

13. Frankham J. Peer education: the unauthorised version. *Br Educ Res J* 1998;24:179-94.
14. Parkin S, McKeganey N. The rise and rise of peer education approaches. *Drugs: Educ, Prevent Pol* 2000;7:293-311.
15. Lindsey BJ. Peer education: a viewpoint and critique. *J Am Coll Health* 1997;45:187-90.
16. Nissen M. Oplysning, forebyggelse og misbrug og det levende gode. *Nordiske Udkast* 2000;29:61-85.
17. Rees MJB, Tripp JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available and comparative research. *Health Educ Res, Theory Pract* 2000;15:533-45.
18. Cuijpers P. Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. *J Drug Educ* 2002;32:107-11.
19. Hagemann H. Unge med et stort forbrug af alkohol og unge potentielle misbrugere – en evaluering af initiativer under Alkohol-lokalpuljen. København: Center for Alternativ SamfundsAnalyse (CASA), 2000.

## Rådgivning om overgangsalderen i almen praksis: forebyggelse af risiko eller fremme af sundheden?

Alment praktiserende læge Anne Charlotte Hvas

Københavns Universitet, Afdeling for Almen medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis

### Resumé

Mange kvinder henvender sig hos deres egen læge for at få rådgivning i forbindelse med overgangsalderen, og ofte benyttes tidspunktet til også at drøfte risikoen for knogleskørhed. I denne artikel fokuseres der på de dilemmaer, der opstår, når klinikere skal rådgive raske kvinder i overgangsalderen om risiko, forebyggelse og sundhed. Er det muligt for den praktiserende læge både at have fokus på knogleskørhed, hvorved kvinderne risikerer at få et billede af sig selv som krumbøjede og handikappede, og samtidig holde fast i de positive aspekter ved overgangsalderen, som bl.a. også indeholder en mulighed for udvikling? I rådgivningen er det vigtigt at tage udgangspunkt i, at det som oftest handler om vel-fungerende, raske kvinder, selv om de i en periode kan være generet af symptomer, og nogle også har behov for behandling med hormoner. I så fald anbefales lavest mulig dosering, i kortest mulig periode. Forskellen mellem forebyggelse og sundhedsfremme gennemgås, og der lægges op til, at bruge de muligheder, der er i almen praksis, for at arbejde for en bedre balance mellem helbredsressurser og risici ved at bruge en patientcenteret, salutogen dialog.

Over to tredjedele af de danske kvinder diskuterer overgangsalderen med en læge, når de når til denne periode af livet [1]. De taler først og fremmest med deres egen læge, så spørgsmålet om, hvordan man rådgiver kvinder i overgangsalderen, er meget relevant for almen praksis. De seneste års turbulens vedrørende hormonbehandling med fremkomst af nye tal for risiko forbundet med selve behandlingen [2-4], har samtidig gjort mange praktiserende læger usikre – hvad skal man egentlig sige til kvinderne, når de kommer?

I de år diskussionen har kørt, har jeg, ud over selv at være praktiserende læge, været tilknyttet Afdeling for Almen Medicin ved Københavns Universitet med et projekt om »Over-

gangsalderen – set fra kvindens perspektiv«. Med udgangspunkt i den aktuelle litteratur om overgangsalderen og behandling af denne samt publicerede data fra mit eget projekt er formålet med denne artikel at fokusere på de dilemmaer, der opstår, når klinikere skal rådgive raske kvinder i overgangsalderen om risiko, sygdomsforebyggelse og sundhed. Traditionelt har den biomedicinske måde at se overgangsalderen på taget udgangspunkt i, at det handler om et »hormonmangelsyndrom« [5-7]. Dette »mangelsyndrom« medfører, at kvinden får en række symptomer i selve overgangsalderen samt en øget risiko for at få sygdomme senere i livet, når hormonernes formodede gunstige virkninger forsvinder. Denne tilgang, kombineret med et kulturelt negativt syn på ældre kvinder i den vestlige del af verden [8], har medført, at overgangsalderen ofte bliver betragtet som noget negativt. I kontrast hertil lægges der i nyere forskning vægt på, at det negative syn på overgangsalderen ikke er i overensstemmelse med kvindens egen opfattelse, idet kvinderne selv ofte oplever overgangsalderen som betydelig mere positiv, til og med med en mulighed for personlig udvikling [9-12]. Det er samtidig vigtigt at holde sig for øje, at danske kvinder, der er i overgangsalderen i dag, for størstedelens vedkommende er raske og velfungerende kvinder, der i stor udstrækning er på arbejdsmarkedet [1], selv om nogle selvfølgelig kan være generet af symptomer eller have andre helbredsproblemer, ligesom nogle vil få sygdomme på et senere tidspunkt.

