Overgangsalderen - et eksempel på medikalisering og risikotænkning

I 2002 ophørte vi med at betragte overgangsalderen som en symptombelastet tilstand, som krævede hormonel behandling. Hormonbehandlingen viste sig at have alvorlige bivirkninger, og motiverne for at markedsføre overgangsalderen som sygdom forsvandt. Denne historie kan tjene som memento i forhold til de mange andre situationer, hvor vi udskriver medicin til raske. Kogleskørhed står parat til at tage over. Denne artikel er den første af 4 artikler, der tager udgangspunkt i forfatterens disputats »Medicin til raske - en syg ide? Medikalisering og risikotænkning i almen praksis belyst ved kvinders overgangsalder«. Afhandlingen kan rekvireres hos Månedsskrift for Praktisk lægegerning, tlf. 35266785 eller mpl@mpl.dk. Pris: 150 kr.

MÅNEDSSKRIFT

Af: Lotte Hvas

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, at 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 den 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 et projekt om, hvordan danske kvinder oplever at være i overgangsalderen, og som overordnet beskæftiger sig med de dilemmaer, der opstår, når praktiserende læger skal rådgive raske mennesker (1).
I denne artikel ser jeg nærmere på, hvordan synet på overgangsalderen har forandret sig, i og med at hormonernes status har ændret sig. Fra nærmest at have været en slags livseleksir, som alle kvinder kunne have gavn af, er hormoner nu et præparat på linje med al anden medicin, der også har kendte og frygtede bivirkninger.

Hvad er overgangsalderen?

Overgangsalderen er den livsepoke, hvor kvinder oplever at gå fra den fase af livet, hvor de kan få børn, til en ny og endnu ukendt livsperiode. Overgangsalderen er, ligesom betegnelsen klimakterium, en almindelig dansk betegnelse for årene omkring menstruationens ophør, det som i medicinsk sprogbrug kaldes menopausen. Naturlig menopause anses i henhold til WHO's kriterier (2) for at være indtrådt efter 12 måneders blødningsophør og kan kun bestemmes retrospektivt. 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 forekomme 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 år.

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 hormonel mangeltilstand og opfattet som en risikotilstand i sig selv.

Symptomer - myter eller medicinske facts?

I dag er der stort set enighed blandt forskere om, at overgangsalderen og ophøret af menstruationer kun kan medføre et fåtal af symptomer, nemlig hedestigninger og svedeture, slimhindeforandringer i skede og urinveje samt blødningsforstyrrelser (2).

Dette står i kontrast til, hvordan overgangsalderen gennem årene er blevet tillagt en række symptomer, og listen over forskellige tilstande, der kunne skyldes overgangsalderen har været lang. Overgangsalderen er i den medicinske litteratur blandt andet blevet tillagt symptomer som f.eks. søvnløshed, træthed, nervøsitet, ledsmerter, svimmelhed, hovedpine, smerter i brystet, depression, uligevægt, sovende fornemmelser i hænder og fødder og koncentrationsbesvær.

Især har det længe været opfattelsen, at kvinder i overgangsalderen var mere deprimerede og labile end andre kvinder, 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 hormonniveauet. Kvinderne bliver ikke hyppigere deprimeret i overgangsalderen; snarere ser det ud til, at hyppigheden af depression falder efter menopausen.

Men hvorfor denne uoverensstemmelse mellem myter og facts? I WHO's gennemgang af forskning om overgangsalderen i 1990'erne (2) forklares den lange liste af symptomer med, at man ikke har skelnet mellem symptomer, der kan være opstået pga.: 1) nedsat hormonproduktion, 2) aldringsprocessen eller 3) eventuelle sociokulturelle belastninger i midtlivet.

Overgangsalderen er et klassisk eksempel på medikalisering og risikotænkning. Indtil årtusindskiftet var det almindeligt at anbefale alle kvinder i overgangsalderen, at tage medicin i en længere årrække, for at behandle selv milde symptomer og for at forebygge sygdomme, hun måske aldrig ville få. Foto: Scanpix.

