

## FAGUTVIKLING

# Langvarig smerte er et kvinnehelseproblem

**Kvinner har oftere langvarig smerte enn menn. Mange smertetilstander som rammer kvinner spesielt, får lite oppmerksomhet fra helsevesenet.**

### **Tone Rustøen**

Sykepleier, forsker, professor II og assisterende redaktør

Avdeling for FoU, Oslo universitetssykehus, Ullevål, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo og Sykepleien Forskning

### **Audun Stubhaug**

Avdelingsleder og professor

Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo

[Smerte](#)

[Kvinnehelse](#)

[Muskel- og skjelettlidelse](#)

[Migrene](#)

[Vulvodyni](#)

Sykepleien 2023;111(91130):e-91130

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.91130](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91130)

Hovedbudskap

Smertetilstander utgjør en viktig del av kvinners helseutfordringer. Forskning viser at kvinner oftere enn menn har langvarig smerte og flere symptomer på samme tid. Likevel har smertetilstander som rammer kvinner spesielt, fått lite oppmerksomhet fra helsevesenet. Langvarige smerter har sjelden en kjent årsak, og derfor er det utfordrende å finne en god behandling. Da er det gjerne riktig med ikke-medikamentell behandling, der forståelse, trening, livsstilsendringer og mestring er sentralt.

Smertetilstander utgjør en viktig del av kvinners helseutfordringer. I de senere årene har det vært mer oppmerksomhet rundt kjønnsforskjeller når det gjelder langvarig smerte. Disse forskjellene kan ha stor betydning for hvilken hjelp man får av helsevesenet.

Kjønn kan betraktes både som et biologisk og sosialt fenomen. Det er utenfor denne artikkelens formål å problematisere inndelingen i kjønn. De fleste studiene vi refererer til, bruker de to engelske begrepene *sex* og *gender*, der *sex* betyr biologisk kjønn, og *gender* betyr personens sosiale eller selvopplevde kjønn. Det meste av forskningsresultatene kommer fra registre og epidemiologiske studier hvor kjønn enten er det registrerte juridiske kjønn eller det selvrapporterte kjønn.

Langvarig smerte, *chronic pain*, er definert som smerter som varer over tre måneder, enten som kontinuerlig eller som tilbakevendende smerte, som for eksempel relativt hyppig forekommende migrene.

## **Mange oppgir å ha langvarige smerter**

Epidemiologiske studier angir ekstremt forskjellige andeler i befolkningen som rapporterer smerte. En metaanalyse som ble utført av norske forskere, viser dette tydelig. Avhengig av hvordan spørsmålene om smerte ble stilt, svarte mellom 9 og 64 prosent av deltakerne i de ulike befolkningsstudiene at de har langvarige smerter (1).

Det viser at mange rapporterte resultater innenfor dette fagområdet må tas med en stor klype salt. Likevel viser flere studier i den norske befolkningen relativt like tall, med 24–38 prosent som oppgir å ha langvarig smerte (2, 3). I sin metaanalyse fant Steingrimsdottir og medarbeidere at det er 20–40 prosent høyere risiko for langvarige smerter hos kvinner enn hos menn (1). Ved så store forskjeller mellom kjønnene er det interessant å se på noen årsaker, både biologiske og sosiale.

## **Biologiske forskjeller på kvinner og menn**

- En viktig biologisk forskjell på menn og kvinner skyldes ulike hormoner. Kvinner har en stor østrogenpåvirkning gjennom store deler av livet, mens menn har høyere testosteronnivå. Antakelig er denne forskjellen i hormonnivåer en viktig årsak til lavere smerteterskel og smertetoleranse hos kvinner (4) og til høyere risiko for noen langvarige smertetilstander.
  - Kvinner har noen smertetilstander direkte knyttet til sitt kjønn som menn ikke har. Det gjelder menstruasjonssmerter, endometriose, adenomyose, fødselssmerter, smerter etter fødselsskader samt smerter knyttet til kvinnelige kjønnsorganer, som vulvodyni (se faktaboks). Disse tilstandene har vært underkommunisert i lang tid, noe vi diskuterer i detalj videre i artikkelen.
-

## FAKTA

### Smertetilstander hos kvinner

**Adenomyose:** «Adenomyose er forekomst av kjertler fra livmorslimhinnen inne i livmorveggen. Dette kan blant annet gi større og mer smertefulle menstruasjonsblødninger.»

**Endometriose:** «Endometriose er forekomst av livmorslimhinneliknende vev andre steder enn inne i livmorhulen. Endometriose er vanligvis lokalisert i bekkenorganene.»

