

Frekvensökningen av gonorré

Socialmedicinska synpunkter på orsaker och lämpliga åtgärder

Kerstin Johansson-Elmqvist

Gudrun Silverbåge Carlsson

Rune Gustavsson

Sten Ljungberg

Sture Carlsson

Som bekant har gonorréfrekvensen ökat mycket starkt den senaste 10-årsperioden. Tänkbara orsaker till denna ökning och de lämpliga socialmedicinska motåtgärderna behandlades av ett seminarium vid huvudkursen i socialmedicin våren 1969 under ledning av t. f. professor Hans Hjortzberg-Nordlund. Följande artikel bygger på detta seminarium.

Statistisk bakgrund

Sedan 1957 har man kunnat notera en stark ökning av frekvensen könssjukdomar (veneriska sjukdomar, förkortat VS). Vi kommer att koncentrera vår framställning på gonorré, eftersom denna sjukdom svarar för den största delen av VS. Antalet anmälda gonorréfall har tidigare i perioden under 1900-talet visat en uppgång, framförallt under de båda världskrigen, då 20 000 fall per år noterades vid ett par tillfällen. Den period av ständig frekvensstegring vi nu befinner oss i började omkring 1957. Sedan 1961 har gonorréfrekvensen legat över 20 000 fall per år för att 1968 nå 30 000 fall (fig. 1).

Om man gör en jämförelse av antalet fall inom olika åldersgrupper finner man de högsta frekvenserna och även frekvensökningarna i grupperna 15—19 år och 20—24 år.² För den största ökningen svarar pojkar mellan 20—24 år och flickor i gruppen 15—19 år. Bland de sistnämnda utgörs frekvenstoppen av 18-åringarna. (I gruppen pojkar mellan 15 och 19 år har man dock sedan 1964 kunnat märka en frekvensnedgång). Antalet gonorréfall har ökat kraftigare än vad som kan förklaras av enbart befolkningsökningen.

Provtagning, Gonokockodling

Under det senaste årtiondet har man bl. a. genom propagerande bland läkarna fått till stånd en ökad provtagning på mer eller mindre misstänka fall. 1962 gjordes på bakteriologiska laboratoriet i Göteborg 58 000 gc-odlingar. Motsvarande siffra 1968 var 100 000.

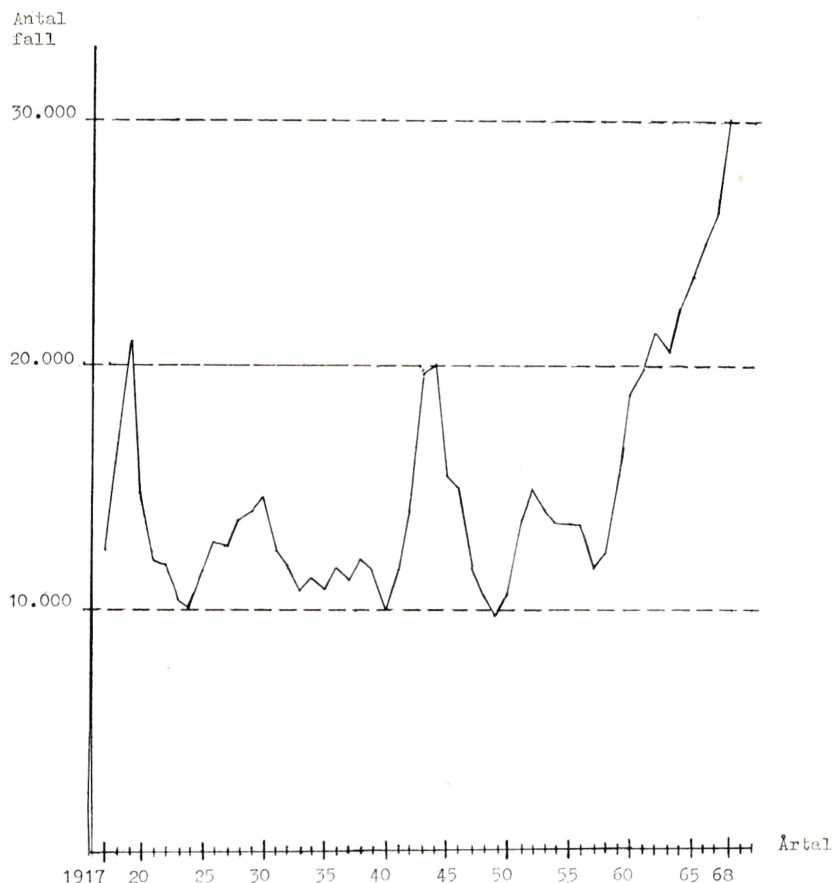
Likaså har bättre transportmedier och odlingsmöjligheter utvecklats. Bl. a. medför selektiva substrat att gonokocker kan påvisas i 20 % fler prov.³ (Selektivt substrat: näringsmedel som gynnar tillväxten av gonokocker, smittämnet vid gonorré.) Dessa faktorer bidrager naturligtvis till att diagnosen gonorré ställs oftare, men kan med all sannolikhet ej förklara hela ökningen av gonorréfrekvensen, då bl. a. införandet av nya transportmedier och odlingsmöjligheter ägt rum efter 1963.

