
PATIENTER MED VULVODYNI

- EN NATIONELL KARTLÄGGNING AV VÅRDENS TILLGÄNGLIGHET,
RESURSER OCH PRIORITERINGAR

DATUM: 2017-08-29

STUDENT: EMMA WIBERG

HANDLEDARE: ULF HÖGBERG,

SENIORPROFESSOR I GYNEKOLOGI OCH OBSTETRIK UPPSALA UNIVERSITET

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Abstract	3
Populärvetenskaplig sammanfattning	3
Bakgrund	4
Vården i stort.....	4
Diagnostik	5
Prevalens	6
Etiologi.....	6
Konsekvenser	7
Behandling	8
Metod	9
Resultat.....	12
Beskrivning av data.....	12
Tillgänglighet	13
Resurser.....	14
Nätverk.....	16
Handläggning	17
Diskussion.....	20
Sammanfattning av huvudresultat.....	20
Tillgänglighet	21
Resurser.....	21
Nätverk.....	22
Handläggning	23
Begränsningar	23
Slutsatser	24
Författarens tack.....	25
Referenser	25

Bilaga 1 – Enkät till KK.....	28
Bilaga 2 – Enkät till UMO	35

ABSTRACT

Objective: To chart the organisation of the Swedish health care concerning patients with vulvodynia.

Method: Two web-based questionnaires was constructed, consisting of questions regarding availability, qualifications, treatment and remittance. They were sent to the head of 77 gynecology departments/out-patients clinics and 185 youth clinics respectively. Completed questionnaires was obtained from 35 gynecology departments/out-patient clinics and 61 youth clinics.

Results: About 80% of respondents in both groups had at least 1-3 women weekly seeking help for coital pain. An appointment within three months could often be offered by gynecology departments and always by youth clinics. One fourth of the gynecology departments had a staff consisting of a physician, a nurse/midwife, a physiotherapist and a psychologist/social service worker. About half of the gynecology departments had two or more physicians who worked specifically with these patients.

Conclusion: Women with vulvodynia seems to be common in both primary and secondary health care in Sweden. In this sample, multidisciplinary teams where an occasional occurrence. Having more than one physician with a special interest in patients with vulvodynia could be an indicator of a more established way of attending the needs of these patients. However, generalization should be made with caution due to the low response rate.

POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANFATTNING

Långvariga problem med smärtsamma samlag drabbar många, ofta yngre, kvinnor. Tillståndet är komplext med både psykologiska och fysiska komponenter. Ett sätt att möta den stora variation som finns mellan patienter är genom multidisciplinära team. Olika professioner jobbar då tillsammans för att täcka in de delar som patienten behöver hjälp med.

Denna studie syftar till att kartlägga hur vården för denna patientgrupp ser ut i Sverige, i både primärvård och sekundärvård (sjukhusvård). Verksamhetsansvariga på 49 kvinnokliniker, 28 gynnottagningar och 185 ungdomsmottagningar erhöi en webenkät med frågor rörande tillgänglighet, kompetens och handläggning. Av dessa mottogs svar från 30 kvinnokliniker, 5

gynmottagningar och 61 ungdomsmottagningar. Då både kvinnokliniker och gynmottagningar räknas som sekundärvård slogs dessa samman till en grupp.

Cirka 80% av de svarande i båda grupperna hade åtminstone 1–3 personer per vecka som sökte för samlagssmärta. En besökstid inom tre månader kunde oftast erbjudas på kvinnokliniker/gynmottagningar och alltid på ungdomsmottagningar. Många ungdomsmottagningar skickade inte sina patienter vidare till en kvinnoklinik, vilket kan tolkas som att de hade möjlighet att sköta omhändertagandet själva. En fjärdedel av kvinnoklinikerna/gynmottagningarna angav att arbetade i multidisciplinära team. På cirka hälften av kvinnoklinikerna/gynmottagningarna arbetade minst två läkare särskilt med denna patientgrupp, vilket kan tolkas som att verksamheten var mer stabil där.

Kvinnor med vulvodyni verkar således vara vanligt förekommande i såväl primär- som sekundärvård i Sverige. Resultaten av denna studie indikerar också att ungdomsmottagningar troligtvis tar hand om många av de yngre kvinnorna med vulvodyni. Vidare var multidisciplinära team inte så vanligt förekommande. Viktigt att påpeka är dock att generella slutsatser om vården i stort utifrån detta material bör göras med stor försiktighet med tanke på den låga svarsfrekvensen.

BAKGRUND

VÅRDEN I STORT

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Patientlagen (2014:821) syftar båda till att vården ska vara av hög kvalitet och ges på lika villkor. I detta ingår det bland annat att vården ska vara lättillgänglig och följa vårdgarantin. Vidare ska en patient vars behov kräver olika åtgärder få dessa samordnade på ett lämpligt sätt. Vårdens kvalitet ska också utvärderas och förbättras kontinuerligt.

På uppdrag från Sveriges kommuner och landsting (SKL) genomförs årligen en undersökning, Vårdbarometern, där cirka 50 000 vuxna via telefonintervju tillfrågas om inställningar till bland annat vårdens tillgänglighet och väntetider (1). Senast visade siffrorna på att det blir allt färre personer som uppfattar väntetiderna som rimliga, särskilt inom sjukhusvården (2).

Nationell patientenkät är en samling av nationella undersökningar av patienters upplevelser av vården som görs vartannat år. Undersökningen 2016 visade att helhetsintrycket av vården är gott. En skillnad ses dock mellan kvinnor och män där kvinnor genomgående har en mindre positiv bild av vården. Den största skillnaden finns mellan unga kvinnor och äldre män. Bland unga kvinnor är det 84% som

säger att de har en mer positiv upplevelse av vårdbesöket medan samma siffra för de äldre männen är 94%(3).

På statistiska centralbyrån finns Undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF). Ett av de ämnen som tas upp i dessa omfattande studier är hälsotillstånd. År 2014–2015 var det en klar majoritet som skattade sin hälsa som god och endast några få procent såg den som dålig. Cirka en tredjedel uppgav att de har långvarig sjukdom eller hälsoproblem och drygt hälften av alla svenskar sade att de besvärades av värk. Bland kvinnor i åldern 16-24 år var det nästan hälften som uppgav att de led av värk (4). Den typ av värk som efterfrågats gäller nacke, skuldror, axlar, rygg, höfter, armar, ben, händer och fötter.

Något som drabbar många kvinnor, men som inte finns med i värk-statistiken, är underlivssmärta. Endometriosis är en på senare tid uppmärksammas sjukdom som drabbar ca 10% av kvinnor i fertil ålder. Det främsta symtomet är kraftiga menstruationssmärter, men även samlagssmärta förekommer (5). För kvinnor i 20-årsåldern är dock vulvodyni en vanligare orsak till samlagssmärta (6). Uppemot 13% beräknas lida av detta ännu förhållandevis undanskymda smärttillstånd (7).

Vulvodyni är, som namnet antyder, benämningen på ett tillstånd av smärta (dyni) i underlivet (vulva). Vestibulit är ett annat namn på denna typ av underlivssmärta, men då inflammation inte är ett kriterium kan ändelsen ”-it” anses något missvisande.

DIAGNOSTIK

Vulvodyni är ett smärttillstånd i vulva utan tydlig orsak som pågått minst tre månader (8). Länge har diagnosen satts utifrån Freidrichs kriterier: 1) kraftig smärta vid tryck mot vestibulum eller försök till vaginal penetration, 2) känslighet för tryck mot vestibulum och 3) rodnad i vestibulum (9). På senare tid har dock kriteriet om rodnad ifrågasatts och i de senaste svenska riktlinjerna är rodnad ej obligat (10). Bland differentialdiagnoserna finns svampinfektion, sexuellt överförbara sjukdomar och hudsjukdomar såsom eksem och lichen skleros.

Indelning i subgrupper görs beroende på a) var smärtan sitter, b) hur smärtsensationen uppkommer, c) smärtans karaktär samt d) när symptomen först uppkom. Smärtan kan finnas i hela vulvas område (generaliserad) eller avgränsad till specifika platser såsom clitoris eller vestibulum (lokaliserad). I de flesta fall är beröring av området en utlösande faktor (provocerad), hos andra uppkommer smärtan spontant (oprovocerad). Smärtan kan vara konstant eller komma i intervaller. Den kan som sagt uppkomma i direkt anslutning till provokation men även som en fördröjd reaktion efteråt. Till sist

kan smärtdebuten ske innan eller i samband med första samlaget (primär), eller så finns tidigare smärtfria erfarenheter (sekundär) (8).

PREVALENS

I en studie från 2012 gjord i Michigan fick drygt 2500 slumpvis utvalda kvinnor över 18 år besvara en enkät gällande samlagssmärta. Av dessa uppfyllde 8,3% kriterierna för vulvodyni gällande lokalisation och duration (över 3 månader), 9,6% hade dyspareuni utan att uppfylla kriterierna och 18% hade tidigare i livet haft symtom som uppfyllde diagnoskriterierna (11). I en svensk studie från 2003 undersöktes förekomsten av ihållande samlagssmärta hos kvinnor inom cellprovtagningsprogrammet. Drygt 3000 kvinnor deltog och prevalensen beräknades till 9,3% bland alla åldersgrupper, medan den för kvinnor 20-29 år uppgick till 13% (7). En annan svensk studie från 2009 gjordes på besökare till en ungdomsmottagning. Av de 300 unga kvinnor som deltog hade 49% av de som varit sexuellt aktiva senaste månaden upplevt smärta eller obehag i samband med samlag (12).

ETIOLOGI

International Society for the Study of Vaginal Disease (ISSVD) har i sin rapport från 2015 frångått att beskriva möjliga orsaker för att istället lägga vikten på potentiella associerade faktorer. På deras lista finns bland annat smärtsyndrom (fibromyalgi, IBS), ärftlighet, hormonella faktorer, inflammation och psykosociala faktorer (8).

I svenska riktlinjer från 2013 framhålls även teorin att samtidig dysfunktion på flera nivåer – perifert, centralt såväl som psykiskt - är en förklaringen till symtomen (10). En översikt från 2006 (13) går igenom litteraturen om etiologin bakom vulvodyni. Det är framför allt fyra områden som anses viktiga för uppkomsten av smärtan:

- *Genitalslemhinnan*

Observationer av obalans mellan pro- och antiinflammatoriska ämnen, kronisk inflammation och genetisk perifer hypersensitivitet ger stöd åt teorin att orsaken finns perifert i slemhinnan.

