

Medicin til raske – en syg ide?

Medikalisering og risikotænkning i almen praksis
belyst ved kvinders overgangsalder

Lotte Hvas, cand. med., speciallæge i almen medicin
Forskningsenheden for Almen Praksis i København
og Afdeling for Almen Medicin,
Institut for Folkesundhedsvidenskab,
Center for Sundhed og Samfund,
Københavns Universitet

Adresse:

Forskningsenheden for Almen Praksis i København
Center for Sundhed og Samfund
Øster Farimagsgade 5, bygning 24 R
Postboks 2099
DK-1014 København K, Danmark

Privat: Kirsebærvej 23, 4720 Præstø, Danmark

Email: lotte.hvas@dadlnet.dk

Telefon 40759819

Forord

En helt almindelig novemberdag i 1998 sad jeg ved vores køkkenbord i Præstø med stabler af spørgeskemaer, der hobede sig op omkring mig. Jeg havde hentet kassevis af brune kuverter, som var bundtet sammen af postvæsenet og sendt til min adresse på universitetet. Bevæbnet med en papirkniv åbnede jeg spændt den ene kuvert efter den anden og begyndte at læse besvarelserne. Jeg kunne se, hvordan der var sat krydser i mine fortrykte svarmuligheder, men jeg kunne også hurtigt se alle de kommentarer, der var skrevet i kanterne og på den blanke side, jeg havde lavet for at give kvinderne mulighed for at skrive frit. Fra at have været et skrivebordsprojekt, baseret på artikellæsning og teoretiske overvejelser, skete der et skift. Nu handlede det ikke længere om akademiske spidsfindigheder, men om helt levende kvinder af kød og blod, som havde sat sig ned og brugt tid og overvejelser på at fortælle *mig* noget om deres liv. Det var en skælsættende oplevelse. I min projektdagbog skriver jeg samme aften: "I dag begyndte jeg at kigge i besvarelserne af spørgeskemaerne. Min første tanke var: Hvordan skal jeg nogensinde kunne redegøre for det, jeg hører og oplever? Hvordan kan jeg honorere den tillid, jeg føler, når kvinderne vælger at fortælle en lille smule om deres personlige liv – til mig – der er helt udenforstående? Hvordan kan jeg formidle den glæde, jeg føler ved at mærke kvindernes "stille styrke" – deres livsglæde og optimisme, eller deres trængsler når livet er hårdt?"

Nu er der gået 9 år, og der sættes punktum for den afhandling, som bygger på de samme kvinders erfaringer og oplevelser. Jeg har længe glædet mig til at skrive dette forord, hvor jeg omsider kan få mulighed for at sige tak – til kvinderne såvel som til alle de mennesker, som jeg har mødt på min rejse i forskningens forunderlige verden. Der har været mennesker, der har hjulpet, læst, forklaret, støttet eller provokeret mig til at tænke nyt og anderledes.

Men det er også et urimelig svært forord at skulle skrive, fordi det ikke er muligt at nævne *alle* de personer, der har ydet en individuel indsats og som har haft stor betydning for mig. For overskuelighedens skyld, har jeg valgt at nøjes med at nævne mange af disse personer i forbindelse med de grupper, de falder ind under.

Min første og største tak går til alle de kvinder, der har deltaget. Alle de knap 1000 kvinder, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, og især de 24 der stillede op til interview. Men også de andre kvinder, der har givet mig indblik i deres liv omkring overgangsalderen: de kvindelige patienter i min egen praksis samt venner, kollegaer og bekendte (også mandlige!), der har fortalt om deres erfaringer og overvejelser, og ikke mindst mine "guddommelige" veninder, der har givet mig stor indsigt i hvordan kvindeliv kan forstås og opleves. Og jeg tænker på alle dem, der har siddet og lyttet opmærksomt, når jeg har forsøgt at formidle mine resultater. Når jeg har set, hvordan de har rettet sig lidt op i stolen, og jeg har set interessen i deres øjne, har det givet mig troen på, at jeg har haft fat i noget, der er vigtigt, og som det er værd at fortsætte med.

Min faglige og kollegiale sparring har jeg fundet flere steder: Dels i det almenmedicinske forskningsmiljø, hvor der altid har været stor diskussionslyst, opbakning og interesse, og dels gennem kontakt til praktiserende læger, der har været interesseret i spørgsmål omkring risiko og medikalisering. Det har drejet sig om ”Risikogruppen” under Dansk Selskab for Almen Medicin, hvor jeg havde glæden af at være formand i en årrække, og senere om Nordisk Risikogruppe (NRG). Diskussionerne i disse grupper har i høj grad har præget denne afhandling.

Min rejse i forskningsverden startede med en opringning til professor Hanne Hollnagel, som den gang var på Afdeling for Almen Medicin i København og senere på Forskningsenheden for Almen Praksis. Hun åbnede døre, der ellers havde været lukkede for mig, og hjalp mig ind på det rigtige spor med vejledning og gode råd og formidlede vigtige kontakter. På den måde fik jeg hurtigt kontakt med professor Kirsti Malterud fra Bergen. Til mit held har projektet forløbet nogenlunde i det årti, hvor Kirsti har været tilknyttet det almenmedicinske forskningsmiljø i København, og hun har været den person, der har fulgt mit projekt tættest på, som uformel vejleder, medforfatter, kritiker og sparringspartner, og som udover det forskningsmæssige har lært mig, hvad det betyder for et godt forløb at give positiv og konstruktiv feedback.

Lektor, sociolog Dorte Gannik har også givet uvurderlige råd undervejs. Jeg tænker med stor taknemmelighed på hvordan hun hjalp med tilrettelæggelsen af hele spørgeskemaundersøgelsen i projektets startfase, så jeg i dag står med et brugbart datasæt. Dorte har samtidig været en konstruktiv samarbejdspartner omkring de sidste artikler, hvor jeg har bevæget mig i området hvor medicin og sociologi mødes.

Skrivearbejdet har ofte været en ensom proces, men takket være mine medforfattere har jeg fået god støtte og sparring: Susanne Reventlow, som jeg har kørt tæt parløb med i analyserne af vores forskellige ”risikomaterialer”, Kirsten Søndergaard, der var opfyldt af en god energi og sund indignation over ”syndromet der forsvandt”, Hans Lynge Jensen, der altid har været klar til at give en filosofisk udlægning af emnet, og Hanne Thorsen, der sørgede for at mit spørgeskema blev forståeligt og brugbart.

Men udover disse mere eller mindre formelle vejledere og samarbejdspartnere har der været mange andre, der har givet deres besyv med: I projektets første del fik jeg hjælp af en række forskere: Birgit Petersson, Birgitte Brun, Anne Køster, Lene Koch, Karen Astrup, Helene Ekström, Myra Hunter og Beth Elverdam, der hver i sær hjalp med at få vigtige brikker på plads, og Inga Marie Lunde, der som konsulent ved Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråds konsulenttjeneste fik mulighed for at give mig de allerførste vejledningstimer og sørgede for, at jeg kom på afgørende kurser om kvalitativ forskning og ”screening på tværs”. Samtidig fik jeg konkret hjælp fra kollegaerne Birgitte Anthonson og Chantal T. Simony, da jeg skulle have kontakt med de første kvinder i undersøgelsen.

I den afsluttende skrivefase har der været andre hjælpere, som har brugt sommerferietid og aftener til at læse manus igennem og give konstruktive kommentarer: Henrik Sångren, Christian Jensen, Anette Graungaard, Tine Sofie Højrup, Inge Fomsgaard, Carsten Henriksen, Hanne Backe, Thomas Vass og ikke mindst Lena Jensen, der indtil det sidste sad med manus og blyant i hånden i forsøget på at rette op på sproglige og indholdsmæssige uforståeligheder. På samme måde har Forskningsenhedens sekretariat hjulpet med korrekturlæsning og praktiske detaljer ved aflevering.

Uden økonomi var det jo heller ikke gået. Projektets hovedsponsorer har været Helsefonden og Fonden vedrørende finansiering af forskning i almen praksis. Øvrige bidragsydere har været Praktiserende Lægers Udviklingsfond, Magda og Svend Aage Friedrichs Mindelegat og JMS-fonden.

Og så til sidst alt det, der risikerer at lyde som klicheer, men som ikke desto mindre er sandt: Tak til dem der har sørget for at dagligdagen har kunnet fungere – her tænker jeg på vores trofaste sygeplejerske i klinikken, Inger-Lise, der i mange år har holdt skansen, for at ”bosserne” kunne forske, og den lige så loyale Birthe, som med årene er kommet til og været med til at sørge for at praksis fungerer, ligesom alle uddannelseslæger og vikarer har gjort deres indsats.

Thomas og Anna har gennemlevet puberteten og er blevet voksne i den tid, projektet har stået på. De har været tålmodige til at lytte, kritiske når det har været nødvendigt, præsenteret mig for nye og ukendte teorier ved at medinddrage mig i diskussionerne med deres studiekammerater, og i det hele taget altid givet udtryk for at det var OK, når jeg skrev eller debatterede.

Mikkel – sidst, men ikke mindst! Gennem sin engagerede medleven, gode dømmekraft og evne til at styrke, trøste og slette i en tekst på en konstruktiv måde, har han til fulde levet op til sit løfte om at ”leve med mig i medgang og modgang”.

Tak til jer alle!

Præstø, november 2007

Lotte Hvas

Indhold

Medicin til raske – en syg ide?	1
Forord	2
Indhold	5
Resume	7
Abstract in English	8
Introduktion: Forforståelse, motivation og udvikling af projektet	9
Medicin til raske	9
En syg ide?	9
Med overgangsalderen som udgangspunkt	10
En udefrakommende begivenhed ændrede projektet	10
Fra ”kvindernes erfaringer” til ”de raskes perspektiv”	10
Dilemmaerne	11
Formål	12
Forskningsspørgsmål	12
Artikeloversigt	13
Baggrund	14
Hvad er overgangsalderen?	14
Symptomer – myter eller medicinske facts?	14
Overgangsalderen som en social konstruktion	15
Behandling af symptomer	16
Medikalisering af overgangsalderen	16
Sygelliggørelse af en periode i kvinders liv	17
Overgangsalderen som risikotilstand – ”før og efter WHI”	18
Knogleskørhed – en usynlig risiko	19
At sælge sygdom – markedsføring af overgangsalderen:	20
Rådgivning af raske i almen praksis	21
Forebyggelse i almen praksis – ”når du alligevel er her”	21
Almen praksis i risikosamfundet og det sen-moderne menneske	23
Rask eller bare ikke tilstrækkeligt undersøgt?	24
Sundhedsfremme og ressourcetænkning – en anden måde at tænke forebyggelse på?	25
Risici eller ressourcer - hvad skal vi koncentrere os om?	26
Med udgangspunkt i kvindernes oplevelser	27
Den situationelle (sygdoms)model – menneskers konstruktion af personlige sygdomsopfattelser	27
Diskursiv tilgang – tingene får mening når vi taler om dem	29
Magt, medicin og ”diskursiv kamp”.	30
Metode og analyse	32
1. Spørgeskemaundersøgelsen	33
Spørgeskemaet	33
Udsendelse og besvarelse	33
Analyse	34
2. Interviewundersøgelsen	35
Udvælgelsesstrategi	35
Interviewet	35

Valg af analysemetode	36
Den konkrete analyse	37
3. Det dokumentariske materiale.....	39
Analyse.....	39
Resultater.....	41
Artikel 1: Hvas L, Søndergaard K, Thorsen H. Discussing menopause in General Practice.	41
Artikel 2: Hvas L, Reventlow S, Malterud K. Women's needs and wants when seeing the GP in relation to menopausal issues.	42
Artikel 3: Hvas L, Reventlow S, Jensen HL, Malterud K. Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women.	43
Artikel 4: Hvas L. Positive aspects of menopause – A qualitative study.....	44
Artikel 5: Hvas L. Menopausal women's positive experience of growing older.	45
Artikel 6: Hvas L, Gannik DE. Discourses on menopause – part I. Menopause described in texts addressed to Danish women 1996-2004.....	46
Artikel 7 : Hvas L, Gannik DE. Discourses on menopause – part II. How do women talk about menopause?	47
Metodediskussion.....	48
Hvem og hvad siger resultaterne noget om?	48
Den kvalitative interviewmetode	50
Betydningen af forforståelsen	51
”Lænestolsfasen” i kvalitativ forskning	53
Resultatdiskussion.....	56
Positive erfaringer	56
Bekymringsgørelse.....	57
Hvem sætter dagsorden?	59
Rådgivning af raske mennesker i almen praksis	61
Lægens valg: Styrke de positive sider eller øge bekymringen for fremtidig sygdom?....	61
Kan lægerne ikke bare lade patienterne selv bestemme?.....	63
Når kvinderne selv skal vælge	65
Behovet for kritisk refleksion i forebyggende medicin.....	67
Referencer	69

Resume

Denne afhandling beskæftiger sig med de dilemmaer, der opstår, når praktiserende læger skal rådgive raske mennesker. Den medicinske tankegang, som er opstået i arbejdet med syge, og som baserer sig på undersøgelser, diagnosticering og behandling, overføres til også at gælde raske mennesker. Raske, forstået på den måde, at de ikke selv opfatter sig som syge, selv om den medicinske tilgang muligvis definerer deres tilstand som sygelig, og selv om medicinsk teknologi kan afsløre en skjult risiko for fremtidig sygdom. Ved at behandle raske mennesker som (kommende) syge kan eventuelle symptomer lettes med medicin, og gennem livsstilsændringer eller forebyggende medicin kan den enkelte reducere sin risiko for fremtidig sygdom. Men det kan også betyde, at vi som praktiserende læger – i mødet med mennesker der (endnu) ikke fejler noget – risikerer at skade mere end vi gavner.

Afhandlingen baserer sig på syv artikler, der beskriver kvinders oplevelse af overgangsalderen, idet håndteringen af denne periode udgør et klassisk eksempel på medikalisering af en livsfase og på risikotænkning i relation til raske kvinder.

Formål: Det overordnede formål er, med udgangspunkt i kvinders oplevelser i overgangsalderen, at udforske dilemmaer ved medikalisering og risikotænkning i almen praksis.

Materiale og metode: Der indgår både kvantitative og kvalitative data til belysning af kvinders oplevelser, samt en diskursanalyse til belysning af kulturelle forhold i relation til overgangsalderen.

Materialet består af:

- En spørgeskemaundersøgelse sendt til 1261 51-årige danske kvinder i 1998.
- En interviewundersøgelse af 24 danske kvinder i overgangsalderen i perioden 1999-2000.
- En analyse af 132 publicerede tekster i danske medier og informationspjecer om overgangsalderen fra perioden 1996-2004, tilgængelige for danske kvinder.

Resultater: 1) Kvinderne beskrev en lang række positive erfaringer, såvel i forbindelse med overgangsalderen som i forbindelse med aldringsprocessen. Disse erfaringer kunne nuancere billedet af den negative tilgang, der i kraft af medikaliseringen har hersket på disse områder. 2) Information om risiko medførte ”bekymringsgørelse”. Mange af kvinderne, men ikke alle, blev bekymrede og usikre, når de blev konfronteret med risiko. 3) Der fandtes mange forskellige måder at italesætte overgangsalderen på. Hver måde påvirkede opfattelsen af overgangsalderen og midaldrende kvinder på forskellig vis og medførte forskellige handlemuligheder. Den medicinske dagsorden var den dominerende.

Diskussion: Til trods for lægers gode intentioner om at forebygge sygdom og reducere lidelse kan den medicinske tilgang komme til at påvirke menneskers liv på en måde, som ikke er tilsigtet og dermed modvirke sundhedsfremme og ressourcetænkning. Den medicinske dagsorden kan have stor betydning for den enkeltes måde at opfatte sig selv og sin situation på og være med til at skabe eller vedligeholde negative billeder og forventninger.

Der findes ingen enkle løsninger for, hvornår det er rimeligt, at læger uopfordret introducerer risiko og medvirker til medikalisering af raske mennesker. Håndteringen af disse dilemmaer må ske på baggrund af en individuel vurdering, og her er almen praksis et godt udgangspunkt. Men det kræver, at vi som læger bliver mere bevidste, om hvilken betydning det har, når vi sætter dagsorden og introducerer forestillinger om sygdom og risiko.

Abstract in English

Medication of healthy people – a sick idea?

The concept of risk-thinking and medicalisation in general practice. The case of menopause.

This thesis addresses the dilemmas that arise when general practitioners are counselling healthy people. The medical approach which is conceived to address the problems of ill people and therefore implies resort to examinations, diagnoses and treatment is also applied in the approach to healthy people. Healthy, that is, in the sense that these people do not consider themselves ill, even if their condition might be diagnosed as a medical disease, and even if medical technology might disclose a hidden risk of future disease.

By treating people as if they were ill or were about to become ill, symptoms may be relieved, and by changing life style or by taking preventive medicine, the person in question may reduce his or her risk of future diseases. But such an approach may also cause side effects and therefore imply that we, as general practitioners, do more harm than good when meeting people who are not (yet) ill.

The thesis is based on seven papers which describe women's menopausal experiences. The handling of this period constitutes a classical example of medicalisation of a period in life, and the introduction to risk of a group of healthy individuals.

Aim: Drawing on women's experience of menopause, the aim of this thesis is to explore the dilemmas of medicalisation and the general focus on risk of future diseases in general practice.

Material and methods: Both quantitative and qualitative data are used to describe women's experiences, and an analysis of published material is used to describe prevailing cultural issues and aspects related to menopause.

The data stem from:

1. Questionnaire sent to 1261 51-year-old women.
2. Semi-structured interviews with 24 Danish menopausal women,
3. 132 published text from Danish media or from informational material, accessible to Danish women.

Results: 1) The women mentioned several positive experiences in relation to menopause as well as to growing older. These experiences gave perspective to the dominant negative approach furthered by the prevailing tendency to medicalisation. 2) Awareness of risk caused uncertainty and worry among some, but not among all women. 3) Several menopausal discourses were identified, each of which influenced the way menopause and menopausal women were looked upon and each of which provided different positions and scopes of actions. The medical discourse dominated.

Discussion: Despite doctors' good intentions of preventing diseases and reducing illness, the medical discourse may influence people's lives in unintended ways that counteract health promotion and salutogenesis. The medical agenda may have much impact on the individuals' ways of perceiving themselves by shaping or preserving negative images and expectations. There are no simple solutions as to when it is appropriate for doctors unsolicited to introduce risk, or to contribute to further medicalisation of healthy people. 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.

Introduktion: Forforståelse, motivation og udvikling af projektet

Medicin til raske

I efteråret 1996 havde jeg en konsultation med en kvinde i overgangsalderen. Kvinden så bekymret ud og var tydeligt i vildrede. Hun sad yderst på stolen og pillede ved en recept, som hun ikke havde indløst. Det viste sig at være en recept på hormoner, som hun havde fået udstedt, da hun havde været hos en gynækolog i anden sammenhæng. Lægen havde sagt det ville være godt for hende at tage hormoner, selv om hun ikke havde særlig mange symptomer, og at pillerne kunne være med til at forebygge både det ene og det andet. ”Men er det virkelig nødvendigt at tage dem?” spurgte hun nølende, da hun viste mig recepten.

Situationen var ikke unik for mig som praktiserende læge, men gjorde alligevel indtryk. Jeg undrede mig: Kunne det virkelig være rigtigt, at kvinden, som jeg ellers kendte som sund og rask og uden de store helbredsmæssige problemer og slet ikke så undseelig, som hun forekom nu, pludselig skulle tage medicin – formentlig i en længere årrække – for at behandle symptomer hun ikke fandt alarmerende, og for at forebygge sygdomme hun måske aldrig ville få?

Flere lignende episoder gav afsættet til dette projekt, der overordnet beskæftiger sig med de dilemmaer, der opstår når praktiserende læger skal rådgive raske mennesker. Raske, forstået på den måde, at de ikke selv opfatter sig som syge, selv om den medicinske tilgang muligvis definerer deres tilstand som sygelig, hvad enten det handler om udviklingsperioder, livsstilsproblemer eller sociale forhold, og selv om medicinsk teknologi muligvis kan afsløre en iboende forøget risiko for fremtidig sygdom.

”Medicin til raske” skal ikke kun forstås som farmakologisk behandling. Det drejer sig om en overførelse af hele den medicinske tankegang med undersøgelser, diagnosticering og behandling, som er opstået i arbejdet med syge, til også at gælde raske mennesker.

En syg ide?

Medicin til raske kan i mange tilfælde forbedre den enkeltes livskvalitet og være med til at forebygge eller udsætte senere sygdom og død, og det er ikke min hensigt med denne afhandling at bringe den foreliggende evidens i tvivl.

Min hensigt er til gengæld – på trods af, at en stigende mængde data sandsynliggør, at en medicinsk intervention kan være hensigtsmæssig - at turde stille spørgsmålstejn ved det selvfølgelige:

Kan vi som praktiserende læger – i mødet med mennesker der (endnu) ikke fejler noget – risikere at gøre noget, der ikke gavner den enkelte? Kan vi, trods vore gode intentioner, komme til at påvirke menneskers liv på en måde, som ikke var tilsigtet?

Med overgangsalderen som udgangspunkt

Afhandlingen baserer sig på kvinders oplevelse af overgangsalderen og deres møde med sundhedsvæsenet i den forbindelse. Den bygger på data fra en kvalitativ interviewundersøgelse, suppleret med data fra en spørgeskemaundersøgelse og en analyse af dokumentarisk materiale til belysning af kulturelle forhold.

Til trods for at overgangsalderen er en periode, som indtræder hos alle kvinder, hvis de ellers lever længe nok, og således må betegnes som en del af livet selv, er perioden i den medicinske litteratur blevet beskrevet som en hormonal mangelstilstand og opfattet som en risikotilstand i sig selv, ved at faldet i hormoner er blevet sat i forbindelse med knogleskørhed og hjertekarsygdom hos kvinder senere i livet. Ved projektets start blev det, med baggrund i den dengang aktuelle evidens, anbefalet, at alle kvinder fik en samtale med en læge omkring hormonernes gavnlige og forebyggende effekt. Overgangsalderen er på den måde både et eksempel på medikalisering af en livsfase og på risikotænkning.

Kvinderne har i denne undersøgelse givet et rigt facetteret billede af overgangsalderen, som kan supplere de ofte negative fortællinger med en lang række positive billeder af perioden og af aldringsprocessen som sådan. Derfor handler projektet ikke kun om overgangsalderen, men i lige så høj grad om forskellige måder at opleve og forstå livet på: om måder at se på udvikling, aldring, eksistens, sygdomsrisiko og kropslige symptomer og forandringer.

En udefrakommende begivenhed ændrede projektet

Midt i projektperioden, efter at jeg havde indsamlet mine data og var godt i gang med analysen, indtrådte der en udefrakommende begivenhed, der kom til at ændre mit projekt på afgørende punkter.

Nye epokegørende forskningsresultater fra 2002 slog fast, at behandlingen af raske kvinder med hormoner medførte flere skadelige end gavnlige effekter. Dette resultat førte til et holdningsskift over for hormonbehandling, idet behandlingen ikke længere kunne anbefales til kvinder, der ikke havde udtalte symptomer, og ikke længere som primær forebyggelse af risiko. Hermed forstummede også anbefalingerne om, at alle kvinder skulle tale med en læge om hormonbehandling, de farvestrålende reklamer for hormoner forsvandt fra lægernes postbakker, kvinderne kom sjældnere til læge og hormonsalget faldt på verdensplan. Selv betegnelsen ”klimakterielt syndrom” forsvandt ud af nogle af de medicinske lærebøger.

Fra ”kvindernes erfaringer” til ”de raskes perspektiv”

Det, der fra begyndelsen var et projekt, der handlede om kvinders erfaringer i overgangsalderen, har i kraft af de indtrådte begivenheder ændret sig gradvis.

Udgangspunktet er fortsat kvindernes erfaringer i overgangsalderen, og basis for afhandlingen er de syv artikler, der beskriver dette område. Men diskussionen og perspektivering i selve sammenskrivningen har jeg valgt at tilegne generelle problemstillinger omkring medicin til raske, især i relation til rådgivningen i almen praksis.

Selv om fokus på kvindelige hormoner er blevet nedtonet i projektperioden, har der været en kraftig stigning i *andre* tilstande, hvor raske mennesker bliver tilbudt – eller ønsker – medicinsk intervention pga. symptomer, der tidligere er blevet anset for at være en naturlig del af livet, eller på grund af risiko for fremtidig sygdom. Mange træk fra diskussion omkring overgangsalderen, kan genfindes i helt andre situationer, hvor raske mennesker er i kontakt med sundhedsvæsenet, hvad enten det handler om at finde risiko for kræft, hjertekarsygdomme eller fostermisdannelser, eller når nye diagnoser opstår, som fx mandlig overgangsalder eller FSD (female sexual dysfunction).

Der eksisterer i dag en stor mængde data, der påviser forskellige risikofaktorer for sygdom, og viden, som ofte er ensbetydende med et ønske om, at der gøres en indsats for at reducere den pågældende risikofaktor ved livsstilsændringer eller medicin. Imidlertid mangler der en tilsvarende mængde data, der kan belyse, hvad indsatsen betyder for de mange raske, der aldrig vil komme til at fejle den pågældende sygdom, og hvad det betyder, at normale livstilstande og udviklingsperioder bliver tolket som et medicinsk problem. Hvilken konsekvens har det fx når overgangsalderen italesættes som noget negativt og risikabelt for kvinderne? Og hvilken konsekvens ville det have hvis man i stedet omtalte fremtiden på en positiv periode, med mulighed for udvikling eller accept af livsvilkår, som naturligt følger med at blive ældre?

