

# Medicin til raske – en syg ide?

Medikalisering og risikotænkning i almen praksis  
belyst ved kvinders overgangsalder

*Lotte Hvas*

Med baggrund i et projekt om »Overgangsalderen – set fra kvindernes perspektiv« har jeg ønsket at sætte fokus på det dilemma, at medicin, som gives i bedste mening for at lindre kropslige gener eller forebygge sygdom, kan have uheldige konsekvenser. Dette har resulteret i en medicinsk disputats med ovenstående titel<sup>1</sup>, og nærværende artikel bygger på den forelæsning, jeg holdt i forbindelse med forsvaret af afhandlingen. Formålet med artiklen er at give et sammendrag af disputatsen, mens læsere, der er interesserede i en mere regelret videnskabelig gennemgang af metode og resultater, henvises til originalartiklerne, der er genoptrykt i disputatsen [1].

Al medicinsk behandling kan have bivirkninger af såvel fysisk, psykosocial som kulturel art, og det gælder også – og ikke mindst – i situationer, hvor raske mennesker inviteres til undersøgelser og opfordres til at tage medicin for at lette symptomer, som tidligere har været en del af »livet selv« (såsom overgangsalderen) eller for at forebygge fremtidig sygdom som fx knogleskørhed.

Medicin til *raske* skal forstås sådan, at de pågældende ikke selv opfatter sig som syge, selvom den medicinske tilgang muligvis definerer deres tilstand som sygelig, og selvom medicinsk teknologi kan afsløre en skjult

---

1) Titlen er inspireret af en høring i Teknologirådet i januar 2004 med samme titel, hvor jeg fik muligheden for at holde et af de indledende oplæg. Konferencen handlede om livsstilsmedicin generelt, men i den aktuelle sammenhæng hentyder titlen til dilemmaerne omkring ordination af hormon til raske kvinder i overgangsalderen. Teknologirådets rapport kan downloades på [www.tekno.dk/pdf/projekter/p04\\_Medicin\\_til\\_raske.pdf](http://www.tekno.dk/pdf/projekter/p04_Medicin_til_raske.pdf).

- 2 risiko for fremtidig sygdom. *Medicin* skal ikke kun forstås som farmakologisk behandling. Det drejer sig snarere om, at hele den medicinske tankegang med undersøgelser, diagnosticering og behandling, som er opstået i arbejdet med syge mennesker, overføres til raske.

Jeg kommer ikke med noget entydigt svar. Beslutninger må i hvert enkelt tilfælde bero på en individuel vurdering, der på den ene side tager hensyn til det enkelte menneskes situation, og på den anden side tager hensyn til tilstanden, der skal behandles eller forebygges. Men selvom der ikke findes entydige svar, er min konklusion, at der her er tale om spørgsmål, vi er nødt til at stille. Vi må som læger hele tiden forholde os kritisk (og med en vis ydmyghed) til, hvad vi laver – og være klar over, at alle vore gode intentioner om at hjælpe mennesker og forhindre fremtidige sygdomme kan have uheldige konsekvenser og i sidste ende komme til at virke modsat, fordi vores fokus på fejlfunktioner og skjulte risici fortrænger positive billeder af fremtiden og medfører »bekymringsgørelse«. Min konklusion er da også, at vi som læger må blive mere bevidste om, hvilken betydning det har, når vi sætter dagsordner og introducerer forestillinger om sygdom og risiko, fordi den medicinske måde at opleve og fortolke tilværelsen på kun er en blandt flere.

Formålet med studiet var kort sagt at udforske dilemmaer ved medikalisering og risikotænkning i almen praksis med udgangspunkt i kvinders oplevelser i overgangsalderen.

## OVERGANGSALDEREN – ET EKSEMPEL PÅ MEDIKALISERING OG RISIKOTÆNKNING

Projektet begyndte for mere end ti år siden, dvs. på et tidspunkt hvor opfattelsen af overgangsalderen og hormonbehandling var anderledes end i dag. Udgangspunktet for projektet var en undren over, at tingene ikke passede sammen: Den eksisterende myte om klimakteriekvindens elendighed og problemer med østrogenmangel passede ikke med billedet af de kvinder, jeg mødte i min praksis, som oftest var flotte, velfungerende og raske kvinder, selvom nogle af dem selvfølgelig godt kunne have endda udtalte symptomer, og selv om nogle kunne fejle andre ting, som ikke havde noget med overgangsalderen at gøre.

