

---

Den vanskelige smertepasienten – som ikke feiler noe jeg kan - hva skal jeg gjøre da?

---

Bekkenbunnseminar UNN  
september 2009



---

# Kronisk viscerale smerter

- 25% av voksne har anfallsvise mavesmerter – av tilstrekkelig styrke til at den forstyrrer daglige oppgaver. (24% av kvinner har bekken smerter)
- 20% av disse går til lege pga. slike smerter (flere kvinner enn menn)
- Bare en liten prosent kommer til legespesialist, men opp til 2/3 av innleggelse på akutt kirurgi mottak er for ”uforklarlige mavesmerter” (NHS)
- Gjennomsnitt utgift pr pasient (i UK) £807 tilsvarer over £100 mill årlig

---

# Kroniske bekkensmerter hos kvinner

- Årlig prevalens 3.7%, (britisk allmennpraksis registre) Zondervan
- 2-3% (HUNT)
- 25% i generell populasjon i GB og NZ (*lower abdominal pain of at least 6 months' duration, excluding pain solely related to pregnancy, menstruation, malignancy or intercourse*). Den blir 15% hvis all syklisk varierende smerte utelukkes.

---

# Smerteopplevelse ved ”gynekologiske smerter”

## ■ Dyp smerte

- Beskrives som verkende , brennende, øm, ofte takvist eller bølgende – oppleves å komme innenfra
- Forverres ofte ved bevegelse og i verste fall av tarmaktivitet og blærefunksjon
- Dyp dyspareuni som kan vare i timer og dager etter coitus

## ■ Ytre smerte

- Sitter i skjedeinngangen der det klør, brenner og svir
- Utløses av berøring/Kommer spontant
- Med og uten funn ved inspeksjon

---

## ”Mine pasienter”

- De er forbausende unge – mange under 30
- Mange har hatt smerter siden de var i slutten av tenårene – median 6,4 år i en studie der alle > 10 års varighet var ekskludert
- 1,8 operasjoner i gjennomsnitt
- 2,6 ”abdominale” diagnoser og ofte mange andre også
- De har hatt utallige kontakter med helsevesenet – flere enn de husker , så det fikk vi ingen tall på

---

## ”Mine pasienter”

- Noen er så sinte at de kan ta pusten fra meg
- Anklagende overfor helsevesenet i ferd med gå til sak eller har gjort det
- Noen er manipulerende
- Noen er mutte og oser mistro
- Nesten alle føler seg avviste av helsevesenet til tross for alle de behandlingene og undersøkelsene de har fått
- **Alle er fortvilte**

---

Hvordan skal jeg unngå å bli like  
fortvilet og at hun blir sykere og  
sintere ?

---

---

# Lege - pasient dynamikken

- Jeg er lege fordi jeg vil gjøre noe bra for noen
  - "Avtalen" er at du kommer til meg med plagene dine
- så hjelper jeg deg fordi jeg har lært mye om sykdommer og behandling
- og du blir glad og takknemlig
- og jeg blir glad og fornøyd med meg selv og livet

---

# Lege - pasient dynamikken

- Hvis du kommer med plager som jeg ikke skjønner
  - blir jeg usikker
  - men jeg vil hjelpe så
  - jeg gjør mitt beste for å få det du feiler til å passe med det jeg kan
  - og så bruker jeg de redskapene jeg har for å behandle det jeg synes du bør feile

---

# Lege - pasient dynamikken

- Hvis det ikke hjelper
  - Blir jeg forvirret og føler meg dum
  - Da kan jeg bli like sint på pasienten som hun er på helsevesenet
- Men er det pasientens skyld at hun feiler noe som jeg ikke skjønner?
  - Jeg må lære meg å skille mellom "snørr og bart"
  - Jeg må lære meg mer om det som er vanskelig

---

# Legn/behandleren og pasienten

- ❑ Hun og jeg kan ikke forlange av meg at jeg kan alt som er beskrevet
- ❑ eller finner ut av alt som ikke er beskrevet
- ❑ Men pasienten kan forlange av meg at jeg ikke beskytter min selvfølelse med å avvise henne eller beskrive henne som avviker fordi jeg ikke kan hjelpe henne
- ❑ Hun kan forlange av meg at jeg behandler henne med respekt – og det betyr at jeg prøver å forstå hva hun vil si meg – lærer meg det jeg klarer – og søker hjelp for henne der den er å finne