Tendensen til at forklare alle mulige symptomer, der kan optræde i midtlivet, som forårsaget af overgangsalderen, skyldes også, at meget af den tidligste forskning om overgangsalderen er baseret på tværsnitsundersøgelser. For at få klarhed over, hvilke symptomer der kunne tilskrives faldet i hormonproduktionen i overgangsalderen, var det nødvendigt at udføre store, longitudinelle opfølgnings-
undersøgelser, der var designet til at kunne sige noget om årsagssammenhænge. Der er nu udført en række sådanne, hvor man blandt andet har fulgt flere populationer af kvinder fra flere år før menopausen til en periode efter. Ved spørgeskemaer eller telefoninterview 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.

Overgangsalderen - syndromet der forsvandt

Men selv om evidensen ændres, er myterne mere sejlivede. Eksempelvis kan man i Lægemiddelkataloget helt frem til 2004 læse om det »klimakterielle syndrom«, der ud over hedeture, slimhindeforandringer og blødningsforstyrrelser også omfatter »ledsymptomer, træthed, humørpåvirkning med depressionstendens, grådlabilitet, aggressivitet og manglende koncentrationsevne«.

I den næste udgave, 2005/2006, er betegnelsen klimakterielt syndrom nu slettet og erstattet med det mere neutrale »klimakterielle gener«, og der omtales kun de få symptomer, der i dag er evidens for.

Overgangsalderen som en social konstruktion

Ophøret af menstruation er en normal fysiologisk hændelse, som forekommer 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 betydning.

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 kulturer (3). Det vestlige, primært negative syn på overgangsalderen genfindes ikke nødvendigvis i ikkevestlige 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 underlagt (2).

I *Locks* antropologiske arbejde fra Japan tilbage i 1980'erne (4) blev det påvist, hvordan selv overgangsalderens symptomer var afhængige 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 er ikke kun påvirket af kvinders biologi, men også af forventninger og holdninger. Kvinder, der forventer at få det dårligt i overgangsalderen, har også en tendens til reelt at få det dårligt.

Medikalisering af overgangsalderen

Overgangsalderen har i mange år været et klassisk eksempel på brug af medikalisering, dvs. et udtryk for at »større og større dele

af menneskelivets reaktioner og livsfaser defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme og derved fører til at blive et anliggende for sundhedsvæsenet« (5). 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 træthed.

Medikalisering er et udtryk for en uønsket medicinsk indgriben i hverdagslivet. Illich beskriver således medikalisering som en af »de alvorligste trusler mod vores sundhed« (6), 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.

Efter at undersøgelser har påvist at de skadelige effekter ved hormonbehandling kan overstige de gavnlige (8–10), er medicinforbruget faldet. Men det er ikke blot behandlingen med hormoner der er væsentlig nedtonet, hele det klimakterielle »syndrom« er forsvundet som betegnelse. Det har også medført at de mange myter om klimakteriekvindens elendighed nu er på retur. Foto: Scanpix.

Sygeliggørelse af en periode i kvinders liv

Overgangsalderen beskrives også som eksempel på sygeliggørelse. Sygeliggørelse som begreb forekom hyppigt i dansk litteratur inden for kvindebevægelsen i 1970'erne for at beskrive, hvordan fænomener, som tidligere blev betegnet som normale, nu betegnes som sygelige tilstande. Sygeliggørelse og medikalisering bruges ofte synonymt, hvilket ikke er helt korrekt, begreberne dækker noget forskelligt: 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« (5).