- *Bäckenbottenmuskulatur*

Dysfunktion av bäckenbottenmuskulaturen är vanligt förekommande i denna patientgrupp. En hypotes är att muskelspänningen är orsaken till smärtan, medan en annan är att smärtan orsakar muskelspänningen.

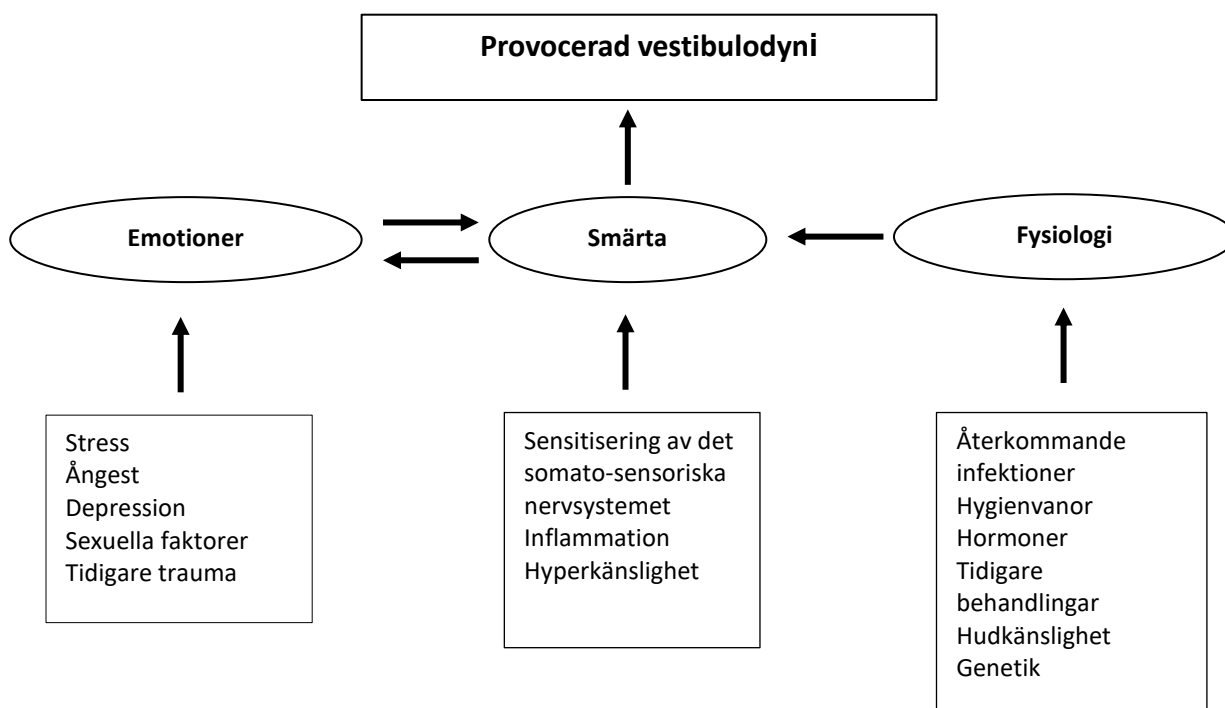
- *CNS*

Då icke-genital hypersensitivitet har uppvisats hos kvinnor med vulvodyni framhålls central hypersensitivering som en möjlig uppkomstmekanism.

- *Psyke*

Ångest, depression och somatisering har setts i högre grad hos denna patientgrupp, vilket har lett till teorin att smärtan har psykologisk grund.

Figur 1 visar en sammanfattning av påverkande faktorer och är en omarbetning av en figur från Zolnoun et al (13) och ARG nr 71 (10) gjord av Ulf Högberg, seniorprofessor i obstetrik och gynekologi vid Uppsala universitet.



FIGUR 1. SAMMANFATTNING AV FAKTORER SOM KAN PÅVERKA UTVECKLINGEN AV UNDERLIVSSMÄRTA

KONSEKVENSER

Smärtan, som ofta beskrivs som brännande, har stor inverkan på dessa kvinnors liv. För många är tamponganvändning och samlag en omöjlighet och vissa kan inte cykla, rida eller använda tätt åtsittande kläder utan smärta (10). I en studie från 2009 jämfördes livskvaliteten hos kvinnor med vulvodyni, annan vulva-sjukdom respektive hudsjukdom. Enkäten de fick fylla i handlade om a) frekvensen av symtomen, b) känslor kring sjukdomen och c) social och fysisk funktionalitet påverkad av sjukdomen. Gällande symtomfrekvens och känslor uppmätte kvinnor med vulvodyni samma livskvalitet som kvinnor med annan vulvasjukdom. Anmärkningsvärt var att kvinnor med vulvodyni hade sämre livskvalitet gällande funktionaliteten jämfört med övriga grupper. De uppgav att

sjukdomen påverkade hur nära de kunde vara med den de älskar, att den gör det svårare att visa kärlek, påverkar sexlivet och gör det svårt att arbeta och utöva fritidsintressen (14).

BEHANDLING

I genomgångar av litteraturen kring vulvodyni framgår det tydligt att det finns många sätt att behandla vulvodyni. Exempel på behandlingar som studerats är lokalbedövningsmedel som smörjs i underlivet (15), antidepressiva läkemedel (15,16), fysioterapi (17,18), olika typer av psykologiska behandlingsmetoder (17,19) och kirurgi (17,20).

En systematisk översikt från 2011 (18) inkluderade 71 studier gjorda på patienter med vulvodyni där olika behandlingar beskrevs och där det främsta utfallsmåttet var smärtreduktion. De 28 olika behandlingarna som återfanns i materialet grupperades och evidensgraden bestämdes. Evidensgraden baserades på flera egenskaper hos studierna, bland annat studiepopulationens storlek, studiens kvalitet och överensstämmighet med andra studier. Evidensgraderna som definierades i studien var ”good”, ”fair” och ”poor”, här översatt till ”hög”, ”måttlig” och ”låg”. Den behandling som hade högst evidensgradering var vestibulektomi som bedömdes ha måttlig evidens. KBT, fysioterapi, akupunktur och TENS bedömdes alla ha otillräckligt med evidens. Gällande injektioner av botulinumtoxin, topiskt lidokain 5% samt oralt desipramin (TCA) bedömdes evidensgraden vara måttlig för att dessa behandlingar *inte* fungerar. För övriga typer av injektioner och lokala topiska behandlingar såsom steroider bedömdes evidensgraden vara låg eller otillräcklig.

I en retrospektiv tvärsnittsstudie från USA publicerad 2016 (21) undersöktes vilka behandlingar som vulvodyni-patienter erhållit. Av de drygt 12 000 patienterna som ingick i studien fick 32,4% antidepressiva läkemedel. Lokalbedövningsmedel tillsammans med steroider skrevs ut till 15,7% av patienterna. Olika typer av sjukgymnastik var vanligt, 21,1% fick fysioterapeutiska övningar och 20,6% fick någon form av manuell terapi (exempelvis massage). Den samtalsterapi som finns beskriven i studien är individuell psykoterapi, något som 12,1% av patienterna fick.

Masheb et al jämförde KBT med ”supportive psychotherapy” (SPT) i sin studie från 2009 (22). De som randomiserades till KBT fick lära sig strategier för att förändra tankar, känslor och beteenden i syfte att ta kontroll över sin smärta. SPT valdes som kontroll-terapi eftersom inga konkreta strategier lärs ut, utan fokus ligger på att hjälpa patienterna att uttrycka sina tankar och känslor kring smärtan. Utfallet mätes genom läkarens skattning av smärta i samband med gynekologisk undersökning samt självskattning av smärta, sexuell funktion, emotionell funktion och behandlingens trovärdighet. De

som fick KBT hade en större smärtreduktion vid gynekologisk undersökning, större förbättring av sexuell funktion och en högre tilltro till behandlingen.

I en rapport från 2015 (8) förespråkar International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) en multiprofessionell och individanpassad behandling. De grundar denna ståndpunkt i att de många associerade faktorer och potentiella orsaker som visats i studier genom åren tyder på att vulvodyni inte är en enskild sjukdom utan en samling symtom. Ursprunget till symtomen anses variera från patient till patient och därför bör även behandlingsvalet göras med hänsyn till vilka associerade faktorer som kan spela in i varje enskilt patientfall.

Enligt svenska riktlinjer från 2013 (10) ska fokus läggas på tre områden: smärtbehandling, rehabilitering av muskelfunktionen i bäckenbotten samt psykosexuellt stöd. För att behandla smärtan föreslås desensibilisering genom frekvent smörjning av underlivet med lokalbedövande läkemedel (lidokain 2-5%) och/eller fet kräm eller olja. Även perorala läkemedel mot neuropatisk smärta kan provas, såsom antidepressiva (Saroten) eller antiepileptika (Gabapentin, Pregabalin). Operation i form av vestibulektomi ses som en sista utväg. För att komma åt den eventuella dysfunktionen i bäckenbotten föreslås sjukgymnastik eller, om muskelspasm föreligger, injektion av botulinumtoxin (botox). En områdeskunnig samtalskontakt framhålls som en viktig del i den psykosexuella behandlingen, där även KBT och psykosexuell rådgivning förespråkas.

Det aktuella kunskapsläget föreslår således en uppsjö av behandlingar och tillvägagångssätt för handläggningen av patienter med vulvodyni. Många av dessa är baserade på beprövad erfarenhet och därför kan det förmodas att lokala behandlingstraditioner är vanliga i omhändertagandet av denna patientgrupp. Den här studien syftar till att kartlägga hur vården för patienter med vulvodyni ser ut i Sverige. Kartläggningen omfattar:

- Tillgänglighet på kvinnokliniker, gynmottagningar, ungdomsmottagningar, sesammottagningar, RFSU-mottagning och sexualmedicinskt centrum.
- Handläggning/behandling av denna patientgrupp på ovan nämnda enheter.

