså inget heltäckande prioriteringsstöd, och de kompletteras av flera andra kunskapsstöd, bland annat för ohälsosamma levnadsvanor och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för läkemedel vid klimakteriesymtom (se vidare kapitlet [Kompletterande stöd](#)).

→ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i webbilagan
Metodbeskrivning på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens rekommendationer bygger på forskning och erfarenhet hos yrkesverksamma – den bästa tillgängliga kunskapen. Flera av insatserna vid klimakteriebesvär saknar tillräckligt forskningsstöd. Rekommendationerna bygger därför till stor del på beprövad erfarenhet, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med 63 experter¹.

Till dig som är beslutsfattare eller chef ger vi rekommendationer med olika prioritet, som stöd för att prioritera insatser som bidrar till en jämlik vård (se tabell 1).

Tabell 1. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1-10	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
Icke-göra	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

De med störst behov ska få företräde

Vi utgår från nyttan och riskerna med de olika insatserna när vi sätter prioritetssiffrorna. Högst prioritet har de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden – eftersom de som behöver vården mest ska få företräde (se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30). Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet.

¹ Bland annat allmänläkare, barnmorskor, distriktsköterskor, fysioterapeuter, gynekologer och sjuksköterskor.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden.

Klimakteriebesvär har måttlig svårighetsgrad

Klimakteriebesvär varierar kraftigt mellan individer, men generellt bedömer Socialstyrelsen att tillståndet har en måttlig svårighetsgrad – det är ett medelvärde för hela den stora grupp som har klimakteriebesvär.

Några rekommendationer innefattar tillståndet tidig menopaus och rör personer under 45 år med oförklarad amenorré. Detta tillstånd bedöms ha en mycket stor svårighetsgrad eftersom, om det förblir obehandlat, innebär en ökad risk för svår ohälsa, som exempelvis hjärt-kärlsjukdomar eller demens, och i förlängningen förtida död eller förkortad livslängd, vilket medfört att våra rekommendationer inom dessa områden ges en högre prioritet [1].

Vi utgår från den etiska plattformen

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Se vidare avsnittet [Etiska principer för prioritering](#) i kapitlet *Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård*.

→ Läs mer:

- I kapitlet [Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård](#) får du mer praktisk vägledning i arbetet med att följa rekommendationerna.
- I webbilagan *Metodbeskrivning* på [Socialstyrelsens webbplats](#) beskrivs Socialstyrelsens metod för att ta fram rekommendationer med olika prioritet mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för klimakteriebesvär.

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen kommer att utvärdera hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status. Den kommer att utgå från indikatorerna i bilaga 2, men vi belyser även andra aspekter av hälso- och sjukvården. I de här riktlinjerna finns det enbart indikatorer för att följa upp behandling med läkemedel. Som beslutsfattare kan du också använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet

Klimakteriebesvär

- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

➔ Läs mer:

- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna för klimakteriebesvär.
- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för klimakteriebesvär* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Utgångspunkt: om klimakteriet och vården idag

Klimakteriet definieras som tiden före och efter den sista menstruationen (menopaus). Debut, omfattning och symtom samt symtomens intensitet varierar. Det är en fysiologisk händelse som kan leda till besvär som behöver behandlas. Klimakteriet är en period som kan pågå under några månader upp till flera år, och det fastställs först när menstruationen uteblivit i minst 12 månader, det vill säga i efterhand.

Flera symtom har tydlig koppling till klimakteriet, till exempel:

- vasomotoriska besvär, som värmevallningar, svettningar och hjärtklappning
- oregelbundna menstruationsblödningar
- humörsvängningar
- sömnproblem
- huvudvärk
- muskel- eller ledvärk
- oro, ångest, nedstämdhet eller kognitiv påverkan
- besvär i urin- och könsorganen, som torrhet, sveda, smärta eller urinträngningar
- sexuella problem som minskad sexuell lust
- torra slemhinnor och hud, exempelvis torra ögon och muntorrhet.

Klimakteriet är inte en sjukdom

Klimakteriet är alltså inte en sjukdom utan en fysiologisk händelse som alla som har eller har haft menstruation går igenom. Det inträffar oftast som en del av åldrandet, men det kan också bero på genetiska faktorer, eller inträffa till följd av att äggstockarna tagits bort och efter vissa cancerbehandlingar.

Vårdbehoven varierar

En tredjedel av alla kvinnor i klimakterieåldern har så svåra besvär att de önskar någon form av behandling [3]. För många kan kunskapsbaserade råd göra besvären lättare att hantera, till exempel om de får stöd i att ändra sina levnadsvanor [4]. Andra behöver läkemedel, som lokalt eller systemiskt verkande hormonbehandling [5].

Personcentrerad vård för klimakteriebesvär

Det pågår ett arbete med att ställa om hälso- och sjukvården till en god och nära vård i hela Sverige. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt i patientens behov och förutsättningar. Socialstyrelsen främjar, ger stöd till och följer upp omställningen till en god och nära vård.

Även en primärvårdsreform är kopplad till omställningen. Målen är bättre

- tillgänglighet till primärvården
- personcentrerad vård med delaktiga patienter
- kontinuitet i primärvården.

God och nära vård och primärvårdsreformen sätter fokus på personcentrerad vård, vilket är viktigt när det gäller vård vid klimakteriebesvär.

Kartläggningar av denna vård i Sverige har sällan belyst tillgången till vård för samtidiga diagnoser eller andra sårbarhetsfaktorer. Men det är känt att psykisk ohälsa och vissa kroniska sjukdomar kan förvärras under klimakteriet.

Dagens vård är ojämlik

Socialstyrelsens undersökning från 2021 visade på stora regionala variationer gällande organisering, samverkan, kompetens och användning av kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. Stora skillnader syntes också i hur råd, stöd och behandling för klimakteriebesvär erbjuds i olika regioner. Både kvinnor och hälso- och sjukvårdspersonal vittnade om att många hänvisas mellan olika verksamheter, och att det kan vara svårt att få en adekvat insats [6].

