
Perimenopause

INVITERT KOMMENTAR

METTE HAASE MOEN

mette.moen@ntnu.no

Mette Haase Moen er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor emerita ved NTNU. Hun er The North American Menopause Society-sertifisert menopausebehandler. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar og kongress- og reisestøtte fra Gedeon Richter.

INGRID BAASLAND

Ingrid Baasland er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, avtalespesialist og leder ved Baaslandklinikken i Trondheim og postdoktor ved Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet og ved Allmenntmedisinsk forskningsenhet, NTNU. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar og reisestøtte fra Astellas, Bayer, Exeltis og Gedeon Richter og rådgitt Astellas, Bayer og Exeltis. Hun er medforfatter av kapittelet om menopause i *Veileder i gynekologi* (ubetalt).

INGER ØVERLIE

Inger Øverlie er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Medicus Oslo. Hun er medforfatter av kapittelet om menopause i *Veileder i gynekologi* (ubetalt). Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt forelesningshonorar fra Astellas og Besins, reisestøtte fra Besins og rådgitt Bayer.

Det er økende etterspørsel etter behandling av symptomer i overgangsalderen, ikke minst av plager i perimenopausen.

Etter et par tiår med lav interesse for hormonbehandling i klimakteriet har etterspørselen økt. Spesielt etterlyses behandling for plager i perimenopausen (1).

De siste fem årene har bruken av systemisk hormontilskudd ved overgangsalder doblet seg her til lands (2). Overgangsalderen er en periode hvor det opptrer symptomer som kan relateres til det aldrende ovarium, med tap av follikler og endring av kjønns hormoner. Perimenopausen starter når syklus er forlenget med en uke, ifølge Straw-stadiene for reproduktiv aldring (3). Oftest er kvinnen midt i 40-årene, men perimenopausen kan starte både tidligere og senere. Varigheten varierer fra få måneder til i gjennomsnitt fire år, og kan vare opptil ti år (4). Perimenopausen slutter ett år etter menopausen (3).

I klinisk praksis møter vi i økende grad kvinner i 40-årene med diffuse plager som nedstemthet, fatigue, konsentrasjons- og hukommelsesvansker («hjernetåke»), søvnløshet, med og uten hetetokter, samt vekslende regelmessige og uregelmessige blødninger. Mange hevder at «hetetoktene takler jeg, men ikke følelsen av ikke å kjenne meg selv igjen».

Østrogennivåene svinger voldsomt i perimenopausen, fra knapt målbare til høye verdier. Dette kan i seg selv gi plager, især hos sårbare kvinner som tidligere har reagert på normale sykliske hormonendringer på grunn av tilstander som premenstruelt syndrom, postpartumdepresjon og ADHD. Angst øker signifikant hos kvinner etter 45 år, og i en dansk studie rapporterte 43 % moderate eller alvorlige psykiske plager i perimenopausen (depresjon, irritabilitet, angst og utmattelse) (5). Det er en sterk assosiasjon mellom angst og hetetokter i perimenopausen, men ikke postmenopausalt (6).

«Østrogennivåene svinger voldsomt i perimenopausen, fra knapt målbare til høye verdier»

Østrogen er et effektivt antidepressiv til perimenopausale kvinner, men ikke til postmenopausale, noe som understøtter teorien om at hormonsvingninger er en viktig årsak til depresjon i perimenopausen. Det foreligger få gode studier som primært har sett på effekten av hormonbehandling på angst og depresjon. På tross av robuste epidemiologiske data og randomiserte studier som bekrefter perimenopausen som et «sårbarhetsvindu» for angst og depresjon, vet vi lite om underliggende mekanismer (7). Det er imidlertid kjent at østrogen og progesteron interagerer med dopamin og GABA og påvirker hukommelse, følelsesregulering og kognitiv funksjon (8).