**Vulvodyni:** «Vulvodyni er en betegnelse på kroniske smerter i de ytre kjønnsorganer (vulva) hos kvinner. Det skilles mellom uprovosert og provosert vulvodyni. Ved provosert vulvodyni utløses smertene av berøring, ved uprovosert vulvodyni er de til stede uansett. Smertene skildres gjerne som brennende eller sviende.»

Kilde: [Store medisinske leksikon](#)

---

### Sosiale forskjeller på kvinner og menn

- Allerede i barndommen er det ulike forventninger til menn og kvinner. Det kan i stor grad være med på å forklare forskjeller i smertefølsomhet, fysisk aktivitet, bruk av helsevesenet, sykefravær med mer, som vi finner i befolkningsundersøkelser.
- Helt frem til de siste tiårene har kvinner tatt mindre utdanning og deltatt mindre i arbeidslivet. Ofte enn menn har de hatt arbeid som er fysisk belastende, som rengjøring, hotellarbeid og varehandel. Denne typen arbeid er vanskeligere å utføre ved lett sykdom fordi moderat funksjonstap ikke kan tilpasses arbeidet. Det fører derfor oftere til sykmelding og eventuelt uførhet enn ved hvitsnipparbeid, som for eksempel arbeid som funksjonær eller personalleder.

### Hva er de vanligste smertetilstandene hos kvinner?

I befolkningen som helhet er muskel- og skjelettsmerter den vanligste rapporterte årsaken til langvarig smerte – hyppigst hos kvinner. Tall fra Global Burden of Disease-prosjektet (5) viser at på verdensbasis er rygg- eller nakkesmerter den viktigste årsaken til uførhet hos begge kjønnene.

I tillegg vet vi at slitasjegikt – artrose – er en aldersavhengig tilstand som rammer kvinner hyppigere enn menn, spesielt etter menopausen. Det samme gjelder den store gruppen revmatiske lidelser (5). Til sammen utgjør disse sykdomsgruppene en stor del av kvinners helseplager.

## «Migrene er to til tre ganger vanligere for kvinner enn menn.»

For langvarig smerte ved fibromyalgi og tretthetstilstander er kjønnsforskjellene enda større. Det rapporteres at opptil ni av ti med disse plagene er kvinner. I den nye definisjonen av fibromyalgi kommer det tydelig frem et skifte i synet på enkelte smertetilstander. Diagnosen avgjøres ikke lenger av fysisk målte terskler for smerte, men bredden av rapporterte plager, som inkluderer smerte, tretthet, søvnproblemer, plager fra mage og urinveier, kognitiv svikt, angst og depresjon (6).

Migrene er en annen vanlig smertetilstand som gir mye sykefravær, uførhet og redusert livskvalitet. Migrene er to til tre ganger vanligere for kvinner enn menn. Så mange som 18 prosent av kvinner rapporterer å ha fått diagnosen (7).

## Noen smertetilstander rammer kun kvinner

Spesifikke smertetilstander som kun rammer kvinner, har fått lite oppmerksomhet gjennom lang tid. Viktige eksempler på dette er endometriose og adenomyosetilstander.

Ved *endometriose* vokser vev som likner livmorens slimhinne, utenfor livmoren, for eksempel på eggstokker, tarmvegger eller nær urinveiene.

Ved *adenomyose* vokser livmorslimhinnen inn i livmorens muskellag. Begge tilstandene kan være forbundet med betydelig invalidiserende og stadig residiverende smerter. Alvorligheten og symptombyrden varierer. Smertene har ofte blitt bortforklart som «vanlige kvinnesmerter».

Nye tall viser at endometriose rammer så mange som 6–10 prosent av kvinnene. Mange går i årevis med store plager før de får riktig diagnose og hjelp (8, 9). Hos en del kvinner kan det etter hvert føre til generaliserte smerter i bekkenet, med smerter også i mage eller tarm, ved vannlating og i ytre kjønnsorganer, vulva, og ved samleie.

*Vulvodyni* kan opptre som en isolert tilstand med lite utbygd behandlingstilbud. Endometrioseforeningen står for viktig informasjonsarbeid for å gjøre tilstandene mer kjent og fikk Jentepreisen 2022 (10) for dette arbeidet.