Organiseringen av vården skiljer sig åt

Regionerna organiserar vården på olika sätt. I de flesta regioner vänder sig patienter till primärvården med sina klimakteriebesvär, främst till vård- eller hälsocentraler och barnmorskemottagningar. I andra regioner söker patienter i första hand till gynekologiska mottagningar [6].

Flera professioner möter patienter med klimakteriebesvär. Det är vanligt att allmänläkare, distriktssköterskor, barnmorskor och gynekologer ger råd, stöd och behandling. Men även fysioterapeuter, uroterapeuter, kuratorer och läkare med annan specialitet möter dessa patienter och kan ge råd, stöd och behandling [6].

Tillgången till alla nämnda professioner varierar mellan regioner, vilket påverkar såväl tillgänglighet som organisation [7]. I regioner med större tillgång till gynekologer är det ofta gynekologer i öppenvård som är den

första ingången för patienter med klimakteriebesvär. Beroende på vem patienten möter kan utfallet skilja sig. Det varierar också mellan regionerna om vården erbjuder gynekologisk undersökning som en del av utredningen av klimakteriet. Det beror på vilken typ av mottagning som genomför utredningen [6].

Varierande kunskap hos både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal

Socialstyrelsens undersökning visade att var tredje tillfrågad kvinna inte alls var förberedd på att komma i klimakteriet eller på att få symtom. Kunskapen om vilka symtom som är relaterade till klimakteriet och om behandlingar varierar också [6].

Kunskapsbristen kan göra att patienter söker vård för symtom som inte härleds till klimakteriet, eller söker olika vårdgivare i tron att de är sjuka. Om vårdgivaren har otillräcklig kunskap för att kunna identifiera klimakteriet – och förstå orsaken bakom symtomen – kan det leda till felbehandling. Till exempel kan nedstämdhet misstas för depression, eller ledvärk behandlas enbart med smärtstillande läkemedel, trots att dessa symtom kan bero på klimakteriet och behöver behandlas därefter.

Kunskapen om hormonell behandling varierar

Trots att det finns effektiva behandlingsalternativ varierar kunskapen om dessa fortfarande – både i befolkningen och i hälso- och sjukvården. Det gäller särskilt systemisk menopausal hormonell behandling (MHT), där osäkerhet kring nytta och risker ibland påverkar såväl rådgivning som behandlingsbeslut [5, 8].

Mot bakgrund av att evidensen om MHT har förändrats över tid är det inte förvånande att kunskapsläget är ojämnt i befolkningen. Många har låg kännedom om klimakteriet i stort, men också om vilka behandlingsmöjligheter som finns. Rädsla för biverkningar är vanlig, och det finns en risk att denna oro inte alltid bemöts med saklig och väl anpassad information i mötet med vården [9, 10].

Även i hälso- och sjukvården varierar kompetensen, och det finns skillnader i hur behandlingsriktlinjer tillämpas [6, 11]. Det kan leda till att vissa inte erbjuds relevant behandling, eller att informationen de får inte är tillräckligt allsidig. Kunskapsnivån och det personcentrerade arbetssättet i hälso- och sjukvården behöver stärkas för att säkerställa att alla som söker vård för klimakteriebesvär får tillgång till aktuell, kunskapsbaserad och adekvat information och behandling.

Tillfällen för samtal utnyttjas inte

Det finns flera tillfällen när personalen i hälso- och sjukvården kan informera om klimakteriet, men dessa tillfällen utnyttjas inte alltid fullt ut. När kvinnor i klimakterieåldern söker vård av andra skäl kan det vara möjligt att öppna för frågor om klimakteriet och klimakteriebesvär. Det kan även vara lämpligt att lyfta dessa frågor i samband med exempelvis hälsosamtal eller screening för livmoderhalscancer.

Genom att utnyttja dessa tillfällen för att samtala om klimakteriet och hur det kan påverka hälsan kan primärvården öka medvetenheten och förebygga ohälsa. Men att samtala – fråga och lyssna – kräver tillräckligt med tid, och att hälso- och sjukvårdspersonal har relevant kunskap för att informera och ge råd på ett personcentrerat sätt. De behöver även kunna hänvisa vidare i vården [6, 12].

Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioritet 1 betyder högsta prioritet.

Rekommendationerna presenteras i följande delkapitel:

- Identifiera, ge råd och följ upp
- Behandla med läkemedel
- Stärk kompetensen.

Observera att rekommendationerna inte är heltäckande, utan gäller ett urval av insatser där vägledningsbehovet är stort.

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna <i>Rekommendationslista i Excelformat</i> och <i>Kunskapsunderlag</i>)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
Så utvärderar vi hälso- och sjukvården	De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering, när det är aktuellt Notera: I de här riktlinjerna finns det enbart indikatorer för behandling med läkemedel.

→ Läs mer:

- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Metodbeskrivning* samt rapporten *Indikatorer för klimakteriebesvär*. Läs mer på socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/klimakteriebesvar.

Huvudbudskap: primärvårdens roll är central

Primärvården behöver vara den givna ingången till hälso- och sjukvården för den som upplever klimakteriebesvär. Primärvården behöver ansvara för att identifiera, informera om och behandla klimakteriebesvär, innan de leder till svårare hälsoproblem. Som beslutsfattare kan du skapa goda förutsättningar på flera sätt:

- **Erbjud kunskapsbaserade samtal och råd:** Avsätt tillräckliga resurser i primärvården så att personalen kan erbjuda väl anpassade råd och adekvat behandling i dialog med patienten.
- **Erbjud effektiv och personcentrerad läkemedelsbehandling:** Många blir hjälpta av systemisk menopausal hormonell behandling (MHT), men behandlingen måste följas upp regelbundet och anpassas efter patientens symtom och behov över tid.
- **Stärk hälso- och sjukvårdspersonalen genom kompetensutveckling:** Personal som är trygg i sin kunskap kan uppmärksamma symtom och ställa relevanta frågor, och utifrån detta erbjuda tidiga insatser som minskar besvären och förbättrar livskvaliteten.