Jeg stod også noget undrende over for den lægelige anbefaling om, at stort set *alle* kvinder ville have godt af hormoner fra overgangsalderen og

resten af livet. Kvinderne blev i lærebøger og vejledninger beskrevet som havende en lang række behandlingskrævende symptomer. I lægemiddelkataloget kunne man således helt frem til 2004 læse om det »klimakterielle syndrom«, der ud over hede- og svedeture, slimhindeforandringer og blødningsforstyrrelser også omfattede »ledsymptomer, træthed, humørpåvirkning med depressionstendens, grådlabilitet, aggressivitet og manglende koncentrationsevne« [2]. Hormonernes forebyggende egenskaber blev fremhævet, idet den evidens, der forelå dengang, tydede på, at hormonerne kunne forebygge en lang række sygdomme, der er knyttet til alderdommen, især knogleskørhed og hjerte-kar-sygdomme, men også Alzheimer-demens og tyktarmskræft.

Billeder fremstillet af lægemiddelindustrien dumpede ned i postbakken: kvinder med skæg, kvinder med krumme rygge, kvinder, der var røde og grønne i hovedet, eller budskaber om, at »hver tredje kvinde bliver skør«. Og der var billeder, der viste, hvordan de ubehandlede kvinder med mormorsutsko og hedeture måtte blive hjemme, mens de hormonbehandlede kunne danse videre med røde sko og ditto roser.

På kongresser og kurser blev kvinder, som ikke ville tage hormoner, beskrevet som havende et »kompliansproblem« – det ansås for problematisk, at kvinderne ikke gjorde, som de blev anbefalet. Kvindernes manglende lyst til at tage medicin blev som regel tilskrevet manglende viden, enten hos kvinden selv eller hos den praktiserende læge, som tilsyneladende ikke var i stand til at give optimal information om de gavnlige effekter og dermed motivere kvinderne tilstrækkeligt.

Men kunne det virkelig passe, at *alle* kvinder over en vis alder skulle tage medicin – formentlig i en længere årrække – for at behandle symptomer, de ikke selv fandt alarmerende, og for at forebygge sygdomme, de måske aldrig ville få? Var det en »syg ide« at gøre kvinderne til patienter? Dette var baggrunden for, at jeg begyndte at interessere mig for, hvordan kvinderne selv oplevede overgangsalderen, og hvilke ønsker og behov de havde i relation til deres læger.

Men tingene ændrede sig hurtigt. I løbet af 1990'erne kom der fra hele verden massive og lødige forskningsresultater, som viste, at der kun var videnskabeligt belæg for et fåtal af symptomerne, nemlig hede- og svedeture, blødningsuregelmæssigheder og skøre slimhinder, mens især talen om depression og »hysteri« kunne manes i jorden [3, 4].

Og midtvejs i projektet, nærmere bestemt i 2002, skete der noget, der

4 ændrede synet på hormonbehandling totalt. Forandringen kom, da en stor amerikansk hormonundersøgelse, Women's Health Initiative (WHI), blev stoppet i utide, fordi der blev fundet en øget risiko ved at behandle kvinder i overgangsalderen med hormoner [5]. Sammen med andre undersøgelser [6, 7] blev det nu slået fast, at der var en øget forekomst af brystkræft og blodpropper hos de behandlede kvinder, mens man ikke kunne finde den forventede beskyttende virkning på hjerte-kar-sygdomme. Dette medførte en voldsom turbulens i medier og faglige miljøer, og anbefalingerne om behandlingen blev ændret til: »Så lille dosis som muligt i så kort tid som muligt«. Hormoner blev ikke længere anbefalet som førstevalg til forebyggelse af knogleskørhed [8]. Det betød et kraftigt fald i salget af hormoner. Men det var ikke blot medicinen, der forsvandt – hele syndromet gjorde også: I lægemiddelkataloget fra 2005–2006 er betegnelsen »klimakterielt syndrom« udgået og erstattet med det mere neutrale »gener«, og der omtales kun de få symptomer, som der rent faktisk er evidens for.