METOD

Studien var en observationsstudie av tvärsnittstyp. Enkät valdes som datainsamlingsform. Då frågeställningen främst gällde organisationens uppbyggnad blev verksamhetschefer eller verksamhetsansvariga vår målgrupp. Samtliga kvinnokliniker i landet inkluderades i studiepopulationen. I ett försök att nå ut till hela landstinget/regionen inkluderades även de

gynmottagningar som återfanns på respektive landstings/regions hemsida i studiepopulationen. I ett fall tog hudkliniken hand om denna patientgrupp, varför även denna ingick i studiepopulationen. Eftersom samlagssmärta främst drabbar yngre kvinnor och dessa troligen oftare söker sig till ungdomsmottagningar med denna typ av problem inkluderades även samtliga ungdomsmottagningar. I Stockholm finns även sesammottagningar och RFSU-mottagning och i Göteborg finns ett sexualmedicinskt centrum. Då troligtvis många patienter med samlagssmärta söker sig till dessa enheter inkluderades även dessa i studien. Kvinnokliniker, hudkliniker och gynmottagningar definierades som sekundär vårdnivå och hädanefter ingår samtliga sekundära vårdenheter i begreppet ”kvinnokliniker” och förkortningen ”KK”. Ungdomsmottagningar, sesammottagningar och sexualmedicinska centra definierades som primär vårdnivå och hädanefter ingår samtliga primära vårdenheter i begreppet ”ungdomsmottagningar” och förkortningen ”UMO”.

För att beakta de skillnader som finns mellan kvinnokliniker och ungdomsmottagningar gällande verksamhetens utformning konstruerades två separata enkäter. Frågorna utformades i Google Forms (<https://www.google.com/forms>) till två webenkäter, en för kvinnokliniker och en för ungdomsmottagningar. Tillvägagångssättet för frågekonstruktionen hämtades ur G. Ejlertssons ”Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik”(23). Inledningsvis delades studiens syfte upp i tre problemområden: tillgänglighet, behandling, uppföljning. Var och en av dessa delades upp ytterligare i flera snävare områden. Exempelvis delades ”tillgänglighet” upp i ”geografisk närhet, väntetid, resurser och söktryck”. De nya problemområdena delades sedan upp alltmer och detta fortgick så långt det var möjligt. De slutgiltiga produkterna av nedbrytningen av syftet omformulerades sedan till mätbara frågor. Formuleringen av frågorna ombesörjdes noggrant. Ejlertssons regler för frågekonstruktion studerades för att minimera risken för feltolkning. Svartalternativen konstruerades så att de var uttömmande och ömsesidigt uteslutande, det vill säga att svartalternativen täcker in alla möjliga svar samt att ett visst svar endast återfinns i ett svartalternativ. På så sätt minskas risken för förvirring kring var respondenten ska sätta sitt kryss och därmed minskar risken för internt bortfall.

I enkäterna grupperades frågorna i fyra områden som speglade de problemområden som uppstod efter den första nedbrytningen av syftet: tillgänglighet, resurser, nätverk och handläggning. Under ”tillgänglighet” ingick frågor om antalet patienter som sökte för denna typ av problematik samt väntetidens längd. Avsnittet ”kompetens” innehöll frågor om vilka personalkategorier som fanns representerade i verksamheten samt i vilken utsträckning de arbetade med just denna patientgrupp. I delen om handläggning ställdes frågor om vilken typ av information patienterna fick och hur många besök till olika yrkeskategorier som vanligen ingick i omhändertagandet. I den delen ingick också

frågor om när patienten bedömdes som färdigbehandlad samt hur eventuell utvärdering av behandlingseffekten utfördes. Sista delen bestod av frågor kring enheternas möjlighet att remittera till olika instanser. Utöver dessa områden fanns frågor för inhämtning av bakgrundsfakta, såsom vilket landsting kliniken eller mottagningen tillhörde samt om de fanns representerade i Arbets- och referensgruppen för vulvasjukdomar (Vulv-ARG), svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG). Totalt innehöll enkäten till kvinnokliniker/gynmottagningar 31 frågor och enkäten till ungdomsmottagningar 16 frågor (se bilaga 1 och 2).

Från Vulv-ARGs register erhöles e-postadresser till medlemmar och dessa kontaktades i första hand. Kontaktuppgifter till landets övriga kvinnokliniker erhöles genom att via telefonväxeln på respektive sjukhus efterfråga e-postadressen till kvinnoklinikens verksamhetschef eller till den som var ansvarig för verksamheten. Kontaktuppgifter till ungdomsmottagningarna erhöles dels från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, FSUM, och dels från 1177.se och umo.se. Således inkluderades de kvinnokliniker/gynmottagningar vars verksamhetsansvariga hade en offentlig e-postadress samt de ungdomsmottagningar som var medlemmar i FSUM och/eller hade offentliga mailadresser presenterade på ovan nämnda hemsidor. Totalt erhöles 77 stycken e-postadresser till sekundärvårdsenheter som handlade dessa patienter, varav 48 stycken till kvinnokliniker, en till hudklinik och 28 stycken till gynmottagningar. Till ungdomsmottagningar erhöles 217 stycken e-postadresser.

Tillsammans med länken till respektive enkät innehöll varje e-mail ett detaljerat följbrev. Där framkom studiens syfte, kontaktuppgifter till vilka eventuella frågor kunde ställas samt att deltagande var helt frivilligt. Dessutom instruerades läsaren att vidarebefordra mailet om det fanns någon annan som bättre kunde besvara frågorna. Inget etiskt tillstånd bedömdes behövas eftersom frågorna ej var av personlig karaktär samt att respondenten kunde vara anonym.

Ett första utkast av enkätfrågor granskades av ordförande och sekreterare i Vulv-ARG. I en första pilotstudie kontaktades åtta personer varav majoriteten arbetade eller hade arbetat på kvinnoklinik och/eller ungdomsmottagning. För de deltagare som hade möjlighet anordnades enskilda möten för muntlig genomgång av enkäterna med stort utrymme för kommentarer och diskussion. Övriga deltagare erhöles enkäter via mail och uppmanades att utöver ifyllande av enkäten även bifoga eventuella kommentarer och synpunkter. Resultatet av detta ledde till flera ändringar av frågorna vilket föranledde en andra pilotstudie. I den kontaktades fyra kvinnokliniker och två ungdomsmottagningar som erhöles den nya enkäten via e-post. Eftersom endast smärre ändringar gjordes efter den andra piloten kom de fem ifyllda enkäterna att inkluderas i det slutgiltiga materialet.

De slutgiltiga enkäterna skickades ut per mail i mars 2017. En vecka senare skickades påminnelse 1 av 2 ut och efter ytterligare en vecka skickades sista påminnelsen. Drygt tre veckor efter första utskicket stängdes enkäten för ytterligare svar.

Svaren på webenkäterna inkom löpande i Google Kalkylark. Datainformation överfördes sedan via Excel till statistikprogrammet IBM SPSS Statistics 24. Deskriptiv statistik användes. För undersökning av eventuella geografiskt betingade skillnader delades respondenterna in efter de sex sjukvårdsregionerna; Norra, Stockholm-Gotland, Sydöstra, Södra, Uppsala-Örebro samt Västra. Vid jämförelse mellan sjukvårdsregioner och mellan vårdnivåer användes Chi2-test. Gränsen för statistisk signifikans sattes vid $p < 0,05$.

Svaren på öppna frågor granskades noga för att sedan kategoriseras. Kategorierna valdes utifrån hur svarsfördelningen såg ut och ämnade att vara så följsamma mot svaren som möjligt. I de fall där ett antal efterfrågats avrundades decimaltal och om respondenten angett ett intervall baserades kategoriseringen på intervallets högsta värde. Svaret "0" på frågan om hur många heldagar respektive yrkeskategori finns på mottagningen endast för denna patientgrupp tolkades som att patienterna ingick i den vanliga mottagningsverksamheten, här kallat "blandad mottagning". Gällande frågan om när en patient anses färdigbehandlad ämnade kategorierna att med ett ord spegla respondentens beskrivning.

RESULTAT

BESKRIVNING AV DATA

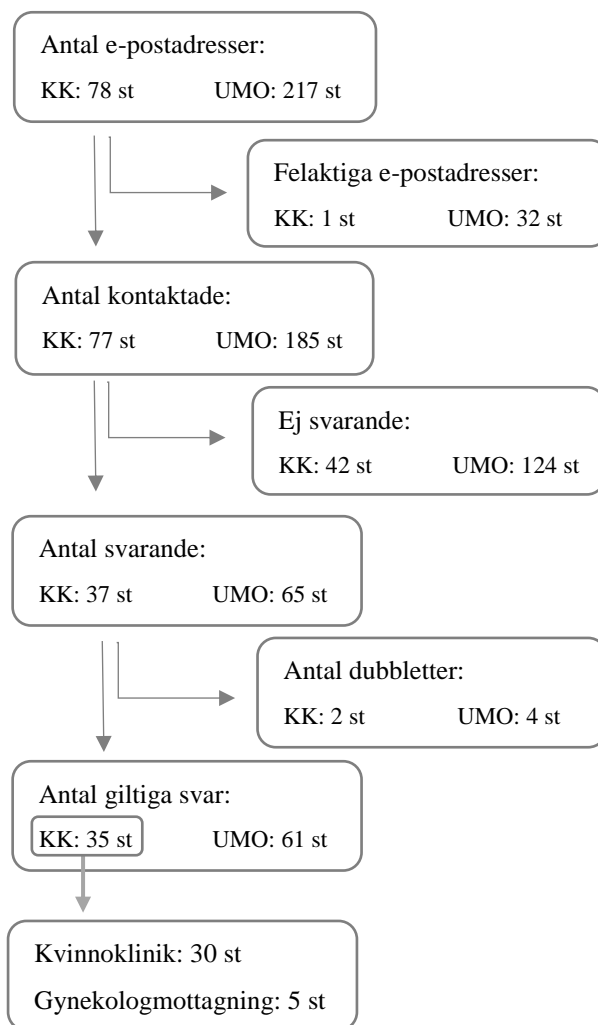
Respondenternas fördelning över landet framgår av tabell 1. Kvinnoklinikerna fördelade sig relativt jämt över landet medan det för ungdomsmottagningar fanns en tyngdpunkt i Stockholm-Gotland sjukvårdsregion. I figur 2 redovisas bortfallet. Av de 49 kvinnoklinikerna (inkl. en hudklinik) som kontaktades var det 30 som svarade, alltså en svarsfrekvens på 61%. Bland de som hade en representant i VulvARG var svarsfrekvensen 100%. För alla som fick KK-enkäten var svarsfrekvensen 45% och för UMO-enkäten 28%.