Medicinska faktorer

Resistensökning. Terapisvikt. Behandlingsresultat.

Resistensbestämning göres rutinmässigt på alla gonokockstammar. En undersökning ^{4, 5} i Malmö 1962—63 visade att 19 % av patienterna var in-

Fig. 1. Antalet
gonorréfall
1917—1968.



fekterade med stammar, som hade nedsatt känslighet för penicillin. Behandling av denna patientgrupp med den då gängse penicillinmängden 0.9 milj. I. E. var otillräcklig och gav en terapivikt av inte mindre än 56 %. 1963 infördes på rekommendation av dåvarande medicinalstyrelsen en ökning av penicillindosen till 2.2 milj. I. E. Man visade 1966 ^{4, 6} att 99.1 % primärläkte på denna standardbehandling. 10 % av ursprungsmaterialet genomförde dock ej kontrollen varför siffran sannolikt är något för hög. Terapivikt kanske var en bidragande orsak till frekvensökning av gonorré under början av den studerade perioden men förefaller med nuvarande behandlingsresultat vara av underordnad betydelse. Å andra sidan nonchaleras sannolikt ofta samlagsförbudet under behandlingstiden. Här är naturligtvis risken för nyinfektion och spridning stor.¹³

Asymtomatisk gonorré

Redan tidigare har varit känt att sjukdomen kan förlöpa utan symtom hos kvinnan. Undersökningar har dock visat att asymtomatisk gonorré är relativt vanligt och i tilltagande även hos män.⁴ Enligt en Malmöundersökning 1965 utgör den vid förstagsbesök hos män 11.4 %^{4, 5} och enligt en annan undersökning 1968 är motsvarande siffror 18 % hos män och 55 % hos kvinnor.^{4, 14} Då dessa personer inte är medvetna om sin sjukdom, utgör de en svåråtkomlig smittkälla.

P-piller

P-pillren kan tänkas påverka gonorréfrekvensökningen via olika mekanismer. En skulle vara att genitalslemhinnan blir mer mottaglig för infektioner.^{4, 7} En undersökning vid könspolikliniken i Uppsala under tiden september 1967 till februari

1968 visade dock att frekvensen av gonorré var densamma bland p-pillerätande kvinnor som bland övriga. Detta stöder ej ovannämnda misstanke. Övriga möjliga mekanismer omnämnes nedan.

Socialmedicinska faktorer

Det är rimligt att tänka sig, att ökat antal sexuella förbindelser medför större risk för venerisk nedsmittning. Att detta är förhållandet framgår också av gjorda undersökningar^{8, 9} där det veneriska klientelet under en given tidsperiod genomsnittligt har större antal sexpartners än ett kontrollmaterial. VS-patienterna uppvisar vanligen också en tidigare sexuell debut. Av våra samtal med bl. a. kuratorn på Hudkliniken Sahlgrenska Sjukhuset har framgått, att extrema minoritetsgrupper som raggargång o. dyl. förefaller utgöra en mycket begränsad och relativt betydelselös andel av det veneriska patientmaterialet. Ökningen skulle alltså bl. a. förklaras av en allmänt ökad sexuell aktivitet i de berörda åldersgrupperna.