Hvad betød dette så for mit projekt? Det var lidt, som om projektet forsvandt – medikaliseringen af overgangsalderen ophørte næsten umiddelbart. Fokus for analyserne ændrede sig: Fra at have drejet sig specifikt om overgangsalderen og kvindernes situation, fik det en drejning hen imod mere generelle spørgsmål om medikalisering og risikotænkning i almen praksis, fordi genstanden for min undersøgelse pludselig var blevet et højst levende eksempel på, hvordan læger er med til at skabe patienter – og så i øvrigt gøre dem raske igen, når medicinen viser sig at være uheldig.

Men selv om forebyggelse med hormoner blev sat på standby, har der sideløbende med projektet været en eksplosiv udvikling i markedsføringen af andre medicinske løsninger på vor tids helbredsproblemer: helbreds kontrol af raske, screening af raske og medicinsk behandling af usynlige risikofaktorer hos raske. Det handler grundlæggende om fejlfinding hos enkeltindividet og har dermed mange lighedspunkter med den problemstilling, jeg oprindeligt arbejdede med.

Men for at undgå misforståelser: Jeg er *ikke* imod hormonbehandling, som helt klart er en god ting for nogle kvinder. Jeg er *ikke* imod forebyggelse, som formentlig er den eneste måde, man kan komme de store folkesygdomme til livs på. Og jeg er *ikke* imod behandling med medicin til mennesker, der har behov. Men jeg mener, at vi altid skal stille spørgsmåls-

tegn ved *måden*, vi ønsker at forebygge på, og altid diskutere, om de gavnlige effekter står i et rimeligt forhold til de mulige skadevirkninger.

## METODEMÆSSIGE OVERVEJELSER

Da projektet begyndte, ønskede jeg at få større indsigt i, hvordan kvinder oplevede overgangsalderen. Men hvad er overgangsalderen egentlig, og hvad var det, jeg ønskede at høre kvindernes holdning til?

I snæver forstand handler overgangsalderen om *menstruationsophør* og er således ensbetydende med det medicinske udtryk *menopause*. Menopausen defineres ved, at der ikke har været menstruationsblødninger i et år, og det kan således kun bestemmes retrospektivt. Men overgangsalderen kan også være en betegnelse for årene omkring menstruationens ophør, det vi på dansk kalder for *klimakterium*. Her betragtes overgangsalderen i bredere forstand som den *livsepoke*, hvor kvinder går fra en fase af livet, hvor de kan få børn, til en ny og endnu ukendt periode.

Valget af metodisk tilgang faldt hurtigt på kvalitative interviewundersøgelser, som er ideelle, hvis man ønsker at forstå kvinders oplevelser, erfaringer og holdninger [9]. Men hvem skulle jeg tale med? Jeg gik hurtigt i gang med en pilotafprøvning af spørgsmål og interviewform.

Mit første interview var med en af mine egne patienter, som fortalte mig om sine oplevelser i overgangsalderen. Jeg blev hurtigt klar over, at det ikke dueede – det var for tæt på, og interviewet kunne påvirkes af vores forskellige roller. Jeg kontaktede derfor nogle af mine kollegaer for at få lov til at interviewe nogle af deres patienter, og jeg forsøgte tre gange, indtil det gik op for mig, at mine kollegaer også valgte ud fra, hvad de forventede, jeg gerne ville høre noget om, eller fordi, der var en speciel vinkel, som *de* fandt vigtig i relation til overgangsalderen. Da jeg desuden slet ikke var interesseret i »patienter«, gik jeg videre for at få kontakt med kvinder gennem bekendte. Det lykkedes, men igen var der tale om kvinder, der næsten var »selvlysende« i deres overgangsalder og meget markante i deres holdninger. Jeg måtte derfor ændre udvælgelsesstrategi. Jeg ønskede at få fat i »almindelige danske kvinder« med et bredt udvalg af oplevelser i overgangsalder og midtliv, og jeg endte med at lave en spørgeskemaundersøgelse. Herefter kunne jeg tilfældigt udvælge kvinder, som kom fra hele Danmark – fra fiskerkonen i Esbjerg til akademikeren i København og førtidspensionisten i en lille forstadslejlighed.