Av bortfallsanalysen framkom att sjukvårdsregionerna Södra och Uppsala-Örebro hade en statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnokliniker och gymmottagningar – gymmottagningarna var mindre benägna att besvara enkäten. Då endast fem gymmottagningar besvarade enkäten gjordes samtliga analyser på hela gruppen kvinnoklinik/hudklinik/gymmottagning. Hädanefter innefattas därför

hudklinik och gynnottagningar i begreppet ”kvinnoklinik” och förkortningen ”KK” om inget annat anges. För ungdomsmottagningar var bortfallen jämt fördelat över landet.

Tabell 1 – Svartsfördelning: antal besvarade enkäter från kvinnokliniker (KK) respektive ungdomsmottagningar (UMO), fördelat på sjukvårdsregioner och landsting/regioner.

	KK	UMO
Sjukvårdsregioner		
Norra	6	7
Stockholm-Gotland	3	17
Sydöstra	4	5
Södra	8	4
Uppsala-Örebro	7	13
Västra	7	14
Ej angivitt	-	1
Totalt	35	61
Landsting/Regioner		
Blekinge	1	-
Dalarna	1	4
Gotland	-	-
Gävleborg	1	1
Halland	1	3
Jämtland Härjedalen	-	1
Jönköping	1	2
Kalmar	1	1
Kronoberg	2	-
Norrboten	3	3
Skåne	5	3
Stockholm	3	17
Sörmland	1	-
Uppsala	1	2
Värmland	1	4
Västerbotten	2	2
Västernorrland	1	1
Västmanland	1	1
Västra Götaland	6	12
Örebro	1	1
Östergötland	2	2
Ej angivitt		1
Totalt	35	61



FIGUR 2 – FLÖDESSCHEMA FÖR DATAINSAMLING: ANTAL UTSKICKADE SAMT INKOMNA ENKÄTER FRÅN KVINNOKLINIKER (KK) RESPEKTIVE UNGDOMSMOTTAGNINGAR (UMO).

TILLGÄNGLIGHET

Tabell 2 visar svartsfördelningen på frågor om vårdens tillgänglighet och söktryck, uppdelat i sekundär- respektive primärvårdsnivå. Ingen statistiskt signifikant skillnad sågs i det uppskattade antalet sökande, varken mellan regioner eller mellan kvinnokliniker/gynnottagningar och ungdomsmottagningar. Detsamma gällde inkommande remisser, ingen signifikant skillnad mellan

sjukvårdsregioner sågs. För väntetiderna sågs en signifikant skillnad mellan kvinnokliniker och ungdomsmottagningar där ungdomsmottagningarna i större utsträckning kunde erbjuda en tid inom tre månader.

En klar majoritet av kvinnoklinikerna (77%) hade minst en läkare som arbetade särskilt med kvinnor med samlagssmärta. Nästan hälften av alla kliniker hade två eller fler läkare som arbetade särskilt med detta. Av klinikerna med en representant i Vulv-ARG var det 93% som hade minst två läkare som arbetade särskilt med dessa patienter. Minst en barnmorska som arbetade särskilt med detta hade nästan 60% av klinikerna och ca 30% hade två eller fler. På nästan hälften av klinikerna fanns det fysioterapeuter som arbetade särskilt med dessa patienter. Drygt hälften av alla kliniker hade en kurator som särskilt arbetade med patientgruppen. En minoritet (10%) av kvinnoklinikerna hade en psykolog som arbetade särskilt med denna patientgrupp. Hos de kliniker som hade personal som arbetade särskilt med dessa patienter var det vanligast att det var mindre än en heldag per vecka. Detta gällde alla yrkeskategorier utom barnmorskor, för dem var det vanligare att arbeta en heldag eller mer per vecka med dessa patienter. Vid jämförelse mellan sjukvårdsregioner sågs inga signifikanta skillnader förutom för antalet kuratorer som arbetar särskilt med dessa patienter. Södra sjukvårdsregionen saknade kuratorer i större utsträckning än övriga sjukvårdsregioner.

Sammanfattningsvis var antalet sökande jämt fördelat över landet, oftast 1-3 personer per vecka. De flesta kvinnokliniker hade läkare och barnmorska som arbetade särskilt med denna patientgrupp. Läkarna hade oftast mindre än en heldag per vecka avsatt för dessa patienter medan barnmorskor oftast hade minst en heldag per vecka.

RESURSER

TEAM

Tabell 3 visar svarsfördelningen på frågor om vårdens resurser och nätverk, uppdelat i sekundär- respektive primärvårdsnivå. Av de 35 kvinnokliniker som besvarade enkäten var det en fjärdedel där

Tabell 2 – Söktryck: svarsfördelning för kvinnokliniker (KK) respektive ungdomsmottagningar (UMO).

	KK		UMO	
	%	(n)	%	(n)
Patienter per vecka				
0	8,6	(3)	13,3	(8)
1-3	57,1	(20)	60,0	(36)
4-6	11,4	(4)	13,3	(8)
>6	11,4	(4)	5,0	(3)
Vet ej	11,4	(4)	8,3	(5)
Bortfall	-	-	-	(1)
Besök inom 3 månader				
Alltid	37,1	(13)	100,0	(61)
Ofta	60,0	(21)	-	-
Sällan	2,9	(1)	-	-
Remisser per vecka*				
0	17,1	(6)	-	-
1-3	60,0	(21)	-	-
4-6	2,9	(1)	-	-
>6	11,4	(4)	-	-
Vet ej	8,6	(3)	-	-

*Denna fråga ställdes bara till KK.

bemanningen bestod av samtliga delar av ett multidisciplinärt team (läkare, barnmorska/sjuksköterska, fysioterapeut, kurator/psykolog). På 17% av klinikerna fanns det ovan nämnda yrkesgrupper som arbetade särskilt med denna patientgrupp. Vid jämförelse mellan sjukvårdsregionerna framkom en signifikant skillnad som visade att det var främst i Stockholm-Gotland och Västra regionerna som denna konstellation återfanns.

En bemanning bestående av minst läkare, barnmorska/sjuksköterska och kurator/psykolog återfanns på drygt hälften av de 35 klinikerna och ca en tredjedel hade personer inom dessa yrkesgrupper som arbetade särskilt med dessa patienter. En signifikant skillnad sågs mellan sjukvårdsregioner även i detta fall, det var vanligare med denna team-struktur i Stockholm-Gotland, Uppsala-Örebro och i viss mån även Västra regionen.

Hos en tredjedel av klinikerna bestod bemanningen av åtminstone läkare, barnmorska/sjuksköterska och fysioterapeut. Hos en femtedel av klinikerna fanns det personer i dessa yrkeskategorier som arbetade särskilt med denna patientgrupp. Vid jämförelse mellan sjukvårdsregioner sågs ingen signifikant skillnad.

Oftast saknades fysioterapeuter, 40% av kvinnoklinikerna hade tillgång till fysioterapeut och hos en tredjedel fanns det fysioterapeuter som arbetade särskilt med dessa patienter.

Tillgång till kurator eller psykolog fanns hos två tredjedelar av alla kvinnokliniker och på lika många arbetade dessa särskilt med denna patientgrupp.

Bland ungdomsmottagningarna var det nästan 80% som arbetade i team (läkare, barnmorska/sjuksköterska samt kurator/psykolog) och 2 av 61 arbetade i multidisciplinära team (+

Tabell 3 – Resurser: svarsfördelning för kvinnokliniker (KK) respektive ungdomsmottagningar (UMO).

	KK		UMO	
	%	(n)	%	(n)
<i>Yrkeskategorier</i>				
Dermatolog	25,7	(9)	-	-
Gynekolog*	97,1	(34)	90,2	(55)
Barnmorska	68,6	(24)	96,7	(59)
Sjuksköterska	11,4	(4)	4,9	(3)
Fysioterapeut	40,0	(14)	-	-
Kurator	57,1	(20)	80,3	(49)
Psykolog	8,6	(3)	14,8	(9)
<i>Särskild utbildning</i>				
Sexologi	82,9	(29)	80,0	(48)
Psykoterapi	20,0	(7)	33,3	(20)
KBT	40,0	(14)	61,7	(37)
Uroterapi	11,4	(4)	-	-
Annan**	2,9	(1)	20,0	(12)
Vet ej	2,9	(1)	3,3	(2)
Ingen	11,8	(4)		
Bortfall		(1)		(1)
<i>Har möjlighet att vid behov remittera till:</i>				
Psykiatri/Psykolog	68,6	(24)	35,2	(19)
Smärtcentrum	88,6	(31)	-	-
Kvinnofridsmottagning	48,6	(17)	71,7	(43)
Bortfall	-	-		(1-7)

*För UMO efterfrågades endast "läkare" utan vidare specifikation.

**Innefattar svar såsom "internutbildning", "mindfulness", "huddingemodellen", "ACT", "fortbildning" etc.

fysioterapeut). Vid jämförelse mellan sjukvårdsregioner sågs ingen signifikant skillnad, i samtliga regioner är det vanligast att arbeta i team.

KOMPETENS

Sexologi var den vanligaste särskilda utbildningen som personalen på kvinnoklinikerna hade. Drygt hälften av klinikerna hade förutom sexologisk kompetens även utbildning inom KBT och/eller psykoterapi. Fyra stycken uppgav att de inte hade någon särskild utbildning. Vid jämförelse mellan sjukvårdsregioner framkom en statistiskt signifikant skillnad gällande förekomst av särskilda utbildningar. Det var betydligt vanligare med sexolog på kliniken i Uppsala-Örebro och Sydöstra regionerna (85,7% respektive 75,0%) medan det i Norra regionen inte fanns någon sexolog. I Stockholm-Gotlandregionen hade samtliga deltagande kliniker utöver sexolog ytterligare minst en särskild utbildning medan det i Södra och Norra regionen var 12,5% respektive 16,7% som hade det.

Även på ungdomsmottagningarna var sexologi vanligaste särskilda utbildningen, 80% uppgav att de hade sexologisk kompetens. Antalet mottagningar som utöver sexologi hade KBT och/eller psykoterapi var 41 stycken, nästan 70%. Vid jämförelse mellan sjukvårdsregioner sågs en signifikant skillnad som visade att Stockholm-Gotland, Södra samt Västra sjukvårdsregionen i högre grad hade sexologi plus KBT och/eller psykoterapi.

Således hade majoriteten av kvinnoklinikerna och ungdomsmottagningarna, sett till bemanningens sammansättning, möjlighet att arbeta i någon form av team. Flera typer av särskilda utbildningar förekom hos de flesta kvinnokliniker och ungdomsmottagningar även om sexolog var den vanligast förekommande.