Dilemmaerne

Det øgede fokus på forebyggelse har betydet, at større og større områder af menneskers hverdag er blevet underlagt en medicinsk forståelsesramme, eftersom næsten alle dele af livet har betydning for udvikling af sundhed og sygdom. Håndteringen af dette område er formentlig en af de største udfordringer vi står overfor i dag i almen praksis. Forandringerne i almen praksis er sket gradvis, og rådgivning af raske mennesker er i dag integreret som en naturlig del af de praktiserende lægers arbejde.

Dette rejser dog en række dilemmaer. Hvis det er vores pligt at informere om mulige sygdomme og risici, fordi det giver muligheden for at påvirke forløbet ”i tide”, kan vi så også arbejde med at bevare og fremme ressourcer, der kan styrke sundheden? Hvor sundhed vel at mærke ikke blot skal opfattes som fravær af sygdom eller som en sund livsstil – men som en evne eller mulighed for at have kontrol over sit liv, at kunne mestre modgang og kriser som en uundgåelig del af livet selv og at have positive forventninger til at kunne klare ”hvad der måtte komme”? Har vi mandat til at bringe risiko på banen, også når patienten henvender sig med noget andet, vel vidende at fokus på sygdom og risiko kan skabe usikkerhed, angst og negative forventninger? Hvornår skader vi mere end vi gavner?

Formål

Afhandlingens overordnede formål er, med udgangspunkt i kvinders oplevelser i overgangsalderen, at udforske dilemmaer ved medikalisering og risikotænkning i almen praksis.

Forskningsspørgsmål

- Hvad kendetegner kvinder, der taler med en læge om overgangsalderen, i forhold til kvinder, der ikke taler med en læge?
- Hvilke ønsker og behov har kvinder, når de henvender sig hos deres læge i forbindelse med overgangsalderen?
- Hvordan oplever kvinder i overgangsalderen at høre om risikoen for knogleskørhed?
- Hvilke positive erfaringer har kvinder i forbindelse med overgangsalderen?
- Hvilke positive erfaringer har kvinder med at blive ældre?
- På hvilke måder italesættes overgangsalderen i den danske kultur, og hvad betyder dette for kvinders position og handlemuligheder?
- Hvordan italesætter kvinder selv overgangsalderen?

Artikeloversigt

1. Hvas L, Søndergaard K, Thorsen H. Discussing menopause in General Practice. *Maturitas* 2003; 46:139-46.
2. Hvas L, Reventlow S, Malterud K. Women's needs and wants when seeing the GP in relation to menopausal issues. *Scand J of Prim Health Care* 2004; (22):118-21.
3. Hvas L, Reventlow S, Jensen HL, Malterud K. Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women. *Scand J Public Health* 2005; 33(3):203-7.
4. Hvas L. Positive Aspects of Menopause. A qualitative study. *Maturitas* 2001; (39(1)):11-7.
5. Hvas L. Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas* 2006; 54(3):245-51.
6. Hvas L, Gannik DE. Discourses on menopause - part I. Menopause described in texts addressed to Danish women 1996-2004. *Health*: 2007. Accepted for publication
7. Hvas L, Gannik DE. Discourses on menopause - part II - How do women talk about menopause? *Health*: 2007. Accepted for publication

Baggrund

Hvad er overgangsalderen?

Overgangsalderen er den livsepoke, hvor kvinder går fra den fase af livet, hvor de kan få børn, til en ny og endnu ukendt livsperiode¹. Overgangsalderen er, ligesom betegnelsen klimakterium, en almindelig dansk betegnelse for årene omkring menstruationens ophør², det som i medicinsk sprogbrug kaldes menopausen. Naturlig menopause anses iht. WHO's kriterier for at være indtrådt efter 12 måneders blødningsophør, og kan kun bestemmes retrospektivt³. Menopause kan også indtræde efter en operation eller medicinsk behandling, der ophæver æggestokkenes hormonproduktion. Perimenopausen er, i henhold til WHO's definitioner, perioden der strækker sig fra det tidspunkt, hvor der begynder at optræde hormonelle, biologiske eller kliniske manifestationer, til et år efter sidste menstruation. Gennemsnitsalderen for hvornår kvinderne når den naturlige overgangsalder, er i dag, i den vestlige verden, ca. 51 år⁴, dog kommer rygere i overgangsalderen noget før ikke-rygere⁵.

Symptomer – myter eller medicinske facts?

I dag er der stort set enighed blandt forskere om, at overgangsalderen og ophøret af menstruationer kun kan tilskrives et fåtal symptomer, nemlig hedeudslæt og svedeture, slimhindeforandringer i skede og urinveje samt blødningsforstyrrelser³.

Dette står i kontrast til, hvordan overgangsalderen gennem årene er blevet tillagt en række symptomer, hvor listen på forskellige tilstande, der kunne skyldes overgangsalderen har været lang. Ekström⁶ har gennemgået, hvordan overgangsalderen i den medicinske litteratur blandt andet er blevet tillagt symptomer som søvnløshed, træthed, nervøsitet, ledsmerter, svimmelhed, hovedpine, smerter i brystet, depression, uligevægt, sovende fornemmelser i hænder og fødder, koncentrationsbesvær etc. Det har også været almindeligt at tale om et "menopausalt syndrom"⁷⁻⁹, der skulle dække over en samling af fysiske og psykiske symptomer, der optrådte i overgangsalderen.

I WHO's gennemgang af forskning om overgangsalderen i 90'erne³, forklares den lange liste af symptomer ved, at man ikke har skelnet mellem symptomer, der kan være opstået pga. 1) nedsat hormonproduktion, 2) aldringsprocessen eller 3) eventuelle sociokulturelle belastninger i midtlivet. Meget af den tidligste forskning om overgangsalderen baserede sig på tværsnitsundersøgelser, der ikke var i stand til at kortlægge årsagsforhold. For at få klarhed over, hvilke symptomer der kunne tilskrives faldet i hormonproduktionen i overgangsalderen, var det nødvendigt at udføre store, prospektive opfølgingsundersøgelser. Der er nu udført en række sådanne^{4,10-15}, hvor man blandt andet har fulgt flere populationer af kvinder fra flere år før menopausen til en periode efter. Ved spørgeskemaer eller telefoninterviews er kvinderne blevet spurgt om symptomer og menopausestatus. Derved har det været muligt at konstatere, hvilke symptomer der øger i hyppighed i forbindelse med selve menopausen, hvilket var tilfældet for blødningsforstyrrelser, slimhindeforandringer og hede/svedeture,

mens andre og hyppigt rapporterede symptomer, såsom hjertebanken, uro, hovedpine, træthed, rygsmerter, svimmelhed og koncentrationsproblemer ikke var relateret til menstruationsophøret.

Men selv om evidensen ændres, er myterne mere sejlivede. Eksempelvis kan man i Lægemiddelkataloget, som er danske lægers hovedopslagsværk omkring medicin, helt frem til 2004⁹ læse om det ”klimakterielle syndrom”, der ud over hedeture, slimhindeforandringer og blødningsforstyrrelser, også omfatter ”ledsytomer, træthed, humørpåvirkning med depressionstendens, grådlibilitet, aggressivitet og manglende koncentrationsevne”. I den aktuelle ”Medicin.dk” fra 2007¹⁶, som er Lægemiddelkatalogets afløser, er betegnelsen klimakterielt syndrom slettet, og der omtales kun de få symptomer, som der i dag er evidens for.

Det har længe været opfattelsen, at kvinder i overgangsalderen er deprimerede og labile, selv om det er dokumenteret, at dårlige oplevelser i overgangsalderen i form af humørsvingninger, søvnproblemer og irritabilitet har større sammenhæng med psykosocial stress end med svingninger i hormonniveaue^{14,17,18}. Kvinderne bliver ikke hyppigere deprimeret i overgangsalderen^{19,20}; snarere ser det ud til at hyppigheden af depression falder efter menopause²¹.

WHO³ understreger, at det er nødvendigt – men ofte undladt – at man i undersøgelser om symptomhyppighed skelner mellem at have et symptom, og at have et symptom, der påvirker ens hverdag eller funktionsevne. Det er kun de sidstnævnte, hvor det er relevant at tænke på medicinsk intervention. Når der således fortsat står i ”Medicin.dk” at 85 % af alle kvinder vil få klimakterielle gener, så betyder det ikke at 85 % har behov for medicin¹⁶.

Overgangsalderen som en social konstruktion

Ophøret af menstruation er en normal fysiologisk hændelse, som optræder i midtlivet hos alle kvinder, der lever så længe. Hermed kunne historien om overgangsalderen være slut, hvis det ikke var fordi vi som mennesker konstruerer og tillægger oplevelserne mening og betydning²².

Overgangsalderen er blevet tolket og tillagt forskellige meninger på tværs af kulturer, tidsaldre og ud fra forskellige perspektiver. Andre begivenheder i kvinders liv knyttes sammen med menstruationsophøret, fx kvinders sociale situation i midtlivet og fremtidig risiko for sygdom, og selve menstruationsophøret ses som symbol på aldringsprocessen, hvorved synet på overgangsalderen påvirkes af det kulturelle syn på ældre kvinder.

Avis gennemgik i 1996, hvordan opfattelsen af overgangsalderen skifter på tværs af kulturer²³. Det vestlige, primært negative syn på overgangsalderen, genfindes ikke nødvendigvis i ikke-vestlige kulturer, hvor overgangsalderen ofte tolkes som en positiv hændelse i en kvindes liv, ofte fordi kvinder får en anden og højere status og slipper for sociale eller religiøse restriktioner, som yngre kvinder bliver underlagt³.

Locks antropologiske arbejde fra Japan tilbage i 1980-erne²⁴ påviste, hvordan selv overgangsalderens symptomer var afhængig af kulturelle forhold – således var stivhed i nakken det hyppigste symptom, mens de japanske kvinder ikke havde nogen betegnelse for hedeture.

Hvorvidt overgangsalderen tolkes som en negativ eller positiv hændelse er således knyttet til kulturelle forestillinger. Antallet og arten af symptomer ikke kun er påvirket af kvinders biologi, men også af forventninger og holdninger. Kvinder, der forventer at få det dårligt i overgangsalderen, har også en tendens til at få det dårligt¹³.

Behandling af symptomer

Hormonbehandling med østrogen kan afhjælpe hedestigninger, svedeture og slimhindeforandringer. Hvis kvinden ikke har fået fjernet sin livmoder, anbefales samtidig gestagenbehandling for at undgå celleforandringer i livmoderslimhinden²¹.

På grund af bivirkninger ved hormonbehandlingen, især den øgede risiko for brystkræft og blodpropper, er de europæiske anbefalinger²⁵, at kun kvinder med udtalte symptomer behandles, og at de får ”lavest mulig dosering i kortest mulig periode”, mens Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi²¹ skriver at ”hormonterapi er en individuel behandling og tilrettelægges individuelt afhængigt af ønsker, subjektive gener, dispositioner og relative kontraindikationer”.

Hvis der udelukkende er lokale problemer i skeden/urinvejene, kan disse afhjælpes med lokalt virkende hormonbehandling²¹.

Overgangsalderens symptomer kan også behandles med naturlægemidler, kosttilskud, zoneterapi og akupunktur^{26,27}. Virkningen er dårligt dokumenteret, og bivirkningerne er ikke endeligt kortlagte²⁷.

Behandling med hormoner er et kontroversielt emne og har været det, så længe hormonerne har været på markedet²⁸⁻³¹.

Diskussionen handler ikke om, hvorvidt kvinder med mange symptomer skal behandles, hvilket der i høj grad er konsensus om, men knytter sig til medikalisering og risikotænkning, dvs.:

- Skal man behandle tilstande, som er en del af de fleste raske kvinders liv?
- Skal man behandle raske mennesker med en forøget risiko for sygdom med medicin, med risiko for bivirkninger og komplikationer?

Medikalisering af overgangsalderen

Overgangsalderen har i mange år, også længe før starten af dette projekt, været et klassisk eksempel på *medikalisering*^{28,32-35} dvs. et udtryk for at ”større og større dele af menneskelivets reaktioner og livsfaser defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme og derved fører til et anliggende for sundhedsvæsenet”³⁶. Symptomer og reaktioner, som tidligere blot har

været en del af ”livet selv”, er blevet omdefineret som et område, der hører under det lægefaglige domæne på samme måde som graviditet, fødsel, alderdommen og perioder med sorg, stress, nervøsitet eller træthed³⁴.

Medikalisering er en oversættelse af det engelske ”medicalization”, som blev introduceret som en sproglig nydannelse af sociologen Zola i 1975³². Begrebet blev videreudviklet af idehistorikeren Illich, der i 1976 skabte debat med sin bog ”Grænser for lægevidenskab”³³. Han beskrev, hvordan vi har fået nye områder af livet underlagt læger og sundhedsvæsen – områder, der ikke hørte til der før, men som nu varetages af sundhedsvæsenet som en naturlig ting, og som i sidste ende gør os afhængige af sundhedsvæsenet. Som eksempler nævner han fødsler og død på hospitaler, lægeattester, sygemeldinger og andet ”juristeri” og endelig tendensen til, at lægerne påtager sig præsterollen med omsorg, syndsforladelse eller fordømmelse³⁷. Conrad og Schneider lavede i 1980 en tredelt definition af medikalisering³⁸: Begrebsligt, behandlingsmæssigt og institutionelt:

Begrebslig medikalisering betyder, at tidligere ikke-medicinske tilstande og problemer (som fx overgangsalderen) bliver inddraget under medicinsk klassifikation.

Behandlingsmæssig medikalisering betyder, at almenmenneskelige tilstande og problemer (som fx symptomer i en overgangsfase) behandles af læger med typisk medicinsk teknologi.

Institutionel medikalisering betyder, at adgangen til sociale, pædagogiske, retslige eller administrative ydelser gøres afhængige af medicinsk diagnostik og henvisning.

Medikalisering er blevet et udtryk for en uønsket medicinsk indgriben i hverdagslivet. Illich beskriver således medikalisering som en af ”de alvorligste trusler mod vores sundhed”³³, fordi andre overtager ansvaret for ens helbred, og fordi sundhedsvæsenet overtager kontrollen med menneskers tilstand og fungerer som kulturel normsætter, således at folks opfattelse af sig selv ændres til noget negativt.

Sygeliggørelse af en periode i kvinders liv

Overgangsalderen beskrives også som eksempel på *sygeliggørelse*^{30,31}. Sygeliggørelse som begreb optræder hyppigt i dansk litteratur inden for kvindebevægelsen i 70’erne for at beskrive, hvordan kvindelige fænomener, som tidligere blev betegnet som normale, nu betegnes som sygelige tilstande. Sygeliggørelse og medikalisering bruges ofte synonymt. I en oversigtsartikel³⁶ argumenterer jeg imidlertid for, at medikalisering og sygeliggørelse ikke er synonyme, men at sygeliggørelse er en følge af medikaliseringen. Den væsentligste forskel er, at medikalisering er en proces, der sker på samfundsniveau, mens sygeliggørelse sker på individniveau. Sygeliggørelse defineres som ”at en person, der føler sig rask, af en anden part får at vide, at han/hun har en sygdom, et forstadium til en sygdom eller en risikofaktor for at udvikle en sygdom, og herved udvikler en følelse af at være syg. Herved bliver individet gjort til patient og vil kunne påtage sig en patientrolle.”

Overgangsalderen som risikotilstand – ”før og efter WHI”

I 1996, da projektet blev indledt, blev overgangsalderen opfattet som en risikotilstand pga. faldende hormonniveauer i blodet med deraf følgende risiko for knogleskørhed, hjertekarsygdom, demens og enkelte kræftformer³. Der var stor tiltro blandt den medicinske ekspertise til, at risikoen kunne modvirkes ved at tage hormoner, en tiltro der baserede sig på grundige beregninger af foreliggende observationsstudier³⁹. Man forsøgte således at beregne, hvordan en 50-årig kvindes risiko var for at få enkeltstående sygdomme inden hun blev 75 år, og hvordan denne risiko ville ændre sig, hvis hun tog hormoner. For de fleste kvinder gav den samlede risikovurdering en ”gevinst” i form af nedsat hjertekarsygdom og nedsat risiko for hoftebrud, som klart opvejede den øgede risiko for brystkræft. Dette affødte en holdning blandt gynækologer, kardiologer og medicinere om, at næsten alle kvinder burde tilbydes hormonbehandling i en længere årrække, uanset om de havde symptomer eller ej⁴⁰⁻⁴². Det var samtidig almindeligt at omtale kvinders eventuelle afvisning af at tage hormoner, som et ”compliance problem”, som det skulle gøres noget ved. Måden man skulle forbedre compliance på var øget information og undervisning af såvel læger som kvinder⁴³.

Men i 2002, og således midt i projektperioden, kom der en voldsom turbulens omkring overgangsalderen og hormoner som forebyggende behandling.

Den store forandring kom med offentliggørelsen af en stor amerikansk undersøgelse om hormonbehandlingens fordele og ulemper. Undersøgelsen "Women's Health Initiative"⁴⁴ – eller blot WHI, blev stoppet i utide, fordi der blev fundet en *øget* risiko ved at behandle kvinder med hormoner i overgangsalderen. Den slog fast at der var en øget forekomst af brystkræft hos de behandlede, mens man *ikke* kunne finde den beskyttende virkning på hjertesygdomme, som man havde forventet. WHI var den første dobbeltblinde, randomiserede undersøgelse, der var gennemført for at undersøge hormonbehandlingens forebyggende effekter, og ændrede totalt på tidligere beregninger af fordele i forhold til skadelige virkninger.

Der havde dog været forvarsler om, at risikovurderingen ikke var så gunstig som antaget. En anden undersøgelse, HERS⁴⁵, hvis første resultater blev offentliggjort allerede i 1998, konkluderede, at der ikke var gavnlig effekt af hormoner hos kvinder, der havde manifest hjertekarsygdom.

Kort efter WHI kom resultaterne fra ”the Million Women Study”⁴⁶, der bekræftede, at kvinder, der blev behandlet med hormoner, havde en øget risiko for brystkræft, om end der var forskelle i kræftisiko mellem de forskellige præparattyper.

I forbindelse med hormonbehandling tales der nu om tiden ”før og efter WHI”, og rekommandationerne omkring hormonbehandling er ændrede. Nu anbefales det, at kun kvinder med udtalte symptomer behandles, og med så lille dosis som muligt, i så kort tid som muligt²⁵. Efterfølgende er faldet af hormonbehandling faldet drastisk, og de første opgørelser

over nye brystkræfttilfælde, kan vise et tydeligt fald i incidensen, hvilket tilskrives ændringerne i hormonforbrug⁴⁷.

Knogleskørhed – en usynlig risiko

Selv om WHI afkræftede den gavnlige virkning af hormoner på hjertekarsygdomme, indfrie- des forventningerne om, at der var en effekt på risikoen for knoglebrud. Budskaberne om en øget risiko for knogleskørhed efter overgangsalderen er stadig helt intakte^{48,49}. Der er et ønske fra såvel medicinske specialister som fra politikere, patientforeninger og lægemiddel- industri om at informere kvinder om deres øgede risiko for knogleskørhed efter overgangs- alderen. Baggrunden er, at kvinder, der bliver oplyst om deres risiko, får muligheden – og ansvaret – for at reducere risikoen, fx ved hjælp af ”knoglesund livsstil” eller ved at tage fo- rebyggende medicin som hormoner eller andre former for medicin (bisfosfonater, strontium eller parathyroideahormon).

Knogleskørhed/osteoporose er defineret af WHO som en tilstand med lav knogletæthed med øget risiko for knoglebrud og er således ikke en sygdom i sig selv, men en ’usynlig’ risikofaktor⁵⁰, der kan afsløres ved at måle knoglemineralindholdet i knoglerne (= Bone Mineral Density, BMD) ved en knoglescanning. Knogleskørhed er, ligesom andre ’usynli- ge’ risikofaktorer, som udgangspunkt ikke kendt af patienten eller omgivelserne. Usynlige risikofaktorer opdages først ved hjælp af en undersøgelse i sundhedsvæsenet – fx en celle- prøve, blodtryksmåling, blodprøve, røntgen, gentest osv. Personen har ikke sanset risikoen med kroppen, og det kommer ofte som en overraskelse for den pågældende, og måske også for lægen, at en prøve ikke er normal.

Men BMD er ikke det eneste, der afgør om man får knoglebrud. En række andre faktorer påvirker også tendensen til knoglebrud, fx kroniske sygdomme, muskelmasse, faldtendens, medicinering og ydre faktorer som sne- eller isglat underlag eller trafikulykker. En knogle- scanning er derfor langt fra er nok til at forudsige fremtiden: Mange vil opleve at få et knoglebrud uden at have knogleskørhed, ligesom mange der har knogleskørhed, ikke vil opleve at brække noget⁵¹.

Alle mennesker, såvel kvinder som mænd, taber knoglestyrke med alderen. Lever vi længe nok, vil alle kunne få stillet diagnosen knogleskørhed. Den medicinske kobling mellem overgangsalder og osteoporose, skyldes imidlertid, at der i årene lige efter overgangsalde- ren sker et accelereret fald i mineralindholdet i knoglerne. Selve bruddene kommer ikke i relation til overgangsalderen, men oftest mange – måske tyve eller tredive år efter over- gangsalderen. Da kvinders knogletæthed som udgangspunkt er lavere end mænds, og kvin- der gennemsnitligt bliver ældre end mænd, er knoglebrud også hyppigere hos kvinder, selv om osteoporose optræder hos begge køn.

At sælge sygdom – markedsføring af overgangsalderen:

Markedet for forebyggende medicin er kolossalt, og der er store økonomiske interesser på spil.

Den økonomiske interesse fra industriens side for at omdefinere naturlige tilstande til at være sygelige og for at ændre grænsen for, hvad der betegnes som en forhøjet risiko, har præget markedsføringen. Fænomenet kaldes ”disease mongering” og har fået stor bevågenhed de senere år⁵²⁻⁵⁴. Ved hjælp af PR-bureauer markedsføres sygdom på linie med andre varer. Som eksempler kan nævnes skaldethed, impotens og generthed, ligesom mænds overgangsalder også er markedsført som en sygdom, der kan behandles. På flere måder er overgangsalderen et klassisk eksempel på ”disease mongering”, dels ved at overgangsalderen sælges som en sygdom, der behøver hormonel behandling, og dels ved at markedsføre knogleskørhed som en alvorlig risiko, som alle kvinder i og efter overgangsalderen bør forholde sig til og evt. tage medicin for.

Bell²⁸ beskriver i sin historiske gennemgang, hvordan hormonproducerende firmaer, helt siden de første hormoner kom frem, har haft interesse i at markedsføre overgangsalderen som en medicinkrævende tilstand. Det tydeligste eksempel er formentlig udgivelsen af bogen ”Feminine forever”⁵⁵, skrevet af en gynækolog, Dr. Wilson, tilbage i 1966. Langt senere afslørede Dr. Wilsons søn, at hans fars bog var udgivet med økonomisk støtte fra hormonproducenten Wyeth-Ayerst⁵⁶. Bogen gik sin sejrsgang over store dele af den vestlige verden, og markedsførte et billede af kvinden, der mistede sin seksualitet i overgangsalderen, såfremt hun ikke valgte at tage hormoner, og medførte et boom i hormonsalget, især i USA.

I Danmark er det ikke tilladt at reklamere for medicinske produkter direkte til borgerne, men reklamerne henvender sig til lægerne, især de praktiserende læger, med henblik på at påvirke lægerne til at udskrive medicin, herunder hormoner til kvinder i overgangsalderen. Hvis der ikke omtales navne på medicin, må reklamerne godt henvende sig til kvinderne direkte, i form af informationsmateriale på apoteker, biblioteker, foldere hos lægen eller som TV-spots. Reklamerne, eller ”informationsmaterialet” har ofte henvisninger til den medicinske ekspertise, der kan tages til indtægt for holdningerne.

Der har kun været få reklamer for hormoner efter at resultaterne fra WHI kom frem, og der har været et drastisk fald i salget af hormoner i hele verden⁵⁷. Praktiserende læger rapporterer om ændret henvendelsesmønster i praksis, nu når det ikke er nødvendigt for *alle* kvinder at tage stilling for eller imod hormoner, som Søndergaard skriver i sin omtale af ”Overgangsalderen – sygdommen der forsvandt”⁵⁸.

Samtidig med, at hormonreklamerne er blevet færre, er der kommet et tiltagende fokus på knogleskørhed. Industrien har interesser i at markedsføre aldersbetinget knogletab som en sygdom, som fx ses i kampagnen ”Du skal ikke stå model til hvad som helst”⁴⁹. Kampagnen gør gennem tv-spots, avisreklamer og internetsider kvinder opmærksomme på deres risiko for knogleskørhed og kombinerer det med en anbefaling om at gå til læge og blive undersøgt.

Den medicinske intervention giver mulighed for en reduktion i risikoen for knoglebrud og invaliditet hos nogle individer, men samtidig medfører det at flere mennesker defineres som patienter^{49,52,53,59} og som mulige aftagere af medicin.