6 Spørgeskemaet blev udsendt til 1.261 51-årige danske kvinder udtrukket fra Det Centrale Personregister. 77% besvarede spørgeskemaet, og af disse sagde 719, at de var i overgangsalderen eller havde været det. Af de besvarede spørgeskemaer udtrak jeg 18 kvinder, og hertil kom så de seks, som jeg havde fundet på anden vis i begyndelsen af undersøgelsen. Min undersøgelse indeholder således både kvantitative og kvalitative data, men den er primært baseret på de kvalitative.

Som enhver kvalitativ forsker samlede jeg fra første stund på andet materiale, der kunne belyse overgangsalderen og kvinder i midtlivet: pjecer, reklamer, bøger, videoindspilninger, informationsmateriale, avis- og ugebladsartikler osv. Tilsammen gav det et godt indblik af, hvordan kvinderne og overgangsalderen blev italesat i Danmark. Jeg supplerede derfor de kvalitative interview med en tekstanalyse af den del af materialet, der var tilgængeligt for danske kvinder (i alt 132 tekster).

## RESULTATER

Hvad nåede jeg så frem til? Her skal fremhæves tre delresultater:

### 1. Midtlivets mange ressourcer

Som det første skal fremhæves de positive erfaringer ved overgangsalderen og aldringsprocessen, som kvinderne gav udtryk for. Talen om overgangsalderen havde som tidligere beskrevet et meget negativt fokus, da jeg begyndte min undersøgelse. Men alene det, at jeg i mit spørgeskema åbnede op for, at kvinderne kunne beskrive overgangsalderen med egne (også positive) ord, åbnede op for en lang række svar, der beskrev mere positive aspekter ved overgangsalderen. I de efterfølgende interview kunne jeg så uddybe disse aspekter, som ikke blot handlede om overgangsalderen, men også om det at blive ældre generelt.

Samlet fandt jeg at kvinderne:

- Oplevede overgangsalderen bedre end forventet. »Jeg er heldig«, sagde de ofte og understregede, at de jo nok havde det bedre end andre, eller at der måske var mere i vente for deres eget vedkommende.
- Ofte oplevede, at det var en lettelse at slippe af med menstruationerne og de dertil hørende problemer, såsom hovedpine, humørsvingninger og behov for prævention.

- Generelt beskrev forskellige positive aspekter ved at blive ældre:
  - De følte sig mere erfarne og kompetente, især i relation til arbejdslivet.
  - De havde fået mere frihed (mere tid, færre krav, færre hæmninger, bedre økonomi).
  - De havde gennemlevet en personlig udvikling, der gjorde dem i stand til at prioritere og stå fast på egne synspunkter og til bedre at udtrykke deres mening. De var færdige med »flinkeskolen«, som flere udtrykte det.

Kvinderne beskrev selvfølgelig også negative oplevelser ved at blive ældre. Oplevelser, der især handlede om tabssituationer: tabet af ungdom, tab i de sociale relationer (dødsfald, skilsmisser osv.) og fysiske ændringer. Nogle havde været meget syge (fx haft brystkræft), mens andre havde fået begyndende slidgigt eller andre fysiske begrænsninger. Men det gennemgående indtryk var, at de positive erfaringer kunne bruges til at kompensere for de negative – og derfor være en ressource, når det gjaldt evnen til at modstå de belastninger, som tilværelsen uundgåeligt byder på. En evne, som er en vigtig del af et menneskes sundhed, og som bør indgå som en vigtig brik i al sundhedsfremme.

## 2. Bekymringsgørelse

Information om risiko medførte »bekymringsgørelse«, et ord, som jeg finder mere betegnende end »sygeliggørelse«, når mennesker bliver præsenteret for billeder af, hvor galt det kan gå. Nogle kvinder – men ikke alle – blev usikre og bekymrede, når de blev konfronteret med risikoen for knogleskørhed og fik at vide, at det var op til dem selv at gøre noget ved det – i form af livsstilsændringer eller hormonel behandling. For selv om mange læger blev overrasket over undersøgelsesresultaterne fra WHI, var det bestemt ikke nyt for kvinderne, at hormoner kunne indebære en væsentlig risiko i sig selv, og mange beskrev det som et valg mellem »pest og kolera«.