NÄTVERK

Av de 35 kvinnoklinikerna var det nästan 70% som svarade att de, vid behov, hade möjlighet att remittera till en psykiatrisk klinik. Remitteringsmöjlighet till smärtklinik/smärtcentrum fanns hos nära 90% av klinikerna. Möjlighet att remittera till kvinnofridsmottagning fanns hos ca 50% av klinikerna. Skillnader mellan sjukvårdsregioner fanns, men inga som var statistiskt signifikanta.

Bland ungdomsmottagningarna var det en femtedel som angav att de remitterade minst hälften av sina patienter med samlagsmärta till en kvinnoklinik och 40% uppgav att de inte remitterade några patienter alls. Ingen signifikant skillnad sågs mellan sjukvårdsregioner. Av de 54 mottagningarna som besvarat frågan var det 35% som uppgav att de, om de inte hade tillgång till psykolog/kurator på mottagningen, hade möjlighet att remittera till en sådan. En statistiskt signifikant skillnad sågs mellan

sjukvårdsregionerna där mottagningarna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion i störst utsträckning hade denna möjlighet. Möjlighet att, vid behov, remittera till kvinnofridsmottagning fanns hos drygt 70% svarande ungdomsmottagningar. Ingen signifikant skillnad sågs mellan sjukvårdsregioner.

Sammanfattningsvis remitterade ungdomsmottagningarna oftast en mindre del av sina patienter med samlagssmärta till en kvinnoklinik. Hos kvinnokliniker fanns det oftast möjlighet att remittera till smärtklinik.

HANDLÄGGNING

INFORMATION

Någon form av skriftlig patient-information gavs ut vid 70% av kvinnoklinikerna och nästan 40% gav ut skriftlig information utformad på den egna enheten, vilket framgår av tabell 4. Av kvinnoklinikerna som hade en representant i Vulv-ARG var det nästan 90% som gav ut någon form av skriftlig information och 75% som utformade den själva. Bland ungdomsmottagningarna var det 80% som gav ut någon form av skriftlig information och nära 30% som utformat materialet själva. En signifikant skillnad sågs som visade att skriftlig information var något ovanligare i Sydöstra sjukvårdsregionen.

OMHÄNDERTAGANDE

I tabell 4 framgår det också antalet besök till olika yrkesgrupper som vanligtvis ingår i vården av denna patientgrupp. Av kvinnoklinikerna var det 34 av 35 som besvarade frågan om antalet läkarbesök. På samtliga kliniker ingick det minst ett besök. Hos drygt hälften av klinikerna var det vanligast med 1-2 läkarbesök i vården av dessa patienter. I Norra samt Stockholm-Gotland regionerna var det vanligast med minst två besök, denna skillnad var dock inte statistiskt signifikant. Hos ungdomsmottagningarna besvarade samtliga 61 mottagningar frågan om antal besök till läkare. Av dem svarade majoriteten att det vanligen ingick 1-2 läkarbesök i omhändertagandet. I sjukvårdsregionerna Stockholm-Gotland samt Södra var det även en hög andel (47% respektive 50%) där det var vanligt med fler än två besök. Denna skillnad var statistiskt signifikant.

Av de 30 kvinnokliniker som besvarade frågan om antalet besök till barnmorska/sjuksköterska var det 30% som svarade att det vanligen ingick 3-5 besök och drygt 20% svarade att det vanligen ingick över fem besök. Det var även drygt 20% som angav att det inte ingick något besök till barnmorska/sjuksköterska. Ingen signifikant skillnad sågs mellan sjukvårdsregionerna. Av de 60 ungdomsmottagningar som besvarade frågan om antal besök till barnmorska/sjuksköterska svarade drygt hälften att det vanligen var över fem stycken. Signifikanta skillnader fanns mellan

sjukvårdsregionerna. I Stockholm-Gotland regionen var det över 90% av ungdomsmottagningarna som angett över fem besök som det vanligaste för dessa patienter medan det i Norra regionen var vanligast med 1-2 besök till barnmorska/sjuksköterska.

Bland kvinnoklinikerna var det 29 stycken som besvarade frågan om antalet fysioterapeuter. Hos 45% ingick det vanligen inte något besök till fysioterapeut. Hos en fjärdedel ingick det oftast 3-5 besök till fysioterapeut. Inga signifikanta skillnader sågs mellan sjukvårdsregioner.

Av kvinnoklinikerna var det 29 stycken som besvarade frågan om antalet besök till kurator/psykolog. Hos nästan 30% ingick det vanligen över fem besök. Hos en fjärdedel ingick det vanligen inte något besök till kurator/psykolog. Inga signifikanta skillnader sågs mellan sjukvårdsregioner. Samtliga ungdomsmottagningar besvarade frågan om antal besök till kurator/psykolog och hälften svarade att det vanligen var över fem stycken. Ingen signifikant skillnad sågs mellan sjukvårdsregionerna.

UTVÄRDERING

Av de 34 kvinnokliniker som besvarat frågan om utvärdering var det nästan 70% som hade någon form av systematisk utvärdering. Muntlig utvärdering i samband med sista besöket gjordes på 65% av kvinnoklinikerna. Enkäter innan och efter behandling användes på 15% av klinikerna. Någon form av skalor (t ex

Tabell 4 – Handläggning: svarsfördelning för kvinnokliniker (KK) respektive ungdomsmottagningar (UMO).

	KK		UMO	
	%	(n)	%	(n)
Patientinformation				
Skriftlig, egen	37,1	(13)	27,9	(17)
Hänvisning till annan skriftlig	54,3	(19)	77,0	(47)
Ingen skriftlig	17,1	(6)	9,8	(6)
Övrigt*	2,9	(1)	11,5	(7)
Vet ej	5,7	(2)	8,2	(5)
Antal besök till läkare				
0	-	-	6,6	(4)
1-2	52,9	(18)	65,6	(40)
>2	38,2	(13)	23,0	(14)
Övrigt**	8,8	(3)	4,9	(3)
Bortfall		(1)		-
Antal besök till barnmorska				
0	23,3	(7)	1,7	(1)
1-2	10,0	(3)	13,3	(8)
3-5	30,0	(9)	26,7	(16)
>5	23,3	(7)	56,7	(34)
Övrigt**	13,3	(4)	1,7	(1)
Bortfall		(5)		(1)
Antal besök till fysioterapeut				
0	44,8	(13)	-	-
1-2	13,8	(4)	-	-
3-5	24,1	(7)	-	-
>5	10,3	(3)	-	-
Övrigt**	6,9	(2)	-	-
Bortfall		(6)	-	-
Antal besök till kurator/psykolog				
0	24,1	(7)	4,9	(3)
1-2	10,3	(3)	9,8	(6)
3-5	20,7	(6)	18,0	(11)
>5	27,6	(8)	50,8	(31)
Övrigt**	17,2	(5)	16,4	(10)
Bortfall		(6)	-	-
Utvärdering				
Muntlig	64,7	(22)	60,7	(37)
Enkät	14,7	(5)	19,7	(12)
Skalor	11,8	(4)	24,6	(15)
Ej systematiskt	26,5	(9)	36,1	(22)
Annat***	11,8	(4)	13,1	(8)
Vet ej	5,9	(2)	6,6	(4)
Bortfall		(1)	-	-

*Innefattar svar såsom "remitteras vidare", "bäckenbottenträning", "boken När sex gör ont".

**Innefattar svar såsom "individuellt", "rutin saknas", "vet ej", "olika", "varierar", "efter behov" etc.

***Innefattar svar såsom "telefonkontakt", "enkät efter avslutad behandling".

VAS) användes av 12%. Det var också 12% som utförde någon annan typ av utvärdering. En signifikant skillnad mellan sjukvårdsregioner sågs för användandet av enkäter där det skedde i störst utsträckning i Stockholm-Gotland regionen och inte alls i Norra, Uppsala-Örebro samt Södra regionerna. Det var drygt en fjärdedel av kvinnoklinikerna som angav att de inte utförde någon systematisk utvärdering.

Samtliga 61 ungdomsmottagningarna besvarade frågan om utvärdering och nästan 60% hade någon form av systematisk utvärdering. Vanligast med systematisk utvärdering var det i Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion. Muntlig utvärdering under sista besöket gjordes på 60% av ungdomsmottagningarna, enkäter innan och efter behandling användes på 20% av mottagningarna och olika typer av skalor (te x VAS) användes på 25% av mottagningarna. Det var 13% som angav att de utförde någon annan typ av utvärdering. Inga statistiskt signifikanta skillnader sågs mellan sjukvårdsregionerna. Hos drygt en tredjedel av mottagningarna genomfördes ingen systematisk utvärdering. En signifikant skillnad sågs mellan sjukvårdsregionerna där Sydöstra och Västra regionerna hade högst andel mottagningar (60% respektive 71%) som uppgav att de inte gjorde någon systematisk utvärdering.

FÄRDIGBEHANDLAD

Av de 35 kvinnokliniker som besvarat enkäten var det 24 som besvarat frågan om när en patient anses vara färdigbehandlad. En fjärdedel beskrev att patienten skulle vara nöjd. Nära 40% ansåg att en klar förbättring ska ses. Lika många hävdade att patienten var färdigbehandlad när hon blivit besvärsfri. En femtedel hävdade att bedömningen om färdigbehandling gjordes individuellt. Lika många kliniker svarade att patienten var färdigbehandlad när hon genomgått hela behandlingen, avslutade behandlingen själv alternativt när hon blev remitterad vidare. Inga signifikanta skillnader mellan sjukvårdsregioner sågs.

Av de 61 ungdomsmottagningar som besvarat enkäten var det 53 som besvarade frågan om när en patient anses färdigbehandlad. Av dessa var det 15% som beskrev att patienten skulle vara nöjd. Fler, 20%, ansåg att en klar förbättring ska ses. Nästan 40% hävdade att patienten var färdigbehandlad när hon blivit besvärsfri och lika många hävdade att bedömningen om färdigbehandling gjordes individuellt. En fjärdedel av klinikerna svarade att patienten var färdigbehandlad när hon avslutade behandlingen själv alternativt när hon blev remitterad vidare. Att patienten var färdigbehandlad när hon genomgått hela behandlingen var det 4% som ansåg. Inga statistiska skillnader sågs mellan sjukvårdsregioner.