Moynihan et al. skriver således⁵³: ”Osteoporose er et tydeligt eksempel på ”disease mongering”, fordi industriens rolle i at forandre befolkningens måde at tænke på knogletab på, har været så udtalt. Medicinalfirmaer har sponsoreret møder, hvor sygdommen blev defineret, betalt undersøgelser af den medicinske behandling og udviklet stærke finansielle bånd med ledende forskere. De har sponsoreret patientforeninger og lavet reklamekampagner rettet mod læger om såvel medicinen som sygdommen i sig selv, og de har sponsoreret medie-kampagner, hvor de har tilbudt lukrative priser til journalister.”

Rådgivning af raske i almen praksis

I målbeskrivelsen for almen praksis i Danmark⁶⁰, beskrives at ”Praktiserende læger udøver deres professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme, og ved behandling, omsorg eller palliation”. Praktiserende læger tager sig således af både de syge og de raske, men målbeskrivelsen giver ikke noget svar i forhold til vægtningen af de forskellige opgaver, som i sidste ende er op til den enkelte læge.

Almen praksis i Danmark er karakteriseret ved, at alle mennesker har ret til gratis og uvisiteret at opsøge en selvvalgt praktiserende læge⁶¹, dvs. at man selv kan afgøre hvornår, og for hvad, man ønsker at få et lægeligt råd. Traditionelt har praktiserende læger taget sig af det, den enkelte har henvendt sig med, og enten færdigbehandlet i praksis eller visiteret videre i systemet. Imidlertid er der i almen praksis de seneste årtier sket en række ændringer, der betyder at praktiserende læger ser flere raske i deres venteværelse⁶². Det skyldes primært et større fokus på individuel forebyggelse, ofte med udgangspunkt i den risikotænkning, der har vundet indpas i hele samfundet. Det øgede fokus på risiko i medicinsk rådgivning skyldes blandt andet fremkomsten af store mængder epidemiologiske data om sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdomme og et øget antal undersøgelses- og behandlingsmuligheder⁶³.

Forebyggelse i almen praksis – ”når du alligevel er her”

Forebyggelse drejer sig om at undgå eller udsætte en uønsket begivenhed. I sundhedsvæsenet handler det om at forebygge eller udsætte sygdomme, handicap eller for tidlig død, og defineres iht. Sundhedsstyrelsen som ”sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden”⁶⁴.

Det er ikke kun sundhedsvæsenet, der kan forebygge sygdomme: næsten alle områder af samfundet har mulighed for at indgå i forebyggelsen ved at påvirke faktorer som uddannelse og arbejde, sunde boliger, muligheden for at købe billig og lødigt kost og en byplanlægning, der tager hensyn til de bløde trafikanter.

Forebyggelse i almen praksis, ligesom i sundhedsvæsenet i øvrigt, retter sig imidlertid primært mod risikofaktorer hos det enkelte individ. Forebyggelsesindsatsen sker ved medicinsk intervention (medicinsk behandling, kirurgi, vaccination osv.) eller gennem forsøg på at påvirke en usund livsstil fx ved den motiverende samtale⁶⁵. Forebyggende aktiviteter foregår ofte på initiativ af lægen, ved at denne i forbindelse med undersøgelse for en sygdom eller symptom, som patienten har henvendt sig med, forklarer og påpeger hvordan sygdommen eller en forværring af sygdommen kan forebygges. Det kan også handle om uopfordret at bringe spørgsmål om livsstil eller risiko op i konsultationen, når patienten ”alligevel er der”, eller om at sundhedsvæsenet kontakter patienterne/borgerne med brev og indkaldelser til forebyggende undersøgelser eller helbredssamtaler.

Især den *uopfordrede* henvendelse til raske mennesker rejser spørgsmål af etisk karakter^{66,67}, og er ofte omdrejningspunktet for kritik af screenings- og forebyggelsesaktiviteter, se fx⁶⁸⁻⁷⁰, idet sundhedsvæsenet har en *speciel* forpligtigelse til at undgå skadelige virkninger på mennesker, der ikke selv har henvendt sig med henblik på at få hjælp.

Flere projekter, der udgår fra almen praksis, diskuterer også de dilemmaer, der kan opstå i lægepatientforholdet når lægen indfører sin – og sundhedsvæsenets – dagsorden ud fra et velment ønske om at motivere patienterne til en sundere livsstil og dermed reducere risikoen for fremtidig sygdom⁷¹⁻⁷³.

Selv om forebyggelse altid har fyldt meget i almen praksis, ikke mindst i forbindelse med undersøgelse af børn og gravide, er der de seneste år kommet et øget fokus på den praktiserende læges rolle i forbindelse med forebyggelse af de store folkesygdomme. Med den seneste overenskomst er der også formelt givet mulighed for, at praktiserende læger honoreres for at gå aktivt ind samtaler om livsstilsændringer⁷⁴. Undersøgelse for risikofaktorer, blandt andet ved screening af højrisikopersoner i almen praksis, og efterfølgende medicinsk forebyggende behandling er også øget markant. Ændringen har især vedrørt forebyggelse af risiko for hjertekarsygdomme og kræft, men også knogleskørhed er udpeget af Sundhedsstyrelsen som en folkesygdom og en kronisk lidelse, der kan og bør forebygges⁷⁵ ved hjælp af livsstilsændringer og eventuelt medicin.

Den foreslåede indsats over for kroniske sygdomme indbefatter, at behandlere skifter fra at være re-aktive til pro-aktive. Der lægges vægt på, at sundhedsvæsenets aktører handler mere aktivt og opsøger mennesker, som ikke selv har henvendt sig, i stedet for blot at vente på at ”skaden er sket”. Baggrunden er et ønske om tidligere intervention over for sygdommen for at forbedre prognosen og at medinddrage og gøre patienten ansvarlig i dette forløb, men kan samtidig komme til at overskride menneskers egen grænse for at bede sundhedsvæsenet om hjælp. Tendensen ses i almen praksis, når raske mennesker, der ikke tidligere kom i praksis, nu henvender sig med et ønske om ”100.000-km-tjek” og undersøgelser ”for en sikkerheds skyld”.

Almen praksis i risikosamfundet og det sen-moderne menneske

Medikalisering og risikotænkning er ikke adskilte størrelser, men går hånd i hånd: Medikaliseringen af det almindelige hverdagsliv danner grobund for den medicinske risikotænkning i forhold til livsstilen: Hvorvidt mennesker spiser fed ost, drikker for meget rødvin, er stressede på arbejdspladsen eller går tur med hunden efter arbejdstid er blevet et anliggende for sundhedsvæsenet, fordi det har indflydelse på helbredet i fremtiden^{76,77}.

I den medicinske/epidemiologiske tilgang til risiko er risiko et udtryk for ”sandsynligheden for en uønsket hændelse”, fx sygdom, ulykke eller for tidlig død⁶³. I sociologisk-antropologisk litteratur anses denne definition for at være for smal, fordi den ikke medinddrager, at risiko er situationelt og kulturelt bestemt⁷⁸, og at statistiske beregningsmodeller ikke kan benyttes, når man skal forstå, hvordan mennesker opfatter og reagerer i situationer præget af usikkerhed. Der benyttes derfor en bredere definition, introduceret af Rosa, se fx^{63,79}, hvor risiko defineres som ”en situation eller hændelse hvor noget af menneskelig værdi (inkl. mennesket selv) står på spil, og hvor udfaldet er usikkert”.

Den tyske sociolog Beck siger, at vi lever i et risikosamfund⁸⁰, hvor vi alle – læg som lærd – er nødt til at forholde os aktivt til en lang række risici, der er til stede i det moderne samfund.

Den norske psykolog Skolbekken⁸¹ påpeger, at omtalen af risiko i medicinske artikler har øget eksplosivt siden sidst i 60-erne, hvor ingen talte eller skrev om risiko. Nu er risiko blevet en integreret del af hverdags sproget, og er blevet en naturlig del af arbejdet i almen praksis, hvor der arbejdes med risikofaktorer, risikoanalyser, risikoadfærd, risikovurderinger og risikokommunikation⁸².

At forholde sig til risiko er blevet en væsentlig del af det at være et moderne menneske i et samfund, hvor gamle traditionelle strukturer og mellem menneskelige forhold opløses, og hvor sikkerhed erstattes af usikkerhed og manglende tillid til sociale og politiske institutioner^{78,83,84}.

Samtidig bliver det moderne menneske og dermed de moderne patienter (syge som raske), der kommer i almen praksis, karakteriseret ved både at være reflekterende og ansvarlige mennesker, som seriøst tager stilling til de risici, de bliver introduceret for af medierne eller af medicinske eksperter. Som den engelske sociolog Giddens⁸⁴ påpeger, sker der en kolonisering af fremtiden ved at mennesker på baggrund af en lind strøm af viden om risiko er nødt til at tænke fremtiden ind i nutiden, fordi menneskers handlinger i dag vil påvirke, hvordan fremtiden vil forme sig i morgen.

Der er sket en ændring i tænkemåde fra ”det må gå så godt som det kan” til ”det kan og skal der gøres noget ved”. Fra en passiv tillid til livet og en trøstende omgang med hinanden har livssynet ændret sig, så det nu drejer sig om handling, indgriben, forventning og ansvar⁸².

Som led i en samtidig individualiseringsproces er det moderne menneske blevet frisat til at være projektleder i sit eget liv^{82,83} og har gennem risikotænkningen fået muligheden for at komme sygdom og død i forkøbet⁸⁵. Dermed er det blevet den enkeltes individuelle ansvar

at agere – men også den enkeltes skyld, hvis de ikke gør noget⁸³. Som Lupton⁸⁶ siger, er der ingen at bebrejde uden for sig selv, og det kan opleves belastende og medføre eksistentiel usikkerhed.

For at håndtere det store ansvar og for at kunne navigere rundt mellem de mange risici, de bliver præsenteret for, opfattes sundhedsvæsenets aktører som nødvendige hjælpere, og der er en voksende tro på menneskers frihed og evne til at manipulere, styre og kontrollere sine medfødte anlæg⁷⁷. Således opfattes et tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser oftest som et relevant og godt tilbud og som en omsorg fra lægernes side^{62,76}. Ligeledes nyder tilbud om måling af biologiske risikomarkører generelt stor popularitet, når de tilbydes i forskellige sundhedskampanjer rettet mod den raske befolkning, fx på apoteker, i patientforeninger eller i det lokale supermarked. Sociologen Lian⁷⁷ understreger, at vi efterspørger ny medicinsk teknologi fordi vi ønsker den – ikke fordi vi bliver presset eller tvunget til det. Drivkræfterne ligger i os selv og vore behov for ikke bare at have et godt helbred, men også for at passe ind, føle velvære og tryghed og realisere os selv.

Rask eller bare ikke tilstrækkeligt undersøgt?

Men hvem er ”de raske” når det kommer til stykket og hvad er det at være rask? Hvor meget sandhed er der i den humoristiske talemåde om at ”en rask person, blot er en person, der ikke er tilstrækkeligt undersøgt”?

Der findes intet enkelt kriterium, der kan benyttes til at skelne syge fra raske. I Nudansk ordbog med etymologi⁸⁷ står det kort og godt: at ”rask = som ikke er syg” og at ”syg = som lider under unormale tilstande i kroppen eller sindet”. I denne afhandling har jeg brugt kvinder i overgangsalderen som eksempel på raske personer, hvilket er i overensstemmelse med at overgangsalderen hverken er en sygdom eller en ”unormal tilstand i krop eller sind”. Men såvel medikalisering som risikotænkning udfordrer synet på, hvem der er raske. Når almindelige dagligdags symptomer beskrives og behandles som sygdom, og når mennesker diagnosticeres med en risiko for fremtidig sygdom, skabes en tvivl om, hvorvidt personen nu virkelig *er* rask. I stedet for at tale om raske personer, bruges derfor udtryk som ”endnu ikke syg”, ”tilsyneladende rask”, ”uden symptomer”, ”klinisk rask”, ”præsymptomatiske” etc.

De mennesker, der opsøger læge, kaldes traditionelt patienter (=lidende) med baggrund i, at det tidligere var normalt at henvende sig til lægen, når man var syg. Betegnelsen patient er også benyttet for de personer, der er tilknyttet en praktiserende læge, uanset om de fejler noget eller ej, og benyttes også flere steder i denne afhandling i den betydning. Efterhånden som venteværelset hos de praktiserende læger fyldes op af raske mennesker, er betegnelsen dog ved at være misvisende, og i Norge opstod i begyndelsen af 90'erne betegnelsen ”risikant”⁸⁸. En risikant er en person, som har en risikofaktor, men som ikke nødvendigvis har en lidelse. Betegnelsen ses også tidvis benyttet i Danmark.

Vi bevæger os således på et kontinuum, hvor selve afgrænsningen mellem syg og rask er arbitrær og glidende^{54,77,89}, og begreberne viser tilbage på sociale normer om, hvad vi anser for at være normalt eller unormalt. Normative vurderinger er bygget ind i selve sygdomsopfattelsen (og dermed opfattelsen af at være rask), og hvad der regnes for raskt eller sygt varierer derfor mellem forskellige kulturer og ændres over tid⁷⁷. I vores samfund har lægerne stor indflydelse, når det gælder at afgøre om noget er normalt eller unormalt, raskt eller sygt, de har stor ”definitionsagt”^{77,85}.

Grænserne er ikke naturgivne, men emne for kontinuerlige forhandlinger⁸⁹. Vi ser i dag, at flere og flere defineres som patienter på baggrund af en forhøjet risiko for en given sygdom, men uden at de er ”lidende”. Det er ikke kun lægerne, der medvirker til at flytte grænserne, men også andre interessenter, jf. ”disease mongering”. Grænsen har en tendens til at blive trukket, så gruppen af unormale, syge og hjælpetrængende bliver større og større, mens gruppen af normale og raske bliver stadig mindre⁷⁷.

Såvel ”rask” som ”sund” benyttes som modsætning til syg, og kan også sammensættes for at forstærke hinanden, som i Nudansk ordbog, hvor der tales om at være ”sund og rask”⁸⁷. Der er dog væsentlige nuanceforskelle mellem de to begreber. Sundhedsrelaterede aktiviteter er tæt knyttet til talen om sygdom, hvilket kan belyses med et eksempel: Uden for et sygehus er anlagt en ”hjertesti” og i kantinen serveres ”hjerterigtig kost”. Dette er aktiviteter, der sigter på at forebygge hjertesygdomme, og hvor hjertesygdommen rent symbolsk er til stede under såvel spadsereturen som måltidet. En rask person forholder sig til gengæld ikke nødvendigvis til talen om sygdom, men vil måske blot gå en tur, eller spise et velsmagende måltid mad.

Sundhedsfremme og ressourcetænkning – en anden måde at tænke forebyggelse på?

Sundhedsfremme defineres af Sundhedsstyrelsen som en ”sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlegenerence”⁶⁴.

Sundhedsfremme tager sigte på at styrke helbredet og modstandskraften hos såvel raske som syge, dvs. en tankegang der er baseret på ressourcetænkning og salutogenese^{90,91}. Salutogenese handler om, hvad der holder mennesker raske, i modsætning til patogenese, der handler om hvad der gør mennesker syge. Begrebet er indført af sociologen Antonovsky⁹² og tager udgangspunkt i, hvordan det enkelte menneske er i stand til at håndtere de belastninger, det udsættes for, i kraft af sine helbredsressurser, som fx selvbevidsthed, socialt netværk og mestringsstrategier.

Forebyggelse og sundhedsfremme er begreber, der lapper over hinanden, og det fremgår af definitionerne, at de grundlæggende har samme målsætning, nemlig at fremme sundheden. Samtidig fremholdes det ofte at begreberne er fundamentalt forskellige, idet forebyggelse beskrives som en ekspertstyret, top-down aktivitet, baseret på frygt, mens sundhedsfremme

er en deltagerstyret, bottom-up aktivitet baseret på håb⁹³. Antonovsky understreger selv, hvordan sundhed ikke blot er sygdommens modsætning, men indeholder en helt anden dimension, der ”strækker sig ud over den postkartesianske dualisme og inddrager fantasi, kærlighed, leg, mening, vilje og de sociale strukturer der fremmer dem”⁹⁴.

Andre, fx Jensen⁹⁵, mener at adskillelsen mellem sundhedsfremme og forebyggelse ikke er hensigtsmæssig og mere handler om et udtryk for et nødvendigt opgør med forebyggelsesmetoder, der ”i sin nuværende form ofte bestemmes og styres af eksperter, udelader målgruppens egne værdier og holdninger og fokuserer på folks adfærd isoleret fra de omgivende kulturelle, sociale, økonomiske og fysiske rammer”. Han fremholder således, at dette ikke må forveksles med en kritik af og afstandstagen fra forebyggelse per se.

Dansk almen medicin har lanceret ”sundhedsbrøken”⁹⁶, der beskriver hvordan forholdet mellem belastninger og ressourcer afgør sundhedstilstanden hos det enkelte individ. Større sundhed kan opnås ved at reducere belastningerne eller ved at øge ressourcerne. 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. I forbindelse med overgangsalderen kan sundhedsfremme således være et spørgsmål om at styrke eller afdække personlige ressourcer, som kan fremme sundhedstilstanden, frem for udelukkende at fokusere på risiko for sygdom, fx en brækket hofte i alderdommen.

Hollnagel og Malterud^{97,98} har i deres forskning om, hvordan man kan styrke kvinders helbredsressourcer, påvist nødvendigheden af et skift i den medicinske tænkning med mere fokus på ressourcer frem for objektivt målbare risikofaktorer.

Der findes ikke nogen faste eller anerkendte definitioner af sundhed, som er en flygtig og uhåndterbar størrelse. Jacobsen⁹⁹ anvender i bogen ”Eksistensens psykologi” et sundhedsbegreb med tre elementer: ”For det første personens følelse af *velvære*. Dernæst personens *modstandskraft*, dvs. evne til at stå imod de belastninger, som tilværelsen uundgåeligt byder på. Endelig indgår *optimering* af personens evne til udfoldelse, fysisk, psykisk og socialt.” Denne definition er relevant i forhold til kvinders overgangsalder, specielt fordi den inddrager den eksistentielle opfattelse af, at sundhed også handler om, hvordan mennesker håndterer tilværelsens uundgåelige belastninger, frem for udelukkende at tale om fravær af eller forebyggelse af negative aspekter af livet.

Risici eller ressourcer - hvad skal vi koncentrere os om?

Spørgsmålet er, om den praktiserende læge i mødet med den enkelte kan rumme dialektikken mellem at støtte en person i at være ”sund og rask” og samtidig være opmærksom på risici: På den ene side at tale om ressourcer og muligheder for at bevare et godt helbred og på den anden side at tale om fremtiden ud fra, at der eksisterer en masse farer. Er det i sidste ende sådan, at den praktiserende læge i sit ønske om at undgå sygdom kommer til at modvirke sundhed ved at fokusere på negative tilstande frem for styrker og ressourcer^{69,100}? El-

ler som Heath⁵⁴ skriver: ”Den eksplicitte brug af frygt eroderer og underminerer sundheden.”

Modsætningen mellem de to perspektiver, som den praktiserende læge skal have med i sin rådgivning, kan minde om ”Rubins vase” (se forsiden), som anskueliggør vores – måske manglende – evne til at fokusere på to ting på en og samme gang¹⁰¹: Hvis vi fokuserer på vasen, er det svært at se konturerne af ansigterne, og vice versa. Hvis lægen hele tiden fokuserer på ressourcer, kan oplagte muligheder for tidlig forebyggelse af sygdomme forspildes, men et konstant fokus på risici og beregninger af risikoreduktion og øget levetid kan komme til at fylde ”rummet”, så tanken om ressourcer fortrænges.

Med udgangspunkt i kvindernes oplevelser

Den almenmedicinske fagdisciplin bygger på en biopsykosocial model for sundhed og sygdom. Således skriver McWhinney i sin lærebog om Family Medicine¹⁰²: ”Lægen kan reparere ... og udelukke alvorlig sygdom. Dette er vigtigt og nødvendigt, men ikke nok. For at helbrede kræves noget mere: en evne til at forstå patientens indre verden, hvilke værdier hun bygger sit liv på, hendes tanker, følelser og bekymringer, hvordan hun opfatter problemet og hvordan den påvirker hendes liv”.

Den almenmedicinske arbejdsmåde tager udgangspunkt i patienten som en person med sin egen, helt specielle livshistorie¹⁰³. Der benyttes en patientcentreret tilgang^{104,105}, der giver mulighed for opmærksomhed både på patientens dagsorden og lægens dagsorden. Det overordnede mål er at være sikker på, at begge disse perspektiver bliver identificeret og taget med i gensidig forståelse – med patienten som hovedpersonen¹⁰⁶.

Ideelt set vil rådgivning om overgangsalderen i almen praksis kombinere en biomedicinsk forståelse af overgangsalderen med kvindernes erfaringer af, hvordan eventuelle symptomer påvirker deres liv i øvrigt, såvel kropsligt som socialt og kulturelt. Den viden, der foreligger, er imidlertid i høj grad domineret af den biomedicinske tilgang, og viden om, hvordan oplevelserne tolkes i forhold til den psyko-socio-kulturelle del, er mindre belyst.

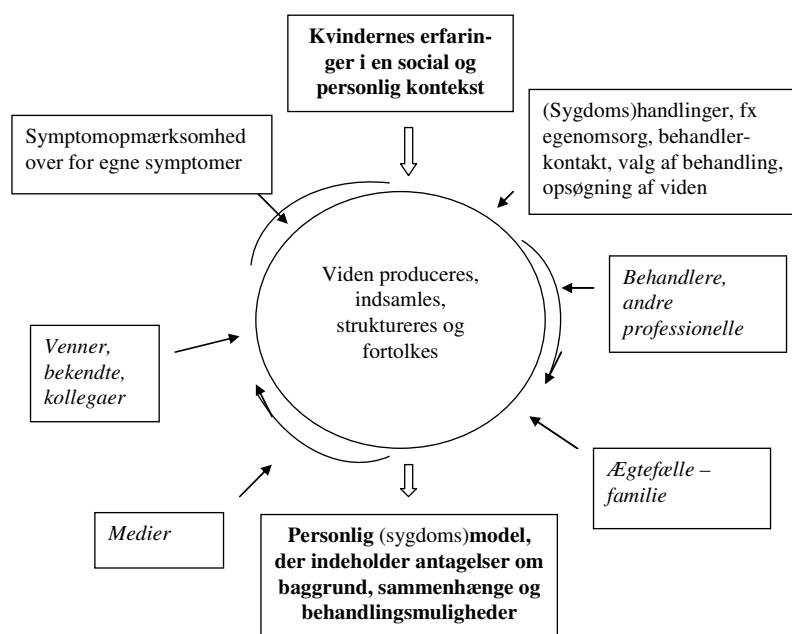
For at udforske området yderligere har det været naturligt at tage udgangspunkt i kvindernes oplevelser og undersøge, hvordan de selv tolker disse og sætter dem ind i en personlig og social sammenhæng.

Den situationelle (sygdoms)model – menneskers konstruktion af personlige sygdomsopfattelser

Hvordan skal vi så forstå kvinderne, de raske og patienterne?

Gannik har udviklet og beskrevet den situationelle sygdomsmodel¹⁰⁷, se figur 1, som til trods for, at overgangsalderen ikke er en sygdom, kan benyttes til at forklare kvindernes forskellige opfattelser og handlemåder.

Den situationelle sygdomsmodel (se figur 1) baserer sig på, hvordan lægfolk ud fra personlige erfaringer konstruerer personlige (sygdoms)opfattelser og dermed også opfattelsen af at være rask eller syg. I forhold til overgangsalderen betyder det, at kvinderne ud fra deres erfaringer og oplevelser, tolker symptomerne (eller manglende sådanne) på forskellig vis, og at denne tolkning danner baggrund for deres handlinger, såsom at gå til læge eller at vælge hormonbehandling. I modellen indgår såvel opfattelsen af årsag, prognose og behandling som symptomopmærksomhed og handlinger i relation til symptomerne. Opfattelsen påvirkes også af professionel rådgivning, råd fra familiemedlemmer og generel information, fx fra media, og integreres til en personlig model, som opbygges gradvis over tid, men som også kan forandres igen, afhængig af den konkrete situation.



Figur 1 baseret på Dorte Ganniks personlige sygdomsmodel ¹⁰⁵ (figur 6.9 s.235)

Modellen tager udgangspunkt i, at folk gør sig personlige erfaringer ud fra en personlig og social kontekst, herunder belastninger og ressourcer. Dette kan forklare, hvordan én kvinde, der lider af kronisk leddegigt og sidder i kørestol, kan vælge at kontakte læge og få hormoner, fordi bare en enkelt hedetur er en stor belastning, mens andre kan magte at have talrige hedeture uden at det afføder et behov for behandling. Det kan også forklare, hvordan en kvinde, der ligger i skilsmisse, reagerer anderledes end en kvinde, der er i et velfungerende parforhold, og hvordan kvinder, der bliver udsat for forskellige opfattelser af overgangsalderen på arbejdspladsen eller i familien, reagerer forskelligt. Den praktiserende læge kan li-

geledes have indflydelse på kvindens tolkning af symptomerne, afhængig af hvordan lægen omtaler overgangsalderen.

Diskursiv tilgang – tingene får mening når vi taler om dem

Ting får først mening det øjeblik vi taler om dem – når vi ”italesætter” dem og tillægger dem en betydning. Dette er grundlaget for den diskursive tankegang^{22,108}, der har vundet stor udbredelse blandt humanister og samfundsforskere, også i relation til udforskningen af det medicinske område, for eksempel Dahlagers ph.d.-afhandling ”I samtalens rum”¹⁰⁹, der omhandler forholdene omkring den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale, og Sætnan¹¹⁰, der gennemgår konstruktionen af køn og teknologi i relation til debatten omkring indførelse af ultralydsscanning af gravide.