«Østrogen er et effektivt antidepressiv til perimenopausale kvinner, men ikke til postmenopausale»

Leger har god rutine med hormonbehandling hos postmenopausale kvinner, men håndteringen av plager i perimenopausen er en utfordring fordi egenproduksjonen av hormoner er til stede i et uregelmessig mønster. I tillegg kan psykososiale faktorer medvirke. En gjennomgang av kvinnens livssituasjon bør være første tiltak. Er hun overbelastet av krevende jobb, ansvar for hjem og

familie samt ambisiøse fritidsaktiviteter? Klarer hun ikke lenger multitasking og mange baller i luften? Sover hun dårlig? Har hun hetetokter? Hvordan skal legen gripe det an? Det er ikke alltid at hormonbehandling er målrettet behandling.

Blødningsforstyrrelser behandles med gestagener. Vasomotoriske symptomer behandles effektivt med østrogen. Skal man velge østrogen eller psykofarmaka når angst og depresjon er hovedsymptom? Østrogenbehandling vil ofte være et ønske fra pasienten, kanskje også et krav, og et forsøk med østrogen kan være veiledende for videre terapi. Hos kvinner uten kontraindikasjoner kan kombinert p-pille være en løsning for å oppnå hormonell stabilitet, sikre kontroll med endometriet og menstruasjonssyklusen, sørge for tilstrekkelig østrogen tilførsel og gi sikker prevensjon. Ved forventet menopausealder, ca. 52 år, kan behandlingen prøveseponeres.

Fastleger og gynekologer har en sentral rolle i å hjelpe kvinner i perimenopausen med å sortere hvilke plager som kan tilskrives hormonelle endringer, og hva som kan ha andre årsaker. Behandlingen bør tilpasses den enkelte, med utgangspunkt i type plager, risikoprofil og kvinnens egne preferanser (9).

LITTERATUR

1. Lereng A, Kristin P. Mølmann trodde hun var i ferd med å bli dement. Svaret lå i en hormonell fase hun ikke hadde hørt om. Aftenposten 31.1.2026. <https://www.aftenposten.no/sprek/i/rrW33A/kristin-p-moelmann-trodde-hun-var-i-ferd-med-aa-bli-dement-svaret-laa-i-en-hormonell-fase-hun-ikke-hadde-hoert-om> Lest 22.5.2026.
2. FHI. Hormontilskudd ved overgangsalder. <https://statistikk.fhi.no/lmr/X-mKv6p1tvOZIOL5E3bV8CxCcasFX58-> Lest 19.5.2026.
3. Hale GE, Zhao X, Hughes CL et al. Endocrine features of menstrual cycles in middle and late reproductive age and the menopausal transition classified according to the Staging of Reproductive Aging Workshop (STRAW) staging system. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92: 3060–7. [PubMed][CrossRef]
4. Avis NE, Crawford SL, Greendale G et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 531–9. [PubMed][CrossRef]
5. Biener SN, Jørgensen TSH, Hybholt M. Women in Healthy Transition (KISO) Survey: a cohort of 153,800 women aged 45-59 years living in Denmark. *Eur J Epidemiol* 2025; 40: 1251–61. [PubMed][CrossRef]
6. Freeman EW, Sammel MD, Lin H et al. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause* 2005; 12: 258–66. [PubMed][CrossRef]
7. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF et al. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles.

Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 385–90. [PubMed][CrossRef]

8. Osianlis E, Thomas EHX, Jenkins LM et al. ADHD and sex hormones in females: a systematic review. J Atten Disord 2025; 29: 706–23. [PubMed][CrossRef]

9. Norsk gynekologisk forening. Overgangsalder (menopause). [https://metodebok.no/emne/XfjH5Pzi/overgangsalder-\(menopause\)/veieder-gyneкологи-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/XfjH5Pzi/overgangsalder-(menopause)/veieder-gyneкологи-(ngf)) Lest 19.5.2026.

Publisert: 18. juni 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0305
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. juni 2026.