Sammanfattningsvis gav majoriteten av kvinnoklinikerna och ungdomsmottagningarna ut skriftlig information till patienterna. Oftast ingick 1-2 läkarbesök, på både kvinnokliniker och ungdomsmottagningar. Hos kvinnokliniker träffade patienten barnmorska oftast 3-5 gånger medan det på ungdomsmottagningar oftast var över fem gånger. Oftast träffade en patient på kvinnoklinikerna en fysioterapeut 3-5 gånger, men hos 45% av klinikerna ingick vanligen inga besök till fysioterapeut. På 30% av kvinnoklinikerna ingick det vanligen över fem besök till kurator eller psykolog och för ungdomsmottagningarna var det 50%. De flesta kvinnokliniker och ungdomsmottagningar hade någon form av systematisk utvärdering. Vanligast var muntlig utvärdering under sista besöket. Bland kvinnoklinikerna var "förbättrad" och "besvärsfri" de vanligast förekommande beskrivningarna av när en patient anses färdigbehandlad. Hos ungdomsmottagningarna var det framförallt "besvärsfri" och "individuellt" som framkom i beskrivningarna.

DISKUSSION

SAMMANFATTNING AV HUVUDRESULTAT

Denna studie har ämnat kartlägga hur vården ser ut för patienter med vulvodyni i Sverige. Bland deltagarna blev de flesta, av både kvinnokliniker och ungdomsmottagningar, uppsökta av åtminstone 1-3 kvinnor med samlagssmärta per vecka. Oftast kunde kvinnoklinikerna erbjuda en besökstid inom tre månader och ungdomsmottagningarna kunde alltid göra det. Nästan hälften av kvinnoklinikerna hade minst två läkare som arbetade särskilt med patienter med vulvodyni och en fjärdedel hade tillgång till samtliga delar av ett multidisciplinärt team (läkare, sjuksköterska/barnmorska, fysioterapeut, kurator/psykolog).

En femtedel av ungdomsmottagningarna angav att de remitterade minst hälften av sina patienter till kvinnoklinik medan 40% inte remitterade några alls. Hälften av kvinnoklinikerna uppgav att de hade möjlighet att remittera till kvinnofridsmottagning, 70% av ungdomsmottagningarna uppgav detsamma.

Skriftlig information gavs ut eller hänvisades till på majoriteten av kvinnoklinikerna och ungdomsmottagningarna. Informationen var utformad på den egna enheten hos 40% av kvinnoklinikerna och hos 30% av ungdomsmottagningarna. De flesta enheter uppgav att de utförde någon form av systematisk utvärdering, oftast muntlig.

TILLGÄNGLIGHET

Som tidigare nämnts beräknas prevalensen av vulvodyni ligga kring 10% (7,11,12). Resultaten av denna studie kan inte användas för beräkning av prevalens, men att en klar majoritet av både kvinnokliniker och ungdomsmottagningar uppsöks av 1-3 kvinnor med samlagssmärta per vecka tyder på att denna patientgrupp inte är så ovanligt förekommande i svensk sjukvård, både inom primär- och sekundärvård.

De flesta kvinnokliniker (60%) angav att de oftast kunde erbjuda en besökstid inom tre månader. Resterande kliniker angav att de alltid kunde göra det, utom en som angett att de sällan kunde det. Enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) uppfylls idag vårdgarantin till 81% sett till sjukvården i stort (24) och till 95% inom gynekologisk vård (25). Innebörden av ordet ”oftast” varierar säkerligen mellan respondenterna, vilket gör att en jämförelse mellan denna studies resultat och SKL:s siffror blir svår att göra.

RESURSER

TEAM

De senaste internationella riktlinjerna rekommenderar en multiprofessionell handläggning av dessa patienter (8) och de svenska riktlinjerna framhåller att fokus ska ligga på smärtbehandling, rehabilitering av bäckenbottens muskelfunktion samt psykosexuellt stöd (10). Att endast en fjärdedel av kvinnoklinikerna i denna studie hade tillgång till alla yrkeskategorier som förslagsvis bör ingå i ett multidisciplinärt team för denna patientgrupp visar på att det finns möjligheter till förbättring. Ett komplett multidisciplinärt omhändertagande skulle kunna öka chanserna till en bredare men samtidigt mer individanpassad behandling. Utifrån svaren på enkäten ser det ut som att det oftast saknades fysioterapeut i teamet och att det bara var 40% av kvinnoklinikerna som hade tillgång till fysioterapeut. Då bäckenbottendysfunktion är en viktig komponent i sjukdomsproblematiken (13) kan det tyckas att tillgång till fysioterapeut borde vara prioriterat. Bland ungdomsmottagningarna var det å andra sidan endast två stycken som hade tillgång till fysioterapeut och ändå angav 40% att de inte remitterade några av dessa patienter alls till kvinnoklinik. Det går dock bara att spekulera kring orsakerna till detta. De som inte remitterar vidare kanske inte har möjlighet att remittera till kvinnoklinik av olika anledningar eller så remitterar de patienterna någon annan stans som inte fanns med bland svarsalternativen, exempelvis till hudklinik. Det skulle också kunna vara så att dessa ungdomsmottagningar sköter hela behandlingen av patienter med samlagssmärta själva och att fysioterapeut kanske inte är obligat för ett gott omhändertagande. Ytterligare en förklaring skulle kunna vara att det kanske finns en skillnad i svårighetsgrad mellan patienterna på primär respektive

sekundär vårdnivå. Vilka professioner som ingår i ett multidisciplinärt team anpassat för denna patientgrupp kanske inte är det viktiga, utan vilken samlad kunskap i ämnet som finns inom teamet. Eftersom fokus i denna studie låg på vilka yrkeskategorier som fanns representerade på varje enhet går det inte att dra några slutsatser om huruvida en klinik med ett komplett multidisciplinärt team också har en högre vårdkvalitet.

KOMPETENS

De allra flesta, men inte alla, av både kvinnokliniker och ungdomsmottagningar angav att de hade sexologisk kompetens på enheten. Det kan tyckas att det på dessa typer av enheter borde vara obligat med sexologisk kompetens i personalgruppen. En förklaring till detta resultat skulle kunna vara att frågan tolkades som att det efterfrågades om medarbetarna gått någon vidareutbildning i sexologi. De som endast studerat sexologi i sin grundutbildning kanske då svarade nej, även om de faktiskt har långvarig yrkeserfarenhet och sexologisk kompetens.

Många enheter angav att de förutom sexologi även hade kompetens inom psykoterapi och/eller KBT. Detta skulle kunna tyda på att de har större möjligheter att tillgodose denna patientgrupps behov av psykosexuellt stöd, vilket är en viktig del i behandlingen enligt de svenska riktlinjerna (10). Men, som tidigare nämnts i stycket om multidisciplinära team, går det utifrån denna studie inte att dra några slutsatser om vårdens kvalitet. Det går endast att konstatera att arbetssättet kring denna patientgrupp troligtvis skiljer sig åt mellan enheter på olika vårdnivåer.

NÄTVERK

Bland de som besvarade frågorna gällde remittering till psykolog/psykiatrisk klinik respektive kvinnofridsmottagning var det inte alla som ansåg sig ha möjlighet att remittera till dessa instanser. Alla kvinnokliniker borde rimligtvis ha möjligheten att remittera till en psykiatrisk klinik, ändå har endast 70% svarat att de har det. En förklaring till denna fördelning skulle kunna vara att resterande 30% missförstått frågan och egentligen menar att de inte har behov av att remittera till psykiatrin. Alternativt kan svaren uttrycka en relation mellan kvinnokliniken och psykiatrin som innebär att det i praktiken saknas möjlighet att remittera patienter dit. Samma resonemang kan användas som förklaring till varför inte alla anser sig ha möjlighet att remittera till kvinnofridsmottagning, med tillägg av att det också kan bero på att tillgång till sådana mottagningar kanske inte finns överallt. Att ungdomsmottagningar i högre grad anser sig ha möjlighet att remittera till kvinnofridsmottagning än kvinnokliniker är ett intressant fynd. På ungdomsmottagningar söker patienterna kanske oftare för andra problem än rent medicinska, jämfört med kvinnokliniker. Eventuellt skulle det kunna innebära

att ungdomsmottagningar har en större beredskap för omhändertagande av utsatta kvinnor, till exempel genom att ha en närmare kontakt med kvinnofridsmottagningar.

HANDLÄGGNING

INFORMATION

De flesta enheter hade någon form av skriftligt material som de gav ut eller hänvisade sina patienter till. Att det finns skriftlig patientinformation som delas ut kan tyda på att det finns en medvetenhet och ett intresse kring samlagssmärta. De enheter som dessutom konstruerat materialet själva skulle kunna anses vara särskilt engagerade i denna patientgrupp. Att en kvinnoklinik har minst två läkare som arbetar särskilt med dessa patienter skulle kunna tyda på att verksamheten är mer stabil och att det finns ett större intresse för denna patientgrupp där. Majoriteten av de kliniker som gav ut skriftligt material, vare sig de utformade den själva eller inte, hade en representant i Vulv-ARG. Det var också dessa kliniker som utgjorde majoriteten av de som hade minst två läkare som arbetade särskilt med patienter med vulvodyni. Att medlemskap i Vulv-ARG innebär ett särskilt intresse av patienter med vulvasjukdomar, däribland vulvodyni, är inte så kontroversiellt. Ändå är det glädjande att det tydligt går att se vilka effekter ett sådant engagemang kan ge.

UTVÄRDERING

Systematisk utvärdering gjordes efter avslutad behandling på de flesta enheter, oftast muntligt. Sannolikt genomförs utvärderingar av given behandling löpande under behandlingens gång, men om de skulle ske på ett systematiskt sätt (och skriftligt) i större utsträckning kanske det skulle kunna ge en grund för studier av behandlingseffekten på en högre nivå. Det skulle kunna argumenteras för att detta är extra viktigt när det gäller denna patientgrupp eftersom evidensen för de behandlingsmetoder som finns är ifrågasatt (18). Dock tenderar utförliga utvärderingar att ta tid, kanske är det därför som många kliniker och mottagningar inte gör detta systematiskt.

BEGRÄNSNINGAR

Då studien syftade till att kartlägga vården i Sverige för patienter med samlagssmärta ämnade den täcka in hela Sverige geografiskt. Kvinnokliniker med tillhörande gynnottagningar ingick i studiepopulationen, men inte privata gynnottagningar. Då det kan tänkas att en ansenlig del av kvinnorna som söker vård för smärtsamma samlag vänder sig till privata aktörer finns det således en risk för selektionsbias och missvisande resultat. Dock går troligen inte majoriteten av denna patientgrupp till privata mottagningar och dessa har med stor sannolikhet inte tillgång till samma breda multidisciplinära omhändertagande som kvinnoklinikerna i landstingens regi.