Grundtankerne omkring diskursanalyse, som vi ser den i dag, stammer fra Foucault^{22,108,111}, men er senere videreudviklet af andre¹¹²⁻¹¹⁴.

I den diskursive tilgang anses, at virkeligheden bliver skabt af den måde, vi taler om den på, og ved hvilke begreber vi bruger. En diskursanalyse går ud på at beskrive, hvordan et fænomen (objekt) bliver talt om, hvilke begreber der bruges eller ikke bruges, og ved at undersøge, hvem det er der bliver tillagt autoritet til at udtale sig om hvad der er ”sandt” og derved får magt i den pågældende diskurs. Endelig tales om, hvilke strategier der bruges inden for en diskurs, der siger noget om, hvad diskursen ”gør” ved det objektet, ved den måde der tales på.

Omtalen og italesættelsen af overgangsalderen har indflydelse på kvindernes (og omgivelsernes) oplevelser. ”Italesættelse” er et relativt nyt ord i det danske sprog, og er knyttet til den diskursive tankegang. Ordet er en sproglig pendant til ”iscenesættelse”, hvor diskurserne kan ses på som scenarier, hvor der er forskellige aktører og rekvisitter. Afhængig af, hvilken diskurs der trækkes på, dvs. hvordan der tales om tingene, tillægges aktørerne (fx lægen og kvinden) forskellige roller, og rekvisitterne (fx hormoner) får forskellige symboliske betydninger. Ved at benytte diskursanalysens grundlæggende spørgsmål: ”Hvad er det for en virkelighed, der bliver skabt ved at tale om den på netop denne måde og med netop disse begreber frem for andre¹⁰⁸?” er det muligt at studere, hvilken betydning det får for kvinderne, når lægfolk, venner, familie og kollegaer, såvel som læger, sundhedsvæsen og media omtaler overgangsalderen på forskellig vis. Afhængig af, hvilken diskurs der er fremherskende, og afhængig af hvilke andre diskurser der trækkes på af kvinden selv og hendes omgivelser, vil resultatet blive forskelligt. Forståelsen af diagnose og handlemuligheder vil variere, ligesom opfattelsen af kvindens rolle og muligheder for selv at påvirke situationen. Diskursen vil påvirke kvindens egne opfattelse af eventuelle symptomer og begivenheder og dermed indgå i dannelsen af hendes personlige sygdomsmodel.

Magt, medicin og ”diskursiv kamp”.

I diskursanalytisk tankegang er magtbegrebet centralt og har fået en speciel betydning. Magt opfattes ikke som undertrykkelse i egentlig forstand eller som at nogen tvinger nogen til noget, vedkommende ellers ikke ville have gjort¹¹⁵. Det at magtbegrebet er centralt står i modsætning, til at magt i sundhedssektoren sjældent expliciteres og nærmest er tabu i det daglige arbejde. Magt opfattes ofte som noget negativt i modsætning til den gode vilje og altruisme, der forventes at være bevæggrunden for lægers handlinger¹¹⁶.

Magt udfolder sig, når der etableres bestemte positioner, hvorfra nogle får autoritet til at udtale sig sandfærdigt om noget – og når andre udelukkes¹⁰⁸. Når talen for eksempel er om hormonal behandling i overgangsalderen, positioneres den gynækologiske professor som eksperten, der ved mere end andre, mens alternative terapeuter udelukkes i diskussionen om hvad der er ”sandt”.

Foucault fremhæver, at magtrelationer kan bidrage til at skabe noget, folk ønsker, magten kan være *produktiv*. Han siger selv¹¹⁷:

”Det, der får magten til at virke, der gør den accepteret, er det enkle faktum, at den ikke kun undertrykker, som en kraft, der siger nej, men den gennemsyrrer og producerer ting; den skaber nydelse, former viden, producerer diskurs.”

En forudsætning for social forandring er, at der stilles spørgsmål ved det selvfølgelige, dvs. forhold som vi tager for givet¹¹². Så længe der er konsensus om disse selvfølgeligheder, så længe vi reproducerer dem, vedbliver den dominerende diskurs at være fremherskende. Men gennem den diskursive kamp, som afspejler at andre diskursers værdier bliver italesat, kan der opstå sociale ændringer og hermed forskydninger i magt og dominans. Der foregår en diskursiv kamp, når der stilles spørgsmål ved det indlysende, og når man forholder sig kritisk til gældende ”sandheder” og værdier.

I den norske magt- og demokratiudredning fra 1998-2003, beskriver Fugelli og medforfattere magt og medicin i en egen rapport¹¹⁸. Nogle af disse overvejelser medtages her, fordi de giver indblik i nogle af magtaspekterne omkring medikalisering, og hvem der har ret og mulighed til at udtale sig om, hvad der er normalt og unormalt, raskt eller sygt. Spørgsmålet om, hvad der er normalt er centralt, når det gælder medikalisering, hvor tidligere ”normale” tilstande, bliver defineret som sygelige. I rapporten¹¹⁶ fremhæves to nøglebegreber, der specielt åbner for forståelsen af den medicinske magt. Det ene begreb er Webers ”legitime herredømme”, som er en magtform, der hviler på godkendelse fra de ”underordnede”. Legitim magt er i henhold til Weber den ideelle magtform, hvor magtudøvelsen er effektiv og sker næsten umærkeligt. Ledelsen og de underordnede forstår hinanden og indser gensidig nytte af magtfordelingen, kender spillereglerne og prøver at opfylde hinandens forventninger. En væsentlig forudsætning er tillid. Det andet begreb er Bourdieus ”symbolske kapital”, der indgår i spillet om magt. Symbolsk kapital, som læger besidder i stort omfang, består i at kunne præge andre, så de overtager ens egne forestillinger om virkeligheden, fx om hvad

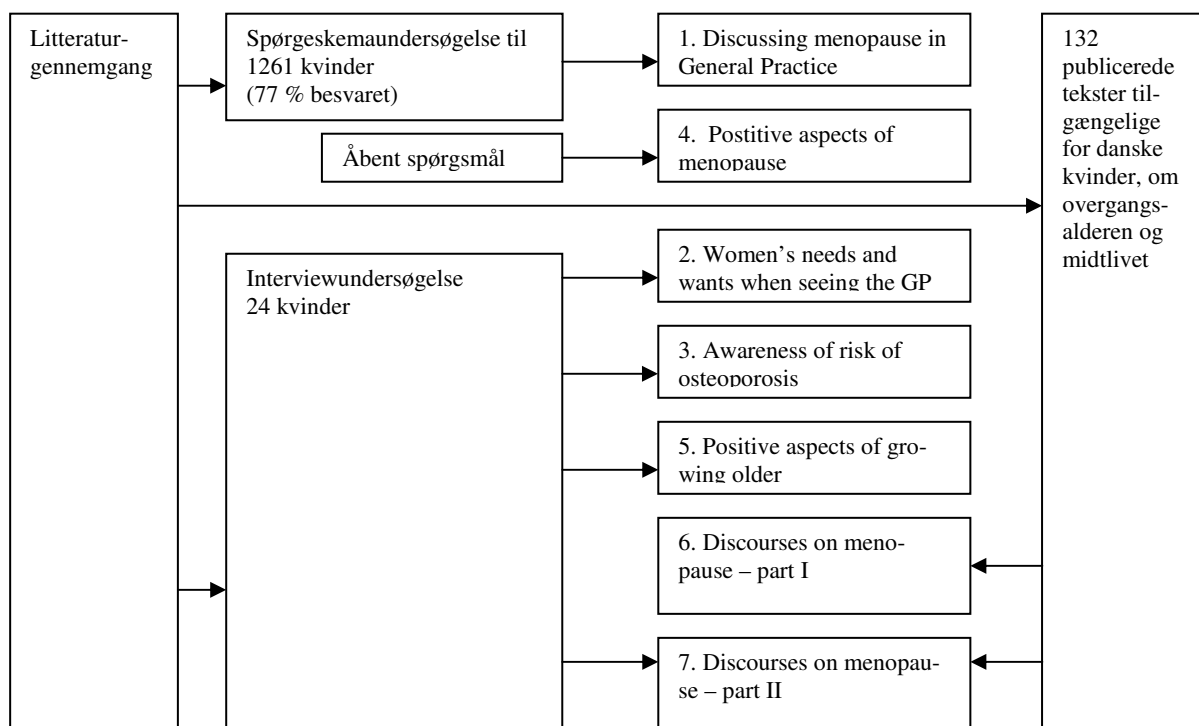
der er normalt – unormalt, raskt – sygt, værdigt – uværdigt, moralsk – umoralsk. Den symbolske magt handler om, hvem der har magt over de billeder, begreber, værdier og fortællinger som udgør byggestenene i vores konstruktion af verden. Bourdieu omtaler den symbolske magt som den ”usynlige magt”, som bare kan udøves med samtykke fra dem, der ikke ønsker at vide, at de bliver udsat for eller er genstand for denne form for magt, eller at de selv er udøvere af den.

Læger har, til trods for at de sjældent tænker over det, stor indflydelse når det gælder om at afgøre spørgsmål om normalt og unormalt, herunder hvordan almindelige reaktioner og livsperioder som overgangsalder og aldring opfattes, om de beskrives som negative og sygelige, eller som positive oplevelser og endda som muligheder.

Metode og analyse

Afhandlingen bygger på analyse af materiale fra:

1. Spørgeskemaundersøgelse sendt til 1261 51-årige danske kvinder.
2. Semistruktureret interviewundersøgelse af 24 danske kvinder i overgangsalderen.
3. Dokumentarisk materiale i form af 132 tekster publiceret i danske medier eller som informationspjecer om overgangsalderen fra perioden 1996-2004, tilgængelige for danske kvinder



Figur 2. Oversigt over, hvilket materiale de enkelte artikler bygger på. Numrene refererer til artikellisten/bilagene.

Hovedvægten af resultaterne bygger på *interviews* med 24 danske kvinder i overgangsalderen. Der er benyttet kvalitative metoder¹¹⁹ for at beskrive, hvordan kvinderne oplevede og tolkede overgangsalderen, og hvordan de relaterede spørgsmål om risiko og ressourcer i forhold til andre personlige oplevelser. *Spørgeskemaundersøgelsen* blev gennemført indledningsvis, primært med henblik på udvælgelsen af kvinder til interviewundersøgelsen, men kunne samtidig belyse kvantitative aspekter omkring overgangsalderen, især i relation til lægesøgning og symptomer. *Dokumentarisk materiale*, der belyser kulturelle aspekter af overgangsalderen, har sammen med litteraturgennemgangen dannet rammen for projektet.

1. Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaet

Spørgeskemaet bestod af to dele, hvor alle de adspurgte kvinder skulle udfylde den første del af spørgeskemaet, mens den anden del kun blev udfyldt af kvinder, der var eller havde været i overgangsalderen.

Første del (tolv spørgsmål), indeholdt demografiske spørgsmål, spørgsmål om menstruation, holdninger til overgangsalder og hormonbehandling. Kvinderne blev spurgt, om de havde talt med deres egen læge om overgangsalderen, og om de havde diskuteret overgangsalderen med en anden læge. Kvinder, der havde talt med deres egen læge, blev yderligere spurgt, om de havde bestilt tid specielt for at tale om overgangsalderen.

Anden del indeholdt ni spørgsmål om oplevede symptomer og om hormonbehandling.

Spørgeskemaet blev afsluttet med et åbent spørgsmål, hvor kvinderne kunne beskrive forløbet af deres overgangsalder, hvis de havde lyst, og om der var positive eller negative aspekter forbundet med overgangsalderen.

Før udsendelsen, blev skemaet testet for forståelighed af 10 midaldrende kvinder, der i øvrigt ikke indgik i undersøgelsen. Spørgsmålene blev ændret i henhold til forståelsesmæssige problemer.

Undersøgelsen var godkendt af Den Videnskabetiske Komite og Registertilsynet.

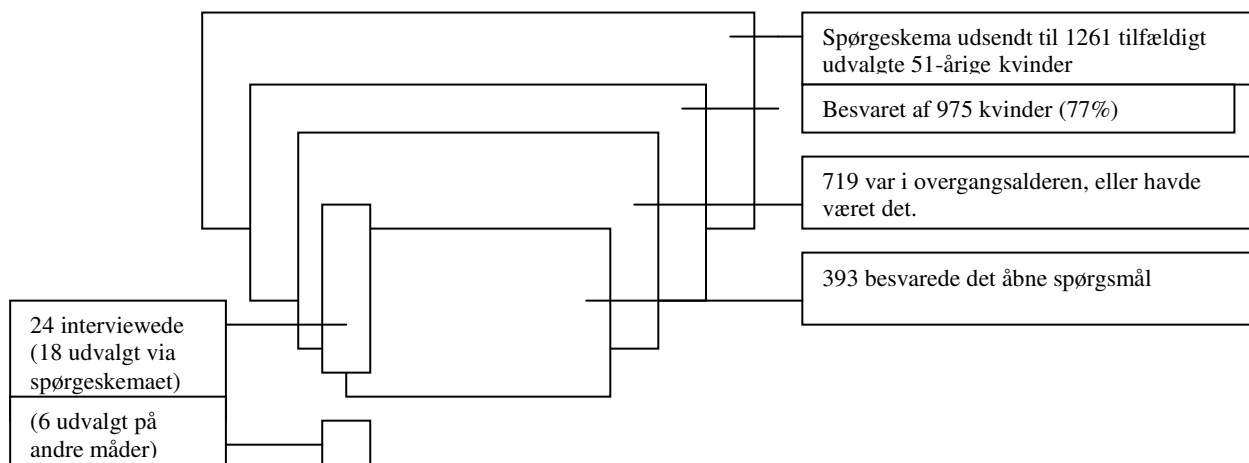
Udsendelse og besvarelse

Spørgeskemaet blev sendt ud med posten til 51-årige kvinder, tilfældigt udtrukket via det danske CPR-register. Ved at vælge alle 51-årige kvinder født den 19. i en måned, som var født i Danmark og som havde dansk statsborgerskab og ikke havde frasagt sig at deltage i videnskabelige undersøgelser, blev det antal der indgik i undersøgelsen 1261. Antallet af kvinder til undersøgelsen var på forhånd valgt til at ligge omkring 1000 ud fra praktiske hensyn og økonomiske ressourcer.

Kvinderne modtog spørgeskemaet med posten i november 1998 og kvinder, der ikke svarede, modtog en rykker med et nyt spørgeskema efter en måned.

I alt blev spørgeskemaet besvaret af 975 kvinder, svarende til 77 %.

719 kvinder udfyldte både første og anden del af skemaet, svarende til at de selv har vurderet at de var, eller havde været, i overgangsalderen. 393 kvinder besvarede det åbne spørgsmål. Se figur 3.



Figur 3. Oversigt over, hvilke kvinder der har deltaget i besvarelse i forskellige dele af undersøgelsen.

Analyse

Spørgeskemaet blev analyseret ved hjælp af statistikprogrammet SPSS. Da det primært har drejet sig om en rent deskriptiv undersøgelse af materialet, er der benyttet bivariante analyser med sammenligninger ved hjælp af krydstabuleringer og χ^2 test. P-værdier over 0,05 er anset for ikke-signifikant (n.s.).

Det åbne spørgsmål i spørgeskemaet blev analyseret ved hjælp af systematisk tekstkondensering¹¹⁹ efter at de 393 svar var udskrevet i sin helhed i én lang tekstfil på 54 maskinskrivne sider. Analysen inkluderede følgende trin:

1. dannelse af helhedsindtryk ved gennemlæsning af materialet
2. identifikation af meningsbærende enheder
3. kondensation af de meningsbærende enheder
4. sammenfatning og beskrivelse af fundene

2. Interviewundersøgelsen

Udvælgelsesstrategi

Der blev udvalgt 24 informanter til interviewundersøgelsen ved hjælp af *maksimal variation*, en tillempet *strategisk udvælgelse* og et *tilfældighedsprincip*¹¹⁹⁻¹²¹.

I projektets startfase interviewede jeg seks kvinder for at få en fornemmelse af problemstillingen. Det drejede sig om to kvinder, som jeg selv havde et personligt, men perifert kendskab til, og om fire kvinder, som jeg var kommet i kontakt med via kollegaer.

De indledende interviews viste, at det var nødvendigt at have en anden og mere anonym udvælgelsesmetode. Der var en sandsynlighed for at det var "ekstremerne" jeg fik fat i, selv om jeg ønskede at komme i kontakt med "almindelige" kvinder med "almindelige" oplevelser, og som måske ikke talte højt om deres erfaringer. De følgende 18 kvinder blev derfor udvalgt på baggrund af spørgeskemaet, idet jeg benyttede mig af statistikprogrammet SPSS, der kunne vælge tilfældigt. Efter udvælgelsen blev de 18 informanters baggrundsoplysninger gennemgået, hvor jeg sikrede mig at materialet dækkede kvinder, der fik/ikke fik hormonbehandling, kvinder med mange/få symptomer, +/- samlever, +/- egne børn, og forskellig grad af selv vurderet helbred. Kvinderne var bosiddende over hele Danmark, og alle amter, undtagen Nordjylland, var repræsenterede. De 18 kvinder blev kontaktet telefonisk mhp. et interview, hvilket de alle accepterede.

Antallet af informanter blev således ikke afgjort ved at finde mætning i data, som det ellers ofte er tilfældet ved interviewundersøgelser. Ved de sidste 4-5 interviews havde jeg imidlertid indtryk af netop denne mætning, ved at jeg ikke længere hørte noget nyt, men interviewene blev alligevel gennemført som planlagt ud fra de overvejelser, jeg havde haft omkring udvælgelsen.

Interviewet

Interviewet foregik i perioden 1999-2000, i de fleste tilfælde i kvindernes hjem, forskellige steder i Danmark. Én blev interviewet på sin arbejdsplads, mens to kom til min. Én kvinde lykkedes det ikke at træffe personligt pga. praktiske forhindringer, men dette interview kunne gennemføres som båndet telefoninterview i stedet.

Interviewene tog som oftest 1-1½ time, telefoninterviewet tog 3 kvarter. En enkelt kvinde var meget fåmælt, og interviewet tog mindre end en halv time. Ved alle interviewene var der en god stemning, kvinderne var meget ivrige efter at deltage og videregive informationer. De havde ofte forberedt sig, evt. fundet gamle menstruationskalendere frem eller diskuteret spørgsmål om overgangsalderen med ægtefælle og veninder, inden jeg kom. Alle interviews blev optaget på bånd. Efter interviewet var afsluttet, og jeg var alene, indtalte jeg indtryk fra mødet og umiddelbare overvejelser.

Interviewet foregik som et semistruktureret interview. Jeg benyttede en interviewguide, der var inspireret af Spradleys etnografiske metode¹²², hvor man først stiller et åbent spørgsmål,

der kræver et langt og detaljeret svar ("grand tour"), og herefter, eller undervejs, spørger ind til enkelte konkrete oplevelser ("mini tours").

Det første spørgsmål havde ordlyden: "Allerførst vil jeg godt bede dig om at bruge et par minutter på at fortælle lidt om dig selv". Dette spørgsmål blev brugt til at lede tankerne væk fra det symptomfikserede og helbredsorienterede, der ellers let kunne blive resultatet, da de vidste at jeg var læge. Det andet spørgsmål lød: "Jeg vil godt bede dig om at fortælle hvordan du har oplevet at være i overgangsalderen?" Dette spørgsmål viste sig hurtigt at åbne for en lang besvarelse, hvor kvinderne kunne bruge sine egne ord til at fortælle.

Hvis kvinden ikke af sig selv var kommet ind på de resterende spørgsmål i interviewguiden, spurgte jeg efterfølgende ind til disse. Det drejede sig om forventninger, viden og holdninger, om kvinderollen, om forhold til aldring, og om kontakt til sundhedsvæsenet og helbredsforhold i øvrigt.

Afslutningsvis gennemgik jeg deres eget spørgeskema med dem, hvor de fik mulighed for at kommentere deres egne svar, og om de ville have valgt at svare anderledes i dag.

Interviewet blev tilrettelagt i henhold til standarder for god interviewkvalitet, som beskrevet af Kvale¹²³. Som interviewer skulle jeg selv undgå at besvare spørgsmål, såvel af personlig som faglig karakter. Især det sidste kunne være et problem, idet kvinderne var orienteret om, at jeg var læge, og kunne stille spørgsmål til mig af lægelig karakter, enten for at få bekræftet, at det de havde oplevet var "rigtigt", eller for at få en forklaring på et fænomen. Hvis en sådan situation opstod, lod jeg kvinden vide, at jeg ville svare på spørgsmålet efter at interviewet var færdigt og båndoptageren slukket, hvilket fungerede godt.

Som forsker ønskede jeg at få svar, der var spontane, righoldige, specifikke og relevante¹²³. Jeg ønskede konkrete svar, som holdt sig til kvindernes oplevelser, meget gerne med eksempler, således at jeg i senere i analysen kunne basere resultaterne på oplevelser frem for normative udsagn.

Valg af analysemetode

I analysen af interviewene var det hensigtsmæssigt at benytte metoder, der under fælles overskrift kalder sig fænomenologiske/hermeneutiske, til trods for at såvel fænomenologien som hermeneutikken trækker på begreber fra et omfattende filosofisk felt som de færreste forskere er velkendt med. Formålet med den fænomenologiske analysemetode, er at udvikle kundskab om informantens erfaringer og livsverden indenfor et bestemt felt, hvilket netop var formålet med min undersøgelse: At forstå "fænomenet" "overgangsalder" fra kvindernes perspektiv. Jeg ønskede at forstå fænomenet på den måde som de forstod det, at forstå meningen i deres oplevelser som de oplevede dem, at "gå i deres sko", og være i stand til at forstå og formidle deres oplevelser som de forklarede mig dem¹¹⁹.

Den hermeneutiske tilgang forsøger at forstå verden gennem den "hermeneutiske cirkel", hvor der veksles mellem at forstå enkeltheder og helhed¹²⁴: Ved at forstå hvordan enkelte

kvinder oplever overgangsalderen kan jeg få kundskab om, hvordan kvinder i Danmark i disse år tænker og taler om overgangsalderen og midaldrende kvinder. Ved hjælp af denne kulturelle indsigt kan jeg få en større forståelse af, hvorfor de enkelte kvinder handler og tænker som de gør, osv.

Inspirationen til den konkrete analyse er hentet fra Giorgis psykologisk fænomenologiske metode¹²⁵ med de modifikationer af metoden, som Malterud har udviklet til systematisk tekstkondensering¹¹⁹ kombineret med Interpretativ Phenomenological Analysis (IPA), som beskrevet af Smith¹²⁶. Jeg har også hentet elementer fra Kvaales beskrivelser af tekstkondensering¹²³, Ganniks brug af den kontekstuelle, case-baserede metode¹⁰⁷ og Miller og Crabtrees editing analysis style¹²⁷.

Den konkrete analyse

Alle interviewene er optaget på bånd og efterfølgende udskrevet ordret i sin helhed med den eksakte ordlyd og angivelse af pauser og andre udtryk, specielt latter. De fleste udskrifter er lavet af en sekretær, de første to dog af mig selv. Umiddelbart efter transskriptionen læste jeg den skrevne tekst samtidig med, at jeg aflyttede båndet, for at sikre mod misforståelser fra sekretærens side. Interviewene er i forbindelse med analysen gennemlæst gentagne gange og også aflyttet flere gange for at fange skift i stemmeføring, latter osv.

De udskrevne interviews fyldte i gennemsnit 25-30 sider, dvs. hele materialet fyldte omkring 600 sider. Opgaven herefter var at organisere og koncentrere materialet, uden at betydningen gik tabt¹²³.

Under gennemlæsningen af interviewene fik jeg en fornemmelse af, hvilke emner, eller temaer, der blev berørt. Emnerne lå tæt op af interviewguiden, men også nye emner kunne tilføjes i løbet af analysen. Emnerne eller temaerne var fx "symptomer og tanker om overgangsalderen", "trivsel og ressourcer", "tanker om aldring", "tanker om risiko".

Alle de udskrevne interviews blev lagt ind i computerprogrammet Atlas.ti med henblik på at organisere tekstmaterialet, Tekst, der omhandlede ét af emnerne, blev markeret og fik et navn eller en kode. "Tanker om aldring" kunne fx få koder som "negative aspekter ved aldring", "positive aspekter ved aldring", "ændring af kvindelighed" etc.

Ved analysen af et enkelt tema blev der efterfølgende foretaget en yderligere opdeling i underkategorier, fx omfattede "positive aspekter ved aldring" underkategorier som "større erfaring", "mere tid til sig selv", "opgør med "flinkeskolen" " etc.