Det finns säkert ett flertal faktorer som kan ha bidragit till denna utveckling. Vi skall i det följande ta upp preventivteknikens utveckling, socio-ekonomiska faktorer och samhällets värderingar som exempel på sådana.

Preventivteknik

De ökade möjligheterna att skydda sig mot oönskad graviditet, bör rimligtvis minska individens tveksamhet inför friare sexuell umgänge. Konventionella p-medel, då främst kondomen, har på senare tid blivit mycket lättillgängligare genom frikostigt uppsättande av automater.

P-piller introducerades i Sverige 1964 och har nu sedan ett par år använts även i de yngre åldersgrupperna. Försäljningskurvan är i brant stigande (1966 använde 150 000 kvinnor dem, 1967 200 000). SIFO's undersökning 1967¹⁰ visar att i yngre generationen svenskar (18—30 år) c:a 70 % använder preventivmedel, främst p-piller eller kondom. En undersökning på ett VS-klientel i Uppsala 1968 visar däremot att endast c:a 1/3 av dessa patienter (15—20 år), använt någon form av skydd.⁴ Denna grupp tycks alltså endast ha tillägnat sig den friare syn på sexuellförbindelser som p-medlen bidragit till, men saknat tillräcklig vilja

eller kunskap att utnyttja dem.

Ur gonorréns bekämpningssynpunkt är kondomens relativa impopularitet beklaglig, då man därmed förlorar det enda någorlunda säkra skyddet mot smittan. P-pillren spelar dock troligen viktigare roll i sammanhanget, genom att de, med sin 100%-iga antikonceptionella säkerhet, starkt bidragit till att öka antalet sexuella förbindelser.

Antibiotika

Ytterligare en för sexuella förbindelser begränsande faktor, skräcken för VS, torde ha minskat genom att den effektiva antibiotikaterapin införts. Den tidigare rädslan för långvarig sjukdom och allvarliga sociala följder tenderar kanske att övergå till en väl lätsinnig inställning till sjukdomen.

Socio-ekonomiska faktorer

P. g. a. sociala och ekonomiska förändringar har situationen för de yngre, särskilt tonåringarna, avsevärt förändrats. Kraftigt förbättrade ekonomiska resurser, egna bilar och ökad fritid, ger möjligheter till intensivare och rörligare nöjesliv, och därmed till mer varierande sexuella kontakter.²

Alkohol faktorn (och möjligen narkotika) kommer här in i bilden. Enligt undersökning refererad i Danbolt, skulle c:a 50 % ha varit alkoholpåverkade vid smittotillfället. Om samma gäller våra förhållanden är ej känt. Dock kan nämnas att man iakttagit en nedgång av manlig gc under spritstrejken 1963¹⁷, däremot ej av kvinnlig. Sannolikt är väl att sprit- och narkotikapåverkan medför större oförsiktighet i valet av partner, dessutom slarv med användandet av kondom.

Samhällets värderingar

Den ökade sexuella aktiviteten och promiskuiteten i de yngre åldrarna kan också ses som en avläggare av allmänna normförändringar på det sexuella området, som berör alla skikt av befolkningen. Det gamla samhället intog en mycket strikt hållning till föräktenskapliga sexuella förbindelser överhuvudtaget, med fullständigt fördömande av sådana. Ett motiv till denna sociala kontroll kan anses ha varit det före preventivmedel och nuvarande abortlagstiftning oundvikliga sambandet samlag-graviditet-föräldraskapets plikter. Ett bety-

dande normbildande och normbevarande organ i detta samhälle utgjordes av den officiella kyrkan, men även begränsade kunskaper med därav följande tabubeläggning av det sexuella området bidrog till att upprätthålla kontrollen.

Sedan lång tid tillbaka har framträtt tydliga tecken på att detta officiella återhållsamma sexualmönster håller på att "undermineras". Genom en nyligen publicerad SIFO-undersökning² utförd på ett representativt material av befolkningen, har man f. f. g. fått en mer objektiv bild av dessa förändringar och av vilka sexualnormer som nu är förhärskande.

