

Kronisk urethrit — en förbisedd kvinnosjukdom

Annika Forssén

Vad innebär det att vara kvinna och ha kroniska urinvägsbesvär — fysiskt, psykiskt och socialt? Hur ser sjukvården på en sådan patient? Vilka resurser satsas på forskning på området? Med de frågorna, framvuxna ur egna erfarenheter, gjorde jag under några månader 1984 en undersökning bestående av djupintervjuer av några patienter, genomgång av forskningslitteratur och en enkät till 500 kvinnor i Luleå. Undersökningen är ännu inte färdigbearbetad, varför jag här bara kan nämna några tankar kring det jag hittills funnit. Dessutom vill jag redovisa *varför* jag valt just detta ämne.

Annika Forssén är FV-läkare i Allmänmedicin och tjänstgör för närvarande på Socialmedicinska Forskningsenheten i Luleå.

Bakgrunden finns i mitt eget liv. Från att förut ha varit helt frisk från allt vad urinvägsbesvär heter, fick jag i samband med graviditet för snart fyra år sedan tilltagande smärtor från urinvägar och underliv. Graviditeten slutade i intrauterin fosterdöd och efter förlossningen började mina besvär att tillta. På grund av tidpunkten var det kanske särskilt lätt för behandlande läkare att misstänka en psykisk orsak till besvären, särskilt som jag inte "svarade på sedvanlig behandling". Kampen för att få ett adekvat omhändertagande blev lång, plågsam och ofta förnedrande. Hela tiden kämpade jag med en uppenbar misstro hos många av mina behandlande kollegor — jag kunde helt enkelt inte ha så ont som jag uppgav mig ha. Min man fick följa med och "intyga" att jag inte från början varit deprimerad. Något som jag förvisso började bli allteftersom sjukdomen framskred.

Hjälp fick jag så småningom, i olika omgångar, men jag fick finna vägarna själv. Något som bidrog

till att jag nog, särskilt mot slutet, var en svår patient att möta, arg, egensinnig och utmattad.

Hela tiden under de år jag kämpade som mest återkom frågorna inom mig; "beror det på mig att allt blir så här fel, att jag blir misstrodd av läkarna, att jag inte blir remitterad till de som kan mera, att jag känner mig så oerhört ensam och utelämnad, att jag ibland känner det som om jag skulle förlora förståndet? Eller beror det på att jag är läkare att jag provocerar mina kollegor? Är jag verkligen ensam med mina erfarenheter eller delas de av andra?"

Idag kan jag många gånger undra hur jag hade klarat mig om jag *inte* varit doktor. Och jag är nu helt övertygad om att jag inte är ensam, varken med mina besvär eller om mina upplevelser av mötet med sjukvården.

När jag sedan funderade på att "göra något av" mina erfarenheter kändes det ändå svårt just på grund av att det skulle handla om "mitt eget". Skulle det inte bli bara ett sätt att bearbeta mina egna "trauman", som en kollega uttryckte det? Hur skulle det bli med "objektiviteten"? Skulle någon överhuvudtaget tro på min undersökning och vad jag hade att säga?

Samtidigt hade jag mött, både före, under och efter sjukdomstiden, kvinnor som upplevt samma oförståelse för sina urinvägsbesvär. Jag bestämde mig till slut att de erfarenheter jag fått var väsentligare än alla tveksamheter.

Syftet

Syftet med mitt arbete har främst varit att visa på det, till stor del dolda, lidande som finns bland kvinnor med kronisk urethrit (liksom andra kroniska urinvägsbesvär). Ett lidande som jag anser delvis har med attityder inom sjukvården att göra. Att jag valt att göra en sådan undersökning beror alltså på mina erfarenheter av hur det är att ha sjukdomen, och framför allt hur det är att vara kvinnlig patient

men så länge de inte har hittat något fel, så kan de ju inte ha någon lösning heller.”

Forskningen

Varför ”hittar man då inte något fel”? Jag tror att åtminstone en del av svaret är det jag tidigare antytt; för *lite intresse*, för *lite kunskap*. Inte alltid hos enskilda läkare, som nog gör sitt bästa, men i den medicinska vetenskapen som helhet. Orsakerna till detta vill jag återkomma till. Jag ska börja med att nämna något om forskningen på området.