Samtidig kunne jeg se, at det kun var de kvinder, der opfattede at risikoen havde noget med dem selv at gøre, der overvejede eller rent faktisk gennemførte livsstilsændringer eller begyndte at tage medicin. Med andre ord: Bekymringsgørelse har en funktion, når man ønsker at få mennesker til at ændre adfærd, hvilket jo er grundlaget for meget af den forebyggelse,

8 der sker i dag. Man må »rystes lidt« for at forstå budskabet, så det bliver omsat i handling. I mine interview mødte jeg også den forvirring, der opstod, når lægen introducerede en »risikodagsorden« og begyndte at tale om risiko, uden at kvinden havde tænkt i de baner. På den ene side følte de sig trygge og meget tilfredse med lægens opmærksomhed, men på den anden side blev de usikre. Det affødte bemærkninger i stil med: »Mon min læge er købt af medicinalindustrien?«

### 3. Ordet skaber, hvad det nævner

Den tredje ting, jeg vil fremhæve, er, at *måden*, vi taler om tingene på, er altafgørende. Den måde vi – det vil sige kvinder, mænd, sundhedsprofessionelle, naboer, købmænd og journalister – taler om overgangsalderen på, kan forklare mange af kvindernes fortolkninger. Præsten N.F.S. Grundtvig (1783–1872) sagde: »Ordet skaber, hvad det nævner«, en indsigt, der er svær at forstå for læger og naturvidenskabeligt skolede. Vi er oplært til, at sandheden ligger derude et sted og venter på at blive opdaget, uforanderlig af tid og sted. Men mange andre faggrupper har for længst forstået, at en stor del af det levede liv handler om konstruktion og italesættelse – og at den såkaldte »virkelighed« kan være en meget flygtig størrelse.

For at undersøge hvordan »ordene skaber tingene«, er det i dag almindeligt at anvende en såkaldt diskursanalyse – en tankegang, der især er baseret på den franske filosof Michel Foucaults (1926–1984) (Fig. 1) tænkning, men er videreudviklet af en lang række andre forskere [10, 11]. Gennem analysen af samtalen og de ord, der bliver brugt, kan man undersøge, hvordan ordene ikke bare skaber tingene, men også skaber roller, handlemuligheder og ikke mindst forskellige magtpositioner.

*Diskurs* betyder egentlig blot samtale, og det er netop i brugen af sproget, at tingene skabes og sættes i forhold til hinanden. Tænk på et fiskenet: når man tager fat i én af knuderne, følger resten med. På samme måde er det med diskurser – hvis ældre kvinder omtales som skrøbelige og usynlige, påvirker det kvindernes oplevelser af aldringsprocessen på en anden måde, end hvis vi omtaler alderdommen som en smuk og givende del af livet.

Ordet *italesættelse* er analogt til ordet *iscenesættelse* – ordene medfører særlige roller på scenen. Hvis man fx taler om overgangsalderen som en hormonmangeltilstand, som det er tilfældet i den biomedicinske diskurs,



sættes fokus på hormonbehandling. Det betyder, at lægen tildeles rollen som eksperten, fordi det er lægen, der ved noget om hormoner og er be- myndiget til at skrive en recept på det middel, der kan afhjælpe tingenes

9



*Fig. 1.* Den franske »vidensarkæolog« Michel Foucault bidrog med væsentlige analyser af forholdet mellem lægevidenskab, kultur og identitet. Han var hele sit liv en ombejlet intellektuel og ses her efter at være blevet udvist fra Spanien i september 1975 som følge af sin kritik af regimet. (Foto fra bogen »Michel Foucault« af Didier Eribon, 1991).

BIBLIOTEK FOR LÆGER · MARTS 2010

10 tilstand. Kvinden får – selv om det måske ikke er hensigten – tildelt en mindre og mere passiv rolle, fordi hun er underlagt sin krops og biologiens luner.