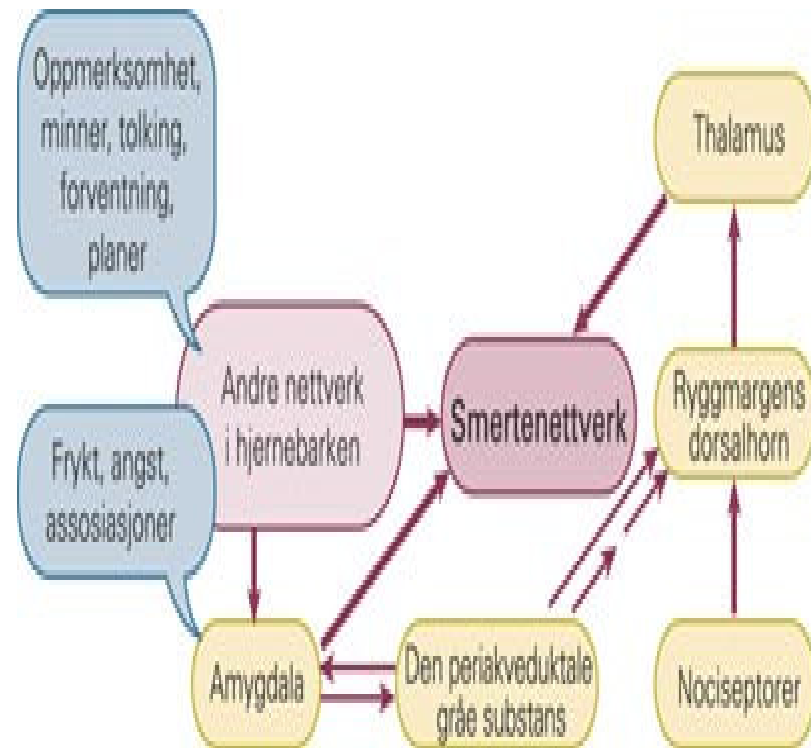
---

# Konsekvenser for den enkelte pasient med langvarige bekkenmerter

- Psykososial helse
  - Arbeid/ økonomi
  - Familieliv/ Fritid
  - Kvinnelig identitet
    - seksualitet
    - morsrolle
- Hyppig kontakt med helsevesen
- Komplikasjoner – også iatrogene

# Mulig sammenheng mellom sjel og kropp

- Skjematisk fremstilling av hvordan man kan tenke seg at smertenettverket i hjernebarken kan aktiveres av ulike typer påvirkninger - fra perifer nociseptoraktivering til rent mentale prosesser
- Smertens nevrobiologi  
**Per Brodal** Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2370-3



---

# Sårbarhet for kronisk smerter

- Gjentatte smertefulle hendelser
  - For eksempel kirurgiske behandlingsforsøk
- Omsorgssvikt
  - Mangler gode mestringstrategier – ”overstrukkede” etter for mye ansvar for tidlig
  - Mer utsatt for seksuelle overgrep – nær relasjon til dyspareuni
- Andre overgrep som tortur
- Post Traumatisk Stress D
- HPA akse dysfunksjon?
  - Vulvodyni > CPP som lav abdominalsmerter ?

---

# Vanlige reaksjoner på smerte

- Unngåelsesadferd
  - Avverge
  - Passivitet
- Bekymring
- Søvnforstyrrelse
- Depresjon
- Pessimisme

---

# Forsterkende egenskaper

- Følelse av maktesløshet
  - "locus of control"
  - offerposisjon
- Katastrofetenkning
  - Ta bekymringer på forhånd

---

# Begrensende egenskaper

- Selvstyring

- Jeg er selv sjef i mitt liv

- Ansvar og makt

- "Det er ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det" som gjør forskjellen

- Optimisme

- Ta gleder i stedet for bekymringer på forskudd

---

# Diagnostikk er en del av behandlingen

## ■ Anamnese:

- ❑ Åpen
- ❑ grundig
- ❑ kognitiv vinkling
  - hva betyr hendelsen for pasienten, hvordan tolker hun den, hvilke konsekvenser har den hatt
- ❑ sammenfallende hendelser
- ❑ respektfull
- ❑ lyttende

---

# Smerteanamnese

- Når begynte det
  - Raskt, gradvist, i forbindelse med hva
- Hvor sitter det
  - utstråling, endring,
- Hvordan varierer det
  - i styrke, plassering, varighet, i hvilke situasjoner,
- Hva har du forsøkt som behandling
  - hva har hjulpet, forverret, hva gjør du når det kommer nå
- Hva tror du det er
  - hvordan forstår du det selv
- Hva er viktig for deg å få undersøkt
  - hva er du redd for

---

# Gynekologisk undersøkelse

- Varsom - hva utløser smerte- hvor kjennes den – øyekontakt?
- Muskulatur langs bekkenveggen– overført smerte
- Uretra
- Colon sigmoideum
- Abdominalvegg

---

# FORKLAR OG FORTELL

---

Viktig for å øke forståelsen

Hjelpe til endring i mestringsstrategier

---

# Behandling

- Av smerte og smerteadferd
- Unngå somatisering
- Unngå passivisering
- La pasienten eie den selv
- KOGNITIV – ved å endre dysfunksjonelle tankemønstre og atferden forbundet med den
- REDUSERE ANGSTEN som i denne sammenhengen ikke lenger er hensiktsmessig

---

# Behandling

- Alt på en gang – kognitiv/edukativ
  - smertelindring
  - muskler
  - psykologisk støtte
  - langvarig/gjentatt
  - reduser kirurgi - pasientrolle -passivitet