Det första man kan säga är att den är alldeles för *liten* till omfattningen. Det andra är att den ofta är dålig. Det tredje att den i många stycken är fylld av *fördomar*. Eller kanske är det rätta ordet *kvinnoförakt*.

Mycket av det man finner när man söker efter litteratur på området är synnerligen ålderstiget, referenser till det som skrivs på 80-talet härrör ofta från 50- och 60-tal. Det är alltså ganska svårt att få fatt i aktuella forskningsartiklar om kronisk urethrit. Något mer finns det om akut sådan, även om väldigt många då handlar om urethrit hos män. Dålig anser jag forskningen ofta vara, av flera skäl. Kanske är det mest frapperande bristen på ödmjuket inför en på många sätt ”olöst gåta”. Man måste rimligen vara medveten om de svagheter som tex undersökningsmetoderna innehåller, ändock vågar man dra långtgående slutsatser om tex sjukdomsorsak. Och här blir enligt min mening en respektlös hållning kvinnoförtryckande då man i stället ”psykologiserar”, utan att vare sig övriga forskare eller kliniker reagerar. Tendensen att se det hela som psykogent utlöst är om möjligt tydligare i den äldre litteraturen, men finns även skrämmande ofta i det som publiceras i dag. Jag skall visa på några exempel ur stora, välrenommerade tidskrifter.

”It is concluded that the ”urethral syndrome” is, to a large extent, based on factors in the psyche, possibly hysteria and anxiety neurosis, rather than organic disorders in the urethra”, skriver en Robert Zufall 1963.¹ Han är en av dem som flitigast återkommer i frågan. 1978 skriver han ”although many patients appeared to have *more than their share of neurotic symptoms*, this finding was by no means universal”.² Här skymtar vi ju en förbättring i atti-

.....
Och här blir enligt min mening en respektlös hållning kvinnoförtryckande då man i stället ”psykologiserar”, utan att vare sig övriga forskare eller kliniker reagerar.
.....

tyden, även om uttryckssättet fortfarande är nedlåtande. En liknande formulering finner vi hos Rolf Pompeius i en artikel i Recip Reflex 1972; ”*Det råder väl emellertid ingen tvekan om att många av de patienter som söker för dessa besvär är mer asteniska och ängsliga av sig än genomsnittet*, men det skall inte förleda doktorn att tro att åkomsten saknar somatiskt underlag”.³

Ännu sämre blir det faktiskt i Journal of Urology 1980. Under rubriken ”Evaluation and treatment of the female urethral syndrome” redovisar man en studie av 160 patienter med så kallat urethralt syndrom. Det enda som sägs ha visat signifikant positiva fynd var en MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) som utfördes på 56 av patienterna. (Denna personlighetstest utvecklades under 40-talet i USA och är mycket omtvistad). Patienter med urethralt syndrom fick signifikant högre poäng på hypokondri-, hysteri och schizofreniskalan. Till sammans med normala poäng för depression sägs detta tala för conversionssyndrom nr V, där patienterna somatiserar spänning och ångest. Detta sägs också förklara varför patienter med urethralt syndrom ofta klagar över ryggont, huvudvärk och trötthet. Højningen på schizofreniskalan sägs visa på ”allvarliga inre konflikter, otillfredsställelse med sig själv och social alienation”. Slutsumman av undersökningen är att patienter med anamnes för ”urethralt syndrom” inte behöver noggrannare undersökning än en allmän kroppsundersökning, urinanalys och urinodling i allmänhet. Endast om dessa undersökningar visar på något patologiskt krävs vidare utredning med tex cystoskopi. (En kommentar i sammanhanget; så ”långt” som till cystoskopi kommer man i regel inte enligt denna uppfattning, eftersom allmän kroppsundersökning och urinanalys oftast är utan anmärkning och urinodling närmast per definition är negativ vid urethralt syndrom.) Behandlingen man rekommenderar blir

följdriktigt "patient reassurance" (ung. lugnande besked), eventuellt kompletterad med psykiatrisk konsultation. I en "Editorial comment" till denna artikel sägs; "*I believe that most modern urologists are moving towards this position on a selected basis*".⁴ Och man tar inte på något sätt avstånd från sättet att använda psykologtestet.