Alle tekststykker med samme kode kunne herefter genfindes og læses på tværs af materialet. Efter beskrivelsen af den enkelte kategori blev denne sammenholdt med teksten som helhed – både for den enkelte kvinde og materialet i sin helhed. Under denne proces, eller re-kontekstualiseringen, sættes fundene/begreberne ind i sammenhængen, hvor de var taget fra. Dette er i princippet foregået hele vejen gennem analysen, blandt andet ved hjælp af *resumeark*, hvor jeg har sammenholdt de enkelte citater og fund med hele interviewet/interviewene. For hver kvinde blev der udarbejdet et resumeark, på ca. 1-2 A4 sider,

der i skemaform resumerede det væsentligste fra hele interviewet, jf. eksemplet på næste side. For hver kvinde blev hvert emne opsummeret på et par liner, meget gerne med små citater, som holdt fast i hendes egne formuleringer. Eksempel på udsnit fra et resumemark:

Symptomer og tanker om overgangsalderen	<p>Startede med hestigninger, senere også svedeture. Efter et stykke tid udsættende menstruationer. Har stadig menses. Lidt ledsmerter, som hun ikke selv sætter i forbindelse med overgangsalder.</p> <p>Overgangsalderen opleves som en naturlig ting – ”noget der skal overstås” – ”ikke så slemt”</p>
Lægekontakt	<p>Ja. Kom for at få hormoner (plastre), fik piller, men ikke prøvet dem.</p> <p>Tilfreds med kontakt og tilbud.</p>
Omgivelsernes reaktion	<p>Talt med veninde der er glad for hormoner, og anbefalet hende dem. Kollegaerne ikke vilde med at hun åbnede vinduer. Oplever at det kan være tabu at tale om overgangsalderen</p>

Ved hjælp af resumemarket har jeg let kunnet vende tilbage til den enkelte kvinde og har også hurtigt kunnet gå på tværs af materialet. Hvis jeg fandt noget i resumemarket, som jeg ville gå videre med, har jeg enten kunnet gå tilbage og finde citaterne i Atlas.ti, eller jeg har læst hele interviewet igen.

3. Det dokumentariske materiale

I forbindelse med det kvalitative projekt var det naturligt at indsamle supplerende materiale til at belyse interviewene og den kontekstuelle sammenhæng. Helt siden projektet var på ide-plan i 1996 har jeg således indsamlet materiale om overgangsalderen og ”midtlivet”, som jeg har modtaget, enten i egenskab af at være midaldrende kvinde selv i det danske samfund, som forsker med interesse i området eller i kraft af at være praktiserende læge, og dermed modtager af informationsmateriale til patienter.

I analysen af, hvordan overgangsalderen italesættes i Danmark, indgår tekster fra 1996-2004, der var tilgængelige for danske kvinder i almindelighed, enten via de trykte medier eller via pjecer og informationsmateriale, distribueret til kvinder via læger, apoteker eller andre offentlige instanser. Egentlige reklamer for hormoner indgår ikke i analysen, da disse er stilet til lægerne og ikke til kvinderne. Videnskabelige artikler indgår heller ikke.

Materialet der danner baggrund for analysen består af 132 tekster og illustrationer (antal i parentes):

- Pjecer og informationsmateriale til kvinder om overgangsalder (11), hormoner (16) eller alternativ behandling (6).
- Artikler fra dagblade (49) og ugeblade (33).
- Bøger om overgangsalder og aldring (17), hovedsagelig populærvidenskabelige bøger, debatbøger eller mere ”alternative” bøger om selvudvikling.

Analyse

Ved analysen af det dokumentariske materiale har jeg benyttet en diskursanalytisk tilgang. ”Diskurs” betyder kort og godt samtale og tager udgangspunkt i, at ting først får mening i det øjeblik vi taler om dem – når vi ”italesætter” dem og tillægger dem en betydning. Diskursanalyse er en særlig måde at stille spørgsmål til sit materiale på. I henhold til Nexø og Koch¹⁰⁸ er det en type af spørgsmål, der forsøger at besvare hvordan virkeligheden formes eller konstrueres på en særlig måde i de udsagn, den beskæftiger sig med. Diskursanalysens grundlæggende spørgsmål bliver derfor: Hvad er det for en virkelighed, der bliver skabt ved at tale om den på netop denne måde og med netop disse begreber frem for andre?

Diskurs inkluderer ikke kun tale, men forskellige former for sprog, skrevet, talt, gestikuleret, sunget osv., samt visuelle billeder, der også udtrykker bestemte meninger og er med til at konstituere virkeligheden²².

Ved at læse materialet med diskursanalytiske briller, og benytte en modificeret form af Willems ”Foucauldian discourse analysis”¹²⁸, er materialet er gennemgået og struktureret som følger:

- Identifikation af hvordan forskellige diskursive objekter blev konstrueret i teksten, fx overgangsalder, klimakterielle kvinder, hormoner, alternativ medicin, læger osv. Hormoner kunne fx være en ”forebyggende medicin”, ”unaturligt giftstof”, ”livseleksir”.
- Identifikation af forskellige værdier og mål indenfor hver diskursive konstruktion: Hvad kan opnås ved at konstruere objektet på netop denne vis? Forskellige målsætninger kunne være opnåelse af bedre helbred, undgåelse af knoglebrud, større selvstændighed, ligevægt og harmoni.
- Identifikation af hvordan subjekterne blev positioneret i forhold til den diskursive konstruktion. Hver position har sine egne pligter og rettigheder, fx for en indflydelsesrig læge, en passiv patient eller en autonom kvinde.
- Identifikation af hvad der kan siges og gøres indenfor en specifik diskurs? Hvilke handlemuligheder tilbyder diskursen kvinderne (og lægerne)? Fx skal kvinden være passiv modtager af lægens information, eller skal hun være ansvarlig og aktiv i selv at søge oplysninger.

Resultater

Artikel 1: Hvas L, Søndergaard K, Thorsen H. Discussing menopause in General Practice.

Maturitas 2003; 46:139-46

Denne artikel afrapporterer spørgeskemaundersøgelsen. Formålet var at få besvaret i hvor høj grad danske kvinder drøftede overgangsalderen med deres egen læge, og om der var forskel mellem kvinder, der talte med en læge og kvinder, der ikke gjorde. Samtidig skulle undersøgelsen belyse symptomernes sværhedsgrad, frem for kun at fokusere på, hvorvidt der var symptomer tilstede eller ej.

Spørgeskemaundersøgelsen dannede efterfølgende baggrund for den strategiske udvælgelse af informanter til de kvalitative interviews.

Resultaterne viste at:

- 71,8 % af de kvinder, der var eller havde været i overgangsalderen, havde talt med en læge om dette. Der var stor forskel på de kvinder, der havde drøftet overgangsalderen med lægen, og dem der ikke havde gjort det. Kvinder, der ikke havde talt med en læge om overgangsalderen, havde færre symptomer og var mere skeptiske over for hormonbehandling, og havde således en begrundelse for ikke at have opsøgt lægen.
- Jo flere symptomer kvinderne havde, desto større var sandsynligheden for, at de havde talt med lægen. Læger kan derfor blive "biased" i opfattelsen af overgangsalderen, idet lægerne ser de kvinder, der har flest symptomer.
- Symptomer i overgangsalderen udgjorde ikke nødvendigvis et problem for kvinderne til daglig. Fx oplevede de fleste kvinder hedeure (87,2 %), men kun de færreste følte sig meget generet af dette til daglig (13,8 %). Alt i alt oplevede 37 % af kvinderne, at mindst ét symptom var, eller havde været, meget generende i dagligdagen.

Artikel 2: 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; 22:118-121

Denne artikel baserer sig på interviewundersøgelsen og havde til formål at undersøge, hvilke ønsker og behov kvinderne har, når de henvender sig hos deres læge i forbindelse med overgangsalderen.

Vi vidste fra spørgeskemaundersøgelsen, at over 2/3 af kvinderne talte med en læge om overgangsalderen, og lignende høje tal var fundet andre steder i den vestlige verden. Men vi vidste ikke, hvad der var kvindernes dagsorden når de henvendte sig til lægen, og om de fik hvad de ønskede.

De 24 interviewede kvinder blev spurgt, om de havde kontaktet læge, og i så fald hvorfor. 18 af kvinderne havde diskuteret overgangsalderen med deres læge, og analysen bygger derfor på interviewene med disse 18 kvinder.

Resultatet viste, at:

- Kvinderne henvendte sig af tre årsager: 1. De ønskede at diskutere overgangsalderens symptomer og mulighed for behandling; 2. De ønskede en undersøgelse for at være sikre på at de ikke fejlede noget alvorligt; 3. De ønskede en risikovurdering i forhold til mulige kommende sygdomme, især knogleskørhed.
- Kvinderne valgte rent medicinske emner, når de kontaktede lægen. Set i relation til bredden af deres oplevelser i relation til overgangsalderen, som fremgik af interviewene i øvrigt, så har kvinderne været klar over, hvilke emner der egnede sig til en lægesamtale, dvs. at de selv satte en medicinsk dagsorden.
- I det store hele var kvinderne tilfredse og fik hvad de efterspurgte, især i relation til medicin og undersøgelser. Det var dog et gennemgående træk, at mange kvinder efterspurgte mere information om overgangsalderen "som sådan" og en mere nuanceret diskussion om fordele og ulemper ved behandling.
- Flere kvinder gav udtryk for, at der var et problem når lægen valgte at introducere et nyt emne som hormonbehandling eller knogleskørhed, hvis de for eksempel blot kom for en undersøgelse.

Artikel 3: Hvas L, Reventlow S, Jensen HL, Malterud K. Awareness of risk of osteoporosis may cause uncertainty and worry in menopausal women.

Scand J Public Health 2005; 33(3); 203-207

Denne artikel baserer sig på interviewundersøgelsen, og havde til formål at undersøge hvordan kvinder i overgangsalderen oplevede en mulig risiko for knogleskørhed.

For at få dette belyst, undersøgte vi hvordan de interviewede kvinder omtalte risiko. Da vi ikke selv ville introducere risiko i interviewet, tog jeg som interviewer først emnet op, så fremt kvinderne selv introducerede det. 17 af de 24 interviewede kvinder nævnte selv risikoen for knogleskørhed i relation til overgangsalderen. Analysen bygger på disse 17 interviews. Ingen af de 17 kvinder havde fået påvist osteoporose.

Resultatet viste at:

- Oplysning om risiko medførte at nogle kvinder – men ikke alle – blev urolige og bekymrede.
- Kun kvinder, der reagerede med bekymring, så ud til at gøre noget aktivt for at undgå knogleskørhed. Dvs. at først i det øjeblik kvinderne opfattede at knoglebrud og sammenfald virkelig var en risiko, der kunne ramme dem selv, og ikke blot en abstrakt trussel, blev budskabet omsat i handling. Dette svarer til eksisterende viden om, at usikkerhed og bekymring er en stærk motivationsfaktor, når det gælder adfærdsændringer.
- Det var oftest ikke muligt at afgøre, hvem der først havde introduceret risikoen, men ”bare noget de vidste”, som del af en almen viden, indlejret i vores kultur.
- Kvinderne var bekymrede, både i relation til risikoen for knogleskørhed og risikoen ved at tage forebyggende medicin. ”Bekymringsgørelsen” medførte, at kvinderne søgte efter ny information, råd og vejledning for at blive beroliget, enten i form af nye lægekonsultationer eller ved at skaffe flere informationer fra bøger, foredrag eller veninder, dog ofte uden at dette reducerede bekymringen.

Artikel 4: Hvas L. Positive aspects of menopause – A qualitative study.

Maturitas 2001;39(1): 11-17

Denne artikel bygger på besvarelserne af det åbne spørgsmål i spørgeskemaet og havde til formål at undersøge, om kvinder har positive erfaringer i forbindelse med overgangsalderen og i bekræftende fald hvilke.

Spørgeskemaet blev afsluttet med et åbent spørgsmål med ordlyden: »Hvis De har lyst, må De gerne med nogle få ord beskrive, hvordan De har oplevet Deres overgangsalder og hvordan forløbet har været. De må også gerne skrive, hvis der er noget ved overgangsalderen, der har været en lettelse eller en belastning, og om overgangsalderen har påvirket Deres liv i øvrigt.«

I alt 393 besvarede spørgsmålet.

Resultaterne viste at:

- Omkring halvdelen af de kvinder, der besvarede det åbne spørgsmål, beskrev positive erfaringer i forbindelse med overgangsalderen. Svarene strakte sig fra uspecifikke udtalelser i generelle vendinger til meget konkrete og præcise beskrivelser.
- De generelle og uspecifikke beskrivelser handlede om velbefindende eller var simpelthen en konstatering af slet ikke at have problemer.
- De konkrete beskrivelser handlede primært om lettelse i relation til ophør af menstruation og dertil hørende problemer (slippe for menstruation, PMS, hovedpine, prævention og graviditetsangst) og om muligheden for personlig udvikling og frihed til at koncentrere sig om egne interesser. De kvinder der gav udtryk for, at der var sket en personlig udvikling, gjorde dette på meget individuelle måder: Nogle kvinder beskrev, at de havde brugt overgangsalderen som en ydre anledning til at omprioritere og tage beslutninger om »sporskifte«. Andre nævnte vigtigheden af at have indset, at livet ikke er evigt med en påmindelse om at »bruge livet, mens man har det«, eller gennem udtryk som »Jeg er blevet mere tænksum«, »Man bliver voksen«, »Jeg har fået mere kontakt med mine følelser«, eller »Jeg er blevet bedre til at sige min mening«.

Artikel 5: Hvas L. Menopausal women's positive experience of growing older.

Maturitas 2006; 54(3): 245-251

Artiklen baserer sig på interviewundersøgelsen. Formålet var at beskrive kvindernes positive erfaringer med at blive ældre som modvægt til de mange negative forventninger og myter omkring ældre kvinder, der er i vores kultur i dag.

Alle kvinderne blev i løbet af interviewet direkte spurgt om deres erfaringer i relation til at blive ældre, såvel positive som negative, hvis de ikke nævnte disse spontant under interviewet.

Resultatet vist at:

- Kvinderne havde et varieret og mangefacetteret syn på at blive ældre.
- Alle, undtagen én fortalte om positive sider: 1. De følte sig mere erfarne og kompetente, ikke mindst i relation til arbejdslivet. 2. De havde fået mere frihed (mere tid, færre krav, bedre økonomi). 3. De havde gennemlevet en personlig udvikling, der gjorde dem i stand til at prioritere og stå fast på egne synspunkter og bedre udtrykke deres mening.
- De beskrevne forandringer syntes at være et resultat af at have levet et langt liv, på godt og ondt, mere end et direkte resultat af overgangsalderen. Men kvinderne relaterede alligevel overgangsalderen til aldringsprocessen ved, at de så overgangsalderen som en milepæl eller et symbol på at blive ældre, hvilket aktiverede tanker om aldringsprocessen.
- Kvinderne nævnte også en række negative aspekter. Dels satte de ord på mange af de negative forventninger og myter, der hersker omkring ældre kvinder, dels beskrev de konkrete negative erfaringer, der især knyttede sig til tab og til biologiske ændringer i kroppen. Det kunne opleves som reelt besværligt, når træthed og sygdomme meldte sig, men processen, hvor de skulle lære at leve med forskellige symptomer, kunne til en vis grad opvejes ved at integrere de positive erfaringer, primært af psykologisk og eksistentiel karakter.

Artikel 6: Hvas L, Gannik DE. Discourses on menopause – part I. Menopause described in texts addressed to Danish women 1996-2004.

Health: (Accepted for publication)

Denne artikel bygger på analyse af 132 tekster om ”overgangsalderen” eller ”midaldrende kvinder”, tilgængelige for danske kvinder i perioden 1996-2004. Det drejede sig om pjecer, informationsmateriale, avis- eller ugebladsartikler og populærvidenskabelige bøger. Formålet var at beskrive forskellige diskurser, dvs. forskellige måder at italesætte overgangsalderen på, der eksisterer i Danmark. Vi ønskede også at diskutere, hvordan forskellige diskurser påvirker kvinders identitet og handlemuligheder.

Resultatet viste at:

- Det var muligt at identificere syv forskellige diskurser, der gjorde sig gældende i forhold til overgangsalderen: Den biomedicinske diskurs, ”evig-ungdoms” diskursen, sundheds-diskursen, forbruger-diskursen, den feministisk-kritiske diskurs, den alternative diskurs og den eksistentielle diskurs.
- Diskurserne adskilte sig ved at have forskellige grundlæggende værdier og målsætninger og ved at tilbyde forskellige handlemuligheder og (magt)positioner. Handlemulighederne kunne være at acceptere forandringerne eller at benytte medicin, bruge tid på informationssøgning, opsøge læge, benytte kosmetik og hårfarvning, eller leve ”knoglesundt”, holde op med at ryge eller vælge alternative produkter.
- Afhængig af diskursen kunne kvinden være en passiv patient eller en stærk kvinde, der var i stand til at gøre sine egne valg i forhold til sit helbred.
- Vi fandt, at den biomedicinske diskurs var den fremherskende, men også at den blev udfordret eller udvidet gennem andre diskurser, der tilbød andre handlemuligheder eller mål, og som byggede på andre fundamentale værdier.

Artikel 7: Hvas L, Gannik DE. Discourses on menopause – part II. How do women talk about menopause?

Health: (Accepted for publication)

For at forstå kvinders forskellige måder at tolke deres erfaringer på var formålet med denne artikel at undersøge, hvordan kvinderne selv italesætter overgangsalderen og sætter erfaringerne ind i en situationel kontekst. Analysen bygger på de 24 kvalitative interviews og tager udgangspunkt i de syv tilgængelige diskurser, der tidligere var identificeret (artikel 6).

Resultatet viste at:

- Alle syv diskurser kunne genfindes i interviewene, men i forskellig grad fra kvinde til kvinde, og diskursen påvirkede måden de tolkede overgangsalderens erfaringer på.
- De forskellige diskurser udgjorde den baggrund, som forskellige erfaringer blev tolket på. Kvinderne navigerede med lethed mellem de forskellige diskurser afhængig af sammenhængen, og uden at dette oplevedes som en modsætning.
- Næsten alle kvinder benyttede ord fra den biomedicinske sfære, som fx en periode hvor man kunne få mange symptomer, og ofte ud fra en negativ kulturel forståelse omkring forfald og svækkelse. Men kvinderne var ikke nødvendigvis enige med denne måde at opfatte overgangsalderen på, og efter kritisk overvejelse afviste de til en vis grad de medicinske løsninger. Det viste sig ved, at de kunne opsøge en læge og grundigt reflektere over, hvad denne ville tilråde, fx i form af yderligere undersøgelser eller behandling, men alligevel beslutte en anden løsning.
- Den eksistentielle diskurs gennemsyrede også de fleste interviews, især når talen faldt på aldring, kvindelighed og selvudvikling.
- Måden kvinder i overgangsalderen blev omtalt på kunne i løbet af interviewet ændre sig fra at være en forestilling om en krumbøjet, osteoporotiske ældre kvinde, eller en kvinde uden vitalitet og sex-appeal til en stærk kvinde med kontrol over sin krop og sig selv.

Metodediskussion

I dette afsnit diskuterer jeg metodeproblemer, som går på tværs af artiklerne. Det drejer sig primært om overførbareheden af resultaterne, valg af konkret kvalitativ analysemetode, samt diskussion af, hvordan nye ideer og teorier dukker op – det jeg nedenfor kalder ”lænestolsfasen”. Jeg diskuterer også min forforståelse og min egen rolle som forsker, læge og midaldrende kvinde.

Hvem og hvad siger resultaterne noget om?

Såvel Kvale¹²³ som Malterud¹¹⁹ betoner, at validitet i relation til kvalitativ forskning ikke er et spørgsmål om, hvorvidt noget er ”sandt” eller ej, men at det i stedet handler om at spørge: Hvad er dette sandt *om*?

Spørgsmålet er derfor, i hvor høj grad jeg kan overføre resultater fra de kvinder, jeg har talt om overgangsalderen med, til

1. danske kvinder?
2. andre end danske kvinder?
3. andre situationer, hvor raske mennesker rådgives i almen praksis?

Ad 1. Kan resultaterne overføres til danske kvinder?

Det er en illusion at tro, at det er muligt at beskrive overgangsalderens forløb som noget universelt, der kan passe på alle kvinder, som om der fandtes en slags ”universalkvinde”¹²⁹. Det har været vigtigt for mig ikke at falde i den grøft, som Greer understreger i sin bog ”The change (Forandringen)”²⁹, hvor hun beskriver, at der er en slags dobbelt tendens til at undertrykke kvinders oplevelser i overgangsalderen enten ved at stigmatisere overgangsalderen som noget negativt, der rammer alle kvinder, eller modsat at bagatellisere symptomer, som nogle af kvinderne rent faktisk oplever.

Ved udvælgelsen af deltagere til spørgeskemaundersøgelsen valgte jeg et tilfældigt udtræk fra CPR-registeret med henblik på at få et repræsentativt udvalg af 51-årige kvinder i Danmark. Der er ikke lavet en grundigere bortfaldsanalyse, men det må skønnes, at kvinder der er bogligt svage er underrepræsenterede, ligesom i andre spørgeskemaundersøgelser.

Ved udvælgelsen af informanterne til interviewundersøgelsen har jeg lagt vægt på et tilfældigt udvalg. Dette skal ikke skal forveksles med et repræsentativt udvalg i statistisk forstand, hvilket aldrig vil kunne opnås ved en kvalitativ undersøgelse af en lille gruppe. Men jeg ønskede at tale med et bredt udsnit af danske kvinder, hvor udvælgelsen ikke var påvirket af min egen forforståelse. Ved selv at prøve at finde informanterne eller ved at bede kollegaer eller bekendte om at finde dem, som det var tilfældet med de 6 indledende interviews, viste det sig, at der var en stor risiko for, at jeg fik talt med dem der var ”selvlysende” – dvs. kvinder, hvor ingen var i tvivl om at de var i overgangsalderen, fordi de i høj

grad havde gjort deres omgivelser opmærksomme på deres erfaringer. Dette var baggrunden for, at jeg valgte at udvælge de resterende 18 gennem et spørgeskema.

Det har ikke handlet om at finde ekstremerne, men om at jeg gennem den valgte udvælgelsesmetode kunne sikre mig, at der i materialet var en stor variation i kvindernes oplevelser og håndtering af overgangsalderen, ligesom der var en stor variation med hensyn til sociale baggrundsvariable. Denne fremgangsmåde blev valgt netop med henblik på med større sikkerhed at kunne overføre resultaterne til andre danske kvinder.

Ad 2. Kan resultaterne overføres til andre?

Resultaterne skønnes til en vis grad også at være dækkende for kvinder, der lever i andre vestlige samfund, sammenlignelige med det danske. Dette baseres på, at fundene er sammenstemte med internationale forskningsresultater, der er kommet sideløbende med mine. Specielt overgangsalderen som en positiv og ressourcefyldt periode er blevet bekræftet^{130,131}, ligesom usikkerhed i forbindelse med risiko er et tilbagevendende karakteristikum (se næste afsnit).

Jeg har ikke talt med kvinder fra andre kulturer. Et tværkulturelt perspektiv ville have beriget materialet, men blev fravalgt primært for at begrænse problemstillingen. Da besvarelsene kun stammer fra etnisk danske kvinder, kan resultaterne ikke uden videre overføres til andre etniske grupper i Danmark eller andre ikke-vestlige kulturer, der givetvis har andre måder at tolke overgangsalderen på.

Jeg har kun talt med kvinder. Jeg kunne have valgt også at tale med nogle mænd for at kunne sige noget om ligheder og forskelle i måden, hvorpå kvinder og mænd håndterer aldringsprocessen, medikalisering og risikotænkning. Fremtidig forskning må vise, om mænds og kvinders måde at reagere på adskiller sig fra kvinders, og i så fald på hvilken måde.

Ad 3. Kan resultaterne overføres til andre situationer, hvor raske rådgives i almen praksis?

Hvor de foregående afsnit har handlet om overførbarhed på populationsniveau, handler det her om overførbarhed på begrebsniveau. Jeg har valgt overgangsalderen som et eksempel på en situation, der er præget af såvel medikalisering som risikotænkning. Jeg har også set det som et eksempel på rådgivning af raske mennesker i almen praksis, idet jeg opfatter kvinder i overgangsalderen som raske og velbefindende, selv om de forbigående kan have symptomer eller kan lide af en forbigående eller kronisk sygdom.

Da kvinderne udelukkende er blevet udspurgt om forhold, der har med overgangsalderen at gøre, er det ikke muligt at direkte udtale sig om, hvordan de interviewede kvinder ville forholde sig i andre situationer. Til gengæld kan andre forskningsresultater støtte, at mine fund også kan overføres til andre situationer, der er præget af risikotænkning og medikalisering. Jeg har fundet, at oplysning om risiko medfører usikkerhed og ”bekymringsgørelse”. Dette kan genfindes i anden forskning om overgangsalderen⁶ og omkring risiko for osteopo-

rose¹³², men også i relation til screening for risikofaktorer for hjertekarsygdom^{76,85,133} og screening for cancer¹³⁴⁻¹³⁶. Generelt fremholder mange forskere, fx^{80,86,137}, at oplysninger om risiko medfører en øget usikkerhed, og at det er en uundgåelig del af at leve i et risikosamfund. Selv om denne usikkerhed ikke nødvendigvis arter sig som angst eller vedvarende bekymring¹³⁸, så er det som Mangin og medforfattere¹³⁹ skriver i forbindelse med forebyggelsesinitiativer overfor ældre:

”When we convey risk to any patient we should be cautious – it is like putting a drop of ink into the clear water of the patient’s identity, which can never be clear again.”

Der kan være forskel i evidensen for, hvor gavnligt eller effektivt det vil være at kende og eventuelt behandle en risikofaktor, og det vil være forskelligt, i hvor høj grad den enkelte oplever det som en trussel mod egen krop⁷⁹, men grundlæggende er problemstillingen den samme, når raske individer oplyses om tilstande i kroppen, som ikke kan sanses⁵⁰.