Lad os tage en anden måde at tale om overgangsalderen på – »en mulighed for udvikling«, der er karakteristisk for den eksistentielle diskurs. Her handler det om at tage »livet på sig på godt og ondt« og lære at leve med de udfordringer og glæder, tilværelsen byder på. Når vi taler om muligheden for personlig udvikling, hvor kvinder holder op med at gå i flinkeskolen og tør stå ved sig selv og deres meninger, er det en helt anden scene, hvor kvinderne selv indtager pladsen. Lægerne har en næsten ikkeeksisterende rolle, og i hvert fald har de ikke længere rollen som eksperter, der på patienternes vegne kan sige, hvad der er rigtigt og forkert. Måske i sig selv en trussel for lægestanden?

I enhver diskurs er der indlejret værdier og holdninger, som ikke nødvendigvis diskuteres, men som opfattes som selvindlysende rigtige: I den biomedicinske diskurs handler det om at undgå sygdom og lidelse. Et meget vigtigt mål, men ved kun at fokusere på dette, risikerer man at glemme, at mennesker kan have andre mål her i livet. Jeg fandt i mit materiale syv diskurser, som hver især havde forskellige mål og værdier, og som tildelte kvinderne og lægerne forskellige roller og placering. Jeg vil ikke her gennemgå dem alle. For det afgørende er ikke antallet syv (der kan være færre eller flere), det vigtige er, at der er mere end én måde at se tingene på. Og specielt at lægers måde at se tingene på, ikke er den eneste.

I dag lægges der i sundhedsvæsenet stor vægt på autonomibegrebet, dvs. at kvinderne selv skal vælge på baggrund af grundig information. Men selvbestemmelsen skal være reel og ikke blot et spørgsmål om, at kvinderne får lov til at vælge mellem de muligheder, lægen foreslår. Derfor er det vigtigt, at vi tænker på, hvilken dagsorden der bliver sat, og hvilke ord, billeder og begreber vi benytter os af. For der er hele tiden tale om to valg, når kvinderne er hos lægen – først valget af, hvad der skal tales om i konsultationen, og dernæst valget af en evt. behandling. Men de to valg hænger uløseligt sammen – har man sagt A, må man også sige B. Når lægen først taler om overgangsalderen som et mangelsyndrom eller en risikotilstand og tænker, at kvinden, der sidder i stolen overfor, er på vej ind i en fase præget af skrøbelighed og forfald, er medicinsk behandling og forebyggelse det rationelle valg, og det kan være svært for kvinderne at skifte diskurs og tale om overgangsalderen som en naturlig tilstand, der

ikke kræver behandling. Eller måske at vælge en alternativ behandling, som lægen ikke anerkender.

11

## MEDICIN TIL RASKE?

Dette fører mig tilbage til det overordnede spørgsmål om medicin til raske med speciel fokus på opsporing og behandling af usynlige risikofaktorer hos enkeltindivider.

Forebyggelse er blevet et mantra, noget vi kan og skal og må have mere af. Mange af de sygdomme, vi ønsker at forebygge, er svære at behandle effektivt, når de først er der, og derfor skal vi naturligvis forebygge. Men som alt andet, læger foretager sig, har forebyggelse også bivirkninger, og det skal med i regnskabet over, om noget skader eller gavner.

Der findes forskellige slags bivirkninger: fysiske, psykiske, sociale og kulturelle. Når vi taler om bivirkninger, tænker de fleste læger på fysiske bivirkninger. Der tales sjældent om de psykosociale bivirkninger, de tæller ligesom ikke. For eksempel er det ganske almindeligt at skrive, at en knogleskanning ikke har nogen bivirkninger til trods for, at der findes solidt belæg for, at en skanning ikke blot skaber bekymring, men også medfører en anden måde at opfatte sig selv og sin fremtid på. Som patient bliver man afhængig af teknologien og den lægelige ekspertise, der er i stand til at tolke resultaterne. Og som Reventlow et al har påvist: Der sker en ændring, når man ser sig selv »indeni« og får en opfattelse af, at skelettet er ved at smuldre som et faldefærdigt hus [12, 13]. Og det er bestemt ikke uden betydning, når en ældre kvinde pludselig bliver bange for at løfte sine børnebørn, fordi hun får at vide, at hun ikke må bære for meget, nu når hun har knogleskørhed.