## **Smerte opptrer ofte med andre symptomer**

Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har langvarige smerter. Kvinner er også i langt større grad sykmeldt og uføre som følge av slik smerte. Tall fra levekårsundersøkelsen (11) tyder på at over halvparten av uførhetstilfellene i Norge er knyttet til langvarige smertelidelser. Muskel- og skjelettlidelser utgjorde i 2009 om lag 40 prosent av sykefraværsdager som ble dekket av folketrygden.

Som nevnt i avsnittet om fibromyalgi vet vi i dag at smerte ofte opptrer sammen med andre symptomer. Kjeldsberg og medarbeidere beskrev selvrapporterte symptomer hos 866 voksne pasienter i allmennpraksis (12).

### **«Betydelig flere kvinner enn menn sier at de har langvarige smerter.»**

Pasientene besvarte et spørreskjema om tilstedeværelsen av 38 ulike symptomer. De hyppigst rapporterte symptomene var tretthet (46 prosent), smerter i korsryggen (43 prosent), nakkesmerter (41 prosent), hodepine (39 prosent), skuldersmerter (36 prosent) og søvnproblemer (35 prosent). Smerter, tretthet og søvnproblemer var de hyppigste. Kvinner hadde en signifikant høyere forekomst enn menn av 16 av de 38 symptomene.

Ved slik bred symptombelastning kan vi ikke kun tilby analgetika. Sammensatte tilstander krever først og fremst en god og bred kartlegging av flere symptomer enn smerte etter en biopsykososial modell. Sammen med behandleren kan da pasienten finne hvilke problemer og dermed også hvilke tiltak som skal prioriteres. Gode tiltak mot sammensatte smertetilstander er gjerne å bedre søvnen, den fysiske funksjonen og mestringen (12).

## **Kvinner har flere symptomer og dårligere helse**

Kanskje klarer vi ikke å hjelpe ved å lindre smertene hvis vi ikke også har tiltak mot de andre symptomene som oppstår samtidig. Symptomgrupper eller clusterer brukes i dag ofte når flere symptomer opptrer på samme tid og er relatert til hverandre. Kjeldsberg og medarbeidere fant at gjennomsnittlig antall symptomer hos pasienter i allmennpraksis var 7,5. Tallet var 8,1 for kvinner og 6,5 for menn (12).

### **«Kvinner hadde oftere dårligere selvrapportert helse enn menn.»**

Symptomer kan påvirke hverandre negativt. Eksempelvis oppleves det verre å ha smerter når man også er engstelig eller kvalm. Kjeldsberg og medarbeidere fant at så mange som 48 prosent av pasientene oppga at de hadde dårlig helse den siste uken (13).

Kvinner hadde oftere dårligere selvrappoertert helse enn menn. Forskerne fant en nesten lineær sammenheng mellom antallet symptomer og sannsynligheten for å ha dårlig helse. Interessant nok fant de at symptommmønstre ser ut til å være delvis uavhengig av diagnosene som er gitt. Det tyder på at symptomene i seg selv ikke nødvendigvis er en indikasjon på en spesifikk underliggende sykdom.

## **Blir kvinner og menn møtt likt i helsevesenet?**

Et annet sentralt felt er kjønnsforskjeller. Hølge-Hazelton og Malterud hevder at kjønn betyr noe for hvordan du blir møtt i helsevesenet, selv om helsearbeidere ikke nødvendigvis innrømmer det (14).

Hoffmann og medarbeidere publiserte i 2022 en oppfølgingsartikkel fra de siste 20 årene om at det fremdeles er kjønnsforskjeller i opplevelse og behandling av smerte (15). De konkluderte med at det er nødvendig med mer forskning for at vi skal forstå hvorfor kvinner og menn opplever smerte forskjellig, og hvordan samhandlingen mellom biologiske, psykososiale og kulturelle faktorer bidrar til ulik opplevelse.

Det kan være kjønnsulikheter både i hvor ofte man oppsøker helsevesenet, og i hvordan helsearbeidere forholder seg til deg som mannlig eller kvinnelig pasient. Selv om kvinner totalt sett oppsøker fastlegen oftere enn menn, blir kjønnsforskjellene mindre ved økende alder (16).

I aldersgruppene fra 90 år går menn hyppigere til fastlegen enn kvinner. Noe av forskjellen på menn og kvinner kan tilskrives kvinners legebesøk ved svangerskap og oppfølging av reproduktiv helse.

## **Smerte beskrives og tolkes forskjellig**

I en studie fra Storbritannia ble det undersøkt hvordan helsepersonells vurdering av pasientens troverdighet påvirket deres vurdering av pasientens smerte og påfølgende forskrivning (17).