I min forskning har jeg fundet, at det er afgørende hvordan fremtiden omtales, sprogligt såvel som billedligt. Dette har betydning for menneskers forventninger og identitetsdannelse og er afgørende for, hvordan ting opleves, og det må anses for at være en generel menneskelig reaktionsmåde og ikke specifikt knyttet til overgangsalderen. Forskning om diskurser og betydning af magt og styringsmekanismer er ofte baseret på en teoretisk tilgang, enten en sociologisk-filosofisk tilgang^{33,89,112,118,140,141} eller en feministisk tilgang²⁸⁻³⁰. Mange af disse forskere beskæftiger sig primært med biomedicinens indflydelse på mennesket/patienterne i relation til medikaliseringen af normale livstilstande og beskriver, hvordan det enkelte menneske risikerer at blive afhængigt og passivt i mødet med lægerne. Empiriske studier af menneskers møde med den forebyggende medicin^{76,109} og studier af forskellige diskurser i relation til overgangsalderen¹⁴²⁻¹⁴⁵ kan ligeledes understøtte mine resultater om, at menneskers positionering og handlemuligheder er afhængig af diskursen.

Den kvalitative interviewmetode

I dette projekt er hovedvægten af fundene baseret på interviewundersøgelsen, hvorfor valget af denne metode diskuteres, ligesom metodeproblemer i relation til analysen diskuteres.

Hvis man ønsker at få viden om kvindernes tanker, forventninger og holdninger, er valget af kvalitative metoder hensigtsmæssigt¹¹⁹. Men der findes mange kvalitative tilgange, og andre kunne have været relevante at bruge, såsom fokusgruppeinterviews eller deltagerobservation. Fokusgrupper ville især have kunnet bidrage med en forståelse af, hvordan overgangsalderen, symptomer og risiko italesættes, når midaldrende kvinder taler sammen. Imidlertid ønskede jeg at sætte den enkelte persons erfaringer og oplevelser i relation til hendes personlige liv i øvrigt, hvorfor individuelle interviews var nødvendigt. Deltagerobservation ville rent praktisk have været problematisk, fordi der ikke er velafgrænsede ”rum”, hvor

kvinder taler eller agerer i forhold til at være i overgangsalderen, og sandsynligheden for, at jeg ville ”opsnappe” samtaler eller handlinger, der var relateret til overgangsalderen i hverdagslivet, anså jeg for minimal.

I beskrivelsen af de konkrete analysemetoder har jeg valgt at beskrive, hvilke teoretiske tilgange jeg har været inspireret af, efterfulgt konkret af hvad jeg har gjort. Denne fremgangsmåde er valgt frem for blot at angive navnet på en analysemetode, dels fordi kvalitative metoder sjældent følges slavisk, og dels fordi metoderne må tilpasses den aktuelle problemstilling.

De fænomenologiske metoder, jeg har været inspireret af (Giorgi’s psykologisk-fænomenologiske metode, Giorgi ”ad modum Malterud”, Systematisk tekstkondensering og IPA), har flere lighedspunkter end forskelligheder. Det grundlæggende er den fænomenologiske tilgang, der suppleres med en tolkningsmulighed, der stammer fra det psykologiske område. Der er dog nogle afgørende forskelle: I henhold til Giorgi¹²⁵ skal al tekst kodes, mens det iht. Malterud¹¹⁹ anbefales at koncentrere analysen om meningsbærende enheder, som giver information relateret til undersøgelsens formål. På samme måde er det i IPA¹⁴⁶ almindeligt at koncentrere sig om et udsnit af materialet, især når det handler om et stort materiale. For mit vedkommende har jeg fokuseret på de meningsbærende enheder, der har været relevante i forhold til den aktuelle problemstilling, mens jeg har udeladt andre dele.

Et resumemark, som jeg har brugt flere steder i analyseprocessen, er ikke almindeligvis brugt i de fænomenologiske metoder. Jeg har valgt at gøre det for at bevare overblikket over de mange interviews og har fundet brugen af resumemark velegnet. Inspirationen til dette kom fra Ganniks disputats om situationel sygdom¹⁰⁷, hvor det lykkedes hende at holde fast i ”hele” informanten på vej gennem analyserne.

Betydningen af forforståelsen

Alle forskere gør valg på samme måde som en journalist vælger, hvordan en historie skal vinkles, og denne vinkling eller positionering er afgørende for, hvilken viden der fremskaffes. Intet projekt vil være i stand til at ”se alt fra ingen steder”, eller det som den feministiske videnskabshistoriker Haraway kalder at have det ”guddommelige perspektiv”¹⁴⁷. Forskere befinder sig, som alle andre mennesker, i en sammenhæng, og denne sammenhæng, fx hvordan de bor, lever og arbejder, medfører holdninger, interesser og konflikter, der har betydning for den kundskab de skaber. Forskeren er nødt til at gøre sig bevidst om denne forforståelse og eksplicitere og diskutere betydningen af de foretagne valg. Forforståelse er et kernebegreb i kvalitativ forskning og beskrives af Malterud på følgende poetiske måde¹¹⁹:

”Forforståelsen er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data. Dette er en bagasje som i beste fall kan gi næring og styrke til

projektet og fungere som en matpakke, men som i verste fall kan bli en tung b r, som går at vi bør avbryte reisen fordi alt handler om det vi bærer med oss, og ikke om det vi ser langs veien. Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og av den teoretiske referanseramme som vi har ved projektets innledning.”

Når jeg valgte at undersøge overgangsalderen fra kvindernes perspektiv, gjorde jeg det på baggrund af en undren, der opstod i mit professionelle m de med midaldrende kvinder i lægepraksis. I kraft af min lægeuddannelse havde jeg en udførlig viden om den biomedicinske side af emnet. Men jeg havde også personlige erfaringer og holdninger til problemstillingen ved at være midaldrende kvinde selv og påvirket af det at være borger i et vestligt samfund.

Spørgsmålet er derfor, hvordan min forforståelse har påvirket min analyse og på hvilken måde jeg kan have været blind for mange af de selvfølgeligheder, der indgår i den sociale konstruktion af overgangsalderen.

Den undren, der startede projektet, hvor jeg fandt et misforhold mellem, hvad jeg havde læst om kvinder i overgangsalderen og de velfungerende kvinder, som jeg mødte i dagligdagen – om end nogle havde symptomer – har hele tiden fulgt mig i projektet. Det betyder, at jeg specielt har været interesseret i forhold, der vedrører rådgivning af symptomfri mennesker om mulige sygdomme senere i livet, og jeg har været kritisk over for at introducere et medicinsk syn på almindelige forhold ved det levede liv.

Min interesse for medikalisering og risikotænkning har ført mig videre til en lang række af litteratur og teoretiske tilgange, ofte af ikke-medicinsk karakter. Disse teoretiske tilgange har yderligere fokuseret min problemstilling og analyse af interviewene.

N r en tankegang er blevet dominerende i en kultur, betyder det, at vi ikke længere overvejer, at der findes andre måder at tænke på – det bliver selvfølgeligt. Når jeg er så tæt på mit undersøgelsesområde, dels som læge og behandler og dels som midaldrende kvinde selv, vil der være områder hvor jeg er blind og opfatter noget som selvfølgeligt, til trods for at det er konstrueret. Såfremt undersøgelsen i stedet var lavet af en person fra en anden kultur, ville resultatet muligvis blive et andet. Da jeg fx diskuterede overgangsalderen med en kvindelig overlæge i Indien, forstod hun slet ikke, at det at blive ældre som kvinde blev opfattet negativt; for hende betød det at blive ældre større indflydelse og anseelse. Hvis hun havde forsket i Danmark, ville hun have større mulighed for at undersøge, hvordan vi konstruerer og italesætter ”den postmenopausale kvinde”, fordi hun kunne kontrastere det mod sin egen tilværelse, men der ville samtidig være en risiko for, at al tid ville gå med at beskrive forhold, vi allerede havde kendskab til. Jeg har med min ”insiderviden” mulighed for at tage udgangspunkt i aktuelle dilemmaer og fokusere undersøgelsen med henblik på at finde ny viden, der kan være relevant for dem, der skal bruge resultaterne. Det vil sige, at jeg fx kender forholdene, n r en dansk kvinde kommer i praksis, og hun er nervøs for at

komme til at ”se ud som Dronning Ingrid” og har hørt i pressen, at hun bør opsøge lægen for at få en skanning.

Hvad har jeg så gjort for at udfordre min egen forforståelse, så den ikke har ”overdøvet” de empiriske fund? Først og fremmest har jeg skrevet min forforståelse ned, dels da jeg startede projektet og dels undervejs, efterhånden som min viden om risiko og medikalisering blev udvidet. Jeg har også skrevet mine egne personlige erfaringer ned, som om det var mig selv, der blev interviewet, og jeg har gennem et år i praksis taget notater hver eneste gang, jeg talte med en kvinde om overgangsalderen eller om knogleskørhed, fx hvorfor emnet kom på tale, og hvad der foregik. Det at jeg har skullet skrive noget ned, har gjort mig mere bevidst om min forforståelse, selv om der altid vil restere blinde pletter. Det har også gjort det muligt for mig at lade mig overraske, når jeg har stødt på andet på min vej end det, jeg havde forventet.

For yderligere at undgå fastlåste fortolkninger har jeg inddraget forskellige teoretiske perspektiver, og jeg har været i kontakt med andre forskere og med andre personer, der har erfaring inden for området, hvad enten det er kvalitative metoder som sådan, risikotænkning og medikalisering eller overgangsalderen. En stor del af den konkrete analyse er foregået i tæt samarbejde med andre forskere, først og fremmest dem, der er medforfattere på de enkelte artikler. Hensigten har ikke været at finde konsensus, men at udvide måder at fortolke og kategorisere på. Samtidig har jeg været aktiv deltager i forskellige forskerfora, hvor mit projekt ofte har været til diskussion, ligesom jeg har deltaget i en række kollegiale arrangementer, der omhandler risikotænkning og medikalisering, hvilket har givet input og modspil på mange niveauer i forhold til forforståelsen.

”Lænestolsfasen” i kvalitativ forskning

Hvordan foregår den kvalitative analyse *egentlig*? Kvalitativ forskning baserer sig som anden forskning på systematik og refleksivitet, og teorigrundlaget og forforståelsen påvirker, hvilke mønstre man får øje på. Men kernen i den analytiske proces, hvor man som forsker via sit empiriske materiale opnår indsigt, er en mental proces, som måske ikke er mulig at beskrive som en videnskabelig størrelse – selv om den opnås gennem videnskabelig metode, systematik og refleksion. Indsigten eller mønstergenkendelsen sker som en aha-oplevelse, der kan komme efter mange timers gennemlæsning af interviews, hvor man sidder med lukkede øjne og lytter til ’musikken’ i materialet, eller hvor man midt under noget andet arbejde eller på en ferie får et input, der gør, at man kan se nogle nye sammenhænge. Jeg kalder denne fase for ”lænestolsfasen” efter Aita and McIlvain¹⁴⁸, der bruger udtrykket ”an armchair adventure”, og Malterud¹¹⁹, der skriver, hvordan dele af analysen kan foregå i en lænestol eller på en sofa, når det handler om at bevare det overordnede perspektiv i begyndelsen af analysen. Selv har jeg flere gange i projektet oplevet en aha-oplevelse, der på afgørende vis har ændret den fortsatte analyse. Det er sket i

forbindelse med, at jeg i dagevis har været fordybet i en analyse, hvor der pludselig dukker en væsentlig indsigt op, som siden kan afprøves systematisk på materialet. Fx skete det, da det gik op for mig, at kvinderne reagerede væsensforskelligt på risikoinformation. Nogle kvinder reagerede meget følelsesladet med bekymring og uro, mens andre ikke lod sig påvirke. Da jeg først havde set dette mønster, kunne jeg let gennemgå alle interviewene og lede efter affektive udtryk, der gav udtryk for det samme, fx om at være *"nervøs"*, *"usikker"* eller *"frustreret over at skulle vælge"*, og hvordan risikoen for osteoporose blev oplevet som *"skræmmende"*, mens medicinen blev beskrevet i ord som *"farlig"*, eller *"giftig"*, og dilemmaet blev som et valg mellem *"pest eller kolera"*.

Et andet eksempel fra min egen analyse er den først artikel om diskurser. Gennem indsamling og gennemlæsning af materialet gennem flere år blev jeg i stand til at se, når noget nyt eller anderledes dukkede op, fx en anden måde at tale eller illustrere tingene på. Ved at sammenligne det "nye", fx da reklamerne for hormoner skiftede fra at vise lidende kvinder, der var røde eller grønne i hovedet eller med overskæg, til billeder af stærke kvinder, der lyser af selvtillid, var det fordi der skete en forandring i, hvad man i dag i Danmark kan tillade sig at sige og ikke sige om kvinder i overgangsalderen. Det er oftest "lænestolsfasen", der er sværest at beskrive for andre på en gennemskuelig måde. Jeg kan dog se at det er et gennemgående problem uanset metode. I Grounded Theory tales om, hvordan brugen af memoer hjælper forskeren til at finde "emerging themes". Spradley¹²², som er etnograf, har skrevet en grundig og meget konkret vejledning i, hvordan man kortlægger det felt man ønsker at undersøge. Han forklarer, hvordan man kan finde og udvikle temaer ved at bruge udtrykket "immersion" (fordybelse). Efter lang tids arbejde med feltet kommer man ud af processen, tilsyneladende med forklarelsens lys, og er i stand til at forstå kulturelle sammenhænge. Han citerer selv en anden forsker D' Andrade der siger:

"At present, the most frequently used (and perhaps most effective) technique for the study of cultural belief systems is for the individual ethnographer to immerse himself in the culture as deeply as possible and, by some series of private, unstated, and sometimes unconscious operations, to integrate large amounts of information into an organized and coherent set of propositions. To make these operations explicit, public and replicable, or to develop a means of testing the accuracy of these operations, is likely to be a difficult and lengthy task. Nevertheless, it is a necessary task if the study of culture is to continue as a science."

Da denne metode er for tidskrævende for de fleste, tilråder Spradley andre metoder for intensiv fordybelse mhp. at nye sammenhænge vil "emerge" eller dukke op. Læser man kvalitative artikler, er netop betegnelsen "looking for emerging new themes" et gennemgående udtryk, hvor man som uindviet læser kan undre sig over, hvordan temaerne "dukker op".

Også brugere af datastyret analyse bruger den slags udtryk. I et metodekapitel om "a grounded hermeneutic editing approach" skriver Addison¹⁴⁹ i afsnittet "Tordenkilen – en begyndelse af sammenhæng" om, hvordan han fandt det centrale tema:

"Suddenly, 3 or 4 months after beginning, out of this wealth of seeming chaos, I had a flash of clarity."

Netop den del af processen, hvor temaerne "udkrystalliseres" eller "dukker op", og som er så afgørende i kvalitativ forskning, risikerer fortsat at være utilgængelig for udenforstående. På den anden side adskiller det sig ikke nødvendigvis fra den proces, som kvantitative forskere gennemgår, når de får kreative ideer til nye analyser eller projektopstillinger, men dette beskrives sjældent eksplicit.

Resultatdiskussion

Resultaterne viste at:

1. Kvinderne beskrev en lang række *positive erfaringer* såvel omkring overgangsalderen som vedrørende aldringsprocessen. Det er erfaringer, der kan supplere den negative tilgang, der i kraft af medikaliseringen har hersket på disse områder, og som kan benyttes, når man ønsker at inddrage kvindernes ressourcer i konsultationsprocessen.
2. Information om risiko medførte ”*bekymringsgørelse*”. Mange af kvinderne, men ikke alle, blev bekymrede og usikre, når de blev konfronteret med risiko.
3. Der fandtes mange forskellige måder at italesætte overgangsalderen på. Hver måde påvirkede opfattelsen af overgangsalderen og midaldrende kvinder på forskellig vis og medførte forskellige handlemuligheder. Det betyder, at det er afgørende, *hvem der sætter dagsorden*. Selv om den medicinske tilgang kun var én blandt flere, var den dominerende, såvel blandt lægerne som blandt kvinderne og i kulturen generelt.

Jeg diskuterer først de tre hovedresultater, derefter tager jeg disse som udgangspunkt for overvejelser om rådgivning af raske mennesker i almen praksis.

Positive erfaringer

Undersøgelsen har påvist, at kvinderne havde mange positive erfaringer i overgangsalderen og ligeledes oplevede en række positive sider ved at blive ældre (artikel 4 og artikel 5). Vægtningen af de positive sider skal ikke ses som en afvisning af, at nogle kvinder kan opleve at have mange symptomer, eller at de kan have store problemer pga. sygdomme eller andre forhold i livet, men som et bidrag til at nuancere den ofte meget negative beskrivelse af overgangsalderen.

Til trods for den mangeårige mytedannelse omkring overgangsalderen har kvinderne haft mange andre bud på måder at opfatte perioden på (artikel 4, 5 og 7). Selv om kvinderne i stor udstrækning har valgt at tale med lægen om symptomer, risici og evt. behandling (artikel 2), har kvinderne samtidig haft andre erfaringer, ofte af mere eksistentiel karakter, som det har været meget livsbekræftende at erfare. Men hvor kvinderne forventede symptomer og ubehag som noget uundgåeligt, kom de positive aspekter mere som en overraskelse. Det var oplevelser, som de ofte opfattede som værende helt specielle for dem. De havde været ”heldige” i forhold til, hvad de havde forventet, og i forhold til, hvad andre måtte opleve.

I bogen ”Den viise kvinde”¹⁵⁰ fra 1994 redegør psykologen Ammitzbøll for, hvordan overgangsalderen kan opleves som en positiv udviklingsperiode, blandt andet på baggrund af en mindre undersøgelse af, hvordan veluddannede kvinder med erfaring fra psykologi og psykoterapi, oplever perioden. De kvinder, Ammitzbøll beskriver, udgør en meget velformuleret subpopulation af danske kvinder. I min undersøgelse, der bygger på interview af et bredt udsnit af danske kvinder, som ikke haft speciel forkundskab om udviklings- eller eksistenspsy-

kologi, var det alligevel den samme type erfaringer, der kom frem. Imidlertid virkede det som om kvinderne gik og tumlede med disse tanker alene og manglede et fælles sprog for at beskrive deres eksistentielle erfaringer.

Parallelt med min forskning har flere andre forskere fundet resultater, der underbygger positive aspekter af overgangsalderen^{130,131}, og vægtningen af de positive sider har ført til, at det i dag ikke er ualmindeligt at se overgangsalderen beskrevet som ”en mulighed for udvikling, og en positiv periode for de fleste kvinder”¹³¹.

Fra forskning i, hvad der holder mennesker raske⁹², ved vi, at det er vigtigt at inddrage ressourcer i konsultationsprocessen⁹⁶. Mine resultater påviser en lang række konkrete ressourcer hos kvinder i midtlivet, som kan inddrages i rådgivningen af kvinder i overgangsalderen.

Bekymringsgørelse

Det kan medføre usikkerhed og bekymring at blive konfronteret med viden om risiko, og bekymringen bliver større, jo mere konkret risikoen er for den enkelte (artikel 3).

Det har været almindeligt at tale om ”sygeliggørelse” af overgangsalderen³⁰. Selv om overgangsalderen ofte er blevet beskrevet som en sygdom i den medicinske litteratur, har jeg ikke fundet mange tegn på, at kvinderne er blevet sygeliggjort. De opfattede ikke sig selv som syge, og påtog sig ikke en patientrolle.

Til gengæld finder jeg, at der foregår en ”bekymringsgørelse”. Mange af kvinderne, (men ikke alle), var ”bekymringsgjorte”, og udtrykte usikkerhed og ligefrem angst for fremtiden og for de mange nødvendige valg, der skulle tages.

Dette resultat kan ses som et *empirisk* eksempel på de samfundsmæssige strømninger, som en del af det senmoderne risikosamfund^{80,83,135,137,151}, hvor mennesker konstant konfronteres med risici. Da moderne mennesker er karakteriseret ved at være både refleksive og ansvarlige, påtager de sig at reflektere over netop de risici, som eksperterne introducerer.

Sundhedsvæsenet kommunikerer en proaktiv risiko-dagsorden, hvor mennesker uden symptomer bliver konfronteret med deres individuelle risici med henblik på at få dem til at ændre livsstil eller tage medicin. I min undersøgelse handlede det om, at kvinder i Danmark blev oplyst om at de efter overgangsalderen havde en øget risiko for knogleskørhed. Derfor var det relevant at forebygge med en ”knoglesund livsstil” eller at tage hormoner^{48,49,75}. Af kvindernes besvarelser fremgik det tydeligt, at de opfattede det som deres forpligtigelse at tænke over risikoen for knoglebrud og at forholde sig til den viden, de havde fået, selv om det var svært, og selv om deres risiko for knoglebrud lå langt ude i fremtiden.

Når mennesker på denne måde får muligheden for, eller illusionen af, at kunne påvirke deres egen skæbne og livsforløb, sættes de samtidig i et dilemma, hvis det viser sig at selve behandlingen har uønskede bivirkninger. I dette tilfælde handlede det om risikoen for brystkræft, hvis de blev behandlet med hormoner. Et valg, der oplevedes som valget mellem ”pest eller kolera”, fordi der kunne være alvorlige bivirkninger ved den medicin, som skulle beskytte mod sygdom i fremtiden.

Risiko og usikkerhed har altid været en del af livet. Men i forhold til tidligere, hvor risiko blev opfattet som skæbnebestemt, eller hvor man havde tillid til, at teknologiske landevindinger kunne løse problemerne, har vi måttet erkende, at det moderne sundhedsvæsen ikke bare redder os fra risiko, men i sig selv introducerer nye risici. Hormoner, der både kan forebygge hoftebrud og samtidig kan medføre brystkræft er ét eksempel, men andre forebyggende undersøgelser og behandlinger kan også medføre mere eller mindre alvorlige risici. Især på kræft-screeningsområdet, fx for bryst-, prostata- og tarmkræft, er det velkendt, at ønsket om at finde sygdom på et tidligt sygdomsstadie kan medføre en række skadelige virkninger så som overdiagnosticering, skadelige virkninger efter kirurgiske indgreb og negative psykosociale konsekvenser^{134,152}. Sætnan¹⁵³ tilføjer, at det ikke kun handler om fysisk eller psykisk skade hos den enkelte, men også om sociale bivirkninger i form af stigmatisering, tab af værdighed og autonomi, og økonomisk tab i forbindelse med at få en usikker diagnose.

At fravælge sundhedsvæsenets tilbud giver øget bekymring, hvilket kvinderne i min undersøgelse fortalte om. De følte usikkerhed og tvivl, når lægen uopfordret introducerede tilbud, de ikke ønskede, som fx knoglescanning eller medicin. Et forslag fra lægens side vejede tungt. De samme forhold kunne ses i en undersøgelse om kvinders valg af fosterdiagnostik, hvor kvinderne ofte sagde ja tak til undersøgelsen i tillid til systemet. Tilbudet oplevedes som et signal om, at der kunne være en risiko, og at det derfor var det fornuftigt at tage imod det¹⁵⁴. Bekymring hos de kvinder, jeg talte med, medførte flere lægebesøg og forsøg på opsøgning af ny information for at afklare usikkerheden. Det er noget, der er velkendt fra dagligdagen i almen praksis, hvor flere og flere mennesker kommer for at sikre sig, at de ikke fejler noget, eller for at få et ”tjek”, som når bilen skal til eftersyn. Efterfølgende testresultater kan vise usikre eller let forhøjede værdier, som ikke med sikkerhed kan skelne mellem raskt og sygt. Det fører igen til behov for samtale og information for at dulme usikkerheden om at noget skulle være i vejen, selv om der ikke er symptomer.

Bekymring behøver ikke nødvendigvis være dårligt. At reagere over for en mulig fare er en iboende og livsnødvendig egenskab hos alle dyrearter. Hvis en person udsætter sig for en situation hvor risikoen for en sygdom er betydelig, fx ved at rejse til malariaområder i Afrika, er oplysning og bekymring en forudsætning for, at personen sørger for at beskytte sig med malariamedicin.

Flere af kvinderne i undersøgelsen lod sig ikke påvirke af viden om knogleskørhed. Til gengæld var de kvinder, der ikke blev bekymrede overhovedet, heller ikke indstillet på at foretage sig noget i relation til knogleskørhed. Det vil sige, at informationen sandsynligvis kun havde effekt, hvis det berørte dem personligt, at de forstod at det var dem selv, der kunne blive syge, og ikke naboen. Dette svarer til andre fund omkring motivation. Bandura¹⁵⁵ fremhæver, at en konkret helbredstrussel er en væsentlig motivator, hvis der ønskes adfærdsændringer. Det bekræftes også af Bach Nielsen og medforfattere⁷², der har undersøgt menneskers bevæg-

grunde for at ændre adfærd, når de får påvist en forøget risiko for hjerte-karsygdomme. De finder også, at personlige erfaringer og fortolkninger kan *reducere* følelsen af en trussel, hvorved motivationen til at foretage livsstilsændringer også reduceres. Det betyder, at det *er* nødvendigt at informere, så den enkelte forstår, at informationen har betydning for lige netop dem, hvis man ønsker, at den pågældende skal lave forandringer. Det er altså ikke nok at informere så neutralt, at den enkelte undgår at blive bekymret.