Overgangsalderen som risikotilstand - »før og efter WHI«

I 1996 blev overgangsalderen opfattet som en risikotilstand pga. faldende hormonniveauer i blodet med deraf følgende risiko for knogleskørhed, hjerte-kar-sygdom, demens og enkelte kræftformer (2). Der var stor tiltro hos den medicinske ekspertise til, at

risikoen kunne modvirkes ved at give kvinderne hormoner, en tiltro der var baseret på grundige beregninger af foreliggende observationsstudier. 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 (7). For de fleste kvinder gav den samlede risikovurdering en »gevinst« i form af nedsat hjerte-kar-sygelighed og nedsat risiko for hoftebrud, hvilket 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 ej. Det var samtidig almindeligt at omtale kvinders eventuelle afvisning af at tage hormoner, som et »kompliansproblem«, som der skulle gøres noget ved. Måden man skulle forbedre komplians på var ved øget information og undervisning af såvel læger som kvinder.

Men i 2002 kom der en voldsom turbulens omkring overgangsalderen og hormoner som forebyggende behandling. Den store forandring kom med offentliggørelsen af den store amerikanske undersøgelse om hormonbehandlingens fordele og ulemper. Undersøgelsen »Women's Health Initiative« (8), 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, men man kunne ikke finde den beskyttende virkning på hjertesygdomme, som man havde forventet.

WHI var den første dobbeltblindede, randomiserede undersøgelse, der var gennemført for at undersøge hormonbehandlingens forebyggende effekter, og den 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. I en anden undersøgelse, HERS (9), hvis første resultater blev offentliggjort allerede i 1998, konkluderede man, at der ikke var gavnlig effekt af hormoner hos kvinder, der havde manifest hjerte-kar-sygdom.

Kort efter WHI kom yderligere resultaterne fra »The Million Women Study« (10), der bekræftede, at kvinder, der blev behandlet med hormoner, havde en øget risiko for brystkræft, om end der var forskelle i kræftrisiko 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 muligt. Efterfølgende er antallet af hormonbehandlinger faldet drastisk, og de første opgørelser over nye brystkræfttilfælde viser et tydeligt fald i incidensen, hvilket tilskrives ændringerne i hormonforbrug.

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

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 deraf følgende risiko for bivirkninger og komplikationer?

Knogleskørhed - en usynlig risiko

Selv om WHI afkræftede den gavnlige virkning af hormoner på hjerte-kar-sygdomme, indfriedes forventningerne om, at der var en effekt på risikoen for knoglebrud. Budskaberne om en øget risiko for knogleskørhed efter overgangsalderen er stadig helt intakte.

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 overgangsalderen 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 overgangsalderen. Da kvinders knogletæthed som udgangspunkt er lavere end mænds, og kvinder gennemsnitligt bliver ældre end mænd, er knoglebrud også hyppigere hos kvinder, selv om osteoporose forekommer hos begge køn.

Men knoglemineraltæthed 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. Mange vil opleve at få et knoglebrud uden at have knogleskørhed, ligesom mange, der har knogleskørhed, ikke vil opleve at brække noget (11).

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 år (12). Ved hjælp af PR-bureauer markedsføres sygdom på linje med 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.

I en historisk gennemgang beskrives det, hvordan hormonproducerende firmaer, helt siden de første hormoner kom frem, har haft interesse i at markedsføre overgangsalderen som en medicinkrævende tilstand (13). Det tydeligste eksempel er formentlig udgivelsen af bogen »Feminine forever« (14), skrevet af gynækologen dr. *Wilson* tilbage i 1966. Langt senere afslørede dr. *Wilsons* søn, at hans fars bog var udgivet med økonomisk støtte fra hormonproducenten Wyeth-Ayerst. 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, hvilket 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, i den hensigt at påvirke lægerne til at udskrive medicin herunder hormoner til kvinder i overgangsalderen.

Men det er tilladt at markedsføre symptomer, og hvis der ikke nævnes navn 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 verden. Praktiserende læger rapporterer om ændret henvendelsesmønster i praksis, nu når det ikke er nødvendigt for alle kvinder at tage stilling for eller imod hormoner.

Men 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 det fx ses i kampagnen »Du skal ikke stå model til hvad som helst«. 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.

Moynihan et al skriver i en artikel i British Medical Journal (12): »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 mediekampagner, hvor de har tilbudt lukrative priser til journalister«.

Konklusion

Overgangsalderen har i mange år udgjort et klassisk eksempel på såvel medikalisering som sygeliggørelse, og konstruktionen af

overgangsalderen som et »hormonmangelsyndrom« kan lære os meget om, hvordan diagnoser konstrueres og påvirkes af mange forskellige forhold.

Vi har i løbet af de forgangne ti år set, hvordan hormonbehandling, der før blev anset for et gode, som alle kvinder skulle tilbydes i mange år, nu kun anbefales til kvinder med udtalte gener og kun i så lille dosis og så kort tid som muligt. Det har medført, at ikke blot behandlingen med hormoner er væsentlig nedtonet, men at hele det klimakterielle »syndrom« er forsvundet som betegnelse, og at vi langt sjældnere møder kvinder, som kommer i praksis for at få rådgivning om overgangsalderen. Historien om hormonerne er blevet et levende eksempel på, hvordan læger er med til at skabe patienter - og så i øvrigt gøre dem raske igen, når medicinen viser sig at være uheldig. En historie som kan tjene som memento i forhold til de mange andre situationer, hvor vi udskriver medicin til raske, f.eks. forestillingen om risikoen for knogleskørhed.

Efterskrift

Det var mit ønske at illustrere denne artikel med nogle af de mange hormonreklamer som jeg har modtaget gennem årene, og som især sidst i 1990'erne fremstillede kvinden i overgangsalderen som lidende og skrøbelig. Jeg har imidlertid ikke fået tilladelse fra firmaerne til at publicere dem, så læseren må desværre undvære dem.

Økonomiske interessekonflikter:

ingen angivet.

LITTERATUR

1. Hvas L. Medicin til raske - en syg ide? Medikalisering og risikotænkning i almen praksis belyst ved kvinders overgangsalder [disputats]. København: Københavns Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for almen medicin, 2008.
2. WHO. Research on the menopause in the 1990s. Geneva: WHO, 1996.
3. Avis NE. Women's perception of the menopause. Eur Menopause J 1996;3:80-4.
4. Lock M. The politics of mid-life and menopause. Ideologies for the second sex in North America and Japan. I: Lindenbaum S, Lock M, red. Knowledge, power and practice. Berkeley, CA: University of California Press, 1993:330-63.
5. Hvas AC. Sygeliggørelse og »medikalisering«. Forsøg på begrebsafklaring på baggrund af et litteraturstudie. Ugeskr Læger 1999;161:
5783-5.
6. Illich I. Grænser for lægevidenskaben. København: Gyldendal, 1977.
7. Grady D, Rubin SM, Petitti DB et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. Ann Int Med 1992;117:1016-37.
8. 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.
9. 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

disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 1998;280:605-13.

10. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet 2003;362:419-27.

11. Osteoporose i almen praksis med fokus på forebyggelse af frakturer hos ældre. Klinisk vejledning. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2002.

12. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002;324:886-91.

13. Bell SE. Changing ideas: the medicalization of menopause. Soc Sci Med 1987;24:535-42.

14. Wilson RA. Feminine forever. Philadelphia: Lippincott Co., 1966.

Biografi

Forfatteren er speciallæge i almen medicin, dr.med. og praktiserende læge i Præstø på 18 år. Hun er tilknyttet det almenmedicinske forskningsmiljø i København og er en af Månedsskriftets 4 redaktører.

Kommentar

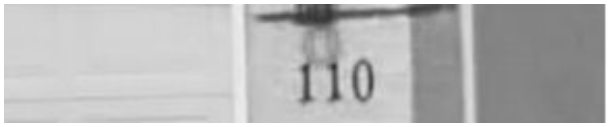
Navn:

E-mail:

(Din e-mail vises ikke offentligt.)

Besked:

Skriv venligst bogstaverne og tallene præcist som vist på billedet.



Type the text

Privacy & Terms
(http://www.google.com/intl/en/policies/)

Send kommentar