I tidskriften Urology finns en artikel 1981 med namnet "*Evaluation of women with chronic voiding discomfort*". Där har man kommit till slutsatsen att en omfattande urologisk utredning av dessa patienter inte är *ekonomiskt försvarbar*. Även här nämns "anxiety" som en starkt misstänkt "integrerad komponent". Artikelnen avslutas; "*In an era of rising medical costs, this philosophy of complex, costly procedures for minimal symptoms must be reconsidered on a costbenefit basis*".⁵

Är det då skräckexempel jag valt? Ja, Kanske det. Men det är artiklar i de största, ofta citerade urologiska tidskrifterna. Och de har så vitt jag kunnat finna fått stå emotsagda. Jag tror att det här bara är ovanligt tydliga exempel på en inställning som finns hos många, både forskare och kliniker. Jag har funnit få artiklar där antydningar om en grundläggande psykosomatisk genes helt saknas, även om redovisad forskning varit betydligt mer seriös och lärorik än ovanstående.

Psykosomatik

Vill jag då helt förneka psykosomatiken när det gäller kroniska urethrit hos kvinnor? Naturligtvis inte! Men jag tror att psykiska faktorer hos kvinnan sällan är den *utlösande* faktorn. Däremot tror jag att när man väl fått besvär från detta område är de ovanligt psykiskt påfrestande, inte minst i det sexuella samlivet. Dessutom tror jag att besvären förvärras och får svårare att läka pga den stress det innebär att inte bli bekräftad, inte få förståelse och ett så adekvat omhändertagande som möjligt. Här tänker jag då också på remiss till eventuell specialist. Symtomen förvärras, och man ter sig som en deprimerad och kanske labil person. Som läkare är det då oerhört viktigt att skilja på orsak och verkan. Och det är det jag menar att man så sällan gör, både i forskning och klinik.

Att ett omedvetet kvinnoförtryck är den del av

orsaken till att dessa besvär negligeras och banaliseras är jag övertygad om. Jag tror inte att män "avfärdas" riktigt lika "lätt" som kvinnorna i exemplen ovan. En annan orsak tror jag är att kvinnans urinrör bokstavligen talat är ett slags "ingenmansland" mellan de två specialitéerna gynekologi och urologi. Det är inte självklart var dessa sjukdomar hör hemma och remissgången blir därför oklar. I både gynekologiska och urologiska läroböcker finns symtomet ofta inte med, och om det gör det är beskrivningen av sjukdomen och dess behandling ofta ytterst summarisk. Här bidrager säkert också att det som lockar till stora insatser inom medicinen idag sällan är kroniska sjukdomar och smärttillstånd utan mera sådant som kräver akuta och "heroiska" insatser.

Avslutning

Som avslutning vill jag bara helt kort nämna vad jag tror är viktigt i omhändertagandet av dessa patienter; *respekt, omsorg och kunskap*. Det krävs ökad forskning (och här tror jag att de största landvinningarna kanske just nu går att få med urodynamiska studier och en förfinad morfologisk diagnostik med tex elektronmikroskopets hjälp, samt förbättrad odlingsmetodik). Men ändå kan mycket göras bara genom det allmänna omhändertagandet av patienten, något som efter noggrann utredning ej behöver vara på specialistnivå. Genom att ge tid till samtal med patienten, visa förståelse för de följder sjukdomen får i hennes liv och genom att ge möjligheter till kontakt och återbesök allt efter hennes behov, hjälper man henne att orka med det hon just då måste orka.

REFERENSER

1. Zufall, R: Treatment of Urethral Syndrome in Women. JAMA, June 15, 1963, s 894-895.
2. Zufall, R: Ineffectiveness of Treatment of Urethral Syndrome in Women. Urology, 12 (1978) s 337-341.
3. Pompeius, R: Aseptiska Cysto-Urethrit. Recip Reflex 1972: 5, nr 11:3-5.
4. Carson, C. C., Segura, J. W. and Osborne, D. M.: Evaluation and Treatment of the Female Urethral Syndrome. The Journal of Urology 124 (1980) 5, s 609-610.
5. Marbury, E. D., Carson, C. C. and Older, R. A.: Evaluation of Women with Chronic Voiding Discomfort. Urology 18 (1981) 3, s 244-246.