I undersökningen visas t. ex. att 85 % accepterar någon form av föräktenskapligt sexuellt umgänge. Intressantast i vårt sammanhang är att sexuella förbindelser av mera tillfällig karaktär mellan obundna individer accepteras av 44 % män och 12 % kvinnor i den äldre generationen, medan motsvarande siffror är 53 % för män och 25 % för kvinnor i den yngre generationen. Det föreligger sålunda en glidning åt det mer liberala hållet hos de unga och mest markant bland kvinnorna.

Som ett första stimulus till dessa normförändringar kan man kanske se den förändring av synen på individen, som visat sig även på många andra områden i samhället, bl. a. med ökad skolutbildning, krav på sociala förbättringar etc. En högre värdering av individen bör också medföra befohgenhet för denne att ta ställning för eller emot samhällets normer, och rätt att bilda sig egna normer som skiljer sig från de officiella. Bättre utbildning bör också ge ökat självförtroende gentemot auktoriteter av olika slag. Konsekvensen på det sexuella området: individen själv, inte samhället avgör när sexuellt samliv är legitimt.

Samtidigt som denna individualistiska grundsyn utvecklats, har den främsta tidigare "normsändaren" — nämligen den officiella kyrkan — förlotrat mycket av sitt inflytande. Sekulariseringen framträder tydligast i den yngre generationen². Även bland gruppen "aktiva kyrkomedlemmar" av olika riktningar, finns en stor andel, som på det sexuella området hävdar från kyrkan avvikande normer.²

Ökade kunskaper på andra områden medför också ökade krav på sexuell upplysning. Genom att den tidigare tabubeläggningen av sex sålunda bryts, kommer sexualupplysningen i sig själv att bidra till en "friare" inställning, alldeles oberoende av om en strikt eller mera fri sexualsyn förmedlas tillsammans med objektiv undervisning.

Forskningsresultat beträffande sexbeteende eller sexnormer inverkar likaså, dels genom att hävda risken av att undertrycka sexuella behov (Freud), dels genom att påvisa variationer i sexuella beteenden och normer och därigenom göra dem mer "officiella" och acceptabla. (Kinsey-, SIFO-undersökningarna) Massmedias roll är något dubbeltydig. Naturligtvis ges extremare åsiktsbildare möjlighet att propagera mer effektivt för sina åsikter, men samtidigt måste framförda åsikter för att vinna gehör ha en viss resonans åtminstone inom vissa folkgrupper. Man kan emellertid tänka sig att t. ex. en debatt med alla åsikter företrädde, kan leda till en destruktion av fastare normer på så sätt att åhörarnas åsikter tenderar att närma sig ett "åsiktsmedelvärde". — Skolutbildning bidrar utan tvivel, som tidigare nämnts, genom sin allmänna målsättning mot en friare personlighetsutveckling, till en mer differentierad syn. Däremot torde den återhållsamma normuppfattning som efter SÖ's anvisningar 1956 förmedlades i samband med sexualundervisningen haft liten betydelse.² Förändringen mot en friare normuppfattning (SÖ 1965) var väl snarast ett sent uttryck för förändrad folkopinion och mindre en utlösande faktor till förändringen.

Till den här beskrivna normglidningen har sannolikt kraftigt bidragit, att samhällets motiv för kontroll av sexuallivet till stor del bortfallit. Risken för stort antal önskade barn och därav följande problem kan kanske tillfredsställande hållas låg med utvecklad preventivteknik och upplysning om den.

Åtgärder som vidtagits för att bekämpa gonorrén

Medicinska behandlingen

Vad gäller den medicinska behandlingen är den viktigaste åtgärden att penicillindosen successivt

har höjts för att möta resistensökningen hos bakterierna. Den nuvarande doseringen rekommenderas i cirkulär från dåvarande Medicinalstyrelsen år 1963. Smittskyddslagens avsnitt om veneriska sjukdomar, som ersätter Lex Veneris från och med 1/1 1969 innebär inget principiellt nytt. I socialstyrelsens rekommendationer förordas dock nu endast två kontroller vid okomplicerad gonorré hos såväl män som kvinnor. Detta anses ge fullt tillräcklig säkerhet då ju primär terapisivikt är sällsynt. En fördel är att därmed poliklinikernas kapacitet för nybesök kommer att öka.