Identifiera, ge råd och följ upp

Flera professioner och verksamheter i hälso- och sjukvården kan informera och ge råd om klimakteriet. Säkerställ resurser, rutiner och kompetens för en god, jämlik och effektiv rådgivning.

Hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att identifiera klimakteriet. För att göra det behövs en strukturerad anamnestagning och bättre kunskap om den bredd av symtom som kan bero på klimakteriet. Särskilt viktigt är det att identifiera kvinnor som är under 45 år med oförklarad amenorré (utebliven menstruation), eftersom tidig behandling är avgörande för att förebygga framtida hälsoproblem [1].

Riktlinjerna har två rekommendationer om provtagning av follikelstimulerande hormon (FSH). De skiljer sig åt beroende på patientens ålder. För personer under 45 år är det avgörande att tidigt upptäcka tidig menopaus. Dessa patienter uppvisar inte alltid symtom, och därför är provtagningen en central del av utredningen. För att kunna ställa diagnos krävs test vid två tillfällen, och det är viktigt att ha kompetens för att kunna tolka provsvaren och avgöra om det behövs vidare utredning och behandling.

För personer över 45 år rekommenderar vi i stället att *inte* ta FSH-prov rutinmässigt alls, eftersom symtomen ska ligga till grund för behandlingen.

Provsvaren kan vara svåra att tolka och kan leda till felaktig diagnos och behandling.

Att informera och ge råd är centralt för hur insatserna vid klimakteriebesvär utformas. Du som beslutsfattare behöver därför säkerställa att det finns tillräckligt med tid – och att rådgivningen är både kunskapsbaserad och personcentrerad. Personalen behöver informera om klimakteriets olika symtom, behandlingsalternativ och risker. Det handlar om stress, alkohol- och tobaksvanor. Men även om hälsofrämjande levnadsvanor, som egenvård, sömn och fysisk aktivitet. Välgrundade råd stärker personens förmåga att fatta informerade beslut om sin hälsa. Se till att det finns utrymme för samtal, även när patienter söker vård av andra skäl.

För att vården ska vara ändamålsenlig och personcentrerad behöver insatser vid klimakteriebesvär följas upp. Uppföljningen gör det möjligt att utvärdera effekten av råd och behandling, samt att identifiera behov av fortsatt stöd eller en justering av insatserna. Därför är det viktigt att personalen har god kännedom om remissvägar.

Rekommendationer: identifiera, ge råd och följ upp

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer ...	Rekommendation	Prioritet
01	som är under 45 år med oförklarad amenorré, med eller utan klimakteriebesvär	Ta FSH-prov.	1
02	som fått rådgivning eller behandling för klimakteriebesvär	Följ upp vårdinsatser kopplade till klimakteriebesvär.	5
03	med klimakteriebesvär	Ge information och rådgivning om klimakteriet.	5
04	med klimakteriebesvär	Ge råd om fysisk aktivitet.	6
05	som är över 45 år och har klimakteriebesvär	Ta inte FSH-prov rutinmässigt.	Icke-göra

→ Läs mer:

- I [Nationella riktlinjer vid ohälsosamma levnadsvanor](#) finns rekommendationer om förebyggande insatser samt råd och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.
- I Socialstyrelsens [checklista för chefer](#) och i materialet [Samtala om sexuell hälsa](#), får du konkreta stöd och tips på hur du kan prata om sexuell hälsa med dina patienter.



Så har vi prioriterat

Det är högst prioriterat att ta FSH-prov på den som uppvisar oförklarad amenorré eftersom det är avgörande för att ställa diagnosen tidig menopaus. Svårighetsgraden är mycket stor och vården behöver i högre grad än idag upptäcka tidig menopaus. Tidig upptäckt är viktig eftersom ett obehandlat tillstånd kan förkorta livslängden [1]. För patienter över 45 år är det däremot *inte* motiverat att ta FSH-prov rutinmässigt eftersom provsvaren kan feltolkas.

Det är förhållandevis högt prioriterat att följa upp alla typer av vårdinsatser kopplade till klimakteriebesvär, och inte enbart läkemedelsbehandling.

Patienten ska kunna göra informerade val baserade på vetenskaplig grund, därför är information och rådgivning också förhållandevis högt prioriterat. Den samlade kliniska erfarenheten visar att det underlättar förståelsen för vilka symtom som kan bero på klimakteriet. Dessutom bidrar kunskapsbaserad information och väl anpassade råd till ökad livskvalitet oavsett patientens ålder.

Att ge råd om fysisk aktivitet har lite lägre prioritet, men åtgärden bidrar möjligtvis till minskade depressiva symtom och mindre besvär med värmevallningar, svettningar och hjärtklappning.



Så påverkas hälso- och sjukvården

De nya rekommendationerna förväntas leda till att antalet som söker vård för oförklarad amenorré ökar med omkring 10–15 procent. Inledningsvis behöver förmodligen din region lägga resurser på kompetensutveckling. Fler patientbesök, provtagningar och behandlingar kan också innebära ökade kostnader. På längre sikt bedöms dock rekommendationen kunna minska risken för onödiga undersökningar och remitteringar. Tidig upptäckt minskar också förekomsten av komplikationer senare i livet som osteoporos och hjärt-kärlsjukdom. Genom tidigare diagnos och behandling kan dessa tillstånd förebyggas, vilket på sikt kan bidra till lägre kostnader.

Under 2024 uppskattas att cirka 3 400 kvinnor under 45 år diagnostiserades med oförklarad amenorré i specialistvården. Populationen tros dock vara större, men många söker inte vård [13]. I vissa regioner söker patienter direkt till specialistvården, medan primärvården i andra regioner fungerar som första instans.

Syftet med de nya rekommendationerna är att fler ska få hjälp i ett tidigt skede, i första hand i primärvården. Det uppnås genom ökad kunskap och en mer strukturerad utredning, där FSH-prov är en central del.

Behandla med läkemedel

Många som lider av klimakteriebesvär blir hjälpta av systemisk menopausal hormonell behandling (MHT). Det är den mest effektiva behandlingen mot vasomotoriska symtom, som värmevallningar, svettningar och hjärtklappning. MHT kan även lindra depressiva symtom, led- och muskelvärk och urogenitala besvär. MHT kan också minska risken för benskörhet, frakturer och hjärt-kärlsjukdom [5, 8, 14].