Det fremføres på baggrund af kvantitative undersøgelser, at screening og oplysning om risikofaktorer ikke medfører udtalt angst, og at angstreaktioner ofte er forbigående, hvis de optræder^{63,138}. Andre forskere påpeger imidlertid, at der er metodemæssige problemer omkring afdekning af psykosociale konsekvenser i de kvantitative undersøgelser¹⁵⁶.

Det ligger uden for denne undersøgelse at gå ind i diskussionen om de kvantitative data, men det skal her præciseres, at angst og bekymring ikke nødvendigvis er udtryk for det samme, og at de dermed ikke behøver at stå i modsætning til hinanden. Bekymring behøver ikke udløse en egentlig angstreaktion. Men det kan medføre en gnavnende tvivl på kroppen og kroppens signaler og usikkerhed om, hvorvidt man vælger det rigtige. Nabe-Nielsen¹³⁵ har talt med kvinder, der har fået påvist et falsk-positiv resultat ved mammografi. Han finder, at selv om angsten og uroen forsvinder, når kvinderne får at vide at de ikke har kræft, så vil nogle af kvindernes livserfaring og syn på sundhed og sygdom ændre sig som følge af denne oplevelse. Deres erfaring har sået tvivl: De har fået mindre tillid til, at de fremover selv kan afgøre, hvornår de er raske og hvornår de er syge.

Hvem sætter dagsorden?

Der findes mange måder at italesætte overgangsalderen på (artikel 6). Den biomedicinske diskurs er den dominerende i den vestlige kultur, men det er vigtigt at holde fast i, at den ikke er enerådende. Analysen har vist, at andre diskurser giver et andet billede af kvinder i overgangsalderen, og medfører andre handlemuligheder for den enkelte kvinde (artikel 6 og 7). Hver diskurs byder på sin løsning ud fra de mål og værdier, der ligger indlejret i denne. I den biomedicinske diskurs kan målet om at undgå symptomer og risici i overgangsalderen opnås ved at tale med en læge om valg eller fravalg af hormoner. I sundhedsdiskursen handler det om en sund livsstil, der både kan forebygge og afhjælpe symptomer. Den alternative diskurs lægger op til et liv uden kemi, hvor alternativ behandling kan give en bedre balance i kroppen, mens ønsket om ”evig ungdom” forsøges opnået dels med hormonbehandling, men også gennem hårfarvning, fjernelse af rynker eller brug af sminke, etc. De forskellige diskurser betyder samtidig, at kvindens position kan variere fra at være en passiv patient, der er afhængig af lægen, til en stærk kvinde, der er i stand til at gøre sine egne valg i forhold til sit helbred.

”Når man har sagt A, så må man også sige B”, hedder et ordsprog: Hvis først målet om at opnå symptomfrihed og et langt liv med få sygdomme er fastlagt (fx undgå knoglebrud), er

det ikke længere relevant at tale ud fra en eksistentiel opfattelse af, at symptomerne er en naturlig del af livet (fx tage tingene som de kommer). Når der først er fundet en øget risiko, og der er sat ord på dette, er det ikke muligt at trække denne viden tilbage og lade som om den ikke eksisterer. ”Bordet fanger”, og såvel lægen som kvinden bliver nødt til at forholde sig til den øgede risiko. Og da den enkelte sjældent er i stand til selv at føle risikotilstanden på sin krop, og da en eventuelt iværksat behandling må kontrolleres ved tekniske undersøgelser (blodtryk, blodprøver, scanning, celleprøver etc.), øges behovet for at gå til læge og lade sig undersøge.

Når læger sætter en dagsorden, er det ofte ud fra en målsætning om at opnå et langt liv uden sygdom, fx ved at øge middellevetiden, eller nedsætte risikoen for enkelte sygdomme. Dette er et mål, som det kan være svært at indvende noget i mod, fordi det er så indlysende godt. Men hvis målet kommer til at stride mod andre værdier, som også eksisterer i befolkningen, så som økonomisk velfærd, eksistentiel udvikling, religiøse mål eller at kunne indgå i sociale sammenhænge, kan lægernes gode intentioner om et langt og sygdomsfrit liv komme på tværs af forhold hos den enkelte.

At sætte rammerne for, hvad der tales om og på hvilken måde, handler i sidste ende om magt. Hvis en læge beslutter sig for at introducere en ny dagsorden, betyder det også, at lægen har afgjort, at patienten skal forholde sig til det, lægen taler om, og til de værdier og løsningsmuligheder, der relaterer sig til dette. Da den biomedicinske diskurs lægger op til, at det primært handler om medicinske løsninger, evt. suppleret med livsstilsråd, kommer diskussionen ofte til at handle om fordele og ulemper ved medicinsk behandling, evt. forudgået af undersøgelser. Et engelsk ordsprog hedder: ”Whoever sets the frame, sets the game”, og understreger betydningen af, at den, der sætter dagsorden, også får stor indflydelse på resultatet. Samtidig positioneres lægen som den, der er ekspert, og den lægelige viden som den ”sande” viden. Patienten får rollen som den passive, den der modtager hjælpen.

I artikel 7 har jeg beskrevet forskellige reaktionsmåder, når kvinder modtager tilbud om medicinsk hjælp. Nogle vælger den medicinske behandling og er oftest meget glade for den. Men der er også en risiko for, at kvinderne samtidig mister kontrol over hændelsesforløbet, når det er lægerne, der sætter dagsorden. Andre fravælger medicinsk behandling og vælger alternativ behandling i stedet, for bedre selv at kunne tage aktiv del i forløbet. Det svarer til en dansk undersøgelse om brugen af alternativ medicin¹⁵⁷, der viser, at især kvindelige patienter angiver, at de føler, at de netop kan tage aktiv del i deres helbredelsesproces gennem alternativ behandling og ikke ønsker de bivirkninger, der måtte være ved den sædvanlige medicin. Det kan være en forudsætning for helbredelse, at lægen benytter det Schei kalder ”lederskab i læge-patientforholdet”¹⁵⁸, og når det handler om syge mennesker, kan den nævnte rollefordeling være relevant. Men når det gælder raske mennesker, hvor lægen uopfordret introducerer risiko, må det anses for u hensigtsmæssigt, hvis mennesker taber følelse af kontrol og magt over egen situation. Malterud og Hollnagel⁹⁸ har arbejdet med denne problemstilling og de-

monstrerer, hvorledes brugen af nøglespørgsmål og vægtning af ressourcer frem for risici kan ændre patientens rolle. De har vist, hvordan en dialog, der lægger vægt på kvindernes stærke sider, kan bidrage til ændre opfattelsen af kvinden fra at være lidende og resigneret til aktiv og i stand til at kontrollere sin sygdom.

Rådgivning af raske mennesker i almen praksis

Lægens valg: Styrke de positive sider eller øge bekymringen for fremtidig sygdom?

Tilbage står det grundlæggende dilemma: Hvornår skal praktiserende læger uopfordret informere raske mennesker om risiko og sygdom, og hvornår er det rimeligt at styrke menneskers ressourcer og positive forventninger til fremtiden?

Medikalisering og risikotænkning giver mulighed for at behandle uønskede kropssymptomer og forebygge fremtidig sygdom. Behandling med medicin kan, udover at afhjælpe alvorlige sygdomme, have effekt på mindre skavanker og på tilstande, som tidligere er set som uundgåelige dele af livet. Der er tillige et meget stort antal evidensbaserede undersøgelser, der sandsynliggør, at forebyggende medicin kan reducere risikoen for sygdom og dødelighed. Hvis lægen undlader at fortælle og fokusere på risici, er der en sandsynlighed for, at man går glip af en chance for at gribe ind ”i tide”. Samtidig tyder meget på, at mange mennesker er tilfredse med udviklingen. I sin afhandling om norske fiskerisamfund, beskriver Anderssen⁷⁶ at menneskene, på trods af at risikotankegangen giver en øget usikkerhed, er positive over for den medicinske tankegang og dens værdisyn og oplever udviklingen som et fremskridt. Det er forhold, som jeg også fandt flere eksempler på. Kvinderne omtalte deres læger som dygtige og omhyggelige, når de gav kvinderne en grundig undersøgelse, også for andet end det de lige kom med. Men hvis alle er tilfredse med udviklingen, hvad er så problemet med medikalisering? Er det ikke blot udtryk for bagstræberisk tankegang at problematisere medicinens indflydelse, når denne kan tilbyde at lette menneskers lidelser og forhindre fremtidig sygdom? Men det *har* stor betydning at blive kaldt syg, og føle sig syg, uden at være det. Jeg har vist, hvad det betyder for den måde, kvinderne ser sig selv på – som værende afhængige af hjælp udefra, i stedet for at have tillid til en mere eller mindre velfungerende krop. Det er ikke neutral eller ligegyldig information, når lægerne uopfordret fortæller, at et livsafsnit kan medføre en lang række psykiske og fysiske problemer, eller når de informerer om risici, der inducerer negative billeder af kvinder som ”går ned ad gaden og brækker benet”, mens andre og mere positive billeder af ældre kvinder samtidig forskubbes.

At få diagnosen ”i risiko” er ikke harmløst. Fx påviser Reventlow^{132,159} hvordan det at få påvist osteoporose ved en scanning påvirker identitetsdannelsen og handlemønstrene – og ikke altid i en hensigtsmæssig retning.

Gulbrandsen¹⁶⁰ går så vidt som at kalde det en ydmygelse, når en henvendelse – til trods for at det ikke var sådan ment – påvirker individets oplevelse af at kunne mestre tilværelsen og dermed bliver en trussel mod selvbilledet.

Dertil kommer, at der er sket en ændring af prioriteringen af den lægelige indsats, hvor resurserne tages fra de syge til de endnu ikke syge⁴⁹. Hvis denne udvikling fortsætter, med inddragelse af flere og flere risici, hvor flere og flere raske defineres som patienter, er det som Getz¹⁶¹ siger, ikke i overensstemmelse med en ”bærekraftig og ansvarlig forebyggende medicin”. I relation til dette projekt har det været muligt at se, hvordan raske kvinder forholder sig til en risiko for knoglebrud allerede som 50-årige, selv om de alvorlige hoftebrud gennemsnitligt sker ved 80 års alder og sammenfald af ryghvirvler i gennemsnit fra 70 års alder¹⁶² – altså 20-30 år efter. I artikel 4 advokerer jeg derfor for, at man nedtoner talen om knogleskørhed i relation til individuel forebyggelse over for kvinder i overgangsalderen og i stedet satser på primær forebyggelse over for såvel unge som gamle, mænd som kvinder.

For læger er placeboeffekten velkendt. Det er en betegnelse for, at en behandling uden specifik virkning kan virke helbredende¹⁶³. Mindre kendt er nocebo, som er en betegnelse for, at en negativ forventning kan fremkalde en forværring eller oplevelse af skadevirkning. Det handler således om ”en selvopfyldende profeti”. I relation til overgangsalderen kan dette fx bekræftes af Avis og medforfattere¹³, der fandt, at kvinder med negative forventninger til overgangsalderen rapporterede flere hedeture. Køster og Garde¹⁶⁴ kunne påvise, at forventningen om nedsat seksuel lyst pga. overgangsalderen rent faktisk predikterede nedsat lyst. Selv fandt jeg både i interviewundersøgelsen og under analysen af de åbne spørgsmål, at mange kvinder forventede at få det dårligt, og når dette ikke skete, blev de overraskede eller skeptiske, fordi de ubehagelige ting måske ikke var dukket op endnu. Af samme grund er det vigtigt også i mødet mellem læge og patient at fremdrage positive sider, fordi det påvirker forventningerne til, hvordan det skal gå og hvordan noget rent faktisk opleves.

Som modvægt til risikoen for at påvirke patienter negativt er der kommet større fokus på begreber som ”egenomsorg”⁷⁵ og ”empowerment”¹⁶⁵ ud fra et ønske om at styrke patienterne og dem, der endnu ikke er syge. De fleste kvinder i overgangsalderen er velfungerende og har i forvejen et godt selv vurderet helbred (jf. artikel 1), men det er også relevant at undgå disempowerment, dvs. at undgå at reducere kvindernes styrke og kontrol over eget liv ved fx at påføre bekymring, sygdomsfølelse og negative selvbilleder.

Gennem diskursanalyse (artikel 6) har jeg demonstreret betydningen af italesættelsen af overgangsalderen for kvinders opfattelse af sig selv og af de fænomener, der optræder i overgangsalderen. Da de fleste kvinder taler med en læge om overgangsalderen (artikel 2), er det afgørende, hvilke forestillinger lægen selv har om overgangsalderen og periodens forløb. Hvis lægen opfatter kvinden foran sig som en person, der er syg eller med risiko for at blive det, vil

det påvirke lægens omtale, og dermed kvinden, på en anden måde end hvis lægen ser kvinden som rask og velfungerende og kun i specielle tilfælde i behov for medicinsk intervention. Læger påvirkes af kulturelle forestillinger ligesom alle andre, og myter og negative forestillinger om overgangsalderen og midaldrende kvinder kan derfor påvirke rådgivningen. Samtidig er læger og specielt praktiserende læger direkte målgruppe for lægemiddelreklamer (in casu for hormoner og medicin mod knogleskørhed), der netop prøver at påvirke lægernes syn på overgangsalderen. Billeder er et stærkt virkemiddel, og de billeder der benyttes i reklamer skaber ofte forestillinger om forfald og sygelighed. Eksempelvis er praktiserende læger blevet præsenteret for billeder af kvinder, der er røde og grønne i hovedet, indtil de har fået hormoner (Durascan), kvinder med overskæg (Schering), og sammenfaldne kvinder, der går med krykker og gipsbandager (MSD). Organon, der blev prisbelønnet for sin reklameserie, viser i en række billeder livet før og efter hormonbehandling: Gammeldags ”mormor”- underbukser på en tørresnor stillet over for et par blondetrusser med betydeligt mere sexet tilsnit, og lyserøde tøfler med et termometer stillet over for et par højhælede røde laksko med en langstilket rose. I de sidste år før resultaterne fra WHI blev publiceret skete der dog et skift, og der optrådte nu velbefindende kvinder i reklamerne, hvor de solgte et budskab om hvor godt man kan have det, hvis man blot tager medicin³⁵. Efter WHI har det været næsten helt stille omkring hormonerne. Først i efteråret 2006 er der igen kommet reklamer, denne gang fra Novo Nordisk og Organon, der henviser til deres nye fælles hjemmeside for brugere www.overgangsalderen.info. Ved at gå ind på hjemmesiden kan det ses, at myterne fortsat bæres videre i form af tekst, der beskriver, hvordan mange kvinder i overgangsalderen har det rigtig dårligt, de har manglende sexlyst, ekstrem træthed, osv.

Billeder i lægemiddelreklamer er ikke underlagt de samme strenge regler som den skrevne tekst, til trods for at billedsiden ofte er den mest virkningsfulde. Billederne må dog ikke være direkte misvisende¹⁶⁶. Mine resultater, der viser, hvorledes den måde, vi italesætter tingene på, også er afgørende for resultatet (fx syg kvinde= behov for medicin), betyder at det er nødvendigt også med stramme regler over for billedmaterialet i reklamer stilet mod læger.

Kan lægerne ikke bare lade patienterne selv bestemme?

Men kan lægerne ikke blot lade mennesker selv bestemme, om de vil høre om risiko for sygdomme eller ej? Er læger ikke forpligtet til at viderebringe den viden, de har fået, og som kan komme andre mennesker til gode? Og så lade det være op til den enkelte, hvad man vil udnytte denne viden til? Men ”det informerede samtykke” løser det ikke alle problemer. I sidste ende, er det endda tvivlsomt, om vi reelt kan kalde det for et frit valg.

Betænkkeligheden skyldes følgende forhold:

- Læger kan ikke med sikkerhed afgøre, om en uopfordret oplysning om en risiko er noget der kommer vedkommende ”til gode”. Vi har som læger ikke mulighed for på forhånd at vide, om personen foran os vil være en der har gavn af information, eller en der bliver påvirket negativt.

- Den viden, vi giver, kan ikke trækkes tilbage”. Når først viden om et muligt negativt udfald er fremlagt, er det ikke længere muligt at vælge fra – at sige ”det vil jeg ikke høre om”.
- Når lægen først har sat dagsorden, er valgmulighederne indsnævrede, og patienten kan kun vælge mellem de muligheder som lægen fremlægger.
- Vi kan ikke lade, som om den viden, vi har, er neutral og uafhængig. Den viden, der er tilgængelig, er fremkommet, fordi nogen har ønsket at sætte fokus på det aktuelle område, hvad enten det har været ud fra altruistiske, økonomiske eller andre motiver.
- Når vi vælger at fortælle om risiko frem for ressourcer, eller om én risiko frem for en anden, så er der allerede foretaget en række prioriteringer og valg, som patienten ikke er en del af og ikke har haft mulighed for at påvirke.
- Det ”frie valg” kan i sidste ende vise sig at være en illusion, fordi den måde mennesker vælger på er så tæt knyttet til sociale og kulturelle forhold og afhængig af den måde samfundet er opbygget på.

Lovgivningen ganske klar, når det handler om, hvorvidt patienter skal oplyses om en mulig risiko. I Sundhedsloven¹⁶⁷ står der om patienters medinddragelse i beslutninger, at patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om relevante forebyggelsesmuligheder. Men det står også, at patienten skal oplyses om risiko ved behandlingen, og informationen skal være specielt fyldig, når der kan forventes alvorlige bivirkninger. Loven understreger også, at patienten har ret til at frabede sig information. Det fremgår imidlertid ikke af lovgivningen, hvordan problemet med at frabede sig information skal løses, idet det er for sent at tage stilling til dette, når informationen først er givet.

De fleste synes enige om, at den gamle paternalistiske lægerolle er en saga blot. Diskussionen drejer sig i stedet om, hvordan vi kan indføre øget patientautonomi og et fælles beslutningsgrundlag i det individuelle møde mellem læge og patient. Det giver 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. Begreber som ”shared decision making”, dialogbaseret medicin¹⁶⁸ og konkordans^{169,170}, er ved at vinde indpas. Begreberne er opstået i modsætning til compliance-begrebet, der lægger op til at patienten skal gøre som lægen siger, altså den paternalistiske tilgang. De supplerer den patient-centrerede tilgang, men lægger ligesom denne vægt på, at der skal være 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 ideen om, at den paternalistiske lægerolle er død, udfordres. Dahlager¹⁰⁹ fremhæver, hvordan *pligten* til at oplyse mennesker om en fremtidig risiko også bliver en *ret* til, at lægen kan bringe nye problemer ind i samtalen, selv om patienten ikke har ønsket dette, og altså en form for magtudøvelse. Problemstillingen behandles også af Murtagh¹⁷¹, der understreger, at

det frie valg hos den praktiserende læge til dels er en illusion, så længe valget indskrænkes til de muligheder, som lægen fremlægger.

Meland¹⁷² påpeger i en artikel om autoritativ medicin før og nu, at paternalisme er erstattet af en form for ”maternalisme” i den moderne forebyggelsesmedicin. Lægen som ”Den gode hjælper” definerer en gruppe ofre og nødstedte, som hjælperen kommer til undsætning, fx ressourcetsvage mennesker, som ikke har kendskab til deres egen risiko. Denne form for magtudøvelse er af Foucault blevet kaldt for den pastorale magt eller hyrdemagt¹⁷³, hvor lægen passer og styrer ”sine” patienter ligesom en præst, der passer sin menighed, eller en hyrde, der passer sin flok. Vallgård¹⁷⁴ fremhæver på samme vis, at den gamle lægerolle ikke er så forandret, som vi tror, idet de forebyggende budskaber godt nok har ændret indhold, men at påvirknings- og styringsmetoderne i mange henseender er de samme. Gennem lægers magt til at definere, hvad der er sundt og usundt, sygt og raskt, normalt og unormalt, er medikaliseringen og risikotænkningen i stand til at påvirke store områder af menneskers liv, eftersom næsten alt i menneskers liv kan have indflydelse på, om de en dag bliver syge.

Det fremgår af denne diskussion, at vi har at gøre med to valgsituationer: Først skal det besluttes, *hvad* konsultationen skal handle om, og først derefter handler det om, hvilken *løsning* kan der vælges¹⁷⁵. Den første beslutning (hvad skal vi tale om, og på hvilken måde) har, som tidligere omtalt, afgørende indflydelse på den anden beslutning (hvilken løsning der vælges). Diskussionen om ”det frie valg” og ”det informerede samtykke” handler imidlertid næsten udelukkende om, hvordan man informerer og opnår en løsning, *efter* at dagsorden er fastlagt. Til gengæld foregår det første valg, dvs. valget af dagsorden og definitionen af problemet, ofte mere skjult. I forbindelse med uopfordret information og en ”proaktiv agenda” er dagsorden sat, og det foregår i høj grad på lægens betingelser. Det sker ud fra, hvad lægen og sundhedsvæsenet finder vigtigst, og muligheden for at frabede sig information forbliver en illusion.

Når kvinderne selv skal vælge

Trods alle disse forbehold foretog kvinderne i min undersøgelse en lang række valg, især om lægesøgning og om valg af behandling. Til gengæld havde de ikke mulighed for at tage stilling til, om de ville høre om risiko eller ej.

Gannik¹⁰⁷ har beskrevet, hvordan mennesker har en forskellig tærskel for, hvornår de opsøger lægen, en tærskel der er situationelt bestemt. I et moderne sundhedsvæsen påvirkes denne tærskel i høj grad af sundhedsvæsenet selv, fx når sundhedsvæsenet uopfordret opsøger mennesker for at få dem til at gennemgå forskellige undersøgelser. Da min spørgeskemaundersøgelse blev gennemført, var opfattelsen således blandt mange medicinske eksperter, at *alle* kvinder burde tale med en læge om muligheden for hormonbehandling⁴⁰. Der var en formodning om, at der fandtes kvinder, der ikke havde hørt om muligheden for forebyggelse, fx fordi

deres læge ikke havde oplyst godt nok, eller ikke var aktiv nok i forhold til at udskrive medicin.

I artikel 1 påviser jeg imidlertid, at kvinder, der ikke har talt med læge om overgangsalderen, enten har færre symptomer end kvinder, der har talt med en læge, eller at de i højere grad har en holdning, der gør, at de ikke ønsker at inddrage lægen. På baggrund af disse resultater er der ikke belæg for at være proaktiv i relation til overgangsalderen.

I dag er da også tanken om en proaktiv indsats, fx i form af menopauseklinikker, hvor kvinderne selv kunne henvende sig, bortfaldet, især fordi hormonbehandling ikke længere er tilrådelig som behandling til kvinder uden symptomer. Resultaterne fra min undersøgelse peger på, at det kunne være relevant at undersøge, hvordan andre målgrupper reagerer på en uopfordret indsats (tale med rygere hver gang de kommer i konsultationen, screene alle i venteværelset for alkoholforbrug, måle livvidde hos alle uanset henvendelsesårsag etc.). I hvor høj grad afdækkes der nye og relevante sundhedsproblemer, som ikke er kendt i forvejen, og som det er muligt at intervenere over for?

Kvinderne i min undersøgelse havde forskellige holdninger til hormonbehandling (artikel 1). De fleste syntes, at hormoner var en god løsning, hvis man havde mange symptomer, men cirka halvdelen af kvinderne mente samtidig, at hormonbehandling burde undgås, og mindre end hver femte kvinde anså hormonbehandling for at være godt til at forebygge senere sygdomme. Denne ambivalens afspejles også i artikel 4, hvor kvinderne var meget i tvivl om, hvorvidt de skulle tage hormoner eller ej som led i forebyggelsen af knogleskørhed.

Mennesker i dag ønsker mere medicin end tidligere, også til symptomer og kropslige signaler som ikke er udtryk for sygdom¹⁷⁶. Der er også mange, som ønsker tilbageholdenhed over for medicin for hverdagsproblemer, som er en del af livet selv. I sidste ende handler det om holdninger. Som en af kvinderne sagde i undersøgelsen ”I vores familie siger vi at forkølelsen tager 14 dage uden medicin, med medicin tager det 2 uger”. Holdningen til hormonbehandling har også i andre undersøgelser vist sig at være mere afgørende end symptomernes sværhedsgrad, for om kvinderne vælger behandling eller ej¹⁷⁷.

Sundhedsloven¹⁶⁷ tager hensyn til, at mennesker, der ønsker information og behandling, skal have et sådant tilbud. Men det er samtidig vigtigt, at mennesker, der ikke ønsker medicin, heller ikke bliver presset af lægerne til at behandle tilstande, de ikke selv finder nødvendige at behandle. De kan til gengæld behøve støtte til at vælge en ikke-medicinsk løsning, der går på tværs af ”mainstream”. Eller som Illich skrev i en tale i 1982³⁷ direkte henvendt til de praktiserende læger i Irland:

“ – many people today want professional assistance to unhook themselves from the system, and they need the support of their physician to resist the temptation of assuming a patient role.”

Illich talte om ”de-medikalisering” og mente, at praktiserende læger kunne spille en vigtig rolle i denne proces. Tiden har dog ikke givet ham medhold i, at det skulle blive praktiserende lægers rolle, nu hvor praktiserende læger mere end nogensinde undersøger deres patienter for forskellige risici, og hvor information om risiko hos raske mennesker udgør en af de største udfordringer, som almen praksis står overfor.