Informationen

Ökad information är det andra medlet man använt sig av. Skolans information om gonorré har utökats och fått annan inriktning. Enligt SÖ:s anvisningar för sexualundervisningen från 1956 avsåg man att ge eleverna en kortfattad upplysning om gonorréns smittvägar, symtom och förlopp. Det skulle framhållas att det ej finns något effektivt sätt att skydda sig mot smitta. Enligt komplement till SÖ:s anvisningar 1965 rekommenderas nu repetition av momentet könssjukdomar. Den nuvarande ökningen skall betonas. Gonorrén skall särskilt uppmärksammas. Som ett väsenligt faktum skall påpekas att kondom använd under hela samlaget ger ett gott skydd mot smitta.

Den broschyr om VS som utdelas till alla patienter på könspoliklinikerna distribueras numera även till skolorna. RFSU har gett ut en broschyr "otur eller...?" om gonorré och syfilis som riktar sig till ungdomar i åldern 15—19 år. Denna broschyr, som ger god information utformad på ett trevligt sätt, har fått stor spridning i skolor och ungdomsorganisationer.

Som ett försök till information riktad till större grupper genomförde RFSU 1969 en annonskampanj med affischer "I kväll får 80 svenskar gonorré". Man har valt skrämselpropaganda (vars effekt nog kan betvivlas), men rekommenderar samtidigt kondom som skydd mot smitta.

Förslag till åtgärder

Vi tänker avsluta vår framställning med några synpunkter på vad som ytterligare skulle kunna

göras för att motverka den nuvarande ökningen av gonorréfrekvensen.

Normer

Vi har tidigare pekat på djupgående normförändringar med ökad sexuell frihet som en av grundorsakerna till den nuvarande smittökningen. Det vore då logiskt att på något sätt försöka påverka denna faktor och skapa fastare sexuella normer. Detta är dock kontroversiellt. Medan många onekligen skulle se en återgång till fastare sexuella normer med tillfredsställelse skulle andra stora grupper betrakta en inskränkning i den sexuella friheten som ett stort steg tillbaka. Det är också tveksamt om vårt samhälle nu över huvud taget har möjlighet att nämnvärt påverka en utveckling som så villigt har accepterats av en stor del av dess individer.

Accepterar man den ökade sexuella aktiviteten med ökade smittrisker som ett faktum återstår, som vi ser det, följande möjligheter till bekämpning av gonorrén: förbättra vården, skapa ökad motivation att söka vård samt öka intresset för profylax (förebyggande åtgärder).

Förbättra vården

De nuvarande resultaten med penicillinbehandling är som nämnts mycket goda. Däremot har det riktats kritik mot de nuvarande könspoliklinikerna som vårdform.¹⁸ Det har bl. a. framhållits att speciella polikliniker för könssjukdomar skulle verka avskräckande på patienterna och att de skulle söka villigare till t. ex. urologisk el. gynekologisk klinik. Fördelen med det nuvarande systemet är dock att vården kan handhas av läkare med speciell utbildning och speciellt intresse för venereologi och att smittutredningen sköts av samma kurator för båda könen. För att möta den ökade belastningen borde dock ett ökat antal tjänster inrättas. En stor del av könssjukvården (för närvarande c:a 50 %) handhas av tjänsteläkare, gynekologer m. fl. Önskvärt vore att ytterligare aktivera icke-venereologerna till provtagning på vidare indikationer, speciellt med tanke på asymtomatisk gonorré hos såväl män som kvinnor, samt skapa större intresse för kartläggande av kontakter och smittkällor.

Motivation att söka vård.

Intresset för profylax

Ökad motivation att söka vård samt förbättrad profylax kan man hoppas uppnå genom utökad information, och då med speciell inriktning på tonårsgrupperna.

Informationen bör vara detaljerad och saklig då skrämselfpropaganda snabbt genomskådas. I informationen bör följande kraftigt framhållas:

att gonorré kan vara symtomlös hos både män och kvinnor och

att man bör söka läkare vid varje misstanke på smitta

att större antal tillfälliga sexuella kontakter innebär ökad smittrisk

att kondom har god smittskyddande effekt rätt använd

att risk för framtida sterilitet finns för den som haft gonorré (påpekandet gör nog knappast något större intryck på den viktiga tonårsgruppen).

