

PLÅSTERUPPRORET

För en jämlik och modern klimakterievård i Sverige

Sveriges kvinnors röster genom Plåsterupproret

Detta medborgarförslag sammanfattar erfarenheter, synpunkter, förslag och önskemål från kvinnor över hela Sverige som deltagit i dialogen kring initiativet Plåsterupproret.

Det började med en konkret fråga – bristen på hormonplåster – men har vuxit till en större systemfråga: hur kvinnors hormonhälsa och klimakterievård prioriteras inom svensk sjukvård.

Klimakteriet är inte en nischfråga. Det är en biologisk livsfas som berör hälften av befolkningen under en betydande del av livet och påverkar arbetsliv, psykisk hälsa, familjeliv och samhällsekonomi.

Därför kräver den politisk prioritering, nationell samordning och jämlik tillgång till vård.

Vi överlämnar detta gemensamma initiativ i övertygelsen om att förändring är möjlig – och i förtroende för att politiskt ledarskap kan bidra till att Sverige blir ett föregångsland inom kvinnors hälsa.

1. Jämlik tillgång till vård — oavsett ekonomi eller bostadsort

En av de starkaste återkommande synpunkterna är att vården inte upplevs som jämlik.

Tillgång till kompetens, behandling och uppföljning får inte påverkas av:

- vilken region man bor i
- ekonomiska förutsättningar
- möjlighet att söka privat vård

När privat vård blir enda lösningen uppstår ojämlikhet. Det skapar oacceptabla skillnader i en skattefinansierad vårdmodell.

Vi yrkar på att:

- alla kvinnor i Sverige ska ha likvärdig tillgång till klimakterievård
- vård inte ska avgöras av ekonomi
- vård inte ska avgöras av geografi
- nationell standard säkerställer jämlik kvalitet

Jämlik vård är inte en ambition – det är en grundprincip.

2. Säker tillgång till hormonbehandling

Återkommande läkemedelsbrist på hormonplåster leder till:

- avbrutna behandlingar
- försämrad livskvalitet
- medicinska försämringar
- ekonomiska konsekvenser som för många blir långsiktigt ohållbara, eftersom behandlingen ofta behöver pågå under många år

Många kvinnor upplever plåster som det mest stabila behandlingsalternativet tack vare:

- jämnt hormonupptag
- stabil symptomkontroll
- medicinsk förutsägbarhet

Samtidigt finns oro för att även andra beredningsformer inom menopausal hormonterapi (MHT), tidigare kallat hormone replacement therapy (HRT), kan påverkas av liknande bristsituationer.

I ett höginkomstland som Sverige ska grundläggande behandling inte vara osäker.

Vi yrkar på en nationell strategi för försörjning och tillgång till hormonplåster och andra mediciner inom MHT, för att säkerställa långsiktig stabilitet och kontinuitet i behandlingen.

3. Hormonbehandling ska omfattas av högkostnadsskyddet

Det är ohållbart att:

- hormonplåster inte alltid omfattas
- olika styrkor behandlas olika
- kostnaderna blir betydande

Vi yrkar på att:

- samtliga hormonplåster ska omfattas av högkostnadsskyddet
- alla styrkor ska inkluderas
- hormonbehandling ska erkännas och behandlas som medicinsk behandling – inte livsstilsval

Detta är avgörande för arbetsförmåga och hälsa.

4. Kunskap, kompetens och ansvar inom vården

Eftersom klimakteriet berör alla kvinnor kan kunskap om hormonhälsa inte vara begränsad till enskilda specialister eller privata initiativ. Den måste genomsyra hela vårdssystemet.

Enligt den nya danska befolkningsstudien Women in Healthy Transition (KISO) Survey, publicerad den 27 augusti 2025 i European Journal of Epidemiology, uppger 97 % av de deltagande kvinnorna att de upplevt minst ett klimakterierelaterat symptom. 83 % rapporterade minst ett symptom av måttlig till svår grad, och 28 % upplevde sex eller fler symptom samtidigt.

Studien innefattar 153 800 kvinnor i åldern 45–59 år och är därmed en av de största befolkningsstudierna om klimakteriet som hittills genomförts, och en av de mest omfattande i Norden.

Den påvisar ett tydligt riktmärke för hur vanligt och omfattande klimakterierelaterade besvär är i en modern välfärdsbefolkning. Även om nationella variationer naturligtvis kan förekomma finns det i dagsläget ingen anledning att tro att svenska kvinnor skulle avvika i någon större utsträckning från danska dito. Siffrorna bör därför ses som att det inte råder någon tvekan om att klimakteriet är en omfattande folkhälsofråga.

Studie:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40864411/>

Många svenska kvinnor vittnar om:

- svårigheter att möta vårdpersonal med aktuell och korrekt kunskap
- mycket liten eller obefintlig rådgivning kring hormonbehandling
- att behandling ibland nekas utifrån föråldrade riskuppfattningar eller bristande kunskap
- att symptom avfärdas med hänvisning till att kvinnan anses vara "för ung". Dessa kvinnor är inte sällan 45+. Att perimenopaus kan pågå i ett decennium före den sista menstruationen är grundläggande medicinsk kunskap. När denna förståelse saknas riskerar kvinnor att felaktigt bedömas som för unga och därmed nekas relevant behandling eller uppföljning.

Vi ser positivt på att nya nationella riktlinjer för klimakterievård har presenterats av Socialstyrelsen under hösten 2025. Det är ett viktigt steg i rätt riktning och ett tecken på att kunskapsutvecklingen tas på allvar. Samtidigt är det avgörande att implementeringen sker skyndsamt och likvärdigt över landet.

Det finns även en återkommande erfarenhet av att Sveriges kvinnor felbedöms när hormonella orsaker inte beaktas tidigt i vårdprocessen. Symptom utreds ofta brett med fokus på andra tillstånd innan klimakterierelaterade förändringar ens övervägs som möjlig förklaring. Klimakteriet ska inte vara det sista som misstänks, utan en naturlig del av den initiala medicinska bedömningen när både symptombild och åldersspann är förenliga med klimakteriet.

Varierande kompetensnivå inom kvinnors endokrinologiska hälsa kan leda till att patienter remitteras vidare, exempelvis till psykiatri, reumatologi eller ortopedi, utan att hormonella faktorer har vägts in i bedömningen. Även om samsjuklighet och självständiga psykiatriska och somatiska diagnoser naturligtvis förekommer, riskerar ensidig fokusering på andra förklaringsmodeller att fördröja korrekt

behandling. Det kan också medföra en onödig belastning på specialistvården, samt minska tillgängligheten för patienter med etablerade psykiatriska, reumatologiska eller ortopediska diagnoser som är i behov av just dessa insatser.

Många kvinnor som har bidragit med sina erfarenheter till detta medborgarförslag upplever, som sagt, att de tyvärr möts av otillräcklig förståelse runt klimakteriet i vården. Flera beskriver att deras symptom misstolkas, att helhetssyn saknas och att vårdgivare ibland upplevs som osäkra eller handfallna inför hormonella förändringar i denna livsfas. När tillräckligt många kvinnor vittnar om samma erfarenheter, kan det inte längre ses som en slump eller rena tillfälligheter.

Detta väcker således en viktig fråga:

Kan det finnas anledning att se över om läkarprogrammet och andra vårdutbildningar i tillräcklig utsträckning säkerställer fördjupad och uppdaterad kunskap om kvinnors endokrina hälsa i allmänhet – och inte minst om klimakteriet?

Detta är särskilt angeläget för blivande allmänläkare, som ofta är första kontaktpunkt i primärvården, samt för dem som vidareutbildar sig inom gynekologi, där fördjupad specialistkompetens är avgörande.

Primärvården är ofta det första vårdmötet för patienter och är i behov av:

- stärkt utbildning i klimakterievård
- verktyg för att identifiera hormonrelaterade symptom
- möjlighet att initiera behandling eller korrekt remittering

Gynekologin har även ett särskilt ansvar att hålla sig à jour med ny forskning och nya rön runt MHT.

En förstärkt och utökad kunskapsgrund inom kvinnors hormonella hälsa redan under utbildningen möjliggör tidigare identifiering av besvär, mer träffsäkra bedömningar och snabbare insatser. Det gynnar både läkare och patienter, och bidrar på sikt till minskat lidande, stärkt arbetsförmåga och positiva effekter – även på samhällsnivå.

5. Modern evidensbaserad syn på HRT/MHT

Varför menopausal hormonterapi (MHT)?

Menopausal hormonterapi (MHT) är den mest effektiva behandlingen mot symptom som orsakas av östrogenbrist i peri- och postmenopaus. För friska kvinnor under 60 år eller inom 10 år från menopaus är behandlingen, enligt internationella riktlinjer, säker vid individuell medicinsk bedömning.

Behandlingen består av östrogen, och för kvinnor med livmoder kombineras den med progesteron eller progestin för att skydda livmoderslemhinnan. I vissa fall kan även testosteron övervägas, exempelvis vid kvarstående nedsatt sexuell lust.

Effektiv symptomlindring

MHT är förstahandsbehandling vid vasomotoriska symptom och kan:

- kraftigt minska värmevallningar och nattsvettningar
- förbättra sömn
- lindra muskel- och ledvärk
- behandla torra slemhinnor och genitala besvär
- förbättra libido och sexuell funktion
- minska hjärndimma, koncentrationssvårigheter och depressiva symptom

Skyddande och förebyggande effekter

När Menopausal hormonterapi initieras i rätt tid har den också dokumenterade långsiktiga hälsoeffekter:

- hjärt-kärlsjukdom – den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor – kan minska vid tidigt insatt behandling
- benskörhet – risken för osteoporosrelaterade frakturer kan reduceras med upp till cirka 40–50 %
- hjärnan – östrogen har neuroprotektiva effekter och stödjer hjärnans funktion och metabolism

MHT är därmed inte enbart symptomlindring – utan en evidensbaserad behandling av en hormonbrist med både livskvalitetshöjande och preventiva effekter.

Vården ska baseras på aktuell vetenskap och inkluderar:

- nyanserad och uppdaterad riskkommunikation
- uppdaterade riktlinjer
- tydlig information om både symptomlindring och potentiella långsiktiga hälsoeffekter

Forskningsläget kring MHT har utvecklats avsevärt under de senaste två decennierna. Denna kunskap ska fortlöpande integreras i klinisk praxis – inom såväl specialistgynekologi som primärvård, där många kvinnor först söker hjälp.

Evidensbaserad vård förutsätter att MHT bedöms enligt samma principer för riskvärdering och informerat samtycke som andra medicinska behandlingar. När detta inte sker riskerar vården att bli ojämlig och inte spegla dagens kunskapsläge.

Beslut om hormonbehandling ska fattas i dialog, med respekt för kvinnans symptom, livssituation och individuella riskprofil.

Sverige bör ligga i framkant internationellt.

Vidare efterfrågar vi en vårdkultur där MHT-behandling:

- inte onödigt begränsas mot patientens önskningar (om inga starka kontraindikationer finnes), utan behandlas på likvärdigt sätt som andra hormonella preparat såsom preventivmedel
- erbjuds när medicinska förutsättningar finns
- baseras på dialog och lyhördhet för patientens önskemål snarare än restriktiv tradition

6. Individuell riskbedömning och rätt till informerat samtal för kvinnor med cancerhistorik eller kirurgisk menopaus

Kvinnor med tidigare cancersjukdom vittnar om att hormonbehandling ofta avfärdas generellt, utan individuell riskbedömning eller dialog.

Medicinsk försiktighet är central, men generella avslag riskerar att leda till onödigt lidande.

Beslut om MHT bör, där det är medicinskt möjligt, baseras på:

- individuell riskvärdering
- samråd med relevant specialistkompetens
- aktuell vetenskaplig evidens

Lokal behandling såsom vaginalt östrogen måste tydligt särskiljas från systemisk hormonbehandling. I många fall är lokal östrogenbehandling förenad med mycket låg systemisk påverkan och kan vara avgörande för livskvalitet, även för kvinnor med tidigare cancersjukdom. Den ska därför inte avfärdas per automatik.

Inte heller systemisk MHT bör avslås slentrianmässigt, utan bedömas individuellt utifrån riskprofil, symptom och aktuellt evidensläge.

Att genomgå kirurgisk menopaus, dvs att avlägsna äggstockarna, innebär en omedelbar och abrupt hormonell nedstängning – med dokumenterade risker för hjärt-kärlsjukdom, osteoporos, kognitiv påverkan och försämrad livskvalitet.