Frågorna konstruerades med stor omsorg i syfte att åstadkomma en hög inre validitet och en hög svarsfrekvens. Dock var frågekonstruktören oerfaren och det har sannolikt förekommit frågor som varit otydliga och svåra att förstå, även om två mindre pilotstudier genomfördes i syfte att stärka den interna validiteten. Det finns således en risk för att feltolkningar förekommit och detta bör tas i beaktande vid analys av resultaten.

Att skicka ut enkäter i webformat innebär ofta en minskning av svarsfrekvensen med ca 11% (26). Orsaker till denna minskning tros vara bland annat att webenkäter uppfattas mer osäkra och mindre personliga samt att de har en tendens att sorteras som skräppost (27). Den låga svarsfrekvensen (45% respektive 28%) är dock så pass uttalad att den inte helt kan förklaras av ovanstående resonemang. Då adressaten var verksamhetschef/verksamhetsansvarig på respektive enhet kan hög arbetsbelastning samt det faktum att detta var ett studentarbete vara två sannolika orsaker. Bortfallsanalysen visar att bland de som fick ”kvinnoklinikenkäten” skickad till sig var det gymmottagningar i högre utsträckning än kvinnokliniker som ej besvarade enkäten. En förklaring till detta kan vara att patienter med samlagssmärta kanske oftare handläggs centralt på kvinnokliniker och inte på perifera gymmottagningar, varför mottagningarna kanske kände att enkäten inte gällde dem. Ytterligare en orsak till den låga svarsfrekvensen skulle kunna vara att de enheter som inte har någon särskild verksamhet för dessa patienter, eller som är obekanta med detta tillstånd, i större utsträckning valt att inte besvara enkäten. Med detta i beaktande blir det osäkert att dra generella slutsatser utifrån de svar som redovisas i denna rapport. En fördel med webenkät som inte ska förbises är att svaren från besvarade enkäter inkommer direkt i ett kalkyldokument. Det innebär att riskmomentet med manuell inmatning av data från pappersenkäter till kalkylprogram kringgås.

Ett antal kvinnokliniker och ungdomsmottagningar angav att de svarade för flera kliniker/mottagningar. Oklarheter finns dock kring om svaren de angivit ska ses som en sammanslagning av samtliga enheter eller ett medel för varje enskild enhet. I analyserna har dessa svar behandlats som om de kom från en enda enhet. Detta innebär att analyserna riskerar att bli snedvridna på ett sådant sätt att exempelvis antalet sökande per vecka blir falskt högt.

SLUTSATSER

Kvinnor med vulvodyni verkar således vara vanligt förekommande i såväl primär- som sekundärvård i Sverige. Resultaten av denna studie indikerar också att ungdomsmottagningar troligtvis tar hand om många av de yngre kvinnorna med vulvodyni. Vidare var multidisciplinära team inte så vanligt förekommande.

Det finns fortfarande stora oklarheter kring hur vården ser ut i Sverige för patienter med vulvodyni. Denna studie visar hur det ser ut på vissa enheter, i vissa delar av landet. För att kunna dra mer långtgående slutsatser krävs en högre svarsfrekvens. Även om inga generaliseringar kan göras utifrån det resultat som presenterats här, kan svaren kanske vara hypotesgenererande och användas som en utgångspunkt för kommande studier om handläggning av dessa patienter. I kommande studier bör verksamhetens utformning studeras noggrannare. Hur teamarbetet är upplagt, vilka behandlingar som erbjuds samt patienternas egna upplevelser är viktiga områden som behöver kartläggas innan en utvärdering av vården av dessa patienter kan genomföras. Att utvärdera de olika elementen i handläggningen är essentiellt för att kunna identifiera förbättringsområden och genomföra förändringar i syfte att upprätthålla en god vård.

FÖRFATTARENS TACK

Ett stort varmt tack riktas till Ulf Högberg, som från första mötet visat stort engagemang, alltid besvarat mina frågor utförligt och vars kunskap och stöd varit ovärderligt.

Ett till stort tack riktas till Vulv-ARG och FSUM, utan vars hjälp jag inte kunnat nå ut till så många enheter som jag nu lyckades göra. Särskilt vill jag tacka Vulv-ARGs ordförande Nina Bohm-Starke och sekreterare Christina Rydberg för deras hjälp med utformningen av enkäten.

Tack också till alla deltagare i pilotstudierna och slutligen till alla respondenter!

REFERENSER

1. Vårdbarometern - Om Vårdbarometern [Internet]. [citerad 30 mars 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.vardbarometern.nu/om-vardbarometern.aspx>
2. Vårdbarometern 2015, SKL [Internet]. [citerad 27 januari 2017]. Tillgänglig vid: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-385-7.pdf?issuusi=ignore>
3. Specialiserad sjukhusvård öppenvård 2016 [Internet]. [citerad 03 april 2017]. Tillgänglig vid: <https://patientenkat.se/sv/resultat/specialiserad-sjukhusvard-oppen-2016/>
4. Tabeller från SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 2014-2015 [Internet]. Statistiska centralbyrån, SCB; Tillgänglig vid: <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/pong/tabell-och-diagram/halsa/halsa--fler-indikatorer-19802015/>
5. Fuldeore MJ, Soliman AM. Prevalence and Symptomatic Burden of Diagnosed Endometriosis in the United States: National Estimates from a Cross-Sectional Survey of 59,411 Women. *Gynecol Obstet Invest* [Internet]. 08 november 2016 [citerad 07 april 2017]; Tillgänglig vid: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000452660>

6. Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Smärtanamnes och kvinnans \a alder ger god vägledning för diagnos. [citerad 26 januari 2017]; Tillgänglig vid: <http://ww2.lakartidningen.se/ltarkiv/2003/temp/pda26847.pdf>
7. Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health*. 01 januari 2003;31(2):113–8.
8. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, m.fl. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia: *Obstet Gynecol*. april 2016;127(4):745–51.
9. Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med*. februari 1987;32(2):110–4.
10. Bohm-Starke N, Rydberg C, Frankman O. SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI ARBETS- OCH REFERENSGRUPP FÖR VULVASJUKDOMAR Rapport nr 71 2013 Vulvovaginala sjukdomar. Matts Olovsson;
11. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Legocki LJ, Edwards RM, Arato N, m.fl. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol*. februari 2012;206(2):170.e1-170.e9.
12. Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Young Swedish women’s experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstet Gynecol Scand*. januari 2009;88(1):98–103.
13. Zolnoun D, Hartmann K, Lamvu G, As-Sanie S, Maixner W, Steege J. A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Surv*. 2006;61(6):395–401.
14. Ponte M, Klemperer E, Sahay A, Chren M-M. Effects of vulvodynia on quality of life. *J Am Acad Dermatol*. januari 2009;60(1):70–6.
15. Foster DC, Kotok MB, Huang L-S, Watts A, Oakes D, Howard FM, m.fl. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;116(3):583–593.
16. Leo RJ, Dewani S. A Systematic Review of the Utility of Antidepressant Pharmacotherapy in the Treatment of Vulvodynia Pain. *J Sex Med*. Oktober 2013;10(10):2497–505.
17. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, m.fl. A randomized comparison of group cognitive–behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*. 2001;91(3):297–306.
18. Andrews JC. Vulvodynia interventions—systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66(5):299–315.
19. Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy: *Pain*. januari 2009;141(1):31–40.
20. Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis: Vestibulectomy follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. november 2011;90(11):1225–31.

21. Lua LL, Hollette Y, Parm P, Allenback G, Dandolu V. Current practice patterns for management of vulvodynia in the United States. *Arch Gynecol Obstet*. 20 december 2016;1–6.
22. Masheb RM, Lozano C, Richman S, Minkin MJ, Kerns RD. On the Reliability and Validity of Physician Ratings for Vulvodynia and the Discriminant Validity of its Subtypes. *Pain Med*. 01 december 2004;5(4):349–58.
23. Ejlertsson G. Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik. 3. [rev.] uppl. Vol. 1948. Lund: Studentlitteratur; 2014.
24. Sverige - Väntetider i vården - en webbplats från Sveriges Kommuner och Landsting [Internet]. Väntetider i vården. [citerad 02 juni 2017]. Tillgänglig vid: <http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges>
25. Genomförda första besök inom 90 dagar i gynekologisk vård i Vården i siffror [Internet]. Vården i siffror. [citerad 02 juni 2017]. Tillgänglig vid: <https://vardenisiffror.se/category/sjukdomstillstand/gynekologi/indicator/7d6d6fac-ef58-4318-ab23-1bbd5b350563/?mode=timeline>
26. Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Comput Hum Behav*. mars 2010;26(2):132–9.
27. Anseel F, Lievens F, Schollaert E, Choragwicka B. Response Rates in Organizational Science, 1995–2008: A Meta-analytic Review and Guidelines for Survey Researchers. *J Bus Psychol*. 01 september 2010;25(3):335–49.

Vulvodyni/vestibulit - vårdens tillgänglighet och resurser

Med denna enkät vill vi för patientgruppen med vulvodyni/vestibulit studera vårdens tillgänglighet och resurser.

Förfrågan om deltagande i denna enkät skickas till landets kvinnokliniker. En annan enkät skickas ut till landets Ungdomsmottagningar, Sesammottagningar i Stockholm, RFSU-mottagningar och Sexualmedicinska centra.

1. Vilket landsting/region tillhör er mottagning?

Markera endast en oval.

- Blekinge
- Dalarna
- Gotland
- Gävleborg
- Halland
- Jämtland Härjedalen
- Jönköpings län
- Kalmar län
- Kronoberg
- Norrbotten
- Skåne
- Stockholms län
- Sörmland
- Uppsala län
- Värmland
- Västerbotten
- Västernorrland
- Västmanland
- Västra Götaland Örebro län
- Östergötland
- Inget av dessa
-

2. Ange ort och eventuellt sjukhus för den mottagning du svarar för:

Inga enheters svar kommer att redovisas enskilt. Informationen du lämnar i denna fråga används bara till att avgöra vilka som ska få en påminnelse.

Tillgänglighet

Nedan följer ett antal frågor som handlar om söktrycket till er mottagning.

3. Uppskattningsvis, hur många patienter med symtom förenliga med vulvodyni/ vestibulit /samlagssmärta söker till er mottagning under en vecka?

Markera endast en oval.

- 0
- 1-3
- 4-6
- >6
- Vet ej

4. Uppskattningsvis, hur många remisser får ni under en vecka där sökorsaken är symtom förenliga med vulvodyni/ vestibulit/samlagssmärta?

Markera endast en oval.

- 0
- 1-3
- 4-6
- >6
- Vet ej

5. I vilken utsträckning får patienter som söker för dessa besvär ett besök inom 3 månader?

Markera endast en oval.

- Alltid
- Ofta
- Sällan
- Aldrig
- Vet ej

Kompetens

Nedan följer ett par frågor som handlar om personalen som medverkar i omhändertagandet av denna patientgrupp.

6. På er mottagning, vilken/vilka yrkesgrupper arbetar med denna patientgrupp?

Markera alla som gäller.

- Gynekolog
- Dermatolog
- Sjuksköterska
- Barnmorska
- Fysioterapeut/sjukgymnast
- Kurator
- Psykolog
- Ingen Vet ej
- Övrigt:
- _____

7. På er mottagning, vilken/vilka särskilda utbildningar har personalen som arbetar med denna patientgrupp?

Markera alla som gäller.

- Sexologisk
- KBT
- Psykoterapi
- Uroterapi
- Ingen
- Vet ej
- Övrigt: _____

Om ni svarat "Ingen" på ovanstående två frågor, hoppa över resterande frågor i detta avsnitt och tryck på "Nästa".

Vissa av nedanstående frågor avser hur många heldagar, totalt per vecka, som olika yrkesgrupper och kompetenser arbetar uteslutande med patienter med vulvodyni/vestibulit. Exempel: finns det en läkare på plats två eftermiddagar i veckan blir totala antalet heldagar per vecka 1. Finns det en fysioterapeut på plats en heldag varannan vecka blir det totala antalet heldagar per vecka 0,5.

8. Uppskattningsvis, hur många heldagar totalt per vecka finns det läkare på mottagningen endast för denna patientgrupp?

9. Uppskattningsvis, hur många läkare på er mottagning arbetar särskilt med denna patientgrupp? Markera endast en oval.

- Ingen
- 1
- 2
- 3 eller fler
- Vet ej

10. Uppskattningsvis, hur många heldagar totalt per vecka finns det barnmorska på mottagningen endast för denna patientgrupp?

11. Uppskattningsvis, hur många barnmorskor arbetar särskilt med denna patientgrupp på er mottagning? Markera endast en oval.

- Ingen
- 1
- 2
- 3 eller fler
- Vet ej

12. Uppskattningsvis, hur många heldagar totalt per vecka finns det fysioterapeut/sjukgymnast på mottagningen endast för denna patientgrupp?

13. Uppskattningsvis, hur många fysioterapeuter/sjukgymnaster arbetar särskilt med denna patientgrupp på er mottagning?

Markera endast en oval.

- Ingen
- 1
- 2
- 3 eller fler
- Vet ej

14. Uppskattningsvis, hur många heldagar totalt per vecka finns det kurator på mottagningen endast för denna patientgrupp?

15. Uppskattningsvis, hur många kuratorer arbetar särskilt med denna patientgrupp på er mottagning? Markera endast en oval.

- Ingen
- 1
- 2
- 3 eller fler
- Vet ej

16. Uppskattningsvis, hur många heldagar totalt per vecka finns det psykolog på mottagningen endast för denna patientgrupp?

17. Uppskattningsvis, hur många psykologer arbetar särskilt med denna patientgrupp på er mottagning? Markera endast en oval.

- Ingen
- 1
- 2
- 3 eller fler
- Vet ej

Besvara nedanstående två frågor endast om du fyllt i "övrigt" på den första frågan i detta avsnitt.

18. Totalt, hur många heldagar per vecka finns det någon annan yrkeskategori på mottagningen endast för denna patientgrupp?

19. Uppskattningsvis, hur många personer i en annan yrkeskategori arbetar särskilt med denna patientgrupp på er mottagning?

Markera endast en oval.

- Ingen
- 1
- 2
- 3 eller fler
- Vet ej

Handläggning

Frågorna i detta avsnitt handlar om hur denna patientgrupp tas omhand på er mottagning.

20. Vilket informationsmaterial erhåller patienten?

Markera alla som gäller.

- Skriftlig information utformad på den egna kliniken
- Hänvisning till skriftligt material från annan källa, exempelvis websidor, böcker
- Ingen skriftlig information ges
- Vet ej
- Övrigt: _____

21. Uppskattningsvis, hur många besök till läkare ingår vanligen i vården av en enskild patient?

22. Uppskattningsvis, hur många besök till sjuksköterska/barmorska ingår vanligen i vården av en enskild patient?

23. Uppskattningsvis, hur många besök till fysioterapeut/sjukgymnast ingår vanligen i vården av en enskild patient?

24. Uppskattningsvis, hur många besök till kurator/psykolog ingår vanligen i vården av en enskild patient?

25. När bedöms en patient vara färdigbehandlad?

26. Hur utvärderas effekten av given behandling?

Markera alla som gäller.

- Muntligt under sista besöket
- Enkät innan behandlingsstart och efter behandlingens slut
- Ifyllande av skalor (exempelvis VAS)
- Ingen systematisk utvärdering görs
- Vet ej
- Övrigt: _____

Remittering/samarbete/nätverk

Nedan följer ett antal frågor som handlar om klinikens kontaktnät i omhändertagandet av denna patientgrupp.

27. Vid behov, finns det möjlighet att remittera till psykiatrisk klinik?

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

28. Vid behov, finns det möjlighet att remittera till smärtklinik/smärtcentrum?

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

29. Vid behov, finns det möjlighet att remittera till kvinnofridsmottagning?

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

Bakgrundsinformation

30. Vilket av följande tillhör er klinik?

Markera endast en oval.

- Universitetssjukhus
 Länsjukhus
 Länsdelssjukhus
 Vet ej
 Övrigt: _____

31. Har er klinik en representant i VulvARG?

Markera endast en oval.

- Ja
 Nej
 Vet ej

Tack för din medverkan!

Tillhandahålls av



Vulvodyni/vestibulit - vårdens tillgänglighet och resurser

En vanlig anledning till samlagssmärta hos unga individer är vulvodyni/vestibulit. Med en rikstäckande enkätstudie vill vi studera vårdens tillgänglighet och resurser för denna patientgrupp.

Förfrågan om deltagande i denna enkätstudie skickas ut till landets Ungdomsmottagningar, Sesammottagningar i Stockholm, RFSU-mottagningar och Sexualmedicinska centra. En annan enkät skickas ut till landets Kvinnokliniker.

1. Vilket landsting/region tillhör er mottagning?

Markera endast en oval.

- Blekinge
- Dalarna
- Gotland
- Gävleborg
- Halland
- Jämtland Härjedalen
- Jönköpings län
- Kalmar län
- Kronoberg
- Norrbotten
- Skåne
- Stockholms län
- Sörmland
- Uppsala län
- Värmland
- Västerbotten
- Västernorrland
- Västmanland
- Västra Götaland Örebro län
- Östergötland
- Inget av dessa
-

2. Ange ort och eventuellt namn för den mottagning du svarar för:

Inga enheters svar kommer att redovisas enskilt. Informationen du lämnar i denna fråga används bara till att avgöra vilka som ska få en påminnelse.

Tillgänglighet

Nedan följer ett antal frågor som handlar om söktrycket till er mottagning.

3. Vilken åldersgräns har ni på er mottagning?

4. Uppskattningsvis, hur många patienter med symtom förenliga med vulvodyni/vestibulit /samlagssmärta söker till er mottagning under en vecka?

Markera endast en oval.

- 0
 1-3
 4-6
 >6
 Vet ej

5. Uppskattningsvis, när får patienter som söker för dessa besvär en tid hos er?

Markera endast en oval.

- Inom en vecka
 Inom en månad
 Efter längre tid än tre månader
 Vet ej

Kompetens

Nedan följer ett par frågor som handlar om personalen som medverkar i omhändertagandet av denna patientgrupp.

6. På er mottagning, vilka yrkesgrupper arbetar med denna patientgrupp?

Markera alla som gäller.

- Läkare
 Sjuksköterska
 Barnmorska
 Kurator
 Psykolog
 Ingen
 Vet ej Övrigt:

7. På er mottagning, vilken/vilka särskilda utbildningar har personalen som arbetar med denna patientgrupp?

Markera alla som gäller.

- Sexologisk
- KBT
- Psykoterapi
- Ingen Vet ej
- Övrigt:
- _____

Handläggning/behandling

Frågorna i detta avsnitt handlar om hur denna patientgrupp tas omhand på er mottagning.

8. Uppskattningsvis, hur många besök till läkare ingår vanligen i vården av en enskild patient?

9. Uppskattningsvis, hur många besök till barnmorska/sjuksköterska ingår vanligen i vården av en enskild patient?

10. Uppskattningsvis, hur många besök till kurator/psykolog ingår vanligen i vården av en enskild patient?

11. Vilket informationsmaterial erhåller patienten?

Markera alla som gäller.

- Skriftlig information utformad på den egna enheten
- Hänvisning till skriftligt material från annan källa, exempelvis websidor, böcker
- Ingen skriftlig information ges
- Vet ej
- Övrigt: _____

12. När bedöms en patient vara färdigbehandlad?

13. Hur utvärderas effekten av given behandling?

Markera alla som gäller.

- Muntligt under sista besöket
- Enkät före behandlingsstart och efter behandlingens slut
- Ifyllande av skalor (t ex VAS)
- Ingen systematisk utvärdering görs
- Vet ej
- Övrigt: _____

Remittering/hänvisning

Nedan följer ett antal frågor som handlar om mottagningens kontaktnät i omhändertagandet av denna patientgrupp.

14. Uppskattningsvis, hur många av patienterna som söker er mottagning för dessa besvär remitteras till kvinnoklinik?

Markera endast en oval.

- Alla
- Mer än hälften
- Mindre än hälften
- Inga
- Vet ej

15. Om ni ej har psykolog/kurator på er mottagning, finns det möjlighet att vid behov remittera till psykolog/kurator?

Markera endast en oval.

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Ej relevant

16. Vid behov, finns det möjlighet att remittera till kvinnofridsmottagning?

T ex vid sexuella övergrepp. Markera endast en oval.

- Ja
- Nej
- Vet ej

Tack för din medverkan!

Tillhandahålls av