Behovet for kritisk refleksion i forebyggende medicin

Det faktum, at risikotænkning og medikalisering har betydning for patienterne og kan medføre skadelige virkninger, betyder ikke, at dette for enhver pris skal undgås. Men det betyder, at vi skal tænke os godt om først. Det er ikke tilstrækkeligt at have en evidensbaseret viden om alt det gode, en indsats kan medføre. Det er også nødvendigt at vurdere om vi risikerer at skade mere end vi gavner.

Således anbefaler Gulbrandsen¹⁶⁰, at man stiller sig følgende spørgsmål, før man handler:

- Vil nogen føle sig ydmyget eller undertrykt som følge af interventionen?
- Er interventionen så vigtig, at den er det værd, også efter at etiske sider er vurderet?
- Hvordan kan vi begrænse skadevirkningerne af interventionen?

Spørgsmål om sundhed, sygdom og forebyggelse fylder meget i moderne menneskers bevidsthed, også hos mennesker der (endnu) ikke fejler noget. Lægerne har i kraft af deres viden på området fået stor indflydelse, når dagsorden skal sættes, dels som eksperter i medier og som konsulenter over for Sundhedsstyrelsen og politikerne, og dels som indflydelsesrige fagpersoner og vejledere i relation til det enkelte individ. Som praktiserende læger er vi blevet en lille brik i risikosamfundet og videreformidler kulturelle værdier og holdninger til patienterne. Vi kan således ikke fraskrive os ansvaret for den information og de implicite holdninger, som vi viderebringer. Selv om moderne mennesker i dag er refleksive og ansvarlige og gerne forholder sig til forskellige risici, som lægen introducerer, er det fortsat et åbent spørgsmål, hvorvidt de skal reflektere over netop de risici eller problemer, som lægen finder vigtigst. Den magt og indflydelse, som læger har fået tillagt af samfundet og den enkelte, skal forvaltes med omhu. Det kræver, at vi som læger forholder os kritisk til vores eget arbejde og til de budskaber og holdninger, vi viderebringer.

Det indebærer også, at vi, som Fugelli¹¹⁶ anbefaler, åbent vedkender os vores værdigrundlag over for dem, der skal tage vigtige valg vedrørende deres liv, helbred og fremtid.

Selv om denne afhandling kun indirekte har drejet sig om lægerne, handler det også om, hvordan lægerne ser sig selv: Som ”livsstilspoliti”, ”flokkførere” eller ”forældre”, der skal sørge for at lede deres børn på den rette vej, som vejledere eller ”coaches”, der skal stå til tjeneste med personlig rådgivning, eller som købmænd der leverer et frit valg på alle hylder? Også i dette tilfælde er en kritisk refleksion over eget arbejde en nødvendighed, så man ikke blindt arbejder ud fra en tro om, at det er neutral viden man formidler.

Ingen læger ønsker at svække deres patienter, jf. *primum non nocere* – først og fremmest ikke skade. Men historien om hormonerne, der pludselig blev taget af hylden efter at have været promoveret i mere end tredive år, har været tankevækkende: Medikaliseringen af overgangsalderen opstod, da lægerne (og industrien) fandt et middel at behandle med²⁸, og der skete en ”de-medikalisering” fra det øjeblik, da hormoner ikke længere var et tilbud til alle kvinder. Det klimakterielle syndrom forsvandt. Spørgsmålet, der imidlertid må stå ubesvaret hen, er, hvorfor læren om hormonerne stort set ikke har haft indflydelse på måden, vi ser på andre områder, hvor raske mennesker tilbydes medicin? For at undgå lignende fejltagelser i fremtiden er vi nødt til at forholde os kritisk til det individrettede, forebyggende arbejde, vi udfører, ikke mindst i relation til raske mennesker, der ikke har henvendt sig til sundhedsvæsenet.

Det leder tilbage til eksemplet med kvinders overgangsalder, som har dannet grundlag for afhandlingen:

Hvordan kan det være, at kvinder i så mange år er blevet fastholdt i en forestilling om, at de er ofre for deres egen biologi, og at hormoner var uundværligt for et godt velbefindende, for at undgå sygdomme og endda for at bevare ungdommelighed og kvindelighed?

De nye hormonundersøgelser har ændret på denne indstilling og giver håb om, at det vil påvirke synet på midaldrende og ældre kvinder: I stedet for at skjule alderen eller skamme sig over den kunne vi trænge til en ”reklamekampagne” for de ”kloge koner”, der som mange af de kvinder, jeg har mødt undervejs i mit projekt, sprudler af energi, har fået styrke og kraft undervejs i livet, og som med glæde ser frem imod at kunne udnytte de nyvundne erfaringer.

Referencer

1. Petersson B. Klar besked om overgangsalderen. København: Aschehoug fakta, 1994.
2. Den Store Danske Encyclopædi. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag, 2004.
3. WHO. Research on the menopause in the 1990s. Geneva: WHO, 1996.
4. McKinlay S, Brambilla D, Posner J. The normal menopause transition. *American Journal of Human Biology* 1992; 4: 37-46.
5. Rödström K, Bengtsson C, Milsom I, et al. Evidence for a secular trend in menopausal age: a population study of women in Gothenburg. *Menopause* 2003; 10: 538-43.
6. Ekström H. Keeping My Ways of Being: Middle-aged women and menopause [Thesis]. Lund: Lund University, 2005.
7. Donovan J, Rochester NY. The menopausal syndrom: A study of case histories. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1951; 62: 1281-91.
8. Falck-Larsen J, Nyboe-Andersen A. Det klimakterielle syndrom. I: Lorenzen I, Bendixen G, Hansen N, eds. *Medicinsk Kompendium, Gynækologisk endokrinologi*. København: Nyt nordisk Forlag Arnold Busck, 1994. p. 2207-11.
9. Lægemedelkataloget. Klimakterielle gener, kliniske og metaboliske aspekter. København: Dansk Lægemedel Information, 2004.
10. Kaufert PA. Women and their health in the middle years: a Manitoba project. *Soc Sci Med* 1984; 18: 279-81.
11. Hunter M. The south-east England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. *Maturitas* 1992; 14: 117-26.
12. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, et al. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 351-8.
13. Avis NE, McKinlay S. The Massachusetts Women's Health Study: An epidemiologic investigation of the menopause. *JAMWA* 1995; 50: 45-9.
14. Holte A, Mikkelsen A. Psychosocial determinants of climacteric complaints. *Maturitas* 1991; 13: 205-15.
15. Rödström K, Bengtsson C, Lissner L, et al. A longitudinal study of the treatment of hot flashes: the population study of women in Gothenburg during a quarter of a century. *Menopause* 2002; 9: 156-61.
16. Medicin.dk 2007. København: Informatum, 2007.

17. Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas* 1986; 8: 217-28.
18. Køster A, Davidsen M. Climacteric complaints and their relation to menopausal development - a retrospective analysis. *Maturitas* 1993; 17: 155-66.
19. Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas* 1996; 23: 147-57.
20. Kaufert PA, Gilbert P, Tate R. The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas* 1992; 14: 143-55.
21. Guidelines vedrørende peri- og postmenopausal hormonterapi. København: Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2005.
22. Jørgensen MW, Phillips L. Diskursanalyse som teori og metode. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, 1999.
23. Avis NE. Women's perception of the menopause. *European Menopause Journal* 1996; 3: 80-4.
24. Lock M. The politics of mid-life and menopause. Ideologies for the second sex in North America and Japan. I: Lindenbaum S, Lock M, eds. Knowledge, power and practice. Berkeley, CA: University of California Press, 1993. p. 330-63.
25. 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> . 3-12-2003.
26. Lund P. Det er hormonerne. Ubalancer under puberteten, menstruation og overgangsalder. København: Klitrose, 2001.
27. Langer J. Overgangsalder med eller uden hormoner? København: Politikens Forlag, 2007.
28. Bell SE. Changing ideas: the medicalization of menopause. *Soc Sci Med* 1987; 24: 535-42.
29. Greer G. Forandringen [Oversat fra "The change"]. København: Gyldendals Forlag, 1991.
30. Petersson B. Sygeliggørelse af kvinder. København: FADLs Forlag, 1995.
31. Køster A, Garde K. Overgang eller undergang? - om overgangsalderen. København: Lindhardt og Ringhof, 1991.
32. Zola IK. Medicine as an institution of social control. A sociology of medical practice. London: Collier-Macmillan, 1975.

33. Illich I. Grænser for lægevidenskaben.(Oversat fra Limits to medicine). København: Gyldendals Forlag, 1977.
34. Holstein B, Iversen L, Søndergaard T. Medicinsk Sociologi. København: FADLs Forlag, 1988.
35. Kaufert PA, Lock M. Medicalization of women's third age. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 1997; 18: 81-6.
36. Hvas AC. Sygeliggørelse og "medikalisering". Forsøg på begrebsafklaring på baggrund af et litteraturstudie. *Ugeskr Laeger* 1999; 161: 5783-5.
37. Illich I. Medicalization and primary care. *J R Coll Gen Pract* 1982; 32: 463-70.
38. Gannik D, Schmidt O. Sygdom fra et lægevidenskabeligt til et samfundsmæssigt anliggende. I: Gundelach P, Mortensen N, Tonboe J, eds. *Sociologi under forandring*. København: Gyldendal, 1990.
39. Grady D, Rubin SM, Petitti DB, et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117: 1016-37.
40. Ottesen BS. Østrogensubstitution. Leder. Status 25 år efter. *Ugeskr Laeger* 1998; 160: 601-2.
41. Newton KM, Lacroix AZ, Leveille SG, et al. The physician's role in women's decision making about hormone replacement therapy. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 580-4.
42. Guidelines for counseling postmenopausal women about preventive hormone therapy. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1992; 117: 1038-41.
43. Kaplan B, Rabinerson D, Yogev Y, et al. A survey of physicians' attitude and approach to hormone replacement therapy during menopause. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002; 29: 31-3.
44. 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.
45. 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.
46. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362: 419-27.

47. Katalinic A, Rawal R. Decline in breast cancer incidence after decrease in utilisation of hormone replacement therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2007; Apr 24; [Epub ahead of print]:
48. Knogleskørhed. Fakta og forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
49. Merck S&D, Osteoporoseforeningen, Sørensen HA, Schwarz P. Du skal ikke stå model til hvad som helst ... / Tal med din læge om osteoporose. 2000. www.knoglelinien.dk.
50. Hvas AC, Tulinius AC, Reventlow S. Risiko for alle i år 2000? *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 1999; 13: 1819-30.
51. Osteoporose i almen praksis med fokus på forebyggelse af frakturer hos ældre. Klinisk vejledning. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2002.
52. Moynihan R, Cassels A. *Selling Sickness. How drug companies are turning us all into patients.* Allen and Unwin, 2005.
53. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
54. Heath I. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Med* 2006; 3: e146.
55. Wilson RA. *Feminine Forever.* Philadelphia: Lippincott Co., 1966.
56. Hagerup A. Det falske løfte om evig ungdom. *Berlingske Tidende.* 2003 Nov 29.
57. Ændringer i forbruget af hormoner til behandling af kvinder med gener i forbindelse med overgangsalderen. København: Lægemiddelstyrelsen, 2006.
58. Søndergaard K. 'Overgangsalderen' - sygdommen der forsvandt. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2004; 82: 1029-41.
59. Sanson G. *The Myth of Osteoporosis.* MCD Century, 2003.
60. DSAM. Målbeskrivelse for almen medicin. 2002. <http://www.dsam.dk/>.
61. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, et al. Almen Lægepraksis i Danmark. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 2005.
62. Swensen E (ed.). *Diagnose: Risiko.* Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
63. Nexøe J, Halvorsen P, Kristiansen IS. Critiques of the risk concept - valid or not? *Scand J Public Health* 2007; Sep. 6: 1-7 [Epub ahead of print].
64. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
65. *Den motiverende samtale.* København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 1999.

66. Olesen F. Ethiske problemer i screening. Etik & Klinik. København: Munksgaard, 1998.
67. Screening - en redegørelse. København: Det Ethiske Råd, 1999.
68. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003; 327: 498-500.
69. Lunde IM, Hafting M, Malterud K. Kan forebyggelse blive helbredsskadelig? *Nord Med* 1990; 105: 275-6.
70. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002; 167: 363-4.
71. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002; 325: 870.
72. Bach Nielsen KD, Dyhr L, Lauritzen T, et al. Long-term impact of elevated cardiovascular risk detected by screening. A qualitative interview study. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 233-8.
73. Guassora AD. Balancing smoking cessation advice with trust, morality and relevance. The consultation in general practice as a context for a mass strategy of smoking cessation advice [Thesis]. København: [Indleveret], 2007.
74. Amdtsrådsforeningen. Ny overenskomst indgået mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Praktiserende Lægers Organisation. 2006;
75. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
76. Anderssen J. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nordnorske kystsamfunn. Tromsø: Institutt for sosiologi og Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998.
77. Lian OS. Den moderne Eos-myten. *Sosiologisk tidsskrift* 2006; 14: 16-87.
78. Boholm Å. Situated Risk: An Introduction. *Ethnos* 2003; 68: 157-8.
79. Boholm Å. The Cultural Nature of Risk: Can there be an Anthropology of Uncertainty? *Ethnos* 2003; 68: 159-78.
80. Beck U. *Risk Society*. London: Sage Publications, 1992.
81. Skolbekken JA. The risk epidemic in medical journals. *Soc Sci Med* 1995; 40: 291-305.
82. Jensen HL, Sångren H, Reventlow S. Almen praksis i risikosamfundet. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2007; 85: 1205-14.

83. Hansen MB, Svendsen MN. Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005.
84. Giddens A. Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten. København: Hans Reitzels Forlag, 1996.
85. Anderssen J. "Men du har jo den angsten i dæ". I: Swensen E, ed. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
86. Lupton D. Risk. London: Routledge, 1999.
87. Politikens Nudansk Ordbog med etymologi. København: Politikens Forlag, 1999.
88. Holmen J. Risikant - et nytt ord i forebyggende helsearbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2294.
89. Skolbekken JA. Risiko for sykdom - vår tids epidemi? I: Swensen E, ed. Diagnose: Risiko. Oslo: Universtitetsforlaget, 2000.
90. Otto L. Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 1998.
91. Vallgård S. Forebyggelse og sundhedsfremme - to forskellige projekter? Ugeskr Læger 2003; 165: 4446.
92. Antonovsky A. Health, stress and coping. London: Jossey-Bass Publishers, 1979.
93. Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis - en lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser. Sundhedsafdelingen, Ringkøbing Amt, 2000.
94. Antonovsky A. Helbredets mysterium (oversat fra 'Unraveling the mystery of health'). København: Hans Reitzels Forlag, 2005.
95. Jensen BB. Sundhedsfremme og Forebyggelse - to forskellige paradigmer? Sygdom og Samfund 2005; 3: 67-87.
96. Hollnagel H, Malterud K. Shifting attention from objective risk factors to patients' self-assessed health resources: a clinical model for general practice. Fam Pract 1995; 12: 423-9.
97. Malterud K, Hollnagel H. Women's self-assessed personal resources. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 163-8.
98. Malterud K, Hollnagel H. Encouraging the strengths of women patients. Scandinavian Journal of Public Health 1999; 27: 254-9.
99. Jacobsen B. Eksistensens psykologi. København: Hans Reitzels Forlag A/S, 1998.

100. Hvas L. Skal vi koncentrere os om miner i fredstid – eller giver det sundhed, at tænke på risiko for sygdom? *Futuriblerne* 1999; 27: 7-8.
101. Hvas L. Det rigtige og det korrekte. Dilemmaer i hverdagen - om at rumme modsætninger. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2001; 79: 135-40.
102. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 1997.
103. McWhinney IR. 'An acquaintance with particulars...'. *Family Medicine* 1989; 21: 296-8.
104. 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.
105. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-110.
106. Hollnagel H, Malterud K. Samtaler om risiko og helbredsressourcer i almen praksis. *Ugeskr Laeger* 2002; 164: 5225-9.
107. Gannik DE. *Situationel Sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser*. København: Samfundslitteratur, 1999.
108. Nexø SA, Koch L. Diskursanalyse - et særligt blik på verden. I: Koch L, Vallgård S, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark, 2003. p. 69-90.
109. Dahlager L. *I samtalens rum. En magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale [Thesis]*. Københavns Universitet, 2005.
110. Sætnan AR. *Ultrasonic Discourse: Contested Meaning of Gender and Technology in Norwegian Ultrasound Screening Debate*. *European Journal of Women's Studies* 1996; 3: 55-75.
111. Willig C. *Foucauldian Discourse Analysis. I: Willig C, ed*. London: Open University Press, 2001.
112. Fairclough N. *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 1992.
113. Potter J, Wetherell M. *Discourse and Social Psychology*. London: Sage Publications, 1987.
114. Laclau E, Mouffe C. *Hegemony and Socialist Strategy*. London: Verso, 1985.
115. Flyvbjerg B. *Rationalitet og Magt*. Odense: Akademisk Forlag, 1993.
116. Fugelli P, Stang G, Wilmar B. *Har medisinen makt? I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, eds. Makt og medisin*. Oslo: Unipub Skriftserier, 2003.

117. Foucault M. Truth and Power. I: Gordon C, ed. Power and Knowledge. New York: Pantheon Books, 1972. p. 109-33.
118. Fugelli P, Stang G, Wilmar B. Makt og demokratiutredningen 1998-2003 (ed.). Makt og medisin. Oslo: Unipub Skriftserier, 2003.
119. Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
120. Kuzel A. Sampling in Qualitative Inquiry. I: Crabtree B, Miller W, eds. Doing Qualitative Research. London: Sage Publications, 1999. p. 33-46.
121. Maunsbach M, Lunde IM. Udvælgelse i kvalitativ forskning. I: Lunde IM, Ramhoj P, eds. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. København: Akademisk Forlag, 1996. p. 142-53.
122. Spradley JS. The Ethnographic interview. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers (HBJ), 1998.
123. Kvale S. InterViews: An introduction to qualitative research writing. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.
124. Nielsen KDB, Lunde IM. Teoriers betydning i forskningsprocessen. I: Lunde IM, Ramhoj P, eds. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. København: Akademisk Forlag, 1996. p. 142-53.
125. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A, ed. Phenomenology and Psychological Research. Pittsburg, PA: Duquesne University Press, 1985. p. 8-22.
126. Smith J, Osborn M, Jarman M. Doing interpretative phenomenological analysis. I: Murray M, Chamberlain K, eds. Qualitative Health Psychology: Theories and Methods. London: Sage Publications, 1999.
127. Miller W, Crabtree B. Clinical Research: A Multimethod Typology and Qualitative Roadmap. I: Crabtree B, Miller W, eds. Doing Qualitative Research. London: Sage Publications, 1999. p. 3-30.
128. Willig C. Discourse analysis. I: Smith J, ed. Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods. London: Sage Publications, 2003. p. 159-83.
129. Esseveld J, Elden S. Frånvarande kvinnliga subjekt - en analys av medicinska texter om klimakteriet. Kvinnovetenskaplig tidskrift 2002; 2: 45-9.
130. Utian WH, Boggs PP. The North American Menopause Society 1998 Menopause Survey. Part I: Postmenopausal women's perceptions about menopause and mid-life. Menopause 1999; 6: 122-8.
131. Busch H, Barth-Olofsson AS, Rosenhagen S, et al. Menopausal transition and psychological development. Menopause 2003; 10: 179-87.

132. 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.
133. Sachs L. Is there a pathology of prevention? The implications of visualizing the invisible in screening programs. *Cult Med Psychiatry* 1995; 19: 503-25.
134. Brodersen J. Measuring psychosocial consequences of false-positive screening results - breast cancer as an example [Thesis]. Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 2006.
135. Nabe-Nielsen M. "Det er ikke noget at være bange for!" Mammografiscreening set fra en medicinsk antropologisk synsvinkel [Thesis]. København: Institut for Antropologi, 2006.
136. Lunde IM. Screeningers betydning i menneskers liv. *Medicinsk Årbog*. København: Munksgaard, 1998.
137. Fox RC. Medical Uncertainty Revisited. I: Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw S, eds. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications, 2000.
138. Larsen EL, Thomsen JL, Lauritzen T, et al. Forebyggende Helbredsundersøgelser og Helbredssamtaler i Almen Praksis. En analyse af patientperspektivet. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006.
139. Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive health care in elderly people needs rethinking. *BMJ* 2007; 335: 285-7.
140. Vallgård S. Styring gennem frihed. Magtudøvelse i folkesundhedens navn. I: Albæk E, Christiansen PM, Møller B, eds. *Demokratisk set*. Festskrift til Lise Togeby. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2002. p. 115-31.
141. Foucault M. *Klinikkens Fødsel*. København: Hans Reitzels forlag, 2000.
142. Lupton D. Constructing the Menopausal Body: The Discourses on Hormone Replacement Therapy. *Body and Society* 1996; 2: 91-7.
143. Shoebridge A, Steed L. Discourse about menopause in selected print media. *Aust N Z J Public Health* 1999; 23: 475-81.
144. Stephens C, Carryer J, Budge C. To have or to take: discourse, positioning, and narrative identity in women's accounts of HRT. *Health (London)* 2004; 8: 329-50.
145. Esseveld J. Women's bodies at midlife: Discourses on Nature and Culture. I: Pacheo J, ed. *Culture, Theory, Praxis*. Lund: Sociologiska Institutionen, 2000.
146. Smith J, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Psychology*. London: Sage Publications, 2003.

147. Haraway DJ. Simians, cyborgs, and women. New York: Routledge, 1991.
148. Aita V, McIvain H. An Armchair Adventure in Case Study Research. I: Crabtree B, Miller W, eds. *Doing Qualitative Research*. London: Sage Publications, 1999. p. 253-68.
149. Addison R. A Grounded Hermeneutic Editing Approach. I: Crabtree B, Miller W, eds. *Doing Qualitative Research*. London: Sage Publications, 2006. p. 145-62.
150. Ammitzbøll M. *Den viise kvinde*. København: Forlaget Olivia, 1994.
151. Edwards A. Communicating risks. *BMJ* 2003; 327: 691-2.
152. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography (review). *The Cochrane Library*, John Wiley and Sons Ltd., 2006.
153. Sætnan, A.R. Expert report: Appendix to *A Surveillance Society*. London. The Information Commissioner's Office. 2006; p.59
154. Lou S, Dahl K, Risør MB, et al. En kvalitativ undersøgelse af gravides valg af nakkefoldsskanning. *Ugeskr Laeger* 2006; 169: 914-8.
155. Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control*. Stanford University, New York: W.H. Freeman & Company, 1997.
156. Brodersen J, McKenna SP, Doward LC, et al. Measuring the psychosocial consequences of screening. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 3.
157. Lønroth HL, Ekholm O. Alternativ behandling i Danmark - brug, brugere og årsager til brug. *Ugeskr Laeger* 2006; 168: 682-6.
158. Schei E. Doctoring as leadership: the power to heal. *Perspect Biol Med* 2006; 49: 393-406.
159. Reventlow SD, Hvas L, Malterud K. Making the invisible body visible. Bone scans, osteoporosis and women's bodily experiences. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2720-31.
160. Gulbrandsen P. Skjult medisinsk makt i samfunnet. I: Fugelli P, Stang G, Wilmar B, eds. *Makt og medisin*. Oslo: Unipub Skriftserier, 2003. p. 118-32.
161. Getz L. Sustainable and responsible preventive medicine. Conceptualising ethical dilemmas arising from clinical implementation of advancing medical technology [Thesis]. NTNU Trondheim, Department of Public Health and General Practice, 2006.
162. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Osteoporosis is markedly underdiagnosed: a nationwide study from Denmark. *Osteoporos Int* 2005; 16: 134-41.
163. Elsass P. *Sundhedspsykologi - et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab*. København: Gyldendal, 1995.

164. Køster A, Garde K. Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936. *Maturitas* 1993; 16: 49-60.
165. Hvas AC, Thesen J. At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv. *Ugeskr Læger* 2002; 164: 5361-5.
166. Forbrugerstyrelsen. Bekendtgørelse om reklame for lægemidler (lægemiddelloven). 1996. Bekendtgørelse nr. 736 af 7. august 1996.
167. Sundhedsloven, afsnit III, kapitel 5 om patienters medinddragelse i beslutninger. 2007.
168. Olesen F. Fra patientcentreret til dialogcentreret medicin. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2004; April: 457-64.
169. Marinker M. Personal paper: writing prescriptions is easy. *BMJ* 1997; 314: 747-8.
170. Griffiths F. Women's control and choice regarding HRT. *Soc Sci Med* 1999; 49: 469-81.
171. Murtagh MJ, Hepworth J. Feminist ethics and menopause: Autonomy and decision-making in primary medical care. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1643-52.
172. Meland E. Autoritær medisin før og nå. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007; 127: 2704.
173. Foucault M. The Subject and Power. I: Dreyfus HL, Rabinow P, eds. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. New York: Harvester Wheatsheaf, 1982. p. 208-26.
174. Vallgård S. En ny form for sundhedsoplysning? *Ugeskr Læger* 2005; 167: 4739-41.
175. Eriksson T, Nilstun T, Edwards A. Risikokommunikation og læge- og patientroller. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2007; 85: 275-82.
176. Møldrup C, Hansen RR. Public acceptance of drug use for non-disease conditions. *Current Medical Research and Opinion* 2006; 22: 775-80.
177. Ekström H, Esseveld J, Hovellius B. Associations between attitudes toward hormone therapy and current use of it in middle-aged women. *Maturitas* 2003; 46: 45-57.