Dessa kvinnor får inte lämnas utan uppföljning, rådgivning eller behandlingsalternativ. Rätten till medicinsk vägledning och symptomlindring måste inkorporeras vid ett sådant omfattande ingrepp.

Vi vill också uppmärksamma den stora grupp kvinnor över 60 år som inte tidigare behandlats med MHT och som, när de söker vård, ofta möts av ett kategoriskt nej. Ålder i sig ska inte utgöra ett automatiskt avslag.

Även här krävs individuell bedömning, dialog och uppdaterad kunskap. Riktlinjer och forskningsläge har utvecklats. Riskprofil, symptombild, tid sedan menopaus och patientens egna prioriteringar måste vägas samman i ett informerat samtal – inte avfärdas per rutin.

Aktuell forskning bör alltid implementeras i klinisk praxis och att kvinnor – oavsett ålder eller komplex anamnes – ska ges möjlighet till en rättvis, evidensbaserad bedömning.

7. Samordning och helhetsperspektiv i vårdkedjan

Kvinnor i klimakterieålder kan söka vård för en rad olika och samtidigt symptom. Östrogenreceptorer är spridda i stora delar av kroppen, inklusive hjärnan och flera centrala organsystem. Hormonella förändringar kan därför påverka kroppen brett och ge systemövergripande symptom som varierar mellan individer och över tid.

De kvinnor som har bidragit med sina upplevelser i detta medborgarförslag delar en återkommande erfarenhet av att bli feldiagnosticerade eller att inte få någon hjälp alls. Symptom utreds ofta brett med fokus på andra tillstånd innan klimakterierelaterade förändringar ens övervägs som möjlig förklaring. Klimakteriet ska inte vara det sista som misstänks, utan en naturlig del av den initiala medicinska bedömningen när både symptombild och åldersspann är förenliga med klimakteriet. Vi vill se att hormonella faktorer systematiskt vägs in i den medicinska bedömningen.

Ångest, oro, hjärndimma, ledvärk, utmattning, sömnsvärigheter, kognitiva förändringar och nedstämdhet kan leda till att kvinnor skickas runt eller remitteras mellan olika specialiteter – exempelvis psykiatri, reumatologi, ortopedi eller neurologi – på grund av att hormonella faktorer inte alltid vägs in tidigt i processen. Exempelvis kan behandling med psykofarmaka pågå under lång tid utan att möjliga bakomliggande hormonella orsaker har utretts eller adresserats, vilket riskerar att förlänga lidandet och fördröja adekvat behandling.

Internationellt ser vi en utveckling mot att i större utsträckning integrera hormonella och reproduktiva faktorer i den psykiatriska bedömningen av patienter. Royal College of Psychiatrists i Storbritannien rekommenderar att menstruations- och reproduktiv hälsa, inklusive klimakteriet, ska ingå som standard i psykiatrisk bedömning av kvinnor.

Detta innebär naturligtvis inte att psykiatriska eller andra somatiska tillstånd inte förekommer. Samsjuklighet är en realitet och specialistvård är ofta avgörande.

En mer samordnad vårdkedja, där hormonella faktorer systematiskt beaktas från början, skulle:

- minska patienters lidande
- bidra till mer träffsäkra bedömningar och därmed
- frigöra resurser inom specialistvården
- säkerställa att patienter med etablerade psykiatriska eller andra specialistkrävande tillstånd får snabbare tillgång till rätt vård

Vi yrkar på:

- en samordnad och tydlig vårdkedja där hormonella symptom ingår i den medicinska helhetsbedömningen
- stärkt samarbete mellan primärvård och specialistvård
- ett strukturerat arbetssätt som minskar risken att kvinnor i klimakterieålder skickas runt, utan att hormonella faktorer har utretts

Detta är en fråga om patientsäkerhet, resurseffektivitet och respekt för kvinnors hälsa.

8. Prevention och tidig upptäckt: screeningprogram för kvinnor från 40 år inom primärvården

Kvinnors hälsa påverkas av betydande hormonella och metabola förändringar som ofta påbörjas i 40-årsåldern. I samband med övergången till perimenopaus och menopaus ökar risken för exempelvis sköldkörtelrubbningar, järnbrist, vitaminbrister, blodtrycksstegring samt andra metabola förändringar.

Många kvinnor söker vård sent i förloppet trots tidiga symptom som trötthet, nedstämdhet, sömnstörningar och hjärtklappning.

Ett förebyggande och strukturerat omhändertagande i primärvården skulle kunna identifiera riskfaktorer och behandlingsbara tillstånd i ett tidigt skede. Detta kan minska lidande, förbättra livskvalitet och potentiellt reducera framtida vårdkostnader.

Vi föreslår att kvinnor från och med tidig 40-års ålder erbjuds en kostnadsfri hälsokontroll inom primärvården omfattande:

- provtagning av TSH (sköldkörtelfunktion)
- kontroll av järnstatus
- kontroll av vitamin B12
- kontroll av vitamin D
- blodtrycksmätning
- kort strukturerat samtal om hormonell hälsa, livsstil, psykisk hälsa och förebyggande åtgärder med barnmorska eller annan vårdgivare med relevant kompetens

Syftet med screeningen är att:

- tidigt upptäcka behandlingsbara bristtillstånd och hormonella rubbningar
- förebygga hjärt-kärlsjukdom genom blodtryckskontroll
- stärka kvinnors kunskap om hormonell hälsa och livsstilsfaktorer
- skapa jämlik och förebyggande vård för kvinnor i övergångsåldern

9. Samhällsekonomiskt perspektiv

Enligt statistik från Försäkringskassan står kvinnor för en majoritet av sjukskrivningarna – i vissa sammanhang rapporteras upp till cirka 65–70 % av alla pågående sjukfall vara kvinnor.

Statistiken pekar på att kvinnor i åldern ungefär 49–59 år är den mest sjukskrivna gruppen i Sverige, och att deras sjukskrivningsnivå är dubbelt så hög som motsvarande åldersgrupp bland män. När det gäller stressrelaterad psykisk ohälsa står kvinnor för ungefär 79 % av fallen, och kvinnor i ålder 40–60 är överrepresenterade i denna grupp.

Vi kan inte betrakta dessa siffror som att de slumpvis sammanfaller med livsfasen klimakteriet.

Otillräcklig behandling påverkar:

- sjukskrivningar
- arbetsförmåga
- psykisk hälsa
- familjesituation

Kvinnor i klimakterieålder utgör en betydande del av Sveriges samhällsbärare. I dag finns omkring 1,3 miljoner kvinnor i den ålder där hormonella förändringar kan påverka hälsa och arbetsförmåga. Många befinner sig mitt i yrkeslivet, ofta med ledande roller, specialistkompetens och stort ansvar både professionellt och privat.

När denna grupp inte får korrekt diagnostik och tillgång till behandling riskerar konsekvenserna att bli omfattande – inte bara för individen, utan även för arbetsplatser, familjer och samhällsekonomin i stort.

Om kvinnor i klimakteriet får rätt bedömning och rätt stöd kan de fortsätta vara högproduktiva, erfarna och stabila krafter i arbetslivet och samhället. Om de däremot felbedöms, skickas runt mellan vårdinstanser eller lämnas utan adekvat behandling, riskerar kostnaderna att öka kraftigt genom längre sjukskrivningar, minskad arbetsförmåga och ineffektiva vårdprocesser.

En förbättrad klimakterievård är därför inte en kostnad – det är en investering i folkhälsa och arbetskraft.

Avslutande uppmaning

Plåsterupproret synliggör en verklighet – och en möjlighet.

Vi ser detta som början på en konstruktiv dialog om hur vården kan utvecklas, så att kvinnor i hela Sverige får jämlik, modern och evidensbaserad klimakterievård.

Vi tror på politiskt ledarskap som vågar prioritera kvinnors hälsa.

Vi tror på viljan att modernisera kunskap och struktur.

Och vi tror att Sverige kan bli ett internationellt föredöme.

Detta medborgarförslag bygger på över tusen svenska kvinnors vittnesmål, synpunkter och konkreta förslag. Det överlämnas som en uppmaning till handling – och som en inbjudan till samarbete.

För kvinnors hälsa,
för jämlik vård,
för ett starkare samhälle.

Plåsterupproret är initierat och sammanställt av Anna Sahlin.

Anna Sahlin
Klimakterieklok
Stockholm 19 februari 2026