Når kvinder diskuterer overgangsalderen med lægen, ønsker nogle at drøfte fordele og ulemper ved hormonbehandling, andre ønsker blot at blive forsikret om, at de ikke fejler noget farligt [13]. Endelig er der nogle, der ønsker at diskutere risikoen for fremtidig sygdom, især knogleskørhed. Kvinder, der vælger at holde lægen uden for, ser ud til at have færre symptomer end gennemsnittet, eller at have en holdning, der afspejler, at de ikke synes at medicinsk/lægelig indblanding er nødvendig [1]. På den baggrund ser det ud til, at lægerne kan koncentrere sig om dem, der rent faktisk kommer i konsultationen.

### Behandling med hormoner eller ej?

Overordnet er der to grunde til at overveje hormonbehandling i og efter overgangsalderen: symptomlindring (hedestigninger, svedeture og/eller slimhindeproblemer) eller forebyggelse af risiko for fremtidige sygdomme, primært knogleskørhed. Men hormonbehandling har ud over de gavnlige effekter også alvorlige bivirkninger, som øget risiko for brystkræft og blodpropper. I mange år troede man, at behandlingen med østrogen også havde en gunstig effekt på risikoen for hjerte-kar-sygdomme, og at denne gunstige effekt kunne opveje de skadelige virkninger. De seneste velgennemførte undersøgelser, som også er blevet meget omtalt i pressen, viste først og fremmest, at der ikke var den gavnlige effekt på hjerte-kar-sygdomme, men man kunne til gengæld bekræfte de skadelige virkninger [2, 4]. Det betød, at det samlede risikoregnskab ved at tage hormoner kom til at falde negativt ud. Samtidig kom det også frem, at behandling med gestagen i kombination med østrogen, som er indført for at undgå livmoderkræft, giver en betydelig større risiko for brystkræft end østrogen alene [3].

Efter fremkomsten af disse resultater har der været udbredt enighed om at ændre anbefalingerne for hormonbehandling. Det europæisk lægemiddelagentur (EMA) fremlagde i december 2003 en anbefaling om, at kun kvinder, der har mange symptomer, bør behandles, og at de skal have »lavest mulig dosering i kortest mulig periode«, og at hormonbehandling ikke længere er førstevalgsbehandling i forebyggelsen af knogleskørhed [14]. Hvad der er den »kortest mulige« periode diskuteres fortsat. I Holland har man nævnt 3-6 måneder [15], mens danske gynækologer siger, at hos en kvinde med moderate til svære klimakterielle gener (hvilket i praksis altid vil være kvindens egen subjektive vurdering), uden kendte kardiovaskulære risikofaktorer (f.eks. hypertension eller angina), tidligere tromboemboliske tilfælde eller overvejende sandsynlig familiær disposition til mammacancer, kan op til fem års behandling anbefales.

Hvis kvinden har behov for og ønsker behandling, skal dette ske på baggrund af en dialog med lægen. Det er vigtigt, at kvinden forstår, at der overordnet er risiko forbundet med at tage hormoner, specielt i længere tid, men også, at risikoen for den enkelte kvinde er lille i absolutte tal. For kvinden skal risikoen ved behandling sammenholdes med individuelle faktorer, som f.eks. forekomst af brystkræft i familien, øget risiko for knogleskørhed og sværhedsgrad af symptomerne. Faktorer, som kan betyde, at kvinden er indforstået med at løbe en risiko, også ved at tage hormoner i længere tid, end de overordnede vejledninger lægger op til.

### Forebyggelse eller sundhedsfremme?

Forebyggelse drejer sig om at undgå eller udsætte sygdomme. Efter at det er slået fast, at hormonbehandling ikke nedsætter risikoen for hjerte-kar-sygdom, handler forebyggelse i overgangsalderen primært om nedsættelse af risikoen for knogle-

brud i alderdommen. Livstidsrisikoen for, at en kvinde i 50-års-alderen vil opleve et hoftebrud, der er det alvorligste af bruddene, er ca. 18 % [16]. Selv om hoftebrud oftest sker efter 80-års-alderen, har der været fokuseret meget på, at knogletætheden i knoglerne falder i årene lige efter overgangsalderen, og indtil fremkomsten af de seneste undersøgelser har det blandt mange læger været god tone at tilbyde alle kvinder hormonbehandling [17].