De kulturelle bivirkninger ved at gøre os alle til »potentielt syge« må også inddrages: Når man ser på kvinder som skrøbelige, uden ryggrad, svage, i deres hormoners vold og afhængig af støtte, har det betydning for, hvordan ældre kvinder generelt opfattes i samfundet. I stedet skulle vi måske have en reklamekampagne for midaldrende og ældre kvinder? En kampagne, som lægger vægt på, hvor velfungerende langt de fleste ældre kvinder er, og hvor stor gavn vi kunne have af deres erfaringer. En nærmest usynlig styrke, som jeg selv opdagede, da jeg gennemgik spørgeskemaet og i mit stille sind tænkte, at uden alle disse gæve kvinder, der passede børn, skrev regnskaber og vaskede de gamle, ja, så gik Danmark simpelthen i stå.

Så til mit indledende spørgsmål: Er medicin til raske en syg ide? Ikke nødvendigvis. Der findes mange situationer, hvor medicin, vacciner og andre forebyggende tiltag kan have helt overvejende positive effekter. Mit budskab er dog, at vi hele tiden skal turde stille de kritiske spørgsmål til det selvfølgelig og overveje, om der er negative effekter – i bred forstand – som risikerer at opveje de positive. Og til det helt konkrete udgangspunkt – hormoner til *alle* kvinder i overgangsalderen – så var det efter min opfattelse en syg idé, som der heldigvis er rettet op på, så behandlingen nu kun skal bruges til de kvinder, der reelt har et behov.

Praktiserende læge, dr.med. Lotte Hvas  
Kirsebærvej 23  
4720 Præstø  
E-mail: lotte.hvas@dadlnet.dk

Denne artikel bygger på disputatsafhandlingen »Medicin til raske – en syg ide?« Afhandlingen består af syv originalartikler og en sammenfatning, og den rummer en fuld referenceliste. Afhandlingen kan for 150 kr. rekvireres hos Månedsskrift for Praktisk Lægegerning (mpl@mpl.dk).

## SUMMARY

Lotte Hvas:

Medicine for healthy people – a sick idea? The concept of risk-thinking and medicalization in general practice. The case of menopause.

Bibl Læger 2009;201:X–X.

This paper sums up the results from a thesis, which addresses the dilemmas that arise when general practitioners are counselling healthy people. The thesis is based on seven papers which describe women's menopausal experiences. Both quantitative and qualitative data were used. Results: 1) The women mentioned several positive experiences in relation to menopause as well as to growing older. 2) Awareness of risk caused uncertainty and worry among some, but not all women. 3) Several menopausal discourses were identified. The medical discourse dominated. The handling of these dilemmas depends on an individual assessment, which leaves general practice in a privileged position. However, this position means that we, as doctors, must become more conscious of our own influence, when we are setting the agenda by introducing the idea of disease and risk.

## LITTERATUR

1. Hvas L. Medicin til raske – en syg ide? Medikalisering og risikotænkning i almen praksis belyst ved kvinders overgangsalder [disp]. København: Københavns Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin, 2008.
2. Lægemeddelkataloget. Klimakterielle gener, kliniske og metaboliske aspekter. København: Lægemeddelindustriforeningen, 2004.
3. Avis NE, McKinlay S. The Massachusetts Women's Health Study: an epidemiologic investigation of the menopause. JAMA 1995;50:45–9.
4. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL et al. A prospective population-based study of menopausal symptoms. Obstet Gynecol 2000;96:351–8.

BIBLIOTEK FOR LÆGER · MARTS 2010

5. 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.
6. 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.
7. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419–27.
8. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA). EMA public statement on recent publications regarding hormone replacement therapy (<http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/3306503en.pdf> 2003 (3. december 2009).
9. Malterud K, red. *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
10. Jørgensen MW, Phillips L, red. *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, 1999.
11. Nexø SA, Koch L. *Diskursanalyse – et særligt blik på verden. I: Koch L, Vallgård S, red. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, 2003: 69–90.
12. Reventlow SD, Hvas L, Malterud K. Making the invisible body visible. *Soc Sci Med* 2006;62:2720–31.
13. Reventlow S, Bang H. Brittle bones: ageing or threat of disease? Exploring women's cultural models of osteoporosis. *Scand J Public Health* 2006;34:320–6.