Kartläggning av vård och behandling vid klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård

Socialstyrelsen

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2020-1-6568

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2020

Förord

Under 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga vård och behandling av klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård.

Rapporten riktar sig till regeringen för att ge en första övergripande bild av vård och behandling av klimakteriebesvär. Kartläggningen syftar till att analysera förekomsten och vården av patienter ur perspektivet jämlik vård.

Utöver kartläggningen av vård och behandling för klimakteriebesvär med hjälp av hälsodataregister innehåller rapporten även en bakgrundsdel som beskriver klimakteriet, klimakteriebesvär, vård och behandling av klimakteriebesvär samt kortfattat om hur klimakteriet kan upplevas och av kvinnor.

I arbetet med uppdraget har begreppet God vård och omsorg med dess olika perspektiv varit vägledande. Perspektiven kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård samt säker vård har fått en särskild tyngd.

Gölin Frank har varit projektledare för kvantitativa analyser. Övergripande projektledare har varit Christina Stråat. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson. Vi riktar ett särskilt tack till uppdragets sakkunnige expert, Mats Hammar, professor emeritus, överläkare i gynekologi och obstetrik som även författat avsnitten om diagnostik och behandling samt hormonbehandlingens historia.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Inledning 9
- Uppdraget 9
- Syfte 9
- Omfattning och avgränsningar 9
- Metoder 10
- Sakkunnig granskning 11
- Avstämningar 11
- Utgångspunkter 11

Bakgrund 13
- Om klimakteriebesvär 13
- Historik om klimakteriet och hormonell behandling i Sverige och västvärlden 17

Förekomst, vård och behandling 21
- Förekomst av klimakteriebesvär 21
- Hälso- och sjukvård vid klimakteriebesvär 21
- Råd, stöd och behandling 25
- Behandling med hormonläkemedel vid klimakteriebesvär i Sverige 28

Samtidig ohälsa 36
Sammanfattande slutsatser och diskussion 40
Referenser 42
Bilaga 1 – Metod 47
- Registerstudier 47
- Avgränsningar 48
- Samtidig ohälsa 50
- Jämlik vård 50
- Analyser och begrepp 50

Bilaga 2 – Vårdåtgärd 52
Bilaga 3 – Läkemedelsprodukter 53
Bilaga 4 – Förkortningar och ordförklaringar 54

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning av vård och behandling av klimakteriebesvär. En väsentlig del av denna kartläggning har inriktats på användningen av hormonläkemedel, som är ett av behandlingsalternativen vid klimakteriebesvär. I uppdraget har även ingått att beskriva hur ny kunskap har implementerats i den svenska vården över tid.

Många olika symtom anges ofta i samband med klimakteriet. De symtom som tydligast kan kopplas till klimakteriet med sänkta östrogennivåer är oregelbundna menstruationsblödningar, värmevallningar och svettningar samt torra och sköra slemhinnor i underlivet. Enligt en svensk studie har 70 procent av kvinnor i åldern 47–56 år klimakteriebesvär i form av värmevallningar och svettningar.

Kvinnors upplevelser av klimakteriet är i hög grad individuella. Individcentrerad vård som utgår från en helhetssyn på kvinnors situation är därför central för att uppnå god vård. Förbättrad tillgång till kunskap om klimakteriet skulle sannolikt underlätta för kvinnor att förbereda sig inför och hantera klimakteriet.

Primärvården med sin allmänmedicinska verksamhet anges i några regioner som den första vårdnivån, medan kvinnor med svårare och oklara besvär kan hänvisas till gynekologisk verksamhet. Idag varierar antalet gynekologer stort i olika delar av landet. Denna variation i tillgänglighet till den mest specialiserade kompetensen för klimakteriebesvär kan leda till ojämlik vård. Utöver läkare kan även en rad andra professioner ha en roll i råd, stöd och behandling av klimakteriebesvär.

Under 2018 hade knappt 4 procent av kvinnor i åldrarna 45–60 år vårdkontakter vid klimakteriebesvär i gynekologisk öppenvård. Under samma år hämtade 11 procent av kvinnor mellan 45 och 60 år ut hormonläkemedel vid klimakteriebesvär som förskrivits inom gynekologisk öppenvård och primärvård. Medelpotenta hormonläkemedel, som har en systemisk effekt i kroppen, hämtades ut av drygt 6 procent av kvinnorna.

Kvinnor som använder hormonläkemedel vid klimakteriebesvär hade generellt sett fler andra läkemedel än kvinnor utan hormonläkemedel. Till de vanligaste hör läkemedel mot sömnproblem, lugnande läkemedel och läkemedel vid magsår.

Kvinnor med högre utbildning hade en större andel vårdkontakter i gynekologisk öppenvård än kvinnor med lägre utbildning. Kvinnor med hög utbildning hämtade även ut fler hormonläkemedel mot klimakteriebesvär än kvinnor med lägre utbildning.

Synen på klimakteriet och motiven till behandling har växlat över tid. Utöver att lindra klimakteriebesvär har utvecklingen av behandling med hormonläkemedel även drivits av en önskan att bromsa ett oönskat åldrande och vissa kroniska sjukdomar. I mitten av 1970-talet började studier visa på en ökad risk för cancer och senare, vid början av 2000-talet, på ökad hjärtsjuk-

lighet när behandlingen hade påbörjats i högre ålder. Fynden ledde till att behandlingsrekommendationerna ändrades i vården. Nya data visar nu snarast på minskad risk för hjärt-kärlsjukdom, diabetes och koloncancer om hormonläkemedel startas inom tio år efter sista mens. Denna nya kunskap har om igen förändrat behandlingsråden.

Historien visar på vikten av en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Även perspektivet säker vård är fortsatt viktigt när det gäller behandling med hormonläkemedel.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning av vård och behandling av klimakteriebesvär ur perspektivet jämlik vård (dnr hos RK S2019/02110/FS). Uppdraget innefattar även en beskrivning av hur ny kunskap har implementerats i den svenska vården över tid.

I uppdraget ingår att belysa samsjuklighet och om det finns socioekonomiska faktorer som har betydelse för vård och behandling vid klimakteriebesvär.

Syfte

Rapportens syfte är att kartlägga hälso- och sjukvård för klimakteriebesvär för att ge en första och övergripande beskrivning utifrån perspektivet god och jämlik vård samt att beskriva utvecklingen över tid av hur ny kunskap om stöd, råd och behandling vid klimakteriebesvär har implementerats i svensk hälso- och sjukvård.

Omfattning och avgränsningar

I denna rapport har den huvudsakliga inriktningen varit att beskriva vård och behandling vid klimakteriebesvär utifrån information i Socialstyrelsens hälsodataregister. Frågor om kvinnors upplevelser av klimakteriet och deras behov av råd, stöd och behandling samt deras uppfattningar om hälso- och sjukvård vid klimakteriebesvär har endast delvis berörts i denna rapport. Att undersöka dessa frågor mer ingående kan ge ytterligare underlag för att bedöma skillnader i vård och behandling samt eventuella behov av förbättringsåtgärder. Socialstyrelsen avser att göra detta i kommande arbeten.

Råd, stöd och behandling

Av de behandlingsalternativ som kan vara aktuella vid klimakteriebesvär har denna rapport inriktats mot behandling med hormonläkemedel. Andra typer av åtgärder omnämns i bakgrunden.

Användning av naturläkemedel och kosttillskott

Det är känt att en del kvinnor använder naturläkemedel och kosttillskott för att lindra klimakteriebesvär utanför hälso- och sjukvårdens försorg. Det har dock inte varit möjligt att sammanställa och analysera försäljningsuppgifter om naturläkemedel och kosttillskott, som marknadsförs för att lindra klimakteriebesvär, på ett tillräckligt täckande sätt. Försäljning av dessa produkter sker utanför den reglerade apoteksmarknaden via hälsokostbutiker och liknande samt via internethandel.

Kvinnors behov av och syn på hälso- och sjukvård

Kvinnors behov, preferenser och upplevelser av hälso- och sjukvård för klimakteriebesvär har inte samlats in och analyserats i detta uppdrag. I den här rapporten omnämns personer med klimakteriebesvär som kvinnor. Vi är medvetna om att alla personer med klimakteriebesvär inte identifierar sig som kvinnor och kan ha olika könsidentiteter.

Andra professioner än läkare

I råd, stöd och behandling av klimakteriebesvär kan, utöver läkare, även andra professioner, som exempelvis barnmorska, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och psykolog ha en roll. Dessa professioner omnämns dock endast kortfattat. Denna kartläggning har främst inriktats på läkare då endast vårdkontakter som avser läkarbesök registreras i patientregistret. Det är även endast läkare som får förskriva hormonläkemedel vid klimakteriebesvär: Förskrivna och uthämtade läkemedel registreras i läkemedelsregistret.

Primärvården

Primärvårdens arbete med klimakteriebesvär har inte kunnat kartläggas på samma sätt som gynekologisk verksamhet, bland annat på grund av att uppgifter från primärvården inte registreras i patientregistret.

Avgränsningar i registerstudier

I analyserna av data från hälsodataregister har kvinnor i åldern 45–60 år som har klimakteriebesvär ingått. Kvinnor under 45 år ingick inte eftersom kvinnor i dessa åldrar även kan använda hormonläkemedel i samband med provrörsbefruktning (IVF). Den undersökta tidsperioden var år 2012–2018.
I analyserna definierades klimakteriebesvär dels utifrån vårdkontakt i gynekologisk öppenvård[1] med huvud- eller bidiagnos ICD-10-SE N95, sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet, dels efter uttag av förskrivna hormonläkemedel vid klimakteriebesvär, se lista i bilaga 1. De inkluderade kvinnorna är därmed en delmängd av kvinnor som har klimakteriebesvär.

Valet att använda enbart diagnos N95 samt att särredovisa uttag av medelpotenta hormonläkemedel vid behandling av klimakteriebesvär minskar risken att inkludera kvinnor med andra tillstånd och sjukdomar än de vi önskar studera. Samtidigt riskerar denna snäva definition att exkludera kvinnor som fått andra diagnoser och hormonläkemedel, men som har liknande besvär. För ordförklaringar, se bilaga 4.

Metoder

Registerstudier

Uppgifter om vårdkontakter i specialiserad öppenvård hämtades från Socialstyrelsens patientregister. Specialiserad öppenvård omfattar inte vård inom

[1] När det gäller klimakteriebesvär sker i stort sett all öppen specialiserad vård inom verksamhetsområdena gynekologisk vård samt obstetrisk och gynekologisk vård

primärvård eller vård och behandling som ges av andra professioner än läkare. Uppgifter om läkemedelsbehandlingar hämtades från Socialstyrelsens läkemedelsregister som innehåller alla läkemedel som hämtats ut mot recept på apotek. För mer information, se bilaga 1.

Litteratursökningar m.m.

1. Litteratursökningar om risk- och friskfaktorer samt samsjuklighet har genomförts av företaget Sirona Health Solutions som ett av underlagen för avsnitt om dessa frågor. Sirona Health Solutions sammanställningar av sökt litteratur har bearbetats och kompletterats av Socialstyrelsen.
2. En litteratursökning har gjorts av företaget Sirona Health Solutions för att få ett underlag för att beskriva utvecklingen över tid av hur ny kunskap om stöd, råd och behandling vid klimakteriebesvär har implementerats i svensk hälso- och sjukvård. Denna sökning har även omfattat underlag som inte har publicerats i vetenskapliga tidskrifter, så kallad grå litteratur. Sirona Health Solutions sammanställning har utgjort ett av underlagen till avsnittet Historik om klimakteriet och hormonell behandling i Sverige och västvärlden, som har författats av Mats Hammar.
3. En litteratursökning har genomförts till grund för text om kvinnors upplevelser till klimakteriet.

Sakkunnig granskning

Huvudsaklig medicinskt sakkunnig i uppdraget har varit Mats Hammar, professor emeritus och överläkare inom obstetrik och gynekologi. Även Socialstyrelsens vetenskapliga råd inom allmänmedicin, Per Kristiansson, docent och specialistläkare, har granskat rapporten.

Avstämningar

Avstämningar om uppdraget har skett med:

- Läkemedelsverket
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Nationellt programområde för kvinnosjukdomar och förlossning
- Nationellt primärvårdsråd
- Sveriges kommuner och regioners (SKR) verksamhet för att främja kvinnors hälsa
- Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)

Utgångspunkter

Övergripande utgångspunkter och mål för kartläggningen är att uppdraget ska bidra till att uppfylla de två delmålen om god hälsa och välbefinnande respektive minskad ojämlikhet i Agenda 2030. Uppdraget ska även bidra till

God vård och omsorg för personer med klimakteriebesvär. God vård och omsorg utgår från sex dimensioner:

- Säker
- Individanpassad
- Kunskapsbaserad
- Jämlik
- Tillgänglig
- Effektiv

Alla perspektiv i God vård och omsorg har betydelse för att uppnå en god vård vid klimakteriebesvär, men i uppdraget betonas perspektivet jämlik vård. Jämlik vård har en nära koppling till perspektivet tillgänglig vård och överlappar i viss mån med detta. Genom deluppdraget att belysa hur ny kunskap har implementerats i hälso- och sjukvården över tid har även perspektiven kunskapsbaserad och ändamålsenlig samt säker vård en särskild betydelse.

Bakgrund

Om klimakteriebesvär

Klimakteriet är en period, som kan vara i 5–10 år före och efter den allra sista menstruationen (menopaus). De första tecknen på klimakteriet är oregelbundna menstruationer och minskad fertilitet. De oregelbundna menstruationerna förekommer i genomsnitt under knappt fyra år innan menopaus.

Menopaus är den allra sista menstruationsblödningen, utan någon ytterligare blödning på minst 12 månader, enligt WHOs definition. Den inträffar i Sverige vid 51–52 års ålder, men med en spridning mellan 40–58 års ålder.

Orsaken till menopaus är att äggstockarnas östrogenproduktion minskat så mycket att livmoderslemhinnan inte längre stimuleras att växa till. Därmed finns det inte någon slemhinna som behöver stötas ut som en blödning.

Olika definitioner

Det finns olika uppfattningar om vilka besvär och symtom som har ett samband med klimakteriet [1, 2]. Symtomen som anges kan skilja sig åt mellan olika länders och internationella professionsorganisationers råd, rekommendationer och riktlinjer.

I den internationella klassifikationen ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, WHO) har klimakteriebesvär beteckningen N95 för besvär hos en kvinna som söker hälso- och sjukvård på grund av symtom på att hon närmar sig eller har passerat menopaus. De symtom som anges är värmevallningar, sömnproblem, huvudvärk och koncentrationssvårigheter [3].

Antalet symtom varierar även i de olika instrument som tagits fram i syfte att ringa in klimakteriebesvär, mäta deras svårighetsgrad och följa upp besvären [4, 5]. Se ett exemplet Menopause rating scale (MRS) i faktaruta nedan [5].

Menopause rating scale (MRS). Ett exempel på instrument för att mäta klimakteriebesvär

I MRS ingår följande symtom:

1. Hot flushes, sweating (episodes of sweating)
2. Heart discomfort (unusual awareness of heart beat, heart skipping, heart racing, tightness)
3. Sleep problems (difficulty in falling asleep, difficulty in sleeping through, waking up early)
4. Depressive mood (feeling down, sad, on the verge of tears, lack of drive, mood swings)
5. Irritability (feeling nervous, inner tension)
6. Anxiety (inner restlessness, feeling panicky)
7. Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness)
8. Sexual problems (change in sexual desire, in sexual activity and satisfaction)
9. Bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, bladder incontinence)
10. Dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse)
11. Joint and muscular discomfort (pain in the joints, rheumatoid complaints)

Symtom med tydlig koppling till klimakteriet

De symtom som har en tydlig koppling till klimakteriet med sänkta nivåer av östrogen är oregelbundna blödningar, värmevallningar och svettningar samt symtom på grund av torra och tunna slemhinnor.

Torra och sköra slemhinnor leder ofta till sveda och ömhet i slidan, obehag vid samlag och även besvär från urinvägarna, som sveda och trängningar till att kissa samt ökad risk för urinvägsinfektion. Under klimakteriet kan även sexuella funktioner försämras.

Diagnostik

Diagnosen klimakteriebesvär baseras vanligen på en anamnes (kvinnornas berättelse) som inkluderar förändrade menstruationsblödningar, ofta glesare och långvariga eller helt upphörda menstruationer i kombination med typiska symptom. Även blödningar kan, om de är täta, långvariga eller på annat sätt besvärliga, kräva undersökning och behandling.

I anamnesen är det kvinnans upplevelse av besvären och hennes uppfattning av hur besvären påverkar hennes livskvalitet som är centralt för bedömningen av svårighetsgrad och behov av åtgärder.

Menopaus före 40 års ålder

Hos en kvinna, vars menstruationer upphör före 40 års ålder av oklar anledning (s.k. prematur ovariell insufficiens) behöver en mer omfattande utredning göras för att fastställa orsaken och utreda andra eventuella hormonella förändringar.

En kvinna som har opererat bort båda äggstockarna får genast en mycket låg östrogenproduktion med upphörda menstruationer och menopaus som följd. Denna tidiga menopaus är inte ett led i ett naturligt åldrande utan har orsakats av medicinsk behandling, i likhet med vissa typer av cancerbehandling, som skadar äggstockarnas funktion.

Differentialdiagnoser

Det finns ett antal sjukdomar som kan framkalla värmevallningar och svettningar och som måste övervägas om en kvinna får sådana symptom trots regelbunden mens eller om hon inte svarar på östrogenbehandling. Hit hör sköldkörtelsjukdomar men också en del ovanliga hormonproducerande tumörer och vissa cancersjukdomar.

Faktorer som kan påverka uppkomst och svårighetsgrad

I sökandet efter faktorer som kan påverka uppkomsten av klimakteriebesvär i form av värmevallningar och svettningar samt deras svårighetgrad har olika faktorer belysts och diskuterats inom forskning. Till dessa faktorer hör exempelvis ärftlighet, socioekonomi, förväntningar på klimakteriet, förmåga att hantera stress, levnadsvanor och ett högt BMI [6-14].

Klimakteriets olika faser

Klimakteriet brukar delas in i tre på varandra följande faser. Den inledande premenopausala fasen, kännetecknas främst av oregelbundna blödningar som också ibland benämns den perimenopausala fasen. Menopausen betecknar tidpunkten då menstruationerna upphör. Den postmenopausala fasen följer efter menopaus och avslutar klimakteriet. De olika faserna kan inledas vid olika tidpunkter och ha olika förlopp hos olika kvinnor.

Konsekvenser av lägre nivåer av östrogen

Klimakteriet med sjunkande nivåer av framförallt östrogen kan leda till olika kroppsliga, kognitiva och psykiska förändringar. Värmevallningar och svettningar, som kan ses som huvudsymtomen, kan hos en mindre grupp kvinnor kvarstå i över 10 år. Torra och sköra slemhinnor i underlivet består under resten av livet, även om besvären kan lindras med lokal östrogenbehandling. Dessa besvär kan i sin tur leda till ökad risk för urinvägsinfektioner och problem som sveda när man kissar och trängningsinkontinens.

Med sjunkande och låga östrogennivåer följer en rad förändringar som delvis kan tillskrivas det naturliga åldrandet. Hit hör till exempel försämrad sömn, försämrat närtidsminne, ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom samt ökad risk för frakturer på grund av minskad bentäthet (osteopeni och osteoporos). Hormonbehandling som påbörjas i åldern 50–59 år kan förebygga

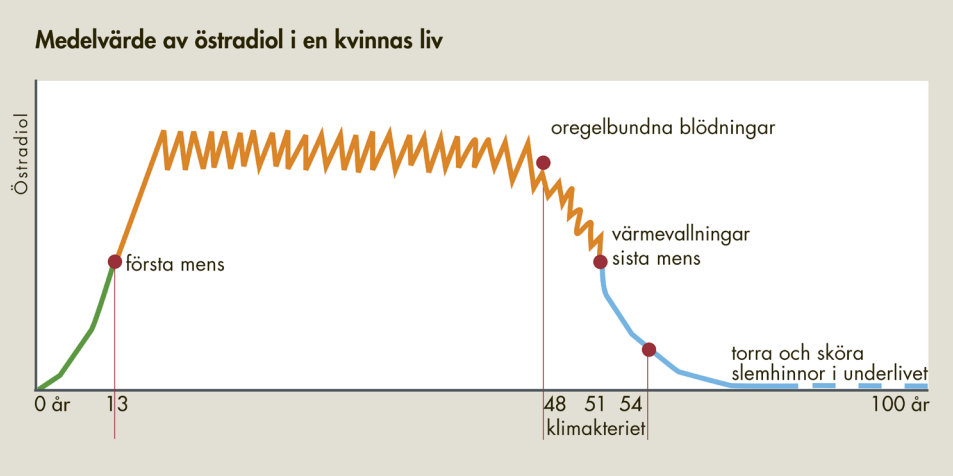
och minska risken för osteoporos och frakturer liksom hjärt- och kärlsjukdomar och vissa sömnstörningar, framför allt de som orsakas av nattliga vallningar och svettningar.

Nivåer av östradiol under en kvinnas liv

Östradiol är en av de viktigaste formerna av den grupp av könshormoner som kallas östrogener. Östradiol fluktuerar både under menstruationscykeln och förändras under en kvinnas liv. Den största andelen av detta hormon tillverkas i äggstockarna, men kan också bildas i till exempel fettvävnad och från manliga könshormoner som har bildats i binjurarna.

Figur 1 nedan visar hur nivåerna av könshormonet östradiol förändras under en kvinnas liv. Nivåerna av östradiol kan normalt sett variera mellan 0 och 1600 pmol/l. Eftersom de individuella variationerna av östradiol är stora anges inte nivåerna av östradiol i illustrationen.[2]

Figur 1 – Medelvärde av östradiol



Illustrationen är framtagen av Socialstyrelsen, 2020

Kvinnors upplevelser av klimakteriet

Kvinnor har individuella och ofta mångfacetterade upplevelser av klimakteriet. Ett skäl till mångfalden av upplevelser och uppfattningar kan vara att klimakteriet, med sjunkande nivåer av östrogen, äger rum i en period av livet, som för många kvinnor även kan innebära att andra faktorer och förhållanden förändras. Dessa kan vara av fysisk, psykisk, social och existentiell karaktär.

Livsfasen kring 50 år kan exempelvis innebära förändrade nära relationer till numera vuxna barn, till en partner och till de egna föräldrarna. Med denna period i livet kan följa nya roller, förändrad sexuell funktion och hälsa samt allt tydligare tecken på att bli äldre. Klimakteriet kan upplevas som en problemfylld period i livet, med minskat välmående och en rad symtom. Men det kan också upplevas som en utvecklingsfas som kan leda till ökad personlig mognad [15, 7, 16-19]. Många kvinnor upplever även en brist på kunskap om klimakteriet och om hur besvären kan lindras, vilket kan bidra till upplevelser av osäkerhet inför klimakteriet [19, 20, 44].

[2] Olika medicinska laboratorier anger olika gränsvärden för östradiol vid olika typer undersökningar.

Helhetssyn

Individcentrerad vård, som är ett centralt perspektiv i God vård även vid klimakteriebesvär, bör utgå från en helhetssyn på kvinnors situation. Utöver det biomedicinska perspektivet, som utgår från sjunkande nivåer av östrogen, lyfter litteraturen även betydelsen av de psykiska och sociala perspektiven. För att samla olika perspektiv har teoretiska ramverk och modeller tagits fram för att ge underlag till hur stöd och vård ska utformas utifrån en helhetssyn [2, 21].

Vanliga symtom hos kvinnor

En svensk tvärssnittsstudie, med nästan 3 000 deltagare, som belyser förekomsten av 30 vanliga symtom visar att fem symtom: insomni, smärta i benen, ledvärk, försämrad syn och hörsel ökar med åldern hos kvinnor mellan 35 och 64 år.

Två symtom särskilde sig: svettningar och försämrad koncentrationsförmåga, genom att de först ökade och sedan följdes av en minskning. Förekomsten av dessa symtom var högst i åldersgruppen 50–54 år, i vilken flest kvinnors menopaus inträffar. Symtom som till exempel trötthet, huvudvärk irritabilitet, ryggvärk, utmattning, att ha lätt för att börja gråta, yrsel och illamående minskade med åldern hos kvinnorna i studien [22].

Historik om klimakteriet och hormonell behandling i Sverige och västvärlden

Klimakteriet uppmärksammas inom vetenskapen

Redan under 400-talet f Kr beskrev Aristoteles att menstruationerna ofta upphörde vid 50 års ålder och därmed kvinnans förmåga att bli gravid och föda barn [23]. 1806 definierades och beskrevs begreppet ”menopaus” av den franske forskaren Gardanne och ett antal franska doktorsavhandlingar studerade under 1800-talet tiden kring menopaus, medan övriga Europa ännu inte tycks ha noterat tillståndet [24].

Fokus på ökning av sjukdomar efter menopaus

Under sent 1800-tal rapporterades att kvinnor efter menopaus hade ökad risk för frakturer och att vissa sjukdomar ökade snabbare efter menopaus än vad åldrandet i sig kunde förklara [25, 26]. Man observerade också att menopausen innebar en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och påverkade blodkärlens funktion negativt [27].

Ett förgiftningstillstånd?

År 1889 beskrevs i the Merck Manual Diagnosis & Therapy en behandling mot symtom på ”climacterica” i form av tabletter som innehöll torkade och pulveriserade äggstockar från kor. Under 1930-talet ersattes detta av tabletter med östrogen från dräktiga ston. Ett läkemedel, som fick namnet Premarin godkändes av amerikanska läkemedelsmyndigheter 1942. Detta preparat innehöll flera olika östrogener och har även använts i Sverige och förskrivs fortfarande i vissa länder, exempelvis i USA.

Dessa behandlingar stämde överens med de teorier som lanserades under början av 1900-talet om att utebliven menstruation leder till en slags förgiftning eller bristtillstånd som orsakade de besvär som kvinnor fick i samband med menopausen [28].

"The unpalatable truth must be faced…

…that all postmenopausal women are castrates". Citatet är hämtat ur en vetenskaplig artikel av läkaren Robert Wilson, som 1966 publicerades boken Feminine Forever. I boken hävdar han att klimakteriet är ett bristtillstånd som behövde behandlas med östrogener för att förhindra den annars oundvikliga förlusten av kvinnlighet och livskvalitet [29]. Boken fick stort inflytande och många såg hans idéer och behandling som en välsignelse för kvinnor.

Risk för cancer ändrar rekommendationer

Under denna tid behandlades klimakteriebesvär med enbart östrogen, men i mitten av 1970-talet publicerades data som visade på ett samband mellan behandling med enbart östrogen och cancer i livmodern [30, 31]. Detta ledde till att behandlingsrekommendationerna snabbt ändrades. I den feministiska diskussionen som följde i boken Feminine Forevers spår fanns olika ståndpunkter om hormonbehandlingen. Medan en del såg positivt på behandlingen motsatte sig andra synen att kvinnors åldrande skulle vara ett sjukligt tillstånd som krävde behandling [32].

Hormonbehandling etableras i Sverige

Behandling av klimakteriebesvär med östrogen fanns tillgänglig i Sverige redan på 1960-talet men kom inte att användas mer omfattande förrän under slutet av 1970- och 1980-talet. Behandlingen förskrevs då i kombination med syntetiskt progesteron, som även kallas gestagen, för att motverka risken för endometriecancer och kallades för hormonell ersättningsterapi (HRT) eller senare Menopausal Hormonterapi (MHT).

Minskad risk för hjärt-kärlsjukdom

När en rad internationella studier inte bara visade på minskade besvär av värmevallningar, svettningar och besvär av torra och sköra slemhinnor i underlivet utan också på minskad risk för benskörhet och hjärt-kärlsjukdom ökade användandet av MHT snabbt internationellt och även i Sverige [33, 34].

Vid denna tidpunkt var det redan känt att tablettbehandling med östrogen och gestagen ökar risken för blodpropp och sedan 1989 att också risken för bröstcancer ökar något efter långtidsbehandling [35].

Nyttan med MHT ifrågasätts

De i huvudsak positiva effekterna som man hade sett av MHT började under 1990-talet ifrågasättas, då de goda effekterna skulle kunna bero på att det främst var hälsomedvetna icke-rökande kvinnor med goda kost- och motionsvanor som sökte behandling. Detta skulle kunna förklara deras mindre risk för hjärt-kärlsjukdom jämfört med kvinnor som inte använde MHT. Av detta skäl påbörjades flera randomiserade placebokontrollerade studier av vilka två kom att påverka användandet av hormonbehandling påtagligt.

Den första studien Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) som startades 1993 och publicerades1998, handlade om kvinnor med påvisad åderförkalkning i hjärtats kranskärl [36].

Studier visar på ökad risk

Den andra studien var en randomiserad placebokontrollerad multicenterstudie som gjordes i USA från 1993 och handlade om kvinnor utan påvisad hjärt-kärlsjukdom (Women's Health Initiative study, WHI) [37]. De första resultaten från WHI-studien publicerades 2002 och studien avbröts snabbt när resultaten tvärt emot vad man förväntat visade på en ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar med MHT. När WHI-studien även bekräftade riskerna för bröstcancer och blodpropp reagerade läkemedelsmyndigheter globalt inklusive i Sverige. Det ledde till ett beslut att i princip endast rekommendera MHT för kvinnor med uttalade besvär, under kortast möjliga tid och med lägsta möjliga dos.

Kunskapsspridning i Sverige

Kunskaperna om de nya behandlingsrekommendationerna spreds bland annat via Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärderings rapporter (SBU) samt Läkemedelsverket.

Läkemedelsverket har gett ut drygt 30 rapporter inom området, som baseras på expertmöten och litteraturgenomgångar. SFOG har sedan 1980 regelbundet gett ut rapporter med sammanställningar av forskningsresultat samt behandlingsråd mellan 1982 och 2019. Dessa råd och rapporter har i sin tur fungerat som underlag för regionala rekommendationer för att vägleda hälso- och sjukvårdens personal. Kvinnor har kunnat ta del av skriftlig information från apotek och läkemedelsföretag, som anlitat experter som författare eller granskare. Information finns även på 1177.se.

Bioidentiskt progesteron

Efter de uppmärksammade resultaten från WHI-studien, fick John Lees arbete med Bioidentical Hormone Replacement Therapy (BHRT) stor uppmärksamhet, inte minst på sociala medier. John Lee var en amerikansk läkare som förespråkade behandling av klimakteriерelaterade problem med bioidentiskt progesteron [38]. Hit hör det kroppsegna progesteronet och även dydrogesteron som molekylärt är mycket likt progesteron.

Minskad risk med progesteron

2004 publicerades den så kallade E3N-studien i vilken över 80 000 franska kvinnor medverkade [39]. Resultatet från denna studie samt en uppföljningsstudie tre år senare visade mindre risk för bröstcancer under de fem första behandlingsåren för kvinnor som blivit behandlade med östrogen tillsammans med naturligt progesteron eller dydrogesteron än med de tidigare använda gestagenerna [40]. Progesteron finns i nuläget inte på den svenska marknaden, medan MHT som innehåller dydrogesteron finns tillgängligt från hösten 2019.

Tidigare behandlingsstart minskar risker

2016 beskrev författarna till WHI-studien att de initiala resultaten borde omvärderas då medelåldern hos kvinnorna vid behandlingsstart var 63 år, det vill säga mer än 10 år efter genomsnittlig menopausålder. Data visade på en minskad risk för diabetes, tjocktarmscancer och frakturrisk jämfört med placebo. Ett par år senare publicerade de också en 18-årsuppföljning som visade att kvinnor som randomiserats till och påbörjat hormonbehandling inom 10 år efter menopaus och före 60 års ålder hade minskad total dödlighet och hjärt-kärlrisk jämfört med placebogruppen [41].

Nya råd från 2019 i Sverige

Med den nya evidensen har SFOG uppdaterat råden om hormonbehandling vid klimakteriebesvär. De nya råden baseras på internationella riktlinjer och nya litteraturgenomgångar och har anpassats för svenska förhållanden [42, 43]. En del regionala behandlingsrekommendationer har modifierats utifrån dessa.

Historiken visar hur kunskapen om klimakteriet och motiven till behandlingen delvis har ändrats över tid. Från uppfattningen om klimakteriet som ett bristtillstånd över tron på att kvinnliga könshormoner kan bromsa ett oönskat åldrande och ohälsa till en mer balanserad bild av hur klimakteriebesvär kan lindras och hur annan ohälsa kan förebyggas.

När studier började visa på ökad cancerrisk och hjärtsjuklighet förändrades rekommendationerna snabbt. Stora studier har sedan gett underlag för nya mer balanserade tolkningar av hormonläkemedlens risker och nytta för kvinnor under klimakteriet och efter klimakteriet.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig behandling

Behandlingshistoriken visar på vikten av kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård och att den vid en viss tidpunkt bästa tillgängliga kunskapen, trots allt, kan ha så allvarliga brister att den äventyrar patientsäkerheten. Historiken om hormonbehandling för klimakteriebesvär visar att fler fall av cancer, blodpropp, stroke och hjärtinfarkt blev konsekvenserna när behandling sattes in för sent till äldre personer med riskfaktorer för sjukdomarna. Denna sent insatta hormonbehandling prövades i den stora WHI-studien från USA och fick stora konsekvenser för behandlingsrekommendationerna under flera decennier. Först under 2010-talet har WHI studiens resultat kunnat omvärderas och i och med det leda till nya mer balanserade behandlingsråd [37, 41].

Säker vård

Säker vård är även ett fortsatt viktigt perspektiv när det gäller behandling av klimakteriebesvär med hormonläkemedel, som om den inte ges utifrån bästa tillgängliga kunskap och på ett patientsäkert sätt kan öka risken för cancersjukdomar och hjärt-kärlsjukdomar.

Omvänt kan rätt insatt hormonbehandling minska risken för en rad andra kroniska sjukdomar. Rätt diagnosticerade klimakteriebesvär och andra samtidiga diagnoser i kombination med evidensbaserad behandling kan göra vården mer patientsäker och leda till att sjukdomar kan förebyggas.

Förekomst, vård och behandling

Förekomst av klimakteriebesvär

En svensk tvärsnittsstudie till vilken 2 000 kvinnor i åldern 47–56 år bjöds in visar att 70 procent av kvinnorna hade besvär i form av värmevallningar och svettningar [44].

En annan svensk tvärsnittstudie i vilken 1 681 kvinnor i åldrarna 45, 50, 55 och 60 år deltog visar att kvinnor som var 55 år hade den högsta förekomsten (76 procent) av värmevallningar och svettningar. Lägst förekomst, 29 procent, hade 45-åringarna [2].

En annan svensk studie med 4 943 deltagare visar att frekvens och svårighetsgrad av värmevallningar och svettningar har ett samband med den fas av klimakteriet kvinnan är i. Kvinnor i den premenopausala fasen hade lägst förekomst av besvär (21 procent). I den postmenopausala fasen hade 44 procent värmevallningar och svettningar. Den högsta förekomsten, av besvär hade kvinnor under det första året efter menopausen (57 procent). Över hälften av dessa kvinnor hade måttliga till svåra besvär. 6–10 år efter menopaus hade en tredjedel fortfarande besvär i form av värmevallningar och svettningar. Hos en del kvinnor kvarstod besvären ännu längre [14].

Hälso- och sjukvård vid klimakteriebesvär

Hälso- och sjukvård för klimakteriebesvär kan ges inom både primärvård och gynekologisk öppenvård, samt vid läns-, region- och universitetssjukhus. I några regioner finns eller planeras för särskilda klimakteriemottagningar vid barnmorskemottagningar. Flera olika professioner kan ge råd, stöd och behandling vid klimakteriebesvär. Bland de medicinska specialiteterna har gynekologi och obstetrik en central roll i vården av klimakteriebesvär. Tillgången till gynekologer varierar i olika delar av landet, vilket kan påverka tillgängligheten till den mest specialiserade vården.

Primärvård

Vårdcentraler

Enligt flera regionala kliniska kunskapsstöd och regionala riktlinjer är allmänmedicinsk verksamhet vid exempelvis vårdcentraler, den första vårdnivån för utredning, diagnostik och behandling av klimakteriebesvär. Remiss till gynekologisk öppenvård rekommenderas vid oklar diagnos och uttalade symtom trots adekvat behandling [45-48].

Barnmorskemottagningar

Barnmorskor möter kvinnor i olika åldrar och får även frågor om klimakteriebesvär. Det kan bland annat ske i samband med cervixcancerscreening, som ofta utförs av barnmorskor. I vissa regioner finns mottagningar för klimakteriebesvär vid barnmorskemottagningar. I region Skåne fanns det i no-

vember 2019 16 klimakteriemottagningar [49, 50]. I region Stockholm kommer det från 1 mars 2020 vara möjligt att ge basal rådgivning om klimakteriebesvär vid barnmorskemottagningar i regionen [51].

Allmänläkare

Den specialistkompetenta läkaren inom allmänmedicin ska behärska handläggning av vanligt förekommande gynekologiska besvär och sjukdomar hos kvinnor i olika åldrar, vilket inbegriper klimakteriebesvär [52, 53]. När det gäller behandling med hormonläkemedel vid klimakteriebesvär förskrivs knappt 24 procent av hormonläkemedlen inom primärvården, medan omkring 69 procent förskrivs inom gynekologisk öppenvård.

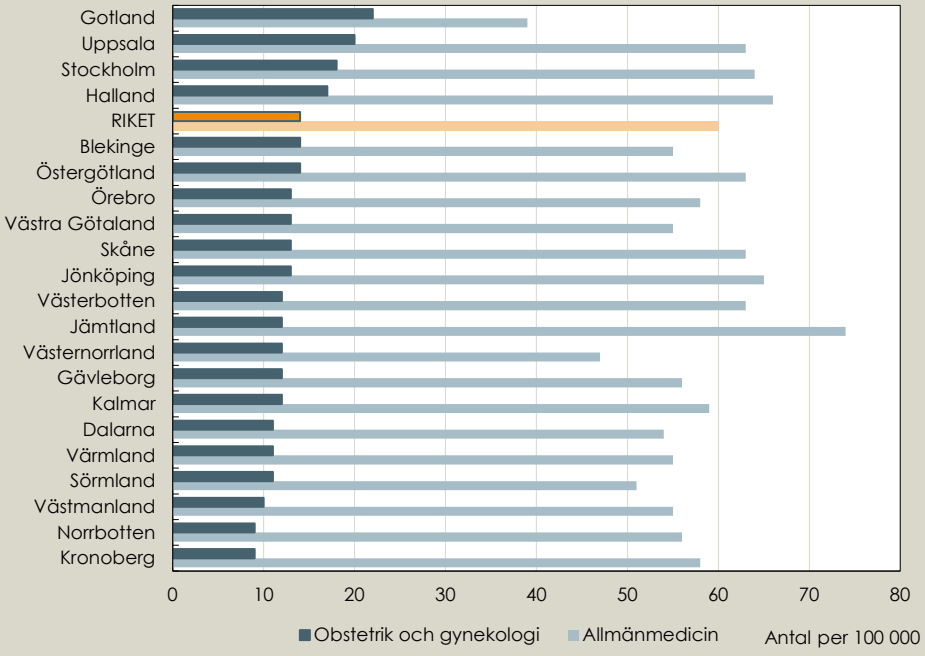
Antal gynekologer och allmänläkare i olika län

Antalet specialistläkare i gynekologi och obstetrik varierar i olika delar av landet. Under 2017 fanns det största antalet specialister inom obstetrik och gynekologi i Gotlands län med 22 gynekologer per 100 000 invånare. I Uppsala län fanns näst flest; 20 gynekologer, i Stockholms län fanns 18 och i Hallands län 17. Se figur 2.

I Sverige var sammanlagt 369 privata specialistläkare verksamma inom gynekologi och obstetrik, lite drygt hälften av dem fanns i Stockholms län. Detta innebär att tillgången till specialistläkare inom gynekologi och obstetrik är ojämnt fördelad över landet. Utifrån allmänläkarnas kompetensbeskrivning och några regioners riktlinjer för vård och behandling av klimakteriebesvär ska allmänläkare kunna svara för vården av de okomplicerade fallen av klimakteriebesvär.

Figur 2. Antal gynekologer och allmänläkare per län

Antal specialistläkare i obstetrik och gynekologi respektive allmänmedicin sysselsatta inom hälso- och sjukvård i offentlig och privat regi. Per 100 000 invånare och län, 2017. Läkarens sysselsättningslän.



Källa: Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS)

Sammanfattningsvis är resurserna i form av den mest specialiserade läkarkompetensen för klimakteriebesvär ojämnt fördelad geografiskt. Detta skulle dock allmänläkare och även andra professioner i viss mån kunna kompensera för. Det är angeläget att undersöka vidare vilka övriga professioner som ger åtgärder vid klimakteriebesvär inom primärvården och gynekologisk öppenvård.

Ett exempel på hur kvinnor söker råd och vård

I en enkätundersökning från Region Östergötland 2010 svarade ungefär 25 procent av kvinnorna mellan 47 och 56 år att de sökt hjälp för besvär i anslutning till klimakteriet.

Drygt hälften hade sökt vård inom gynekologisk öppenvård, 22 procent hade sökt hjälp på apotek eller i hälsokostbutik medan 4 procent hade sökt hjälp inom primärvården [44].

Vårdkontakter vid klimakteriebesvär

I Socialstyrelsens patientregister finns uppgifter om vårdkontakter som har ägt rum inom den specialiserade vården, däremot ingår inte uppgifter från primärvården. En förutsättning är att vårdkontakten har registrerats av den verksamhet som har gett vården.

Under 2018 hade 36 395 kvinnor i åldrarna 45–60 år sammanlagt 52 219 vårdkontakter vid klimakteriebesvär inom gynekologisk öppenvård. Det motsvarar knappt 4 procent av kvinnor i befolkningen i denna åldersgrupp.

Tabellen nedan visar antalet kvinnor som fick diagnosen klimakteriebesvär under perioden 2012–2018 inom gynekologisk öppenvård.

Tabell 1. Antal kvinnor 45–60 år med vårdkontakter vid klimakteriebesvär 2012–2018

Antal kvinnor 45–60 år med vårdkontakter vid klimakteriebesvär (antal vårdkontakter) samt antal kvinnor 45–60 år med vårdkontakter vid klimakteriebesvär (antal vårdkontakter) per 100 000 kvinnor. Huvuddiagnos eller bidiagnos N95. Gynekologisk öppenvård 2012–2018.

År	Antal kvinnor 45–60 år	antal vårdkontakter 45–60 år	Antal kvinnor (per 100 000)	Antal vårdkontakter (per 100 000)
2012	31 217	40 192	3 247	4 180
2013	31 593	40 528	3 255	4 175
2014*	34 692	46 002	3 550	4 707
2015	31 015	40 099	3 152	4 075
2016	30 783	40 830	3 099	4 111
2017	33 141	46 716	3 303	4 656
2018	36 395	52 219	3 595	5 159

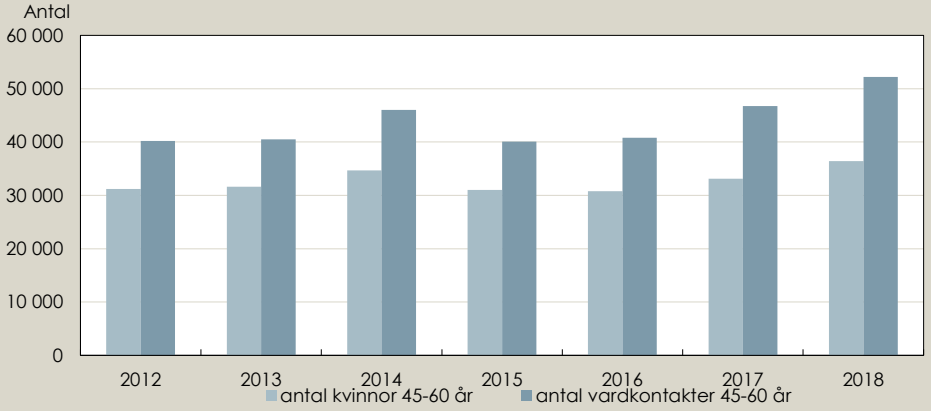
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Antalet kvinnor som hade en vårdkontakt vid klimakteriebesvär var relativt konstant från 2012 till 2016 för att sedan öka något under 2017–2018. Se

även figur 3. Det högre antalet kvinnor under 2014 kan bero på att fler verksamheter började registrera vårdkontakter just detta år.[3] Detta års siffror ska analyseras med extra försiktighet.

Figur 3. Antal kvinnor med vårdkontakter för klimakteriebesvär 2012-2018

Antal kvinnor och antal vårdkontakter för kvinnor 45–60 år med klimakteriebesvär (N95) i gynekologisk öppenvård 2012–2018.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

I tabellen nedan visas antalet förstavårdskontakter[4] i gynekologisk öppenvård mellan 2012 och 2018. År 2018 var antalet kvinnor med förstavårdskontakter 2 423 per 100 000 kvinnor i samma åldrar. Under den studerade tidsperioden 2012–2018 var antalet förstavårdskontakter relativt konstant, med mellan 20 000 och 24 000 kvinnor per år.

Tabell 2. Förstavårdskontakter för kvinnor 45–60 år med klimakteriebesvär 2012–2018

Antal kvinnor 45–60 år med förstakontakt på två år för klimakteriebesvär samt antal kvinnor per 100 000 kvinnor i samma åldrar. Huvud- eller bidignos N95 i gynekologisk öppenvård 2012–2018.

2012	24 084	2 505
2013	22 373	2 305
2014	23 896	2 445
2015	20 582	2 092
2016	20 398	2 054
2017	22 135	2 206
2018	24 524	2 423

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Kvinnors vårdkontakter i olika delar av Sverige

Utifrån uppgifter i Socialstyrelsens patientregister skedde flest vårdkontakter vid klimakteriebesvär i Stockholms län med nästan 14 300 per 100 000 invå-

[3] För mer information om registerkvalitet se metodbilaga, bilaga 1

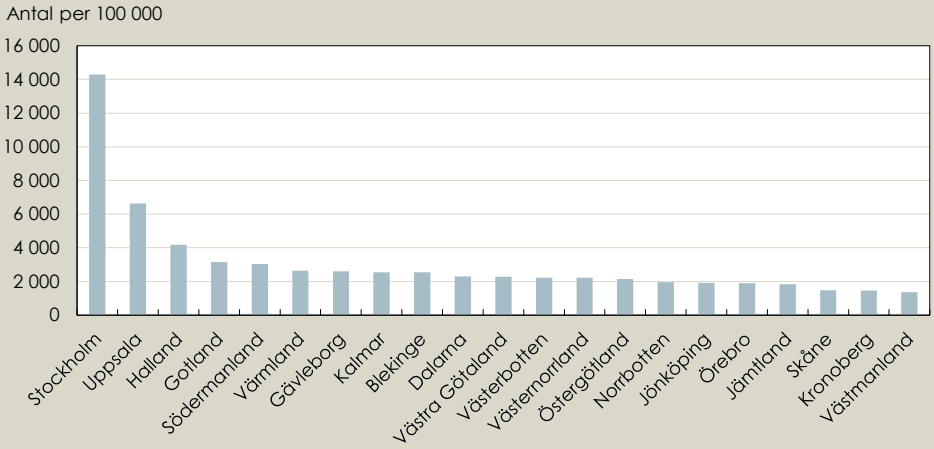
[4] För mer information om förstavårdskontakt se metodbilaga, bilaga 1

nare i åldersgruppen 45–60 år. Antalet vårdkontakter i gynekologisk öppenvård i Stockholm var upp till 7 gånger vanligare än i vissa andra län. Närmast efter Stockholm följer Uppsala län med över 6 600 vårdkontakter och Hallands län med nästan 4 200 vårdkontakter per 100 000 kvinnor. I många län ägde runt 2 000 vårdkontakter per 100 000 kvinnor. Besök i primärvården vid vårdcentraler ingår inte i underlaget. Om vårdkontakter i primärvården hade kunnat inkluderas skulle detta möjligen jämna ut vissa skillnader mellan länen.

Figur 4 visar antalet vårdkontakter vid klimakteriebesvär per 100 000 kvinnor för kvinnor i åldrarna 45–60 år inom gynekologisk öppenvård år 2018.

Figur 4. Vårdkontakter vid klimakteriebesvär per 100 000 kvinnor per län 2018

Antal vårdkontakter för kvinnor 45–60 år i gynekologisk öppenvård för huvuddiagnos eller bidiagnos N95, per 100 000 kvinnor i samma åldrar uppdelat på län år 2018.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Råd, stöd och behandling

När en kvinna söker hjälp för besvär i anslutning till klimakteriet är det kvinnans upplevda symtom och upplevelsen av hur de påverkar hennes livskvalitet som ska avgöra om behandling behövs. I valet av behandling är det centralt att kvinnan är delaktig.

Diagnosen baseras vanligen på en anamnes som inkluderar förändrade menstruationsblödningar, ofta glesare och långvariga eller helt upphörda menstruationer i kombination med typiska symptom.

Det är kvinnans upplevelse av besvären och hennes uppfattning av hur besvären påverkar hennes livskvalitet som är centralt för bedömningen av svårighetsgrad och behov av åtgärder.

Vid behandling av klimakteriebesvär kan nedanstående åtgärder ingå. Som ensamma åtgärder eller som en kombination av åtgärder.

Information och rådgivning

Information om vad klimakteriet kan innebära på kort och lång sikt samt råd om vad kvinnan kan göra på egen hand för att lindra besvär. Rådgivning om

hälsosamma levnadsvanor och en hälsosam livsstil, som ensam åtgärd eller i kombination med eventuell läkemedelsbehandling.

Hormonläkemedel

Östrogener ingår i flera olika behandlingar för kvinnor under olika livsperioder.

Högpotent östrogenbehandling avser att motverka ägglossning och används därför i kombinerade p-piller. Sådan behandling skulle fungera mot klimakteriebesvär men är onödigt potent.

Medelpotent östrogenbehandling fungerar i princip alltid mot besvär med värmevallningar och svettningar och motverkar den minskning av skelettets bentäthet som annars ses efter menopaus. Dessutom har denna behandling stimulerande effekter på slemhinnor i vagina, vulva, urinröret och urinblåsan, men skyddar inte mot ägglossningar och graviditet.

Lågpotent östrogenbehandling stimulerar slemhinnorna i vagina, vulva, urinröret och urinblåsan, men minskar inte värmevallningar och svettningar eller benförlust.

Östrogenbehandling innebär daglig tillförsel av hormonet via mag-tarmkanalen med tablett eller via huden (transdermalt) med plåster, gel eller spray. Hos en kvinna som inte opererat bort sin livmoder ska östrogenet kombineras med ett progestagen (vanligen en syntetiskt progesteronliknande substans) under 12–14 dagar per månad. Progestagenbehandling förhindrar alltför kraftig tillväxt av livmoderslemhinnan som annars innebär oönskade blödningar och viss risk för livmodercancer.

En sådan *sekventiell* behandling kommer att framkalla stimulering av livmoderslemhinnan och därefter en omvandling av slemhinnan så att den i slutet av eller just efter progestagen perioden stöts ut som en menstruationsliknande blödning. En sekventiell behandling kan skapas där progestagenet tillförs enbart varannan eller var tredje månad vilket innebär att blödningarna kommer varannan eller var tredje månad och progestagenintaget över tid blir lägre, vilket kan ha vissa fördelar framför allt med mindre påverkan på bröstvävnad.

Något eller några år efter menopaus kan både östrogen och progestagen tillföras dagligen (*kontinuerligt kombinerad behandling*) varvid östrogenets stimulerande effekt på livmoderslemhinnan kontinuerligt motverkas av progestagenet och kvinnan kan bli blödningsfri.

Om kvinnans livmoder har opererats bort (hysterektomi) behövs ingen behandling med progestagen och det räcker helt med östrogenbehandling. En fördel är att enbart östrogenbehandling inte eller endast i liten utsträckning ökar risken för bröstcancer.

Behandling via huden (transdermalt) med plåster, gel eller spray, innebär att östrogenet tas upp direkt till blodcirkulationen. Detta är i motsats till tablettbehandling som tas upp via levern som påverkas och aktiveras att öka sin syntes av en rad proteiner, såsom vissa koagulationsfaktorer. Peroral östrogenbehandling med tabletter ökar därför risken för blodpropp (tromboembolisk sjukdom) framförallt under det första behandlingsåret, något som alltså kan undvikas genom transdermal behandling.

Vissa kvinnor får värmevallningar och svettningar redan före menopaus, ofta under delar av tydligt förlängda oregelbundna menstruationscykler. Sekventiell behandling med kontinuerligt östrogen och progestagenbehandling 12–14 dagar per månad kommer då att både göra blödningarna regelbundna och förhindra eller minska värmevallningar och svettningar.

Tidig menopaus

En kvinna som genomgår en tidig menopaus före 45 års ålder ska rekommenderas hormonell behandling även om hon inte har några besvär.

En svensk studie har visat att det finns en påtaglig underbehandling av tidig menopaus och att kvinnor som påbörjat hormonell behandling mellan 40 och 45 års ålder fortsatte (mediantid) bara drygt 300 dagar trots att rekommendationen är upp till minst normal menopausålder [54].

Under 2018 hade 328 kvinnor per 100 000 i åldern 40–44 år en vårdkontakt inom gynekologisk öppenvård för diagnosen klimakteriebesvär, enligt Socialstyrelsens patientregister. Eftersom antalet kvinnor med tidig menopaus före 45 års ålder är lågt, så ingår de inte i denna rapports kartläggning av vårdkontakter och läkemedelsanvändning. Kvinnorna i denna åldersgrupp kan även använda hormonbehandling i samband med IVF, vilket innebär förskrivning av hormonläkemedel som inte kan särskiljas från behandling vid klimakteriebesvär.

Övrig läkemedelsbehandling

Kvinnor med värmevallningar och svettningar, som har haft eller har bröst- eller livmodercancer, pågående blodpropp (venös tromboembolism, VTE), kärlkramp (angina pectoris), hjärtinfarkt, stroke samt allvarlig leversjukdom ska inte använda hormonläkemedel [55]. För dessa kvinnor kan andra läkemedel, avslappningsträning eller akupunktur ha en plats i behandlingen.

Selektiva serotonin återupptagshämmare (SSRI) och selektiva serotonin och noradrenalin återupptagshämmare (SNRI) kan vara behandlingsalternativ mot svettningar och värmevallningar för kvinnor som inte vill eller kan använda hormonpreparat. SSRI-läkemedel som fluoxetin, sertralin, paroxetin, escitalopram och SNRI-läkemedel som venlafaxin och desvenlafaxin har visat signifikant bättre effekt än placebo i korttidsstudier och SSRI-preparatet paroxetin har godkänts av FDA 2013 för behandling av klimakteriebesvär. Fluoxetin och paroxetin kan försämra effekten av anti-östrogenet tamoxifen och sådan kombination bör därför undvikas.

Gabapentin som används vid behandling av epilepsi och långvarig smärta kan minska värmevallningar och svettningar, men erfarenheten av sådan behandling är ytterst begränsad i Sverige.

Hälsosamma levnadsvanor och livsstil

Att fråga om ohälsosamma levnadsvanor och vid behov erbjuda rådgivning om levnadsvanor kan vara ett förstahandsval vid klimakteriebesvär. Rådgivning om hälsosamma levnadsvanor och en hälsosam livsstil kan fylla en roll, både som ensam åtgärd och i kombination med annan behandling. Till råd som kan minska risken att utveckla värmevallningar och svettningar hör rökstopp, hälsosamma och regelbundna matvanor och bra sömnvanor. Andra råd kan vara att ha svalt i sovrummet, att undvika kaffe och alkohol,

speciellt kvällstid, och att vara fysiskt aktiv. Vissa kvinnor upptäcker själva att vissa livsmedel, till exempel hårt kryddad mat eller vin, kan utlösa vallningar och svettningar.

Fysisk aktivitet kan ha effekt på värmevallningar och svettningar. Det är dock oklart om typ av aktivitet, intensitet, frekvens och duration spelar roll för effekten. En svensk undersökning från 2019 visade att intensiv styrketräning under 15 veckor påtagligt minskade värmevallningar och svettningar [11]. Eftersom fysisk aktivitet även har en positiv inverkan på andra risker relaterade till sänkta nivåer av östrogen, såsom benskörhet, åderförkalkning och därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdom, kan fysisk aktivitet i princip alltid rekommenderas till kvinnor i klimakteriet.

Tillämpad avslappning

Stress i vardagen kan bidra till värmevallningar och svettningar. Träning i avslappningsteknik kan hos vissa kvinnor ha god effekt på dessa besvär. En enkel form av kognitiv beteendeterapi, kallad tillämpad avslappning, har visat sig kunna halvera antalet värmevallningar [56].

Akupunktur

Studier har visat att behandling med akupunktur, och då framförallt elektroakupunktur, kan minska värmevallningar och svettningar, men mer forskning behövs för att klargöra de verksamma mekanismerna vid akupunktur för klimakteriebesvär. För många kvinnor med värmevallningar och svettningar för vilka behandling med hormonläkemedel är kontraindicerat, till exempel vid bröstcancer, kan akupunktur vara ett värdefullt tillskott till behandlingsarsenalen [57].

Behandling med hormonläkemedel vid klimakteriebesvär i Sverige

I Socialstyrelsens läkemedelsregister registreras alla förskrivna läkemedel som har hämtats ut. Läkemedelsregistret omfattar alla uthämtade läkemedel som har förskrivits i primärvård och gynekologisk öppenvård vid klimakteriebesvär.

Under 2018 hämtade nästan 11 procent av den kvinnliga befolkningen i åldersgruppen ut förskrivna hormonläkemedel för behandling av klimakteriebesvär. Av dessa kvinnor hämtade 31,5 procent ut hormonläkemedel för första gången, medan 56,2 procent hämtade ut hormonläkemedel minst tre gånger. En årskonsumtion av ett läkemedel brukar delas upp i fyra läkemedelsuttag.

Tabell 3 visar antalet kvinnor som hämtat ut hormonläkemedel vid klimakteriebesvär under 2012–2018. Under perioden 2012–2017 minskade antalet uttag av hormonläkemedel något, men för 2018 ses en tendens till ökning. År 2018 hämtade 107 kvinnor av 1 000 kvinnor i befolkningen i åldrarna 45–60 år ut hormonläkemedel vid klimakteriebesvär. Se även figur 5 nedan.

Tabell 3. Läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär 2012–2018

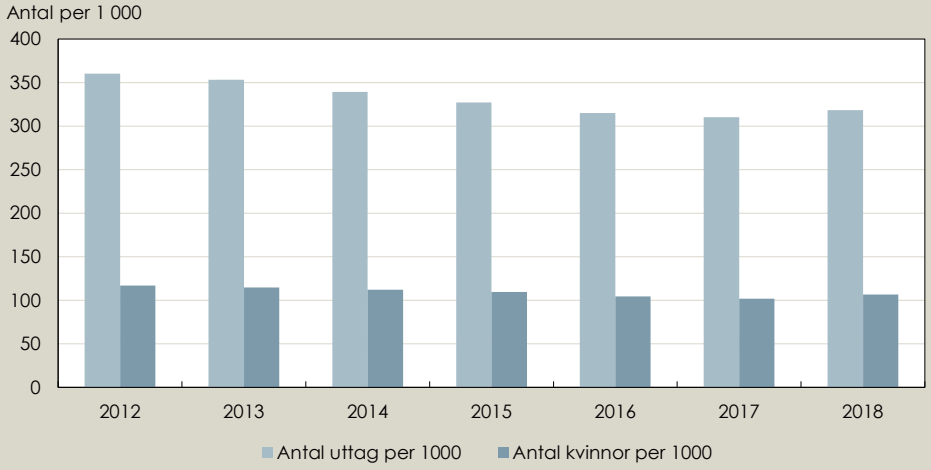
Antal kvinnor 45–60 år som hämtat ut hormonläkemedel vid klimakteriebesvär och antal kvinnor 45–60 år som hämtat ut hormonläkemedel vid klimakteriebesvär per 100 000 kvinnor i samma åldrar.

År	Antal kvinnor	Antal uttag	Antal kvinnor totalt/1000	Antal läkemedelsuttag per 1 000 kvinnor
2012	112 314	346 510	117	360
2013	111 463	342 850	115	353
2014	109 602	331 399	112	339
2015	107 654	322 044	109	327
2016	103 581	312 803	104	315
2017	102 242	311 364	102	310
2018	107 878	322 405	107	318

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 5. Läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär 2012–2018

Antal uttag av hormonläkemedel samt antal kvinnor 45–60 år per 1000 med uttagna hormonläkemedel vid klimakteriebesvär 2012–2018.



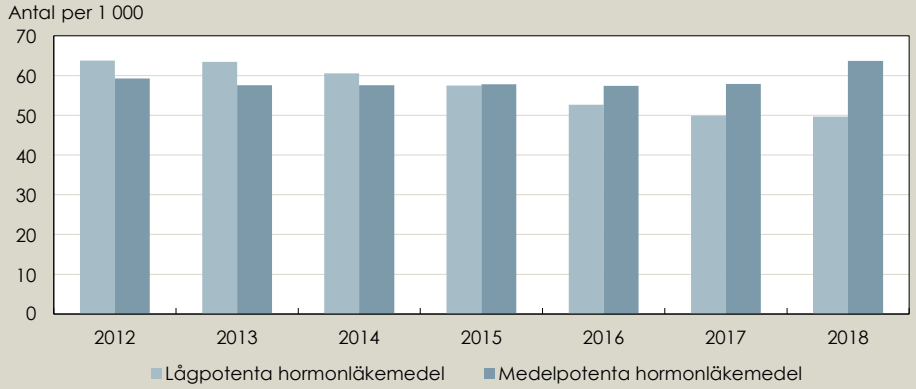
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Låg- och medelpotenta hormonläkemedel

Hormonläkemedel vid behandling av klimakteriebesvär delas in i två grupper. Medelpotenta hormonläkemedel har en systemisk effekt och används framför allt mot värmevallningar och svettningar. Lågpotenta hormonläkemedel används främst för lokal behandling mot torra slemhinnor i underlivet. Lågpotenta läkemedel säljs till viss del receptfritt och de receptfria läkemedelsuttagen syns inte i läkemedelsregistret. Detta innebär att det totala antalet kvinnor som använder lågpotenta läkemedel är högre än vad som kan ses i läkemedelsregistret.

Figur 6. Läkemedelsuttag per 1 000 kvinnor 2012–2018

Antal kvinnor 45–60 år med läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär per 1 000 kvinnor. Lågpotenta hormonläkemedel och medelpotenta hormonläkemedel 2012–2018.



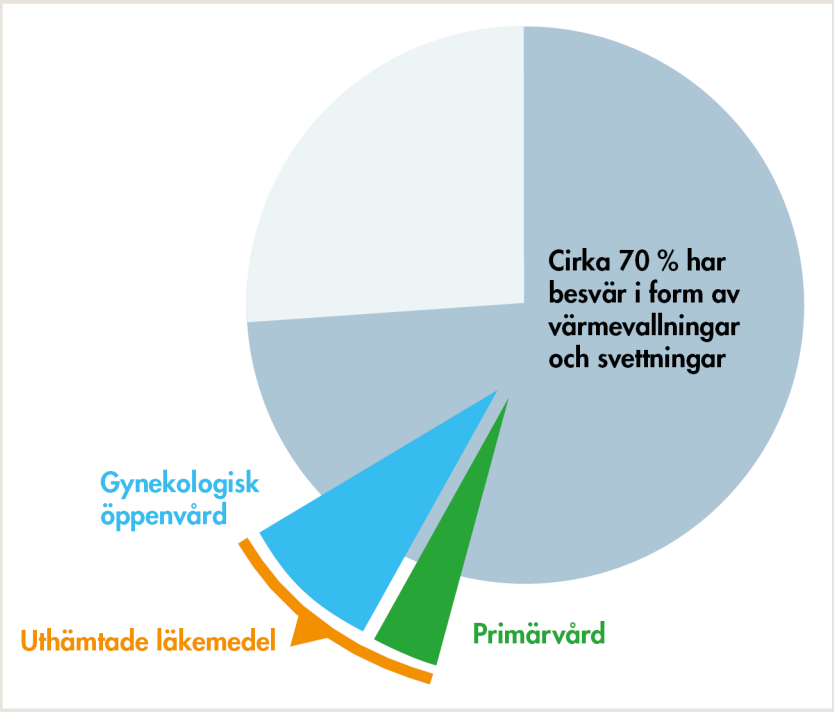
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 6 ovan visar hur kvinnor hämtar ut färre förskrivna lågpotenta hormonläkemedel, medan uttagen av medelpotenta hormonläkemedel låg på en oförändrad nivå med en ökning under 2018.

Under de senaste årtiondena har forskningsrön och rekommendationer om användning av hormonläkemedel växlat (se avsnittet *Historik om klimakteriet och hormonell behandling i Sverige och västvärlden*). Detta har sannolikt påverkat attityderna till hormonläkemedel hos både förskrivande läkare och hos kvinnor [58, 59]. Antal uttagna medelpotenta hormonläkemedel vid klimakteriebesvär var över 200 per 1 000 kvinnor i början av 2000-talet och för åldersgruppen 50–55 år än högre

Figuren nedan visar förekomsten av klimakteriebesvär i befolkningen hos kvinnor 45–60 år och hur stor andel av dem som har en vårdkontakt i gynekologisk öppenvård samt hur stor andel som hämtat ut läkemedel som har förskrivits vid klimakteriebesvär i gynekologisk öppenvård och primärvård.

Figur 7 – Andel kvinnor som får läkemedel förskrivna inom gynekologisk öppenvård respektive primärvård
Läkares förskrivning av hormonläkemedel för klimakteriebesvär.

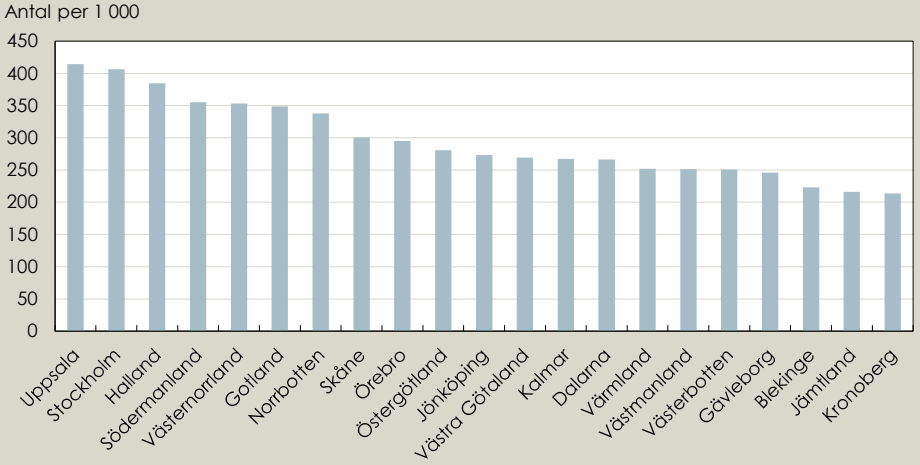


Illustrationen har tagits fram av Socialstyrelsen, 2019.

I figur 8 visas antal läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär per 1 000 kvinnor 45–60 år 2018 i både primärvård och gynekologisk öppenvård. Flest läkemedelsuttag hämtades ut av kvinnor i Uppsalas och Stockholms län med strax över 400 uttag per 1 000 kvinnor i samma åldrar. Ganska många län hade runt 250–300 per 1 000 kvinnor. Blekinge, Jämtland och Kronoberg har färre läkemedelsuttag än 250 per 1 000 kvinnor.

Figur 8. Antal läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär per 1 000 kvinnor per län 2018

Antal läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär per 1 000 kvinnor i åldrarna 45–60 år uppdelat på län år 2018.



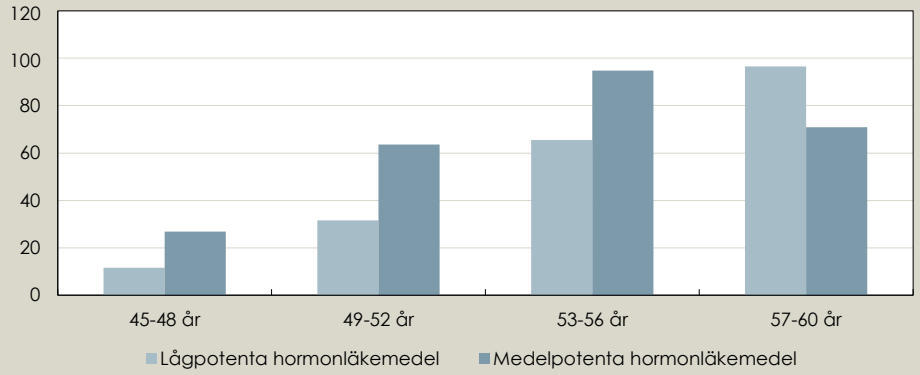
* 739 saknar uppgift om län
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedelsuttag uppdelat på ålder

En studie visar att förekomsten av klimakteriebesvär i form av värmevallningar och svettningar är högst hos kvinnor som är 55 år (76 %) [2]. Analyser av Socialstyrelsens registerdata visar liknande resultat, se figur 9 nedan. Andelen medelpotenta läkemedel som förskrivs för just dessa besvär är högst i åldersgruppen 53-56 år.

Figur 9. Åldersfördelning för lågpotenta- och medelpotenta hormonläkemedel 2018

Antal kvinnor 45–60 år per 1 000 kvinnor i samma åldrar med uttag av lågpotenta respektive medelpotenta hormonläkemedel vid klimakteriebesvär uppdelat på åldersgrupper 2018.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Lågpotenta hormonläkemedel används för att behandla torra och sköra slemhinnor, som är ett besvär som ökar med åldern. Figur 9 visar att uttag av lågpotenta hormonläkemedel ökar med stigande ålder. Medelpotenta hormonläkemedel förskrivs främst vid värmevallningar och svettningar. Figur 9 visar

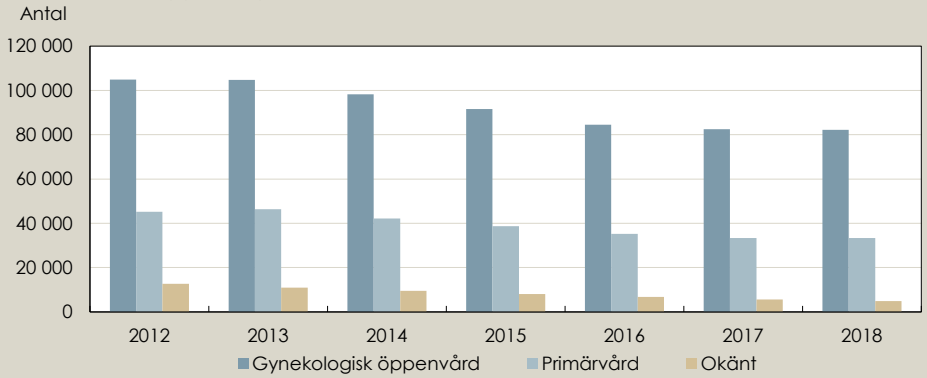
att uttagen av medelpotenta läkemedel ökar för att nå sin topp runt 53–56 år för att sedan minska i åldersgruppen 57–60 år.

Förskrivning av läkemedel inom primärvård respektive gynekologi

Utifrån uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister hade knappt 24 procent av kvinnorna fått medelpotenta hormonläkemedel förskrivna inom primärvården och drygt 69 procent i gynekologisk öppenvård. I figur 10 och figur 11 nedan visas läkemedelsförskrivning per verksamhetsområde för låg- potenta- respektive medelpotenta hormonläkemedel. Figurerna visar att både primärvård och gynekologisk öppenvård förskriver dessa läkemedel på ett likartat sätt.

Figur 10. Lågpotenta hormonläkemedel uppdelat på verksamhetsområde 2012–2018

Antal uttag av lågpotenta hormonläkemedel vid klimakteriebesvär för kvinnor 45–60 år 2012–2018 uppdelat på verksamhetsområde.

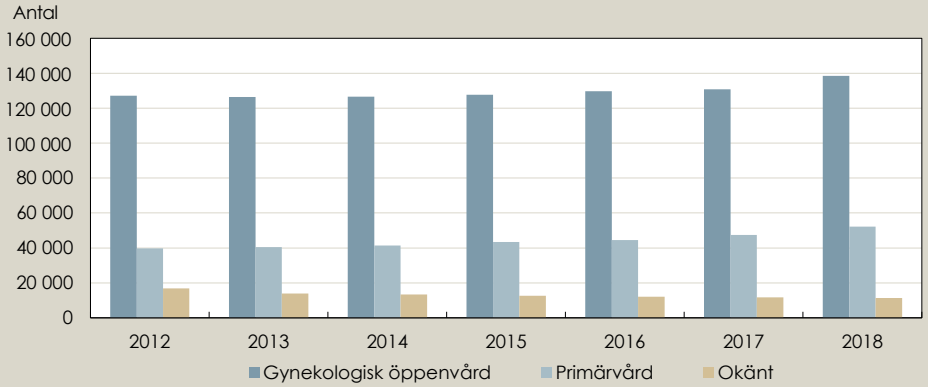


Källa: Läkemedelsregisteret, Socialstyrelsen

Figur 10 visar en sjunkande trend i uttag av lågpotenta läkemedel som är förskrivna inom både gynekologisk öppenvård och primärvården. Lågpotenta hormonläkemedel kan även köpas receptfritt vilket skulle ge högre siffror om de funnits med i analyserna.

Figur 11. Medelpotenta hormonläkemedel uppdelat på verksamhetsområde 2012–2018

Antal uttag av medelpotenta hormonläkemedel vid klimakteriebesvär för kvinnor 45–60 år 2012–2018 uppdelat på verksamhetsområde.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

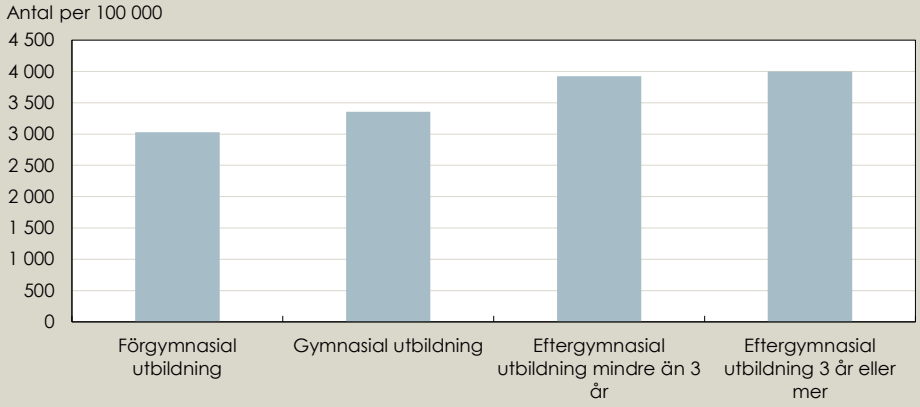
Figur 11 visar på ett relativt konstant uttag av medelpotenta hormonläkemedel med en tendens till ökning mot slutet av den studerade tidsperioden både inom gynekologisk öppenvård och i primärvården. Värt att notera är att kategorin okänt, vilket innebär att uppgift om verksamhetsområde saknas i registret eller att uppgifter registrerats på posten övrigt, har minskat. Detta tyder på en bättre rapportering till läkemedelsregistret.

Vårdkontakter och läkemedelsuttag utifrån utbildningsnivå

Figur 12 visar antalet kvinnor med vårdkontakter vid klimakteriebesvär per 100 000 kvinnor i samma åldrar i gynekologisk öppenvård efter utbildningsnivå. Kvinnor med högre utbildning har i större utsträckning kontakt med gynekologisk öppenvård för diagnosen klimakteriebesvär än kvinnor med lägre utbildning. Antalet vårdkontakter inom gynekologisk öppenvård var runt 30 procent högre (4 000) för de kvinnor som har eftergymnasial utbildning än hos kvinnor med förgymnasial utbildning (ca 3 000).

Figur 12. Vårdkontakter vid klimakteriebesvär uppdelat på utbildningsnivå 2018

Antal kvinnor 45–60 år med vårdkontakt vid klimakteriebesvär (huvuddiagnos eller bidiagnos N95) i gynekologisk öppenvård år 2018, uppdelat på grupperad utbildningsnivå.



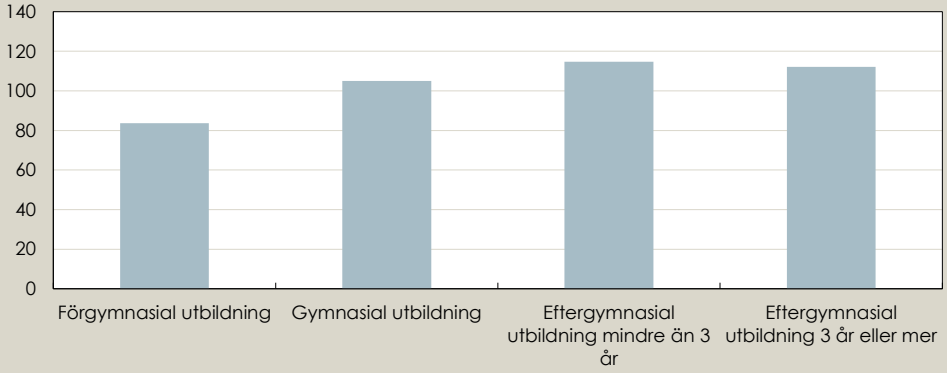
* 198 har okänd utbildningsnivå eller saknar uppgift om utbildningsnivå
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Utbildningsregistret, SCB

Figur 13 visar antal kvinnor med läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär per 1 000 kvinnor efter utbildningsnivå. Figuren visar en tydlig gradient där kvinnor med högre utbildning i större utsträckning hämtade ut läkemedel vid klimakteriebesvär än kvinnor med lägre utbildning. Antal läkemedelsuttag vid klimakteriebesvär var 115 per 1 000 kvinnor samma åldrar i befolkningen för de kvinnor som har eftergymnasial utbildning (mindre än 3 år) vilket kan jämföras med 84 läkemedelsuttag per 1 000 för kvinnor med förgymnasial utbildning.

Dessa resultat kan möjligen tyda på att grupper med olika utbildningsnivåer inte tar del av gynekologisk öppenvård för klimakteriebesvär på ett jämlikt sätt.

Figur 13. Uttag av hormonläkemedel vid klimakteriebesvär uppdelat på utbildningsnivå 2018

Antal kvinnor 45–60 år per 1 000 med uttag av hormonläkemedel vid klimakteriebesvär uppdelat på grupperad utbildningsnivå 2018.



*644 har okänd utbildningsnivå eller saknar uppgift om utbildningsnivå.
Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister och Utbildningsregistret

Samtidig ohälsa

Samtidig ohälsa, eller samsjuklighet, innebär att andra sjukdomar eller tillstånd uppträder samtidigt. I den här rapporten anges oregelbundna blödningar, värmevallningar och svettningar som de besvär som har de tydligaste sambanden med sänkta östrogennivåer under klimakteriet.

Studier visar att kvinnor i klimakteriet ofta rapporterar både psykiska och fysiska symtom utöver dessa typiska symtom [14, 60]. När det gäller sömnproblem och psykiska problem kan orsakerna variera och vara komplexa. Sömnproblem under klimakteriet kan exempelvis både föregå klimakteriet och vara en följd av att värmevallningar och nattliga svettningar stör sömnen [60]. Sömnproblem kan i sin tur vara en möjlig och bidragande orsak till trötthet och nedsatt psykisk hälsa. I en litteratursammanställning dras slutsatsen att klimakteriet kan medföra sömnproblem utöver det som kan förväntas av ökad ålder [62]. Diskussioner förs även om samtidig ohälsa i form av hjärt-kärlsjuklighet, diabetes och astma [14, 62-65].

Hälsa hos kvinnor som använder hormonläkemedel

Tidigare observationer har pekat mot att kvinnor som använder hormonläkemedel vid klimakteriebesvär har bättre hälsa än de som inte använder läkemedel. Men senare studier visar snarare att kvinnor som använder hormonläkemedel rapporterar fler symtom, bland annat i form av psykisk ohälsa och besvär i övre mag-tarmkanalen än de som inte använder hormonläkemedel. [58, 59, 66].

Samtidig ohälsa utifrån hälsodataregister

En källa till underlag om samsjuklighet vid klimakteriebesvär är Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister. I detta avsnitt presenteras analyser av samtidig ohälsa, som har identifierats via de övriga diagnoser och läkemedel som kvinnan har fått under samma år som hon fått diagnosen klimakteriebesvär.

Dessutom undersöks samtidig ohälsa enbart utifrån uppgifter i läkemedelsregistret om de övriga läkemedel som skrivs ut till kvinnor samma år som de har hämtat ut förskrivna läkemedel vid klimakteriebesvär.

Tabell 4. De 20 vanligaste övriga diagnoserna bland kvinnor som haft vårdkontakt vid klimakteriebesvär 2018.

De 20 vanligaste huvud- eller bidiagnoserna bland de 36 395 kvinnor 45–60 år med vårdkontakter i gynekologisk öppenvård för diagnos (huvud- eller bidiagnos) N95 (samma år) 2018. Z-diagnoser är borttagna då dessa är avsedda för annan diagnostisering än för sjukdom, skada eller yttre orsak

ICD-10	Diagnos	Antal kvinnor	Andel kvinnor
D25	Uterusmyom (muskelsvulst i livmodern)	2 432	6,7 %
R10	Smärtor från buk och bäcken	2 320	6,4 %
N39	Andra sjukdomar i urinorganen	1 572	4,3 %
M79	Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras annorstädes	1 419	3,9 %
N92	Riklig, frekvent och oregelbunden menstruation	1 375	3,8 %
N76	Annan inflammation i vagina och vulva	1 168	3,2 %
N84	Polyp i de kvinnliga könsorganen	1 106	3,0 %
N83	Icke inflammatoriska sjukdomar i äggstockar, äggledare och breda ligament	1 004	2,8 %
N81	Framfall av livmodern och slidan	920	2,5 %
F43	Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	911	2,5 %
R07	Smärtor i luftstrupe och bröstkorg	867	2,4 %
B37	Candidainfektion	862	2,4 %
F41	Andra ångestsyndrom	766	2,1 %
L90	Atrofiska hudsjukdomar	738	2,0 %
D22	Melanocytnevus (godartad hudförändring)	737	2,0 %
M54	Ryggvärk	709	1,9 %
N87	Dysplasi i cervix uteri (livmoderhalsen)	702	1,9 %
H04	Sjukdomar i tårapparaten	645	1,8 %
R52	Smärta och värk som ej klassificeras annorstädes	626	1,7 %
H40	Glaukom (grön starr)	623	1,7 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Studier har visat att kvinnor som använder hormonläkemedel har fler vårdkontakter och använder flera olika typer av läkemedel [59, 87].

Tabell 4 visar de vanligaste diagnoserna bland kvinnor i åldrarna 45–60 år som hade vårdkontakter i gynekologisk öppen vård för klimakteriebesvär år 2018. De vanligaste diagnoserna var muskelknuta (myom) i livmodern (6,7 procent), smärtor i buk och bäcken (6,4 procent) samt sjukdomar i urinorganen (4,3 procent).

När jämförelser görs mot en kontrollgrupp kvinnor utan diagnosen klimakteriebesvär visar det sig att gynekologiska hälsoproblem var vanligare i gruppen av kvinnor med klimakteriebesvär. En möjlig förklaring kan vara att dessa hälsoproblem är orsaken till vårdkontakten och att klimakteriebesvären har identifierats i samband med denna vårdkontakt. Dessa diagnoser behöver inte ha registrerats vid samma vårdkontakt som diagnosen för klimakteriebesvär, men under samma år.

Vårdåtgärd som registrerats med KVÅ-kod

Vid ett vårdbesök kan även en vårdåtgärd registreras med en KVÅ-kod. Vårdåtgärden görs i utredande, behandlande eller förebyggande syfte. I ungefär hälften av vårdkontakterna för den undersökta gruppen av kvinnor har KVÅ-koder registrerats för 2018. Den vanligaste vårdåtgärden var vaginal ultraljudsundersökning (39,2 procent). Andra vanliga åtgärder var cytologprov (13,2 procent) och biopsi av livmoderslemhinnan (10,1 procent). 13 procent av kvinnorna fick information och rådgivning per telefon. För mer information, se bilaga 2.

Samtidig ohälsa utifrån läkemedelsregistret

Tabell 5, nedan, visar vilka andra läkemedel som förskrevs till kvinnor samma år som läkemedel mot klimakteriebesvär hade förskrivits.

Tabell 5. De 20 vanligaste läkemedelsgrupperna bland kvinnor som hämtat ut hormonläkemedel vid klimakteriebesvär 2018.

De 20 vanligaste läkemedelsgrupperna bland kvinnor 45–60 år som hämtat ut hormonläkemedel vid klimakteriebesvär (samma år) 2018.

Läkemedelsgrupp	Antal uttag	Antal kvinnor	Andel kvinnor
Östrogener	223 751	79 483	73,7 %
Gestagener och östrogener	98 678	33 957	31,5 %
Antiinflammatoriska medel, icke steroida	64 089	27 392	25,4 %
Övriga analgetika och antipyretika	86 511	25 639	23,8 %
Antidepressiva	124 324	25 170	23,3 %
Medel vid magsår	71 003	22 629	21,0 %
Antibakteriella betalaktamer, penicilliner	32 588	21 843	20,2 %
Sömnmedel och lugnande medel	114 234	20 967	19,4 %
Antihistaminer för systemiskt bruk	49 916	17 755	16,5 %
Opioider	93 328	16 523	15,3 %
Tyreoideapreparat	61 282	13 842	12,8 %
Adrenergika, inhalationer	46 426	13 751	12,7 %
Kortikosteroider (utvärtes bruk)	23 265	13 097	12,1 %
Lugnande medel, ataraktika	56 612	12 994	12,0 %
Medel vid förstoppning	33 062	12 948	12,0 %
Lokal behandling mot nässjukdomar	27 409	12 938	12,0 %
Vitamin B12 och folsyra	42 514	10 756	10,0%
Beta-receptorblockerande medel	37 599	10 430	9,7 %
Kortikossteroider för systemiskt bruk	21 475	9 923	9,2 %
Gestagener	16 986	9 169	8,5 %

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 5 visar de 20 vanligaste läkemedelsgrupperna bland kvinnor som hämtat ut förskrivna hormonläkemedel vid klimakteriebesvär under 2018. Som förväntat var hormonläkemedel vid klimakteriebesvär de vanligast förskrivna och uthämtade läkemedlen.

De vanligaste övriga läkemedelsgrupperna var antiinflammatoriska läkemedel (25,4 procent), smärtstillande- och febernedsättande läkemedel (23,8 procent), antidepressiva läkemedel (23,3 procent) och läkemedel vid magsår (21,0 procent).

När dessa resultat jämfördes med en kontrollgrupp av kvinnor utan hormonläkemedel för behandling av klimakteriebesvär visar det sig att kvinnorna med hormonläkemedel hade fler uttag av läkemedel mot andra tillstånd och sjukdomar generellt. De läkemedelsgrupper som kvinnor med hormonläkemedel främst använde i högre grad än kontrollgruppen är:

- sömnläkemedel och lugnande läkemedel: 19,4 procent jämfört med 13,9 procent
- läkemedel vid magsår: 21,0 procent jämfört med 16,0 procent,
- läkemedel vid förstoppning: 12,0 procent jämfört med 7,7 procent
- kortikosteroider (antiinflammatoriska för utvärtes bruk): 12,1 procent jämfört med 8,3 procent.

Läkemedel hos kvinnor som haft en vårdkontakt

Det vanligaste läkemedlet bland kvinnor i åldrarna 45–60 år som hade en vårdkontakt vid klimakteriebesvär i gynekologisk öppenvård år 2018 var Vagifem som är ett lågpotent läkemedel som används lokalt och innehåller östradiol (se bilaga 3). Kvinnor med diagnosen klimakteriebesvär hade även oftare hämtat ut antibiotika som förskrivits mot urinvägsinfektion och sömnläkemedel än kvinnor som inte hade vårdkontakt vid klimakteriebesvär.

Sammanfattande slutsatser och diskussion

I denna rapport har den huvudsakliga inriktningen varit att beskriva vård och behandling vid klimakteriebesvär utifrån information i Socialstyrelsens hälsodataregister. Frågor om kvinnors upplevelser av och uppfattningar om klimakteriebesvär och om hälso- och sjukvård vid klimakteriebesvär ha endast berörts övergripande. Att undersöka dessa frågor mer ingående kan ge ytterligare underlag om skillnader i vård och behov av eventuella förbättringsåtgärder. Socialstyrelsen avser att göra detta i kommande arbeten.

Behov av vård

Utifrån en svensk befolkningsstudie har omkring 70 procent av kvinnor i åldern 47-56 år klimakteriebesvär i form av värmevallningar och svettningar. Av dessa beräknas en tredjedel ha måttliga till svåra besvär. Indikationen för behandling av klimakteriebesvär är försämrad livskvalitet. Socialstyrelsens analyser av uppgifter i läkemedelsregistret visar att drygt 6 procent av kvinnorna mellan 45 och 60 år har hämtat ut medelpotenta hormonläkemedel, som används för att lindra dessa besvär.