Information om risikoen anses stadig for at være nødvendig i forebyggelsen af osteoporose. Kvinder, såvel som mænd, får mulighed for at ændre en uhensigtsmæssig livsstil, så de kan forebygge afkalkning af knoglerne, dvs. der tilrådes kost med kalk og D-vitamin, vægtbærende motion og ophør med rygning. Såfremt der er flere specifikke risikofaktorer for udvikling af osteoporose, anbefales en knogleskanning, men først, hvis der er udtalt osteoporose eller forudgående lavenergi-brud, anbefales medicinsk forebyggelse med f.eks. bisfosfonater eller *specific estrogen receptor modulator* SERM [18, 19].

Men forebyggelse og fokusering på enkeltstående sygdomme kan også have utilsigtede virkninger. Først og fremmest er raske individer nødt til at tænke på og forholde sig til sygdomme, de (endnu) ikke har, hvilket kan medføre usikkerhed og bekymring [20, 21]. Fokus på osteoporose i overgangsalderen kan betyde, at kvinderne kan komme til at forestille sig selv som sammenfaldne og handikappede. Hvilken betydning dette har for kvinderne, for deres sundhed og for deres selvbillede ved vi på nuværende tidspunkt ikke meget om. *David Sackett* skriver i en kommentar om den aktuelle hormondiskussion, at intervention over for raske skal baseres på den højeste grad af evidens, der kan belyse, at den foreslåede prævention rent faktisk vil gøre mere gavn end skade [22]. Den store fokus på forebyggelse hos raske, uden at vi kender den fulde betydning af en intervention, har ligeledes foranlediget, at kollegaer i BMJ stiller spørgsmålstegn ved, om opportunistisk sygdomsforebyggelse i konsultationen er etisk forsvarlig. De anfører, at selv om information om risiko gives af sundhedsfaglige personer ud fra en tanke om, at det øger menneskers følelse af kontrol over en tilstand, kan risikoinformation også kaste skygger af tvivl og usikkerhed ind over menneskers liv og dermed underminere deres opfattelse af integritet og sundhed [23].

Sundhedsfremme er ikke det samme som forebyggelse af sygdom. Sundhedsfremme tager sigte på at styrke helbredet og modstandskraften hos såvel raske som syge [24]. Salutogenese, et begreb, der er indført af sociologen *Antonovsky*, handler om, hvad der holder mennesker raske [25], i modsætning til patogenese, der handler om, hvad der gør mennesker syge. Ved salutogenese tager man udgangspunkt i, hvordan det enkelte menneske er i stand til at håndtere de belastninger, det udsættes for, i kraft af sine helbredsressurser, som f.eks. selvbevidsthed, socialt netværk og mestringsstrategier. Ved hjælp af den såkaldte »sundhedsbrøk« kan man beskrive,

hvordan forholdet mellem belastninger og resurser afgør sundhedstilstanden hos det enkelte individ. Større sundhed kan opnås ved at reducere belastningerne *eller* ved at øge resurserne. Den praktiserende læges opgave er at bistå mennesker med at genoprette balancen, ikke bare ved at reducere de negative sider, men også ved at styrke de positive sider [26].

I forbindelse med rådgivning af kvinder i overgangsalderen betyder det, at muligheden for at fremme kvindens resurser også skal indgå i dialogen, der ikke blot skal handle om nuværende eller kommende belastninger. Det kunne gøres ved f.eks. at undgå at viderebringe myter om, at kvinder i overgangsalderen har det dårligt, og i stedet forsøge at formidle, at de fleste kvinder i overgangsalderen har det godt, selv om de måske har symptomer i en periode, og at mange kvinder oplever det som en stor lettelse at slippe for menstruationerne og dertil hørende problemer som humørsvingninger, hovedpine og graviditetsangst. Kvindernes oplevelse af, at overgangsalderen giver mulighed for udvikling, åbner også muligheder for at fremme personlige resurser, som kan føre til bedre mestringsevne i fremtiden [9-12].