Beslut om läkemedelsbehandling behöver ske i samtal med patienten och vara kunskapsbaserad.

Det finns oönskade effekter att ta hänsyn till, som exempelvis ökad risk för bröstcancer vid längre tids användning av MHT. Riskbilden varierar beroende på individuella faktorer, ålder vid behandlingsstart samt behandlingsregim (dos och kombination av preparat). Ärftlighet för bröstcancer eller hjärt-kärlsjukdom är dock inte kontraindikationer.

Det är avgörande att behandlingen följs upp regelbundet och anpassas efter personens symtom och behov över tid. I balansen mellan symtomlindrande och långsiktigt förebyggande effekter och risken för bröstcancer väger de önskade effekterna tyngre än de oönskade [5, 8, 14].

För personer som har kontraindikationer för MHT kan centralt temperaturreglerande behandling vara ett alternativ. Det är en relativt ny typ av behandling som syftar till att lindra symtom som värmevallningar och svettningar.

Erbjud behandling med lokalt östrogen till dem som har torra och sköra slemhinnor i underlivet (vulvovaginal atrofi), ett tillstånd som ofta förvärras med stigande ålder.

Rekommendationer: behandla med läkemedel

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer ...	Rekommendation	Prioritet
06	som är under 45 år med oförklarad amenorré, med eller utan klimakteriebesvär	Erbjud systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).	1
07	i menopausålder med förhöjd risk för osteoporos	Erbjud systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).	3
08	som är över 45 år och har klimakteriebesvär	Erbjud systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).	4

Id	För personer ...	Rekommendation	Prioritet
09	med klimakteriebesvär, som har kontraindikationer för systemisk menopausal hormonell behandling	Erbjud centralt temperaturreglerande behandling.	5
10	med urogenitala besvär som kan relateras till östrogenbrist	Erbjud behandling med lokalt östrogen.	5

→ **Läs mer:**

- I [Nationella riktlinjer för bäckenbottendysfunktion](#) finns bland annat rekommendationer om behandling vid trängningar och urininkontinens.
- I [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar](#) finns mer information om behandling av osteoporos.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) har [råd för menopausal hormonbehandling](#) som riktar sig till dig som möter patienter.



Så har vi prioriterat

Högst prioritet har systemisk menopausal hormonell behandling (MHT). Allra viktigast är att behandla tidig menopaus, eftersom ett obehandlat tillstånd kan leda till svår sjukdom och förkortad livslängd, i form av exempelvis hjärt-kärlsjukdom tidigt i livet. Inga alternativa behandlingar finns. Underlaget bygger på beprövad erfarenhet eftersom studier med obehandlad kontrollgrupp saknas, då det är oetiskt att genomföra. Det är också högt prioriterat att behandla dem som är i menopausålder och har förhöjd risk för osteoporos.

MHT är även högt prioriterad för de som är över 45 år eftersom behandlingen har stor effekt och patientnyttan bedöms som stor och evidensen är hög. Vi bedömer, utifrån evidensläget, att de önskade effekterna överväger de oönskade.

För den som upplever vallningar, svettningar och hjärtklappning, men som har kontraindikationer för hormonell behandling, är centralt temperaturreglerande behandling ett alternativ, därför är den relativt högt prioriterad. Behandlingen ger sannolikt minskade besvär och förhöjd livskvalitet. Samtidigt pekar de inrapporterade biverkningarna på viss risk, och behandlingen kräver kontinuerlig uppföljning och kontroll av levervärden.

Behandling med lokalt östrogen för alla som har urogenitala besvär i som beror på östrogenbrist har relativt hög prioritet. Trots låg tillförlitlighet på

effektunderlaget pekar den samlade kliniska erfarenheten på god effekt på torra och sköra slemhinnor i underlivet (vulvovaginal atrofi).



Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om systemisk menopausal hormonell behandling kan leda till att fler söker vård och får behandling, framför allt i primärvården.

Behandlingen kräver ett inledande besök, en kortare uppföljning och återbesök. På kort sikt kan det innebära ökade kostnader, men totalt blir den ekonomiska påverkan måttlig. Det är svårt att förutse hur mycket patientantalet och kostnaderna kommer att stiga, men efterfrågan förväntas öka i takt med att kunskap och information om behandlingen blir mer tillgänglig.

På längre sikt förväntas dock vårdkostnaderna minska, eftersom tidig diagnos och MHT kan förebygga följsjukdomar som osteoporos och hjärt-kärlsjukdom. För kvinnor över 45 år med förhöjd risk för osteoporos är behovet särskilt stort – omkring hälften av alla kvinnor i Sverige drabbas av en fraktur som beror på benskörhet någon gång under livet.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram fyra indikatorer för att följa upp vårdens utveckling med utgångspunkt i rekommendationerna. Utifrån mätbarhetssynpunkt var det möjligt att ta fram fyra registerbaserade indikatorer, som alla mäter läkemedelsbehandling. Det finns dock högprioriterade åtgärder som inte går att mäta i dagsläget, exempelvis FSH-prov som rekommenderas till personer under 45 år med oförklarad amenorré.

För dessa åtgärder har inga indikatorer tagits fram i detta skede. När myndigheten utvärderar området kommer en datainsamling att ske via enkäter för att få en helhetsbild av hur vården vid klimakteriebesvär fungerar på nationell nivå.

När rekommendationerna implementeras kommer det innebära en ökad kunskap om klimakteriet och sannolikt en ökad förskrivning av MHT i primärvården, vilket blir centralt att följa.

Följande fyra indikatorer syftar till att följa upp behandling med läkemedel. Med dem mäter vi

- systemisk menopausal hormonell behandling vid tidig menopaus (indikator 1)
- systemisk menopausal hormonell behandling vid klimakteriebesvär (indikator 2)

- systemisk menopausal hormonell behandling vid förhöjd risk för osteoporos (indikator 3)
- centralt temperaturreglerande behandling vid klimakteriebesvär (indikator 4).

→ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för klimakteriebesvär* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Stärk kompetensen

För att kunna ge kunskapsbaserad rådgivning och behandling behöver hälso- och sjukvårdspersonal känna sig trygga i sin kunskap och få möjlighet att hålla sig uppdaterade om kunskapsläget. Men många kvinnor vittnar om bristande kunskap om klimakteriet och behandlingsalternativen i hälso- och sjukvården [6].

Varierande kunskap om och erfarenhet av utredning och behandlingsalternativ kan leda till ojämlig och ineffektiv vård. Genom att kompetensutveckla personalen i primärvården om klimakteriet kan hälso- och sjukvården bidra till att fler får rätt hjälp. Bättre kunskap om symtom och behandling kan leda till att fler upptäcks och får rätt insatser i tid. Tidiga insatser kan minska besvär och förbättra livskvaliteten för personer med klimakteriebesvär, och även minska behovet av vård på längre sikt.

Kunskapen om systemisk menopausal hormonell behandling behöver också stärkas. Trots att många regioner följer Läkemedelsverkets och Svensk förening för obstetrik och gynekologis (SFOG:s) rekommendationer upplever en del patienter att informationen om behandlingen inte är allsidig eller kunskapsbaserad. Hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ge information och råd utifrån varje persons behov och förutsättningar.

Dessutom behöver verksamheter som ger förebyggande insatser kompetensutveckling om klimakteriet. Det kan exempelvis gälla vid hälsosamtal och vid screening för livmoderhalscancer och bröstcancer. Personalen som möter patienter vid dessa tillfällen kan öppna upp för samtal om klimakteriet, men för att kunna lyfta dessa frågor behöver de relevant kunskap och tillräckligt med tid. De behöver även kunna hänvisa vidare i hälso- och sjukvården [6].

Rekommendationer: stärk kompetensen

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer ...	Rekommendation	Prioritet
11	med symtom som kan bero på klimakteriet	Säkerställ kompetensutveckling om klimakteriet för personal i primärvården.	5



Så har vi prioriterat

Väl anpassad kompetensutveckling bidrar till bättre omhändertagande av personer med klimakteriebesvär. Med fördjupad kunskap om klimakteriet – symtom, behandling och hur man kan öppna upp för samtal – ökar personalens möjligheter att identifiera patientgruppen, undvika feldiagnostisering och felbehandling. Därmed leder kompetensutveckling till minskade besvär, bättre vård och bättre utnyttjande av resurser.



Så påverkas hälso- och sjukvården

När du avsätter resurser för att stärka kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonalen, framför allt i primärvården, skapar du bättre förutsättningar för att personalen ska kunna få en helhetsbild av symtom och vårdbehov, och därmed kunna identifiera klimakteriet tidigt. Även om kompetensutvecklingen innebär en initial kostnad kan den på sikt spara resurser, eftersom risken för feldiagnostisering och felbehandling minskar. Risken för att patienter skickas runt i vården i onödan minskar också.

Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller chef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet, en region eller en kommun. Det handlar om att

- införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt
- avveckla behandlingar och metoder som inte har tillräcklig effekt.

En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patientgrupper.

→ Läs mer:

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [15]
- hos Prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum
- i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi [16]
- i [Socialstyrelsens kartläggning av vård vid klimakteriebesvär](#) från 2021
- i Socialstyrelsens [webbinarium om riktlinjerna för klimakteriebesvär](#).

Att implementera effektivt

Det går att implementera planerat och framgångsrikt, och ett aktivt ledarskap är centralt i denna process [17]. Regionernas system för kunskapsstyrning är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det handlar framför allt om frågor på verksamhetsnivå. Texten är generell och gäller inte enbart riktlinjerna om klimakteriebesvär.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi idag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder idag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader? Finns det insatser som kan vara skadliga?

- Hur ofta utför vi ineffektiva eller skadliga insatser?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka insatser är viktigast att införa eller avveckla snabbt?
- Vad vill vi förebygga?
- Vad lägger personalen mest tid på i verksamheten?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att vården blir så effektiv som möjligt.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att avveckla ineffektiva arbetssätt.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår. Du behöver både följa upp att nya metoder används rätt och att avvecklade metoder inte börjar användas igen.

Har ni tagit fram lokala rutiner för er verksamhet utifrån de nationella riktlinjerna? Inkludera dem i ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Exempel på risker och utmaningar

Du som ska arbeta med implementering av nationella riktlinjer bör relatera dem till den befintliga verksamheten och göra en prioritering mellan flera områden utifrån behov av förbättring. Det finns ett antal risker och utmaningar i arbetet, som du behöver vara medveten om. Här följer några exempel som vi har hämtat från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Olika områden har olika förutsättningar för utveckling

Som beslutsfattare eller chef behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Intervjuade riktlinjeanvändare framhåller till exempel att förutsättningarna ser mycket olika ut inom olika områden, vilket påverkar möjligheten att implementera riktlinjer och åstadkomma förändring. Faktorer som påverkar är till exempel

- patient- eller brukargruppens status och hur ”stark röst” den har i offentligheten
- om det finns särskilda yrkesgrupper som känner ansvar för patient- eller brukargruppen och hur stor genomslagskraft dessa har, till exempel utifrån resurser och starka företrädare
- hur komplext det aktuella hälsotillståndet är och hur många olika verksamheter som berörs
- om det finns verksamma åtgärder
- om det finns tillgång till data om patient- eller brukargruppen och vilka åtgärder som utförs
- om det görs ekonomiska satsningar [18].

Svårt att värdera risk för sjukdom mot faktisk sjukdom

Förebyggande arbete och arbete med till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för behandling av sjukdomar som redan har uppkommit. Risk för sjukdom ses också som mindre allvarligt än faktisk sjukdom enligt de etiska principerna för prioritering (se nedan). Förebyggande åtgärder har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än andra åtgärder. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga – samtidigt finns ju mycket att vinna på både förebyggande och tidiga åtgärder. Det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och först då prioritera dem högt.