Historiskt kan stora skillnader ses i användningen av hormonläkemedel.

I början av 2000-talet, innan vetenskapliga rön presenterades om riskerna med att använda hormonläkemedel, använde 20 procent av kvinnorna medelpotenta hormonläkemedel. Bland kvinnor i åldern 50–55 år var användningen ännu högre.

Studier har sedan gett underlag för mer balanserade tolkningar av hormonläkemedlens risker och nytta för kvinnor under och efter klimakteriet.

Är hälso- och sjukvården för klimakteriebesvär effektiv?

I flera regioners riktlinjer för vård och behandling av klimakteriebesvär anges allmänmedicinsk verksamhet som den första vårdnivån, medan kvinnor med svårare och oklara besvär kan hänvisas till gynekologisk verksamhet. Socialstyrelsens kartläggningsresultat visar att den gynekologiska öppenvården idag står för en större andel av förskrivningen av hormonläkemedel vid klimakteriebesvär än primärvården. Idag förskrivs drygt 69 procent av de medelpotenta hormonläkemedlen inom gynekologisk öppenvård och knappt 24 procent inom primärvården.

Att en så stor andel av patienter med klimakteriebesvär idag får behandling i form av hormonläkemedel inom gynekologisk öppenvård kan tyda på en ineffektiv resursanvändning. I nuläget saknar vi dock tillräcklig information om hur primärvården i olika delar av Sverige arbetar med klimakteriebesvär. Primärvården har med sitt breda perspektiv på hälsa bra förutsättningar att möta kvinnor med klimakteriebesvär utifrån en helhetssyn.

Information och råd om klimakteriet och hälsosamma levnadsvanor

Utöver behandling med hormonläkemedel är det väsentligt att kunna erbjuda information om klimakteriet och om vad kvinnan kan göra på egen hand för att lindra sina besvär. Rådgivning om hälsosamma levnadsvanor kan i detta sammanhang fylla en viktig roll som ett första steg i vården för klimakteriebesvär och för att förbättra kvinnans välbefinnande. För dessa åtgärder har även andra professioner än läkare en viktig roll.

Geografiska skillnader i vård och behandling

Socialstyrelsens kartläggning visar att vårdkontakterna inom gynekologisk öppenvård varierar kraftigt i landet. Stockholms län hade flest vårdkontakter vid klimakteriebesvär med nästan 14 300 per 100 000 invånare i åldersgruppen 45–60 år. Antalet vårdkontakter i Stockholm var upp till 7 gånger vanligare än i vissa andra län. Detta innebär att tillgången till den mest specialiserade vården inte är jämnt fördelad i Sverige.

Även andelen förskrivna läkemedel varierar geografiskt. Flest läkemedelsuttag gjordes av kvinnor i Uppsalas och Stockholms län med över 400 uttag per 1 000 kvinnor i åldern 45–60 år. Blekinge, Jämtland och Kronoberg hade lägst andel läkemedelsuttag med färre än 250 per 1 000 kvinnor.

Socioekonomiska skillnader i vård och behandling

Kvinnor med högre utbildning har en större andel vårdkontakter hos gynekologisk öppenvård än kvinnor med lägre utbildning. Kvinnorna med hög utbildning hämtar även i högre utsträckning ut hormonläkemedel än kvinnor med lägre utbildning. Resultatet kan bero på olika faktorer som exempelvis hur kvinnor med olika utbildningsnivåer söker vård samt deras kunskaper om klimakteriet och om möjlig behandling. Det är därför angeläget att undersöka vidare hur råd, stöd och behandling av klimakteriebesvär kan göras mer tillgänglig för att främja en mer jämlik vård.

Referenser

1. Avis NE, Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symtoms across racial/ethnic groups, Soc Sci Med 2001;52:345-56.
2. Ekström E. Keeping my ways of beeing. Middle-aged women in and menopause, avhandling, Lunds universitet, 2005.
3. https://icd.who.int/browse10/2016/en#/N95, hämtad 2019-12-12.
4. Greene JG, Constructing a standard climacteric scale. Maturitas. 1998 May 20;29(1):25-31.
5. www.menopause-rating-scale.info/, hämtad 2019-12-18.
6. Li C. et al., Menopause-related symptoms: What are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study), Am J Obstet Gynecol. 2003 Dec;189(6):1646-53.
7. Olofsson et. al, Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women, Climacteric 2000;3: 33-42.
8. Ayers B, et .al, The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review, Maturitas 2010 Jan;65(1):28-36.
9. Nedstrand E, et al. The relationship between stress-coping and vasomotor symptoms in postmenopausal women. Maturitas. 1998 Nov 30;31(1):29-34.
10. McKinlay SM, The normal menopause transition, Maturitas, 1992:14;103-115.
11. Berin E et al. Resistance training for hot flushes in postmenopausal women: A randomised controlled trial. Maturitas. 2019 Aug;126:55-60.
12. Hammar M et al. Does physical exercise influence the frequency of postmenopausal hot flushes?Acta Obstet Gynecol Scand. 1990;69(5):409-12.
13. Ivarsson T, et al. Physical exercise and vasomotor symptoms in postmenopausal women. Maturitas. 1998 Jun 3;29(2):139-46.
14. Li C. et al., Health profile of middle-aged women: The Women's Health in the Lund Area (WHILA) study, Human Reproduction, Volume 17, Issue 5, May 2002, Pages 1379–1385.
15. Lindh-Åstrand L et al. Women's conception of the menopausal transition--a qualitative study. b J Clin Nurs. 2007 Mar;16(3):509-17.
16. Busch, H. BA; Barth-Olofsson, A. S. BA; Rosenhagen, S. BA; Collins, A. Menopausal transition and psychological development.
17. Hvas, L. Menopausal women's positive experience of growing older, Maturitas. 2006 Jun 20;54(3):245-51.
18. Hoga, L., et al. (2015). "Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence." JBI database of systematic reviews and implementation reports 13(8): 250-337.

19. Ekström H, Keeping My Ways of Being. Middle-aged women dealing with the passage through menopause, The Grounded Theory Review, Vol. 5, No. 1, 2005, p. 21-53.
20. Lindh-Åstrand L et al., Knowledge of reproductive physiology and hormone therapy in 53- to 54-year-old Swedish women: a population-based study. 2007 Nov-Dec;14(6):1039-47.
21. Olazábal Ulacia JC et. al. Models of intervention in menopause: proposal of a holistic or integral model. Menopause. 1999 Fall;6(3):264-72.
22. Bardel A, Age-specific symptom prevalence in women 35-64 years old: a population-based study. BMC Public Health. 2009 Jan 26;9:37.
23. Aristotle. Historia Animalium, Cambridge Classical texts and commentaries, 38, Cambridge University Press 2011.
24. Gardanne C. Avis aux femmes qui Entrant dans l'age Critique. Paris: Gabon 1816:Ch 6.
25. Bruns P. Die Allegemeine Lehra Won Den Knocker Bruchel DTSH Chirugie. 1882;22:400.
26. Williams R. The influence of sex in disease. London:1885.
27. MacKenzie J. Irritation of the sexual apparatus. Am J Med 1884;87:360-5.
28. Lock M, Menopause: Lessons from anthropology, Psychomatic Medicin, 1989;60:410-19.
29. Wilson RA, Feminine Forever. London: WH Allen, 1966.
30. Smith D, Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma, The New England Journal of Medicine, 1975; 293 (23): 1164-1167.
31. Ziel H et al. Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens, The New England Journal of Medicine, 1975; 293 (23): 1167-1170.
32. Houck J, "What do these women want?" Feminist responses to Feminine Forever 1963-1980", Bulletin of the history of medicine, spring 2003.
33. Stampfer M J, Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: Ten year follow-up from the Nurses' Health Study, 1991;325:756-762.
34. Grady D. et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women, Annals of Internal Medicine, 1992;117:1016-1037.
35. Bergkvist L et al. The risk of breast cancer after estrogen and estrogen-progestin replacement. N Engl J Med. 1989 Aug 3;321(5):293-7.
36. Hulley S et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA. 1998 Aug 19;280 (7):605-13.
37. Roussouw JE, Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA, 2002;321-33.
38. Lee J, What your doctor may not tell you about menopause, Wellness Central 1996.

39. Clavel-Chapelon A et al. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort, International Journal of Cancer 2004.
40. Clavel-Chapelon A et al. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study, Breast Cancer Research and Treatment, 2007.
41. Manson et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials, JAMA. 2017 Sep 12;318(10):927-938.
42. Preliminär SFOG-råd för menopausal hormonbehandling 2019, www.sfog.se/media/336474/mht-sfog-raad-preliminar-hemsida.pdf?fbclid=IwAR0dJZGr-xzuZYEfQMrx1-Hq8qY5CxvoeBPpE-HjTUI5Hq2YV4hINjzA0kWw.
43. Preliminär SFOG-råd för menopausal hormonbehandling 2019 Bakgrundsdokument, 2019.
44. Lindh-Åstrand L, et al. Hot flushes, hormone therapy and alternative treatments: 30 years of experience from Sweden. Climacteric, 2015, Feb;18(1):53-62.
45. www.viss.nu, hämtad 2019-11-20
46. https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=16281&nodeId=39797 hämtad 2019-11-20
47. Vårdprocessprogram som belyser metoder som stöder ökat välbefinnande vid klimakteriebesvär i övergångsåldern, Region Östergötland, 2018-10-01. www.lul.se/Global/ExtranprocentC3procentA4t/VprocentC3procentA5rdgivare/VprocentC3procentA5rdprogram/VprocentC3procentA5rdprogramprocent20Klimakteriet.pdf, hämtad 2019-12-02.
48. Regional medicinsk riktlinje, Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och gynekologi. Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2018–00847) giltigt till november 2020 i Region Västra Götaland).
49. https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-bmm-2020-beslutade-190925.pdf, hämtad 2019-11-20.
50. Personlig kommunikation med Nicholas Burman, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Koncernkontoret, Region Skåne, januari 2020.
51. https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/barnmorskemottagning-modravardscentral/forfragningsunderlag---barnmorskemottagning-2020, hämtad 2020-01-10.
52. Socialstyrelsens Föreskrifter och allmänna råd, Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2015.
53. Svensk förening för allmänmedicins rekommendationer, http://sfam.se/wp-content/uploads/2018/08/SOSFS-2015-8-SFAMs-rekommendationer.pdf, hämtad november 2019.
54. Lindh-Åstrand L. et al. Hormone therapy might be underutilized in women with early menopause, Volume: 30 Issue: 4 Pages: 848-852 Published: APR 2015.
55. http://klokalistan2.janusinfo.se/20191/Gynekologi-obstetrik/#269305, hämtad i november 2019.

56. Lindh-Åstrand L. et al. Effects of applied relaxation on vasomotor symptoms in postmenopausal women: a randomized controlled trial, Menopause. 2013 Apr;20(4):401-8.
57. Befus D, Management of Menopause Symptoms with Acupuncture: An Umbrella Systematic Review and Meta-Analysis. J Altern Complement Med. 2018 Apr;24(4):314-323.
58. Ekström H, Trends in middle-aged women's reports of symptoms, use of hormone therapy and attitudes towards it. Maturitas. 2005 Oct 16;52(2):154-59
59. Lindh-Åstrand L. et al., Attitudes towards the menopause and hormone therapy over the turn of the century, 2007, Maturitas, (56), 1, 12-20.
60. Khoudary, SR The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), Menopause: October 2019, volume 26, issue 10, p 1213–1227.
61. Avis, S.M. Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women, Obstet Gynecol Clin North Am. 2018 Dec;45 (4):629-640.
62. Shaver JL et al. Sleep and menopause: a narrative review, Menopause. 2015 Aug;22(8):899-915.Biglia et al. Vasomotor symptoms in menopause: a biomarker of cardiovascular disease risk and other chronic diseases? Journal Climacteric, Volume 20, 2017 - Issue 4.
63. Biglia et al.,Vasomotor symptoms in menopause: a biomarker of cardiovascular disease risk and other chronic diseases? Journal Climacteric, Volume 20, 2017 – issue 4.
64. Zemp E et al., Asthma and the menopause: a systematic review and meta-analysis, Maturitas 2012; 73: 212-7.
65. Triebner K, et al. Menopause as a predictor of new-onset asthma: A longitudinal Northern European population study. J Allergy Clin Immunol 2016;137:50-7.
66. Khatibi E A, et al. Does hormone therapy increase allergic reactions and upper gastrointestinal problems? Results from a population-based study of Swedish woman. The women's health in the Lund area (WHILA) study. Maturitas. 2004 Aug 20;48(4):438-45.

Bilaga 1 – Metod

Registerstudier

I arbetet med att kartlägga förekomst av klimakteriebesvär har registerdata använts för att undersöka antal vårdkontakter och behandlingar i form av uttag av hormonpreparat mot klimakteriebesvär. Analyser har tagits fram för att undersöka tillgång till vård efter var kvinnorna bor samt efter utbildningsnivå. Dessutom undersöktes samtida sjuklighet genom diagnoser och läkemedelsuttag. De hälsodataregister som använts och samkörts är Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister. För att ställa antal vårdkontakter och läkemedelsuttag i relation till befolkningen och för att få fram uppgifter om utbildningsnivå har Socialstyrelsens hälsodataregister samkörts med nationella register från SCB. De aktuella register som använts från SCB var Utbildningsregistret (UREG) och SCB:s register över totalbefolkningen (RTB).

Vårdkontakter från patientregistret

I patientregistret finns information på individnivå om öppen specialiserad vård och sluten vård. Register över slutenvård har funnits sedan 1964 och har nationell täckning sedan 1987. Uppgifter om den specialiserade öppenvården kom till 2001. Diagnoser gällande klimakteriebesvär är vanligast i den specialiserade öppenvården och de inskrivningar i slutenvård som finns registrerade är inte med i denna rapport.

Inrapporteringen är lagstadgad och alla som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård ska rapportera uppgifter om patienter som behandlas av läkare i den öppna hälso- och sjukvården, oavsett finansieringsform. En öppenvårdskontakt kan ske på olika sätt. Vanligt är att patienten besöker en mottagning/vårdenhet men det kan också ske kontakter i form av hembesök, per telefon och brev samt på en annan plats.[5] Till registret förs uppgifter om diagnoser, behandlingar, kirurgi och yttre orsak till skador och förgiftningar. För varje besök som registreras i patientens journal ska en kod för huvuddiagnos anges. Huvuddiagnosen är det tillstånd som är anledningen till vårdkontakten och klassificeras enligt ICD-10-SE, den svenska översättningen av den internationella klassificeringen, ICD 10. Övriga tillstånd som är av betydelse för bedömning och behandling vid den aktuella kontakten ska också anges och registreras som bidiagnoser. I denna rapport analyseras både huvuddiagnos och bidiagnoser för att få en större träffbild av kvinnor med klimakteriebesvär.