Dette skaber et stort dilemma: Kan praktiserende læger i deres rådgivning inddrage forebyggelse og sundhedsfremme samtidig? Er det muligt både at have fokus på knogleskørhed, hvor kvinderne risikerer at se sig selv som krumbøjede og handikappede, hvis de ikke gør noget, og samtidig holde fast i, at kvinderne er stærke, på vej til bedre at kunne mestre alderdommen? *Rubins* vase, som indgår i lægestudiets psykologipensum, og som anskueliggør vores - måske manglende - evne til at fokusere på to ting på en og samme gang, er aktuel igen, når vi skal rådgive om risikofaktorer og resurser side om side [27]. Dilemmaet er aktuelt for almen praksis, og var bl.a. hovedtemaet på en kongres om almen medicin i Trondheim i 2002: Hvordan skal den praktiserede læge forholde sig, hvis den biomedicinsk korrekte rådgivning om risiko måske ikke er til patientens bedste? En diskussion, der ikke handler om mangel på tiltro til medicinske retningslinjer, men om en erkendelse af, at det biomedicinske paradigme ikke er tilstrækkeligt til at forklare alt om helbred og lidelse [28].

### Individuel rådgivning i almen praksis

I målbeskrivelsen for almen praksis i Danmark, såvel som i Europa, beskrives, at »Praktiserende læger udøver deres professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme og ved behandling, omsorg eller palliation« [29, 30], og i almen praksis har man således forudsætningen for at variere udbuddet afhængig af, hvilken patient og situation det drejer sig om.

Almen medicin er baseret på en patientcentreret arbejdsmetode [31, 32], der bygger på et kombineret bio-psyko-socialt perspektiv på sundhed og sygdom, og som ser patienten som en person med sin egen helt specielle livshistorie. Metoden giver mulighed for opmærksomhed både på patientens dagsorden og lægens dagsorden, hvor det overordnede mål er

at være sikker på, at begge disse perspektiver bliver identificeret og taget med i gensidig forståelse - med patienten som hovedpersonen [26]. Det giver os i almen praksis et godt udgangspunkt for at kunne tilbyde en individuel rådgivning, også til kvinder i overgangsalderen, hvor der tages udgangspunkt i, hvorfor kvinden kommer, hvilke bekymringer hun evt. måtte have, og hvad hun selv ønsker.

Et andet begreb, konkordans [33, 34] er ved at vinde indpas. Det er opstået i modsætning til kompliancebegrebet, der lægger op til, at patienten skal gøre, som lægen siger. Konkordans supplerer den patientcentrerede tilgang, så det i endnu højere grad kommer til at dreje sig om en dialog mellem læge og patient, med plads til at såvel patient som læge skal have mulighed for at give udtryk for sin personlige opfattelse af problemstillingen.

Men en daglig klinik, der vægter patientens dagsorden højt, gør også almen praksis sårbar, når der kommer pres udefra. Det sker f.eks. når patientforeninger, andre lægelige specialer, presse og medicinalindustri oplyser om nye sygdomme, der kan forebygges, og anbefaler raske mennesker at gå til egen læge for at få en vurdering. Problemstillingen er påpeget i en artikel om *disease mongering* eller spekulation i sygdom [35], og som et aktuelt dansk eksempel kan nævnes kampagnen »Du skal ikke stå model til hvad som helst/Tal med din læge om osteoporose«, som udføres i samarbejde mellem speciallæger, Osteoporoseforeningen og medicinalfirmaet MSD, og som er lanceret i en række aviser og ugeblade [36].

### Konklusion

Som praktiserende læger er vi nødt til at se i øjnene, at der kan være et dilemma mellem at forebygge risiko og fremme resurser, også når vi skal rådgive kvinder i overgangsalderen. Ved at erkende dette, og ved at udnytte de muligheder, der er for en patientcentreret, salutogen dialog i almen praksis, er der mulighed for at arbejde for en bedre balance imellem helbredsressurser og risici i det kliniske arbejde.

Når læger rådgiver kvinder i overgangsalderen, er det vigtigt at tage udgangspunkt i, at det som oftest handler om vel fungerende, raske kvinder, selv om de i en periode kan være generet af symptomer, og nogle også har behov for behandling med hormoner. I så fald anbefales lavest mulig dosering i kortest mulig periode.

Afslutningsvis skal det nævnes, at fremkomsten af nye retningslinjer for hormonbrug og osteoporose gør, at vi ikke længere har nogen acceptabel medicinsk behandling til kvinder, der har en lille risiko for knoglebrud. Dermed er grunden til, at osteoporose kom på dagsordenen i forbindelse med rådgivning for og imod hormoner ikke længere så aktuel. Det kunne foranledige os til at målrette den specifikke indsats omkring osteoporose til en ældre aldersgruppe, og især til patienter i steroidbehandling, og i øvrigt satse på den primære forebyggelse. Rådgivning om en knoglevenlig livsstil gælder alle unge som gamle, kvinder som mænd, og vil således også in-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

kludere kvinder omkring de 50 år. På den måde kunne vi nedtone oplysningen om risiko i forbindelse med overgangsalderen og koncentrere os mere om resurser og positive aspekter.

Korrespondance: *Anne Charlotte Hvas*, Afdeling for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet, Panum Institutet, DK-2200 København N. E-mail: Lotte.hvas@dadlnet.dk

Antaget: 22. september 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

- Hvas L, Søndergaard K, Thorsen H. Discussing menopause in general practice. *Maturitas* 2003;46:139-46.
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
- Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-27.
- Hulley S, Grady D, Bush T 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;280:605-13.
- Kaufert PA, Lock M. Medicalization of women's third age. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:81-6.
- Bell SE. Changing ideas: the medicalization of menopause. *Soc Sci Med* 1987;24:535-42.
- Hunter M, O'Dea I. Menopause – bodily changes and multiple meanings. I: Ussher J, ed. *Body talk*. London: Routledge, 1997:199-222.
- Greer G. *Forandringen (The change)*. København: Gyldendals Forlag, 1991.
- Avis NE. Women's perception of the menopause. *Eur Menopause Journal* 1996;3:80-4.
- Koster A, Solstad K, Porsdal V. The lay concept of the climacteric among middleaged Danes. *Nord J Psychiatry* 1995;49(1):63-7.
- Hvas L. Positive aspects of menopause. *Maturitas* 2001;39:11-7.
- Busch H, Barth-Olofsson AS, Rosenhagen S et al. Menopausal transition and psychological development. *Menopause* 2003;10:179-87.
- Hvas L, Reventlow S, Malterud K. Women's needs and wants when seeing the GP in relation to menopausal issues. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:118-21.
- The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA). EMA public statement on recent publications regarding hormone replacement therapy 2003. [www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/3306503en.pdf](http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/3306503en.pdf) /nov. 2004.
- Lagro-Janssen T, Rosser WW, van Weel C. Breast cancer and hormone-replacement therapy: up to general practice to pick up the pieces. *Lancet* 2003; 362:414-5.
- Grady D, Rubin SM, Petitti DB et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Int Med* 1992;117:1016-37.
- Ottesen BS. Østrogensubstitution. *Ugeskr Læger* 1998;160:601-2.
- Osteoporose. Forebyggelse, diagnostik og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Fødevaredirektoratet, 2000.
- Osteoporose i almen praksis med fokus på forebyggelse af frakturer hos ældre. Klinisk vejledning. København: Dansk selskab for almen medicin, 2002.
- Hvas L, Reventlow S, Jensen HL et al. Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women. *Scand J Pub Health* 2005 (i trykken).
- Edwards A. Communication risks means that patients too have to live with uncertainty. *BMJ* 2003;327:691-2.
- Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002;167:363-4.
- Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327:498-500.
- Reventlow S, Lauritzen T. Risiko og forebyggelse – urealistiske forventninger? København: FADL's forlag, 1998.
- Antonovsky A. *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- Hollnagel H, Malterud K. Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis *Ugeskr Læger* 2002;164:5225-9.
- Hvas L. Det rigtige og det korrekte. Dilemmaer i hverdagen – om at rumme modsætninger. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2001;79:135-40.
- Getz L, Nilsson PM, Hetlevik I. A matter of heart: the general practitioner consultation in an evidence-based world. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21:3-9.
- WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine). European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe, 2002.
- Målbeskrivelse for almen medicin. København: Dansk selskab for almen medicin, 2002.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR et al. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986;3:24-30.
- Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- Marinker M. Personal paper: writing prescriptions is easy. *BMJ* 1997;314:747-8.
- Griffiths F. Women's control and choice regarding HRT. *Soc Sci Med* 1999; 49:469-81.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002;324:886-91.
- MSD, Osteoporoseforeningen, Sørensen HA, Schwarz P. Du skal ikke stå model til hvad som helst.../Tal med din læge om osteoporose. [www.knoglelinien.dk](http://www.knoglelinien.dk) /nov. 2004.