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60). Det gäller både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [2]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

- **Läs mer:** Prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum

Kompletterande stöd

Du som planerar och beslutar om vården vid klimakteriebesvär behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidigt sjukdomar. Även för dig som möter patienter finns kompletterande material, som vi hänvisar till i det här kapitlet.

Stöd för implementering

Som stöd för implementeringen har Socialstyrelsen genomfört ett webinarium, där de nationella riktlinjerna presenteras och vi går igenom vad de betyder för hälso- och sjukvårdens arbete, med fokus på primärvården. Du får också ta del av ett exempel på hur vården kan organiseras, där barnmorskemottagningar står i fokus.

I Socialstyrelsens kartläggning av vård vid klimakteriebesvär från 2021 kan du ta del av fler exempel på olika arbetssätt.

→ Läs mer:

- [Webbinarium om riktlinjerna](#)
- [Kartläggning av vård vid klimakteriebesvär](#)

Stöd för att samtala om sexuell hälsa

Klimakteriet kan påverka den sexuella hälsan och frågor om den sexuella hälsan behöver ingå i informationen och rådgivningen till patienter i samband med klimakteriet. Genom att vårdpersonal har en tillåtande hållning, ställer frågor och ger enklare råd, blir det möjligt för patienten att få hjälp med sexuella problem [19].

För att underlätta detta har vi tagit fram ett samtalsstöd på området, samt en checklista för chefer. Syftet är att stödja ett organiserat, personcentrerat arbetssätt som gör det möjligt att uppmärksamma och arbeta med sexuell hälsa i hälso- och sjukvården.

→ Läs mer i [Samtala om sexuell hälsa – samtalsstöd för dig som möter patienter i primärvården](#)

Samlat stöd för levnadsvanearbete

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor. Till riktlinjerna finns också stöd, verktyg och inspiration till det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet för dig som möter patienter.

→ **Läs mer:**

- [Nationella riktlinjer: ohälsosamma levnadsvanor](#)
- Socialstyrelsens webbsida [Stöd i arbetet med levnadsvanor](#)

Nationella riktlinjer för bäckenbottendysfunktion

Centrala budskap i riktlinjerna är att bryta skammen och stärka vårdkedjan vid bäckenbottendysfunktion. Rekommendationerna rör anamnestagning, organiseringen av vården, kompetensutveckling samt olika behandlingsalternativ.

→ **Läs mer i** [Nationella riktlinjer för bäckenbottendysfunktion](#)

Nationella riktlinjer som omfattar osteoporos

Omkring 50 procent av alla kvinnor i Sverige beräknas få en benskörhetsfraktur under sin livstid och risken för osteoporos ökar med åldern [20]. Behandling med MHT minskar risken för osteoporos, särskilt om behandlingen sätts in i tidigt skede. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer som omfattar osteoporos och som ger vägledning i hälso- och sjukvårdens roll.

→ **Läs mer i** [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar](#)

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Råd om läkemedelsbehandling

Läkemedelsverket publicerade 2022 behandlingsrekommendationer för läkemedel vid klimakteriesymtom, menopausal hormonbehandling [21]. Svensk förening för obstetrik och gynekologi har också råd för menopausal hormonbehandling, som uppdaterades 2025.

→ Läs mer:

- Läkemedelsverkets webbplats lakemedelsverket.se
- [SFOG:s råd om menopausal hormonbehandling](#)

Deltagare i riktlinjearbetet

Projektgrupp – rekommendationer

Projektledning på Socialstyrelsen

Namn	Titel
Lina Lundström	vetenskaplig projektledare (fr.o.m. oktober 2024), Socialstyrelsen
Hanna Norsted	vetenskaplig projektledare (t.o.m. september 2024), Socialstyrelsen
Kim Vikhe Patil	vetenskaplig projektledare (fr.o.m. oktober 2024), Socialstyrelsen
Maja Österlund	projektledare, Socialstyrelsen

Sakkunniga

Namn	Titel
Natalia Cruz	medicine doktor, specialist i gynekologi och obstetrik, Capio gynekologi Solna
Per Kristiansson	adjungerad professor i allmänmedicin vid Uppsala universitet, allmänläkare Stöde hälsocentral
Anette Lycke	legitimerad barnmorska, samordningsbarnmorska Utvecklingsenhet kvinnohälsa, Region Skåne
Lena Rindner	medicine doktor, adjungerad lektor i allmänmedicin, Göteborgs universitet, leg. specialistsjuksköterska och distriktsköterska, Närhälsan Västra Götalandsregionen

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Deltagare från Socialstyrelsen

Namn	Titel
Natalia Berg	informationsspecialist
Zara Daghbashyan	hälsoekonom
Lisa Keskitalo	informationsspecialist
Lina Lundström	vetenskaplig projektledare
Cecilia Mård Sterne	informationsspecialist
Maria Silfverschiöld	hälsoekonom

Namn	Titel
Kim Vikhe Patil	vetenskaplig projektledare
Maja Österlund	projektledare

Prioritering av rekommendationerna

Deltagare

Namn	Titel
Petronella Bäck	distriktsbarnmorska, Sandens hälsocentral, Region Norrbotten
Eva Elmström	legitimerad barnmorska, privat klimakterieklinik och Region Stockholm
Naomi Flamholz	specialist i allmänmedicin, grundare av Womni
Maria Forslund	medicine doktor, överläkare, sektionschef gynekologi och reproduktionsmedicin Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Janna Fredriksson	specialist i allmänmedicin och specialist i gynekologi och obstetrik, Bollnäs hälsocentral, Region Gävleborg
Staffan Jansson Billing	överläkare i gynekologi och obstetrik, Helsingborgs lasarett och Ängelholms sjukhus, Region Skåne
Maria Karlström	legitimerad barnmorska, Klimakteriemottagningen, Överkalix hälsocentral, Region Norrbotten
Kari Koita-Piot	specialist i allmänmedicin, Fridhemsplans vårdcentral, Region Stockholm
Per Kristiansson	ordförande för rekommendationsgruppen, adjungerad professor Uppsala universitet, allmänläkare Stöde hälsocentral, Region Västernorrland
Sofia Larsdotter	sjuusköterska, Vårdcentralen Kisa, Region Östergötland
Angelica Lindén Hirschberg	professor i obstetrik och gynekologi, medicine doktor, Gynekologi och reproduktionsmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
Cecilia Lundin	medicine doktor, specialist i allmänmedicin, Samariterhemmets vårdcentral, Region Uppsala
Pernilla Ny	medicine doktor, legitimerad barnmorska, magister i internationell hälsa, universitetsadjunkt, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Region Skåne
Alkistis Skalkidou	professor i obstetrik och gynekologi vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, överläkare, Kvinnosjukvård, Akademiska sjukhuset, Region Uppsala