Specialiserad öppenvård omfattar inte vård som bedrivs inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, hemsjukvård, skolsjukvård, företagshälsovård eller socialtjänst. Inte heller registreras besök hos annan vårdpersonal än läkare. Detta innebär en underskattning av den totala förekomsten av kvinnor

[5] Kontakter som inte ska rapporteras är allmänna upplysningar om besök, öppettider och journal, fjärrkontakt som leder till besök i direkt anslutning, kort fjärrkontakt, förlängning av sjukskrivning och förnyelse av recept.

med klimakteriebesvär. För att i någon mån kompensera för denna underskattning användes också läkemedelsuttag vilket är oberoende av förskrivare.

Registerbortfallet har minskat de senaste åren. Inom gynekologisk vård har andel saknade diagnoser minskat och ligger de senaste åren runt 2 procent. I början av 2000-talet kunde andelen vara runt 10–30 procent och vissa år mycket högre. Bortfall förekommer även i form av privata vårdgivare som inte rapporterat in läkarbesök. Vissa verksamhetsområden är mer drabbade av bortfall från den privata sektorn. Det har skett en ökad inrapportering av klimakteriebesvär i öppen specialiserad vård efter 2011 och inrapporteringarna stabiliserar sig efter en topp 2014. Även efter det kan förändringar i inrapporteringen ha betydelse. Den ökande kvaliteten på data samt de olika källorna till bortfall är viktigt att tänka på i tolkningar av trend över tid.

Läkemedelsuttag från läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret startades 2005 och innehåller alla läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek. Registret innehåller uppgifter om patienten, den expedierade varan och förskrivaren. Det finns däremot inte uppgifter om läkemedel i slutenvård eller läkemedel som säljs receptfritt för egenvård på apotek. Vissa av de läkemedel som analyseras i rapporten är lågpotenta hormonläkemedel som även säljs receptfritt och detta ger en underskattning av förekomst av lokal behandling med lågpotent behandling i analyserna.

Alla som säljer läkemedel mot recept måste rapportera in uppgifter till E-hälsomyndigheten och vidare till Socialstyrelsen. Kvaliteten är generellt bra och bygger ofta på en automatiserad insamlingsprocess som baseras på administrativa system. I detta register finns information om läkemedel utskrivna för klimakteriebesvär i både primärvård och öppen specialiserad vård

Avgränsningar

I denna rapport studeras kvinnor i Sverige i åldern 45–60 år som har klimakteriebesvär. I registerstudierna definierades dessa kvinnor på två sätt. Dels analyserades de kvinnor som besökt öppen specialiserad vård och fått huvuddiagnoskod eller bidiagnoskod *N95 Sjukliga tillstånd i klimakteriet*, tabell A1. Den öppna specialiserade vården kallas i rapporten gynekologisk öppenvård då de flesta kvinnor med vårdkontakter i öppen specialiserad vård gällande klimakteriebesvär besöker gynekologisk vård.

I andra analyser identifierade vi kvinnor i åldern 45–60 år som hämtat ut hormonläkemedel för behandling av klimakteriebesvär enligt definierad lista av ATC-koder och läkemedelsprodukter, tabell A2. Listan är framtagen i nära samarbete med SFOG, Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi.

Tabell A1. Aktuella ICD-10 koder.

N95	Sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet
N95.0	Postmenopausal blödning
N95.0A	Postmenopausal blödning hos icke hormonbehandlad kvinna
N95.0B	Postmenopausal blödning hos östrogenbehandlad kvinna
N95.0W	Annan specificerad postmenopausal blödning
N95.0X	Postmenopausal blödning, ospecificerad
N95.1	Tillstånd i samband med klimakteriet
N95.2	Atrofisk vaginit efter menopausen
N95.3	Tillstånd sammanhängande med icke naturlig menopaus
N95.8	Andra specificerade sjukliga tillstånd i samband med klimakteriet
N95.9	Sjukligt tillstånd i samband med klimakteriet, ospecificerat

Tabell A2. Aktuella ATC-koder och produkter

Medelpotent östrogen (systemisk behandling) respektive lågpotent östrogen (lokal behandling och lågdoserad peroral behandling). *Transdermal

ATC-kod	Ämne	Produktnamn
Medelpotent östrogen		
G03CA03	Östradiol	Divigel*
		Estradot*
		Femanest
		Lenzetto*
		Progynon
G03FB05	Östrogen och Noretisteron	Femasekvens
	Sekventiell	Novofem
		Sequidot
G03FA01	Östrogen och Noretisteron	Activelle
	Kontinuerlig	Cliovelle
		Estalis*
		Eviana
		Femanor
		Noresmea
G03FB06	Östrogen och Medroxiprogesteron	Divina Plus
	Sekventiell	Trivina
G03FA12	Östrogen och Medroxiprogesteron	Indivina
	Kontinuerlig	
G03FA17	Östrogen och Drospirenon	Angemin
	Kontinuerlig	
G03CX01	Tibolon	Livial
	Kontinuerlig	Tibolon Mylan
		Tibolon Orifarm
		Tibelia
		Tibocina
Lågpotent östrogen		
G03CA03	Östradiol	Oestring
		Vagifem
G03CA04	Östriol	Blissel
		Estrokad
		Oestriol Aspen
		Oestriol Imi Pharma
		Oestriol Mylan
		Ovesterin

Samtidig ohälsa

Med samtidig ohälsa avses annan sjuklighet som registreras samma år som den undersökta sjukligheten, i detta fall klimakteriebesvär. För att undersöka samtidig ohälsa hos kvinnor med klimakteriebesvär jämfördes förekomsten hos denna grupp mot förekomsten av diagnoser och läkemedelsuttag hos en kontrollgrupp av kvinnor i samma åldrar som inte har fått diagnosen klimakteriebesvär alternativt läkemedelsbehandling mot klimakteriebesvär. Klimakteriebesvär kan förekomma innan och efter den undersökta tidsperioden bland personer i kontrollgruppen.

Jämlik vård

Registeranalyser ger möjlighet att identifiera och analysera de regionala skillnader i vård som kan finnas mellan olika delar av Sverige. Det kan också finnas skillnader mellan vård som ges till kvinnor respektive män, eller till personer i olika ålder, utbildningsnivå eller födelseland.

För att studera geografisk fördelning av klimakteriebesvär undersöktes vårdkonsumtion gällande klimakteriebesvär per folkbokföringslän. Data analyserades även åldersstandardiserat för att se att jämförelserna inte påverkats av skillnader i åldersstruktur mellan länen. Figur 2 som visar antal gynekologer och allmänläkare som är sysselsatta i olika län.

För att studera påverkan av socioekonomisk status på klimakteriebesvär användes variabeln utbildningsnivå. Tidigare studier visar att utbildningsnivå ger en relativt bra bild av socioekonomisk status. Utbildningsnivå kommer från Utbildningsregistret. I analyserna är utbildning grupperat enligt följande; förgymnasial utbildning, gymnasial utbildning, eftergymnasial utbildning mindre än 3 år, eftergymnasial utbildning 3 år eller mer samt okänd. Gruppen med okänd utbildningsnivå består till största delen av utrikes födda personer som kommit till Sverige under de senaste åren. Bortfallsanalyser av denna grupp visar att den inte bör slås ihop med någon annan grupp och tas därmed inte med i redovisningen.

Analyser och begrepp

Förekomst studerades i form av antal kvinnor och antal vårdkontakter alternativt antal läkemedelsuttag. Begreppet vårdkonsumtion innebär antal vårdkontakter för kvinnor med vårdkontakter vid klimakteriebesvär under en given tidsperiod. För att sätta antalen i relation till befolkningen redovisas antal kvinnor/vårdkontakter i åldrarna 45–60 per 100 000 kvinnor i samma åldrar när det gäller vårdkontakter och antal kvinnor/läkemedelsuttag i åldrarna 45–60 år per 1 000 kvinnor i samma åldrar när det gäller läkemedelsuttag. Det bör här observeras att en pågående oavbruten läkemedelsbehandling normalt kräver fyra läkemedelsuttag per år.

Begreppet förstavårdskontakt innebär i rapporten första vårdkontakten för klimakteriebesvär under det studerade året där kvinnan inte haft vårdkontakter vid klimakteriebesvär två år innan den studerade tiden.

De siffror som redovisas representerar kvantiteter på gruppnivå och avser inte att berätta om enskilda individer. Slutsatser om orsakssamband kan inte dras av dessa data.

Bilaga 2 – Vårdåtgärd

Tabell A3. De 20 vanligast förekommande vårdåtgärderna (KVÅ) bland kvinnor med vårdkontakt vid klimakteriebesvär 2018

De 20 vanligaste vårdåtgärderna, klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), bland kvinnor 45–60 år med vårdkontakter i gynekologisk öppenvård för huvud- eller bidiagnos N95 (samma år) 2018.

Vårdåtgärd	Antal vårdåtgärder	Antal kvinnor	Andel kvinnor
Vaginal ultraljudsundersökning av uterus, adnexa och lilla bäckenet	21 439	14 262	39,2 %
Information och rådgivning med patient per telefon	8 105	4 819	13,2 %
Cytologprov, bakre fornix, portio och cervix uteri	4 443	3 872	10,6 %
Biopsi av endometriet	4 256	3 688	10,1 %
Klinisk undersökning av kvinnliga genitalia	5 031	3 419	9,4 %
Utfärdande av recept, hjälpmedelskort och livsmedelsanvisning	2 404	1 680	4,6 %
Okänd	1 979	1 584	4,4 %
Ögonbiomikroskopi, utan kontaktglas	2 260	1 555	4,3 %
Läkemedelsgenomgång, enkel	2 809	1 529	4,2 %
Oplanerad inskrivning till sluten vård	1 964	1 515	4,2 %
Enkla råd om tobaksbruk	2 679	1 503	4,1 %
Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd	3 007	1 200	3,3 %
Strukturerad suicidriskbedömning	2 853	1 186	3,3 %
Uttagning av intrauterint preventivmedel (IUP)	1 355	1 173	3,2 %
Rådgivande samtal	1 571	1 122	3,1 %
Ordination av läkemedel	1 957	991	2,7 %
Dermatoskopi, manuell	1 121	983	2,7 %
Kolposkopi	1 163	893	2,5 %
Upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan	989	737	2,0 %
Vaginal ultraljudsundersökning, hysterosonografi	791	730	2,0 %

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Bilaga 3 – Läkemedelsprodukter

Tabell A4. De 20 vanligast förekommande läkemedelsprodukterna bland kvinnor med vårdkontakt vid klimakteriebesvär 2018

De 20 vanligast förekommande läkemedelsprodukterna bland de 36 395 kvinnor 45–60 år med vårdkontakter i gynekologisk öppenvård för huvud- eller bidiagnos N95 (samma år) 2018.

Läkemedelsprodukt	Antal uttag	Antal kvinnor	Andel kvinnor
Vagifem	10 878	5 386	14,8 %
Alvedon	12 437	5 158	14,2 %
Estradot	13 856	4 882	13,4 %
Levaxin	17 838	4 458	12,2 %
Ovesterin	6 953	4 021	11,0 %
Provera	4 294	3 134	8,6 %
Indivina	7 710	2 967	8,2 %
Cocillana-Etyfin	3 465	2 945	8,1 %
Imovane	7 901	2 545	7,0 %
Oestring	5 689	2 348	6,5 %
Nitrofurantoin Alter-nova	3 003	2 300	6,3 %
Novofem	5 377	2 281	6,3 %
Selexid	2 803	2 279	6,3 %
Propavan	7 181	2 202	6,1 %
Behepan	4 385	2 189	6,0 %
Zopiklon Pilum	5 858	2 099	5,8 %
Omeprazol ABECE	3 170	2 092	5,7 %
Naproxen Mylan	2 570	2 026	5,6 %
Alvedon forte	3 964	1 941	5,3 %
Atarax	4 112	1 931	5,3 %

Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Bilaga 4 – Förkortningar och ordförklaringar

ATC – Anatomical Therapeutic Chemical Classification. System för klassificering av läkemedel.
ICD-10-SE – Internationell statistisk klassificering av sjukdomar och hälsorelaterade problem, Svensk version 10
HT – hormonterapi
HRT – hormonell ersättningsterapi (Hormone Replacement Therapy)
IVF – In Vitro Fertilization (provrörsbefruktning)
KBT – kognitiv beteendeterapi
MHT – menopausal hormonterapi
SFOG – Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
Klimakterium – period på 5–10 år före och efter menopaus
Kontinuerlig behandling – Något eller några år efter menopaus kan både östrogen och progestagen tillföras dagligen varvid östrogenets stimulerande effekt på livmoderslemhinnan kontinuerligt motverkas av progestagenet och kvinnan kan bli blödningsfri.
Kontraindikation – Ett tillstånd, en faktor eller en sjukdom som ökar risken med att använda ett särskilt läkemedel, utföra en medicinsk behandling eller en särskild åtgärd.
Lågpotent östrogen – östrogenläkemedel av låg styrka som stimulerar slemhinnorna i vagina, vulva, urinröret och urinblåsan. Används främst för lokal behandling mot torra och sköra slemhinnor i underlivet
Medelpotent östrogen – östrogenläkemedel av medelhögstyrka mot besvär med värmevallningar och svettningar. Har även stimulerande effekter på slemhinnor i vagina, vulva, urinröret och urinblåsan,
Menopaus – den allra sista menstruationsblödningen, utan att någon ytterligare blödning uppkommer på minst 12 månader, enligt WHOs definition
MHT – Menopausal hormonterapi, tidigare ofta benämnt HRT (hormonal Replacement Therapy, hormonell ersättningsbehandling) som innehållande ett östrogen, vanligen kombinerat med ett syntetiskt gulkroppshormon.
Obstetrik – läran om graviditet och förlossning
Peroral – avser att ett ämne ska intas via munnen, i denna rapport avses läkemedel
Premenopaus – perioden före menopaus, som delvis är synonym med perimenopaus
Perimenopaus – perioden som föregår menopaus karaktäriserad av oregelbundna menstruationsblödningar.
Postmenopaus – perioden efter menopaus, som ofta karaktäriseras av ett antal typiska symptom som värmevallningar och svettningar respektive symptom av förtunnade slemhinnor i underlivet och urinbåsan/urinröret.
Sekventiell behandling – behandling med kontinuerligt östrogen och progestagenbehandling 12–14 dagar per månad som gör blödningarna regelbundna och förhindrar eller minskar värmevallningar och svettningar.

Östrogen – samlingsbegrepp för könssteroidhormoner, antingen naturligt bildade hos människa eller syntetiska, med likartade effekter som de naturligt bildade, på grund av förmåga att binda till s.k. östrogenreceptorer. Den ursprungliga definitionen var att ett östrogen är en substans som kan framkalla brunst (östrus) hos ett ännu inte könsmoget djur och få livmodern och dess slemhinna att växa till.
Östradiol – 17-beta-Östradiol**,** eller estradiol, som är ett steroidhormon och det viktigaste och mest potenta av de naturligt bildade östrogenerna. Östradiol betraktas som ett kvinnligt könshormon, men bildas även hos män. Östradiol är nödvändigt för sexuella funktioner, men är också viktigt för många andra funktioner såsom uppbyggnad av skelettet.