Smerteleger og medisinstudenter ble vist en video av en smertepasient og fortalt en kort historie om pasientens smerte. De ble deretter bedt om å vurdere pasientens smerte samt sannsynligheten for at smerten ble overdrevet, minimert eller skjult. De fant at kvinner, spesielt de som ble vurdert til å ha lav troverdighet, hadde mindre smerte enn tilsvarende rangerte menn. Legene og studentene antok også at det var mer sannsynlig at disse kvinnene overdrev smerten (17).

Beskrivelsen av smerte avhenger av språket som anvendes. En studie utforsket kjønnsforskjeller i språket hos menn og kvinner når de beskrev en smertefull hendelse (18). Beskrivelser gitt av studenter, der 35 prosent var menn og 65 prosent kvinner, ble analysert.

Kvinner brukte flere ord, mer grafisk språk og var mer fokusert på de sensoriske aspektene ved smertehendelsen enn menn. Menn brukte færre ord og mindre beskrivende språk. Vanlige temaer var de funksjonelle begrensningene forårsaket av smerte, vanskeligheter med å beskrive smerte og smertens doble natur (18).

I den norske befolkningen fant vi at selv om varigheten av kroniske smerter var lik hos kvinner og menn, fikk kvinner oftere behandling for sine kroniske smerter (19).

## **Langvarige smerter av ukjent årsak er utfordrende**

I studier i den norske befolkningen fant vi at 58 prosent ikke visste årsaken til smertene sine (2). Det er utfordrende med tanke på hva slags behandling de kan tilbys. Ved plager fra rygg eller nakke samt ved hodepine og bekkensmerter finner ikke alltid pasienten og legen en underliggende årsak som kan forklare symptombildet. Da blir medikamentell behandling problematisk.

Ved langvarige smerter uten kjent årsak bør ikke medikamenter med mulige bivirkninger brukes, spesielt ikke opioider. Vi vet at opioider har mange bivirkninger og kan føre til toleranseutvikling, avhengighet og overdosering.

Av de som brukte opioider i 2019 i Norge, var om lag 10 prosent, altså 60 000 personer, definert som vedvarende brukere av opioider (20). Av de var 64 prosent kvinner og 36 prosent menn. Her er det en dramatisk kjønnsforskjell som forskningen ikke gir oss årsaken til ennå. Andelen brukere økte med alderen, med høyest forekomst blant personer som var 70 år eller eldre. Det er uklart hvorvidt denne bruken av opioider hos eldre kvinner er medisinsk indisert. Dette bør undersøkes nærmere i fremtidige studier.

## **«Kvinner blir i stor grad møtt av helsevesenet med en resept på vanedannende medikamenter.»**

Blant personer med vedvarende opioidbruk i 2019 var det 40 prosent som også brukte benzodiazepiner, og 39 prosent brukte z-hypnotika. Noen brukte også begge. Disse kombinasjonene er ikke anbefalt. Alt i alt viser disse funnene dessverre at kvinner i stor grad blir møtt av helsevesenet med en resept på vanedannende medikamenter, som ofte er uten dokumentert effekt.

For mange med langvarige smerter vil ikke-medikamentelle tiltak være et bedre valg på lang sikt. Slike tiltak inkluderer tilpasset trening, mestringsorientert individuell oppfølging og ulike gruppetilbud. Tiltakene kan rette seg mot flere symptomer enn bare smerte, eksempelvis søvnproblemer og depresjon.

## Oppsummering

Forskning viser at kvinner oftere enn menn har langvarig smerte, gjerne med flere symptomer på samme tid. Selv om denne kjønnsforskjellen er godt dokumentert, er det viktig å huske på at det også er store variasjoner innenfor samme kjønn. Alle personer med plager skal derfor ha en individuell vurdering basert på en grundig kartlegging.

Langvarige smerter uten en kjent årsak er utfordrende for smertebehandlingen. Da blir det viktig at helsepersonellet møter pasienten på en ydmyk måte, der de jobber sammen med å kartlegge alle aktuelle plager og symptomer. Det gir det beste grunnlaget for å lage en behandlingsplan med felles mål.

Mange smertetilstander som rammer kvinner spesielt, har fått lite oppmerksomhet og hjelp fra helsevesenet. Kvinnehelse får heldigvis oppmerksomhet for tiden. Da er det betimelig at smerteplager hos kvinner settes på dagsordenen.

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*



STORE PLAGER: Flere spesifikke smertetilstander, som endometriose og... **LES MER** ▾

1. Steingrimsdottir OA, Landmark T, Macfarlane GJ, Nielsen CS. Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2017;158(11):2092–107. DOI: [10.1097/j.pain.0000000000001009](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009)



2. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*. 2004;8(6):555–65. DOI: [10.1016/j.ejpain.2004.02.002](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.002)
3. Landmark T, Dale O, Romundstad P, Woodhouse A, Kaasa S, Borchgrevink PC. Development and course of chronic pain over 4 years in the general population: the HUNT pain study. *Eur J Pain*. 2018;22(9):1606–16. DOI: [10.1002/ejp.1243](https://doi.org/10.1002/ejp.1243)
4. Årnes AP, Nielsen CS, Stubhaug A, Fjeld MK, Hopstock LA, Horsch A, et al. Physical activity and cold pain tolerance in the general population. *Eur J Pain*. 2021;25(3):637–50. DOI: [10.1002/ejp.1699](https://doi.org/10.1002/ejp.1699)
5. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392:1789–858. DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2011;38(6):1113–22. DOI: [10.3899/jrheum.100594](https://doi.org/10.3899/jrheum.100594)
7. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol*. 2017;16(1):76–87. DOI: [10.1016/S1474-4422\(16\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)30293-9)
8. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study – Part 1. *BJOG*. 2008;115(11):1382–91. DOI: [10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x)
9. Mowers EL, Lim CS, Skinner B, Mahnert N, Kamdar N, Morgan DM, et al. Prevalence of endometriosis during abdominal or laparoscopic hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2016;127(6):1045–53. DOI: [10.1097/AOG.0000000000001422](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001422)
10. Plan International Norge. Endometrioseforeningen vinner Jenteprisen 2022. Oslo: Plan International Norge; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.plan-norge.no/jenteprisen> (nedlastet 09.01.2023).
11. Statistisk sentralbyrå. Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/helseforhold-levekarsundersokelsen> (nedlastet 03.01.2023).

12. Kjeldsberg M, Tschudi-Madsen H, Bruusgaard D, Natvig B. Factors related to self-rated health: a survey among patients and their general practitioners. Scand J Prim Health Care. 2022;40(2):320–8. DOI: [10.1080/02813432.2021.2022341](https://doi.org/10.1080/02813432.2021.2022341)
13. Kjeldsberg M, Tschudi-Madsen H, Mdala I, Bruusgaard D, Natvig B. Patients in general practice share a common pattern of symptoms that is partly independent of the diagnosis. Scand J Prim Health Care. 2021;39(2):184–93. DOI: [10.1080/02813432.2021.1913886](https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1913886)
14. Hølge-Hazelton B, Malterud K. Gender in medicine – does it matter? Scand J Public Health. 2009;37(2):139–45. DOI: [10.1177/1403494808100271](https://doi.org/10.1177/1403494808100271)
15. Hoffmann DE, Fillingim RB, Veasley C. The woman who cried pain: Do sex-based disparities still exist in the experience and treatment of pain? J Law Med Ethics. 2022;50(3):519–41. DOI: [10.1017/jme.2022.91](https://doi.org/10.1017/jme.2022.91)
16. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Bruk av helsetjenester i et kjønnsperspektiv. Oslo: Bufdir; 2022. Tilgjengelig fra: [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/kjonnlikestilling/Helse\\_og\\_kjonn/Helsetjenester/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/kjonnlikestilling/Helse_og_kjonn/Helsetjenester/) (nedlastet 03.01.2023).
17. Schafer G, Prkachin KM, Kaseweter KA, Williams AC. Health care providers' judgments in chronic pain: the influence of gender and trustworthiness. Pain. 2016;157(8):1618–25. DOI: [10.1097/j.pain.0000000000000536](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000536)
18. Strong J, Mathews T, Sussex R, New F, Hoey S, Mitchell G. Pain language and gender differences when describing a past pain event. Pain. 2009;145(1–2):86–95. DOI: [10.1016/j.pain.2009.05.018](https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.05.018)
19. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Gender differences in chronic pain – findings from a population-based study of Norwegian adults. Pain Manag Nurs. 2004;5(3):105–17. DOI: [10.1016/j.pmn.2004.01.004](https://doi.org/10.1016/j.pmn.2004.01.004)
20. Odsbu I, Handal M, Hjellvik V, Borchgrevink PC, Clausen T, Nesvåg R, et al. Vedvarende bruk av opioider og samtidig bruk av andre vanedannende legemidler. Tidsskr Nor Legeforen. 2022;142(3). DOI: [10.4045/tidsskr.21.0659](https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0659)