Namn	Titel
Maria Svanström	distriktsköterska, Närhälsan Vänerparken, Västra Götalandsregionen
Sahruh Turkmen	universitetslektor, överläkare i gynekologi och obstetrik, Umeå universitet och Sundsvalls sjukhus, Region Västernorrland
Anna Wängborg	legitimerad barnmorska, MSc, samverkansdoktorand Sjukhusen i Väster, Västra Götalandsregionen och Karolinska Institutet

Projektgrupp – indikatorer

Deltagare

Namn	Titel
Anastasia Simi	utredare
Maria State	enhetschef

Andra medverkande

Deltagare från Socialstyrelsen

Namn	Titel
Johanna Axelsson	kommunikatör
Anders Berg	enhetschef
Amanda Billinger Wilson	utbildningsspecialist, stöd för implementering
Maria Edén	utredare, stöd för implementering
Gunilla Granbom	redaktör
Dan Brundin	produktionsledare
Åsa Lindberg	jurist
Elin Linnarsson	metodstöd
Karin Sjödahl	redaktör
Susanne Åhlund	sakingång sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och kvinnors hälsa

Samarbetspartner

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samverkat med Folkhälsomyndigheten och med Läkemedelsverket.

Företrädare för sjukvårdshuvudmännen har också medverkat, via Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Sjukvårdshuvudmännen har nominerat experter till de olika sakkunniggrupperna i riktlinjearbetet och bidragit i utvecklingen av stöd för implementering.

Referenser

1. European Society of Human R, Embryology, American Society for Reproductive M, International Menopause S, Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive L. ESHRE International Guideline on Premature Ovarian Insufficiency 2024. 2024.
2. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings Universitet; 2017. Report No.: 1650-8475.
3. Lindh-Åstrand L, Hoffmann M, Hammar M, Spetz Holm AC. Hot flushes, hormone therapy and alternative treatments: 30 years of experience from Sweden. *Climacteric*. 2015; 18(1):53–62.
4. Schneider HPG, Birkhäuser M. Quality of life in climacteric women. *Climacteric*. 2017; 20(3):187–94.
5. National Institute for H, Care E. Menopause: Identification and Management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2024 2024/11/07.
6. Socialstyrelsen. Vård och behandling vid klimakteriebesvär i primärvården samt i den gynekologiska specialistvården. <https://www.socialstyrelsen.se>; Socialstyrelsen; 2021.
7. Socialstyrelsen. Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal – Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024. Stockholm, Sweden: Socialstyrelsen; 2025 2025/03/13.
8. The North American Menopause S. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022; 29(7):767–94.
9. Panay N, Ang SB, Cheshire R, Goldstein SR, Maki P, Nappi RE. Menopause and MHT in 2024: addressing the key controversies - an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2024; 27(5):441–57.
10. Stanzel DKA, Hammarberg DK, Fisher PJ. Challenges in menopausal care of immigrant women. *Maturitas*. 2021; 150:49–60.
11. Socialstyrelsen. Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård. www.socialstyrelsen.se; 2020. Report No.: 2020-1-6568.
12. Folkhälsomyndigheten. Livsvillkorens och levnadsvanornas betydelse för hälsan i klimakteriet. 2024.
13. Li M, Zhu Y, Wei J, Chen L, Chen S, Lai D. The global prevalence of premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric*. 2023; 26(2):95–102.
14. Rees M, Abernethy K, Bachmann G, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, et al. The essential menopause curriculum for healthcare professionals: A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement. *Maturitas*. 2022; 158:70–7.
15. Socialstyrelsen. Om implementering. www.socialstyrelsen.se; 2013. Report No.: 2012-6-12.

16. Kerstin Roback LB, Martina Lundqvist, Jenny Alwin. Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2016. Report No.: LIU CMT RA/1602
17. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health*. 2014; 35:255–74.
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer och utvärderingar. Förslagsrapport mars 2020. www.socialstyrelsen.se; PM 2020.
19. Läkemedelsverket. Behandlingsrekommendation: Läkemedel vid klimakteriesymtom, menopausal hormonbehandling (MHT); 2022.
20. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand*. 2006; 21(11):35–40.
21. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. www.socialstyrelsen.se; 2021. Report No.: 2021-1-7137.
22. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer: För god vård och omsorg. www.socialstyrelsen.se; 2020. Report No.: 2020-8-6877.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna innehåller 11 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet [Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef](#) ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer, med motiveringar till varje rekommendation. De är uppdelade i följande områden:

- identifiera, ge råd och följ upp
- behandla med läkemedel
- stärk kompetensen.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i webbilagan *Rekommendationslista i Excelformat* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Identifiera, ge råd och följ upp

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
01	För personer som är under 45 år med oförklarad amenorré, med eller utan klimakteriebesvär: Ta FSH-prov	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. FSH-prov är effektivt för att upptäcka tidig menopaus hos personer under 45 år, enligt beprövad erfarenhet. Tidig upptäckt är avgörande för att påbörja behandling som förebygger negativa hälsoeffekter. Kommentar: Åtgärden är första steget i diagnostiken av tidig menopaus på personer under 45 år med oförklarad amenorré, med eller utan klimakteriebesvär. För att kunna ställa diagnos krävs test vid två tillfällen och det är viktigt att kunna tolka provsvaret.	1
02	För personer som fått rådgivning eller behandling för klimakteriebesvär: Följ upp vårdinsatser kopplade till klimakteriebesvär.	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden gör det möjligt att utvärdera vårdinsatser för personer som fått rådgivning eller behandling för klimakteriebesvär. Kommentar: Alla åtgärder bör följas upp och vården behöver utformas så att detta är möjligt.	5