Ovannämnda fakta finns dock redan upptagna i de skrifter i sexualkunskap som används i skolorna. Uppenbarligen framförs informationen inte tillräckligt effektivt. Säkert saknar många lärare i skolorna fortfarande intresse och kunskaper för sexualundervisning. Enligt SIFO-undersökningen¹⁰ anger endast c:a 65 % i gruppen 18—25 år att de över huvud taget fått någon sexualundervisning i skolan. Vid en undersökning på gonorrépatienter i Uppsala 1966⁸ ansåg i gruppen yngre än 20 år endast c:a 30 % att de fått tillräckligt med information om VS i skolan. De flesta har informerats av kamrater eller genom egna studier. Drygt 25 % angav att de aldrig fått tillräcklig information om VS. C:a 7 % visste ej hur smittan överförs.

SÖ anordnar nu vidareutbildning i sexualkunskap för biologilärarna vilket kanske så småningom kan ge resultat. Vi tror dock att det vore värdefullt om skolorna kunde få hjälp av intresserade venereologer eller gynekologer för några timmars undervisning om VS på högstadium och/eller gymnasium. Läkarnas större kunskaper i ämnet ger ökad auktoritet åt informationen och möjlighet att uttömmande besvara frågor.

Slutligen skall nämnas att TV hittills ägnat mycket litet intresse åt könssjukdomarna. Informationsprogram i skol-TV samt på kvällstid vore ytterligare ett sätt att sprida information om könssjukdomarna och därmed skapa ytterligare möjligheter för deras bekämpande.

LITTERATUR

1. SOU 1966:50, smittskyddslagstiftningen, socialdepartementet.
2. Statistisk årsbok 1950—1967.
3. Medicinska riksstämman 1965.
4. Lidén, S. Gonorréfällen fortsätter att öka — Betydelsen av medicinska faktorer. *Läkartidningen* 9:907—911, 1969.
5. Krook, G., & I. Juhlin. Problems in diagnosis, treatment and control of gonorrhoeal infections. IV. The correlation between the dose of penicillin, concentration in blood, IC₅₀-values of gonococci and results of treatment. *Acte Dermatovener.* 45:242—253, 1965.
6. Gip, L., A. Lodin, L., Molin & B. Nyström. Erfarenhet av gonorrébehandling vid poliklinik. *Läkartidningen* 65:1 226—1 230, 1968.
7. Catterpoll, R. D. *Candida albicans* and the contraceptive pill. *Lancet* ii: 830—831, 1966.
8. Juhlin, L. Factors influencing the spread of gonorrhoea. I. Educational and Social Behavior. *Acta Dermatovener.* 1:75, 1968. Factors influencing the spread of gonorrhoea. II. Sexual behavior at different ages. *Acta Dermatovener.* 48:82—89, 1968.
9. Juhlin, L., & N. Gustavsson. Soc. med. inst. Karolinska Sjukhuset Stockholm (chef prof. G. Inghe) Ännu opublicerad utredning.
10. SOU 1969:2, Om sexuallivet i Sverige.
- 11.Handledning i sexualundervisning 1956. SÖ:s skriftserie 26.
12. Tillägg till handledning i sexualundervisning 1965.
13. Brundin, G., O. Groth & L. Hallqvist. Kontrollundersökningar vid gonorré. *Läkartidningen* 9:912—917, 1969.
14. Hansson, H. Meddelande vid Medicinsk Riksstämman, Stockholm, 1968.
15. Juhlin, L. & S. Liden. The influence of contraceptive gestagen pills on sexual behavior and the spread of gonorrhoea. In press.
16. RFSU 1867, Verksamhetsberättelse.
17. Alkoholfaktorn i samhället. ALKOHOLFÖRFRÅGAN, häfte 9, årg. 57, sid. 433—435.
18. Möller, H. Dags att avskaffa könssjukvården. *Läkartidningen* 10:987—990, 1968.
19. Linnér, Birgitta: Sex i samhället, Stockholm 1968.