Klimakteriebesvär

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
03	För personer med klimakteriebesvär: Ge information och rådgivning om klimakteriet.	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet bidrar åtgärden till ökad livskvalitet oavsett ålder. Kommentar: Den samlade kliniska erfarenheten är att rådgivning effektivt förbättrar förståelsen av klimakterierelaterade symtom och hjälper individer att fatta informerade beslut för att hantera sina besvär.	5
04	För personer med klimakteriebesvär: Ge råd om fysisk aktivitet.	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden bidrar möjligtvis till minskade vasomotoriska och depressiva symtom. Kommentar: Åtgärden kan också ha positiv effekt på andra riskfaktorer vid klimakteriet, som benskörhet och hjärt-kärlsjukdom.	6
05	För personer som är över 45 år och har klimakteriebesvär: Ta inte FSH-prov rutinmässigt.	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Rutinmässig användning av FSH-prov bidrar inte till säkrare identifiering av klimakteriet. Kommentar: För patienter som är över 45 år är det inte motiverat att ta FSH-prov rutinmässigt, eftersom provsvaren kan feltolkas. Det är patientens symtom som ska vägleda behandling och vidare utredning, inte FSH-värden.	Icke-göra

Behandla med läkemedel

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
06	För personer som är under 45 år med oförklarad amenorré, med eller utan klimakteriebesvär: Erbjud systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Systemisk menopausal hormonell behandling har effekt, enligt beprövad erfarenhet. Ett obehandlat tillstånd förkortar livslängden.	1
07	För personer i menopausålder med förhöjd risk för osteoporos: Erbjud systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).	Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Åtgärden ger troligtvis minskad risk för osteoporos och frakturer. Kommentar: Åtgärden har störst förebyggande effekt för dem under 60 år eller inom 10 år från menopaus.	3
08	För personer som är över 45 år och har klimakteriebesvär: Erbjud systemisk menopausal hormonell behandling (MHT).	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger minskade vasomotoriska besvär. Åtgärden har stor effekt med hög tillförlitlighet på det primära utfallsmåttet och patientnyttan bedöms som stor. Kommentar: Åtgärden riktar sig främst till de som är yngre än 60 år eller inom 10 år från menopaus.	4
09	För personer med klimakteriebesvär som har kontraindikationer för systemisk menopausal hormonell behandling: Erbjud centralt temperaturreglerande behandling.	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden ger troligtvis minskade vasomotoriska besvär och förhöjd livskvalitet. Det vetenskapliga underlaget bygger på studier genomförda eller finansierade av ett läkemedelsbolag. Rapporterade biverkningar tyder på en viss risk, och det finns i nuläget ingen evidens som bekräftar dessa. Behandlingen kräver kontinuerlig kontroll av levervärden.	5
10	För personer med urogenitala besvär som kan relateras till östrogenbrist: Erbjud behandling med lokalt östrogen.	Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden har möjligen effekt på symtom. Kommentar: Den samlade kliniska erfarenheten visar på att åtgärden har god effekt. Kunskapsunderlaget har låg tillförlitlighet pga låg kvalitet på de inkluderade studierna.	5

Stärk kompetensen

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
11	<p>För personer med symtom som kan bero på klimakteriet:</p> <p>Säkerställ kompetensutveckling om klimakteriet för personal i primärvården.</p>	<p>Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Åtgärden bidrar till bättre omhändertagande av personer med klimakteriebesvär, enligt beprövad erfarenhet.</p> <p>Kommentar: Kunskapen om klimakteriet är generellt låg inom hälso- och sjukvården. Samtidigt är klimakteriet ett komplext tillstånd som en stor del av befolkningen genomgår. Kompetensutveckling för personal skulle kunna hjälpa till att identifiera patientgruppen, bidra till att undvika feldiagnostisering och felbehandling samt leda till bättre utnyttjande av resurser.</p>	5

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer att följa upp behandling med läkemedel i de här riktlinjerna. Alla indikatorer listas i tabell 1.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård. Med detta menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

De flesta av indikatorerna kan användas för uppföljningar med hjälp av befintliga datakällor. Andra är så kallade utvecklingsindikatorer, vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att indikatorerna ska kunna användas för uppföljning på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå användas på lokal eller regional nivå.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer i denna bilaga redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för klimakteriebesvär* på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Tabell 1. Indikatorer för klimakteriebesvär

Nr	Namn	Rekommendationens id
K1	Systemisk menopausal hormonell behandling vid tidig menopaus	06
K2	Systemisk menopausal hormonell behandling vid klimakteriebesvär	08
K3	Systemisk menopausal hormonell behandling vid förhöjd risk för osteoporos	07
K4	Centralt temperaturreglerande behandling vid klimakteriebesvär	09

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [22]. En indikator för god vård ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor (såsom enkäter)
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Rekommendationslista i Excelformat
- Kunskapsunderlag
- Metodbeskrivning

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- Indikatorer för klimakteriebesvär

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellriktlinjer/klimakteriebesvar

Bilaga 4. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna för klimakteriebesvär har uppdaterats sedan de först publicerades. Se tabell 1.

Tabell 1. Versionshistorik för de nationella riktlinjerna för klimakteriebesvär

Publiceringsår	Aktivitet
2025	Riktlinjerna publicerades i en första version.
2026	Riktlinjerna publicerades i den nuvarande versionen: <ul style="list-style-type: none">• Inga justeringar av rekommendationer eller deras prioritet har gjorts efter den första publicerade versionen.• Vi gjorde justeringar i texten efter synpunkter på riktlinjernas första version från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid klimakteriebesvär. Vi beskriver också rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, och redovisar indikatorer för uppföljning och utvärdering. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker.