



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

VULVASMÄRTA – BARNMORSKANS FÖREBYGGANDE ARBETE PÅ UNGDOMSMOTTAGNING

Marie Svensson

Examensarbete för

Master:	15 hp
Program och/eller kurs:	Masterprogrammet i Reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2023
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Karolina Lindén

Titel svensk:	Vulvasmärta – barnmorskans förebyggande arbete på ungdomsmottagning.
Titel engelsk:	Vulvar pain – the midwife´s preventive work at Youth Health Clinic.
Examensarbete för	
Master:	15 hp
Kurs:	Examensarbete för Master i Reproductiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2023
Handledare:	Herborg Holter
Examinator:	Karolina Lindén
Nyckelord:	vulvasmärta, vulvodyni, vaginism, ungdomsmottagning, förebyggande

Sammanfattning

Bakgrund: Barnmorskan på ungdomsmottagning (UM) arbetar inom området sexuell och reproduktiv hälsa. Till UM blir det allt vanligare att ungdomar söker för vulvasmärta. Vulvasmärta uppstår i en intim interpersonell kontext och påverkar inte bara sexualiteten utan även den psykiska hälsan samt relationer med partners. Hösten 2021 startades en tvärprofessionell arbetsgrupp på ungdomsmottagningarna i Fyrbodalen med syfte att inom UM:s uppdrag erbjuda insatser för ungdomar med vulvasmärta. I samband med att vulvateamet startade identifierades ett behov av att arbeta mer förebyggande. Då ingen evidens fanns kring hur barnmorskor på ungdomsmottagningen kunde arbeta förebyggande av vulvasmärta sågs ett behov av att utföra denna studie.

Syfte: Syftet var att undersöka barnmorskors erfarenhet av förebyggande arbete mot vulvasmärta på ungdomsmottagning samt undersöka möjliga förbättringsåtgärder.

Metod: Kvalitativ metod med fokusgruppsintervjuer.

Resultat: I resultatet identifierades två huvudkategorier: barriärer och möjligheter med fem underkategorier.

Slutsats: Resultatet visade att det förebyggande arbetet var ostrukturerat och oreflekterat både i den egna verksamheten och i samverkan med andra. Barnmorskorna var positiva till förbättringsarbete kring förebyggande arbete av vulvasmärta, ett arbete som de tyckte var viktigt och spännande att utveckla. Barnmorskorna såg möjligheter i att ändra rutiner i samband med individuella besök och att utveckla samarbeten med andra verksamheter.

Nyckelord: vulvasmärta, vulvodyni, vaginism, ungdomsmottagning, förebyggande arbete

Abstract

Background: The midwife at the Youth Health Clinic works in the field of sexual and reproductive health. Vulvar pain is a common reason for visiting the Youth Health Clinic. Vulvar pain occurs in the intimate interpersonal context and affects not only sexuality but also mental health and relationships. In the autumn of 2021, at the Youth Health Clinic at Fyrbodal started up aiming to offer interventions for young people with vulvar pain within the mission of the Youth Health Clinics. In connection with the start, a need to work more preventively was identified. As there was no previous research on how midwives at the clinic could work to prevent vulvar pain, a need was seen to carry out this study

Aim: The aim was to investigate midwives experience of preventive work against vulvar pain at youth health clinics and investigate possible improvement measures.

Method: Qualitative method with focus group interviews.

Results: In the result, two main categories were identified: barriers and possibilities with five subcategories.

Conclusion: The result showed that the preventive work was unstructured and unreflective both in the own organization and in cooperation with other organizations. The midwives were positive about work preventive with vulvar pain, a work they thought was important and exiting to develop. The midwives saw opportunities to changing routines in individual visits and in collaborations with others. There is possibilities of development and continued research in several areas. To systematically work at the Youth Health Clinic based on science and proven experience and evaluate the effects of cooperation and changed routines.

Key words: vulva pain, vulvodynia, vaginismus, Youth Health Clinic, preventive work

Förord

Många faktorer påverkar både uppkomsten av och vården kring kvinnor med vulvasmärta. En större satsning gällande prevention och behandling bör göras då det sker en kraftig ökning av unga kvinnor med vulvasmärta. Mycket fokus läggs idag på tidig upptäckt och behandling. Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning ska barnmorskan arbeta med hälsofrämjande insatser och förebyggande hälso- och sjukvård. Arbetsätt behövs för att arbeta förebyggande mot vulvasmärta hos unga kvinnor. Det är lätt att glömma bort det preventiva arbetet då fokus ligger på upptäckt och behandling. Barnmorskan arbetar preventivt med mycket annat som till exempel preventivmedel och könssjukdomar och prevention är en naturlig del i det dagliga arbetet. Det saknas evidens kring effektiva sätt att förbygga att någon drabbas av vulvasmärta. Men det är tydligt att tidig diagnos och behandling är viktig för att minimera den börda diagnosen innebär. Stigmat förknippat med vulvasmärta och den höga tröskeln för att söka vård är saker som vi mer aktivt måste diskutera och åtgärda.

Innehållsförteckning

Bakgrund	7
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	7
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom ungdomsmottagning	8
Ungdomars sexualitet	8
Barnmorskans arbete	9
Arbete på ungdomsmottagning.....	9
Vulvasmärta	10
Förekomst	10
Orsaker.....	11
Vulvodyni	11
Vaginism.....	12
Symtom.....	12
Diagnossättning	12
Konsekvenser, fysiska, psykiska och sociala	13
Behandling.....	13
Uppdragsbeskrivning av vulvateam Fyrbodals.....	14
Problemformulering	14
Syfte	14
Metod	14
Studiedesign.....	14
Kontext.....	15
Urval.....	15
Datainsamling.....	15
Dataanalys	15
Etiska överväganden	17
Resultat.....	18
Barriärer	18
Brist på ramar och struktur	18
Normer.....	20
Kunskapsbrist	21

Möjligheter	24
Förbättringsområde – INÅT – i den egna verksamheten	24
Förbättringsområde – UTÅT – i samverkan.....	26
Diskussion	27
Metoddiskussion.....	27
Resultatdiskussion	29
Slutsats	32
Förslag till vidare forskning	33
Referenslista	34

Bakgrund

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexualiteten och reproduktionen påverkar människor genom hela livet och har stor betydelse för allmän hälsa, livskvalitet, självkänsla och personliga relationer. I Sverige har befolkningen, utifrån ett nationellt perspektiv, god sexuell och reproduktiv hälsa. Det finns skillnader mellan samhällsgrupper och dessa skillnader uppkommer som en konsekvens av att det finns ojämlikhet i livsvillkor och tillgång till resurser mellan olika grupper. En central princip i folkhälsoarbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är att alla människor har rätt till en god sexuell och reproduktiv hälsa (Lundgren & Löfgren-Mårtensson, 2010).

Gutmacher-Lancet-kommissionens rapport formulerar en utmanande och evidensbaserad vision för SRHR som bygger på mänskliga rättigheter. Kommissionen föreslår en ny definition av SRHR och rekommendationer gällande grundläggande insatser inom SRHR-området. Den omfattar fler delar av sexuell och reproduktiv hälsa än vad som vanligen inkluderas. I rapporten lyfts även fördelar med att investera i SRHR (Starrs m.fl, 2018). Denna nya definition kan vara ett stöd för arbetet med SRHR i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2018). SRHR har även kommit att prioriteras i allt högre utsträckning politiskt, vilket inte minst märks i Agenda 2030 (2019), där flera av målen berör SRHR.

En integrerad definition av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter enligt Gutmacher-Lancet-kommissionen (Starrs m.fl, 2018):

”Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, och inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion bekräfta den roll som njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten. För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa krävs erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter, som baseras på mänskliga rättigheter för att till exempel respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande, avgöra om och när man vill vara sexuellt aktiv, ha säkra och njutbara sexuella upplevelser.”

(Svensk översättning av Folkhälsomyndigheten, 2018, s. 7).

Guttmacher-Lancet-kommissionen rekommenderar även ett antal nödvändiga SRHR-insatser som ligger i linje med denna breda definition av SRHR. Dessa insatser innefattar bland annat en allsidig, omfattande sex- och samlevnadsundervisning samt vård och rådgivning inom sexuell hälsa och välbefinnande (Starrs m.fl, 2018).

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningen (UM) har till uppgift att på den unges uppdrag förmedla kunskap, ge information, stöd och behandling och tidiga insatser inom området SRHR. Ungas sexuella och reproduktiva hälsa ska stärkas. UM erbjuder individuell rådgivning, utredning, behandling, gruppaktiviteter och utåtriktad verksamhet. Många skolor tar hjälp av UM för att komplettera utbildningen kring sex och relationer (Thoméé m.fl, 2016). SRHR täcker hela livscykeln. Alla har rätt att ha tillgång till kunskap och rådgivning om sexualitet och reproduktion, tillgång till skydd mot könssjukdomar, preventivmedel och säker abort (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, 2018). Barn och ungdomar har rätt till delaktighet i alla frågor som rör deras eget liv och detta har erkänts i barnkonventionen. Länder som är anslutna till konventionen måste, med hänsyn till principerna garantera att barn och ungdomar inkluderas i frågor som rör deras åsikter och frågor. Metoder för att involvera ungdomars deltagande i utbildning som rör SRHR behövs. Deltagandet bör prioriteras och utvärderas (Villa-Torres & Svanemyr, 2015). Många ungdomar anser sig dock ha otillräcklig utbildning i frågor som rör SRHR. Det förebyggande arbetet kring SRHR bland unga behöver utvecklas och förbättras och samverkan mellan olika aktörer rekommenderas av WHO för att främja ungdomars sexuella och reproduktiv hälsa (Kånåhols, Magnusson & Alehagen, 2011). UM arbetar utifrån mänskliga rättigheter och är en verksamhet som har ett tydligt SRHR-perspektiv (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, 2018).

Ungdomars sexualitet

I Sverige finns det traditionellt en tillåtande inställning till ungdomars sexuella liv. I samhället har det byggts upp sex- och samlevnadsundervisning i skolan, på ungdomsmottagningar och tillgänglighet till preventivmedel. Detta för att ungdomar ska kunna påbörja sitt sexuella liv så tryggt som möjligt (Lundgren & Löfgren-Mårtenson, 2010). Det finns inget universellt sätt att förstå ungdomars sexualitet. Praktiken ändras över tid och ändras beroende på kulturella och sociala relationer som ungdomen ingår i. Sociala regler som finns i samhället i stort men även i den aktuella situationen spelar roll för hur sex förstås och praktiseras. Processen från barn till sexuellt aktiv ungdom är komplicerad. Bristen på livserfarenhet gör ungdomen känslig för omgivningen påtryckningar. Processen kan beskrivas som en fas av förvirring och sökande (Häggström-Nordin & Magnusson, 2016). Processen att gå från barn till ungdom och senare till vuxen påverkas av i vilken kontext den unge växt upp (Villa-Torres & Svanemyr, 2015). Boislard m.fl (2016) har i en review granskat litteratur som berör sexualiteten i tonår och ung vuxen ålder, både i och utanför kärleksrelationer. De senaste två decennierna har man alltmer insett att utforskandet av intima relationer och sexuella relationer under tonåren inte i sig är

riskabelt. De positiva aspekterna man sett i studier var bland annat en ökad kroppskänedom, en känsla av att ha rätt till sexuell njutning och reflektion över sin egen sexualitet ökade signifikant hos unga kvinnor i samband med sexuella upplevelser. Hos unga män sågs en positivare kroppsuppfattning efter deras sexdebut. Ungdomars sexuella hälsa är förknippad med större välbefinnande i ungdomen och senare i vuxen ålder. Omfattande sexualundervisning kan effektivt främja ansvarsfulla sexuella relationer hos unga. Sexualundervisningen bör fokusera på att främja sexuell hälsa och förebygga sexuella risker. Historiska förändringar har skett i förväntningar på sexualitet mellan könen. Men studier visar fortfarande att den sexuella dubbelmoralen kvarstår. Strängare sociala normer kvarstår för den kvinnliga sexualiteten, vilket uppmuntrar flickor att avstå från sex. Medan pojkar i allmänhet ges mer sexuell frihet. Det finns också skillnader då det gäller känslor mellan könen vid sexuell aktivitet. Pojkar kände mer stolthet efter sex, medan flickor kände sig mer smutsiga och skamfyllda (Boislard m.fl, 2016). Människor följer ”script” (manus) när de har sex, dessa formas av sociala och kulturella normer kring sexualitet. Innan ungdomen har egna sexuella erfarenheter har de övergripande scripten stor inverkan på förväntningar och föreställningar om sexuell praktik. Unga kommer i kontakt med sex via media som tv, internet och pornografi, men också via sexualundervisningen i skolan, på ungdomsmottagningen eller av andra vuxna och/eller jämnåriga. Dessa olika, många gånger, motstridiga presentationer av sexuella script har betydelse för hur unga kommer till rätta med sitt eget sexuella script. Formandet av en sexuell praktik präglas i början av att de unga testar sig fram. I ljuset av den maktskeva könsordningen är det många unga kvinnor som har svårt att forma sitt eget sexuella script (Hägström-Nordin & Magnusson, 2016).

Barnmorskans arbete

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa ett självständigt kompetensområde för barnmorskor. I reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa ingår kunskap om hälsofrämjande insatser, förebyggande hälso- och sjukvård samt vårdande och behandlande arbete. Sexuell och reproduktiv hälsa påverkar varje människas personliga relationer och sexuella aktiviteter under hela livet. Barnmorskan arbetar förebyggande genom att hindra uppkomst av sjukdomar och skador samt fysiska, psykiska och sociala problem som kan bidra till ohälsa. Detta innebär också att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker (Svenska barnmorskeförbundet, 2019). Det ingår också i professionens etiska kod att barnmorskor agerar som goda förebilder i hälsouppllysning och friskvård för kvinnor i alla faser av livet (Den internationella etiska koden för barnmorskor, 2020).

Arbete på ungdomsmottagning

Sverige är ett av få länder som har ungdomsmottagningar i sitt hälso- och sjukvårdssystem. Ungdomsmottagningen (UM) har positiv inverkan på ungdomars hälsa genom hälsofrämjande arbete med en helhetssyn på ungdomarna. Hälso- och sjukvård för ungdomar är ofta ett eftersatt område som saknar tydliga riktlinjer (Thomèe m.fl, 2016). Barnmorskan på UM arbetar inom området sexuell och reproduktiv hälsa i ett genus- och livscykelperspektiv,

vilket innebär att ha kunskap om faktorer som påverkar hälsa, sexualitet och samlevnad. Barnmorskans roll innebär att informera och förmedla kunskap om, samt förskriva och administrera preventivmedel utifrån den unges hälso- och livssituation, att vara uppdaterad inom området antikonception. Det innebär också att barnmorskan är uppdaterad i medicinska frågor som rör området SRHR. Till barnmorskans uppgifter hör också att utföra undersökningar, provtagningar och viss STI-diagnostik samt göra bedömningar vid gynekologiska, andrologiska och sexologiska frågeställningar (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, 2018). Den första ungdomsmottagningen startade 1970 med syfte att främja fysisk och psykisk hälsa med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa samt rättigheter bland unga (Kånåhols, Magnusson & Alehagen, 2011, Thomée m.fl, 2016) och har numera expanderat till drygt 250 mottagningar runt om i landet (Thomée m.fl, 2016). Lättillgängliga mottagningar som anpassas efter ungdomars specifika behov är en förutsättning för ett framgångsrikt arbete för att främja och förebygga ohälsa (Häggström-Nordin & Magnusson, 2016). Särskilt fokus ska ligga på ett hälsofrämjande arbete av sexuell och reproduktiv hälsa (Thomée m.fl, 2016). Hälsoproblem hos ungdomar kan till stor del förebyggas. Förebyggande hälsovård samt tillgänglig vård är viktiga delar (Tylee m.fl, 2007). Det är av stor vikt att de som jobbar på UM känner till ungdomarnas värld, vilka miljöer de vistas i och vilka problem som kan uppstå. Ungdomar har generellt stort förtroende för personalen på UM och berättar mycket vilket ger en ständig inblick i hur det är att vara ung (Häggström-Nordin & Magnusson, 2016). Målgruppen är ungdomar och unga vuxna från 12 till 25 år med viss variation mellan olika regioner (Kånåhols, Magnusson & Alehagen, 2011, Thomée m.fl, 2016).

Vulvasmärta

Inom begreppet vulvasmärta förekommer flera olika diagnoser och olika begrepp. Det blir lätt förvirring då vissa begrepp ibland betyder samma sak. I detta arbete används samlingsnamnet vulvasmärta. De vanligaste diagnoserna, vulvodyni (tidigare benämning vestibulit) och vaginism beskrivs kortfattat.

Vulvasmärta kan delas in i smärta som har en specifik orsak till exempel infektion *eller* smärta i minst tre månader utan specifik orsak – vulvodyni. Vulvodyni kan i sin tur vara provocerad eller spontan, lokaliserad eller generaliserad, primär eller sekundär. Smärtan kan förvärras av spänningar i bäckenbottenmuskulaturen, vaginism (Bergeron m.fl, 2020).

Förekomst

Kvinnor som söker för vulvovaginala symtom utgör en stor del av besöken inom olika instanser av öppenvård i Sverige. Under de sista åren har ungdomsmottagningar spelat en viktig roll i omhändertagandet av unga kvinnor med vulvasmärter (SFOG, 2013).

Vulvasmärta är vanligast hos yngre kvinnor (Rosendahl m.fl, 2022, Mitchell m.fl, 2017, Bergeron m.fl, 2020). Svenska studier visar att upp till 50 procent av unga kvinnor har

vulvasmärta och problem i samband med samlag (Elmerstig, 2013). Socialstyrelsen gjorde 2018 en kartläggning av diagnoskoden för vestibulit (N76.3) under 2001 – 2016. I rapporten kan man utläsa att antalet förstavårdskontakter fördubblats mellan 2001 – 2016 (SBU, 2021). En förklaring kan vara att kvinnor idag har en ökad medvetenhet om vulvasjukdomar och mer lättillgänglig information på internet och i sociala medier (Rosendahl, 2022). Troligtvis finns också en underrapportering då till exempel ungdomsmottagningar inte använder diagnoskoder (SBU, 2021). Många lider också i det tysta utan att söka vård (Bergeron m.fl, 2020).

Orsaker

Vulvasmärter kan orsakas av en störd sexuell funktion såsom nedsatt lust, lubrikation och erektion (Bergeron m.fl, 2020, Mitchell m.fl, 2017). Enligt Gómez m.fl (2019) kan många faktorer ligga bakom vulvasmärter. Det kan vara olika infektioner som till exempel candidainfektion, hudsjukdomar, till exempel lichen, olika smärttillstånd i urinvägar och andra smärttillstånd så som fibromyalgi. Smärtan kan ibland triggas av trånga kläder eller genom aktiviteter så som cykling och ridning (Bergeron m.fl, 2020). Tidigare smärtsamma undersökningar kan finnas i anamnesen. Psykologiska faktorer kan vara smärträdsla eller överdriven vaksamhet mot smärta (Rosendahl m.fl, 2022). Förväntningar på och normer kring sex kan vara en orsak. En systematisk review och metaetnografi av kvinnors upplevelse av att leva med vulvodyni visade att många kvinnor ansåg att det inte var riktigt sex om det inte hade varit ett samlag. Kvinnor såg det som sin plikt att tillfredsställa mannen och de prioriterade mannens njutning framför sina egna behov av smärtfritt sex (Shallcross, 2018). En case control studie med drygt 400 deltagare visade att rikliga och smärtsamma menstruationer i unga år var vanligt bland kvinnor med vulvasmärta (Estibeirol m.fl, 2022). Klann m.fl (2019) visade i en studie med drygt 400 deltagare att kvinnor som bar tajta jeans och rakade vulva hade en ökad risk för att utveckla vulvasmärta. Kvinnor med vulvasmärta visar oftare tecken på kronisk stress. Detta har studerats genom att mäta kortisol i saliv samt genom självrapporterade stressrelaterade symtom (Ehrström m.fl, 2009). Idag föreslås ett biopsykosocialt perspektiv för att förklara orsakerna bakom vulvasmärta (Bergeron m.fl, 2020, Rosendahl m.fl, 2022). Trots forskning som bedrivits kring vulvasmärter är fortfarande kunskap kring bakomliggande orsaker och behandlingsmetoder låg. Det finns stora kunskapsglapp kring vulvasmärter (Bergeron m.fl, 2020). Ingen enskild orsak har identifierats för vulvasmärter men det anses vara multifaktoriell. Med största sannolikhet kan ett stort antal triggers utlösa smärtan och om den inte tas om hand kan ett kroniskt smärttillstånd utvecklas (Bohm-Starke. N, 2010).

Vulvodyni

Vulvodyni definieras som vulvasmärta under minst tre månaders tid som saknar uppenbar orsak med potentiella associerade faktorer (Bergeron, 2020, Bohm-Starke, 2010). Vulvodyni är en komplex sjukdom som är svår att både diagnostisera och behandla (Clare, 2011). Provocerad vulvodyni är förmodligen den vanligaste formen av vulvasmärta med en

prevalens upp till 8 procent hos cis-kvinnor (Bergeron, 2020, Bohm-Starke. N, 2010). Lokaliserad provocerad vulvodyni, är ett smärttillstånd i slidöppningen. Detta smärttillstånd är vanligast i 20–30-årsåldern, men kan förekomma i alla åldrar. Trots att det är ett vanligt tillstånd är det endast ca 60 procent av kvinnorna som söker hjälp och av dessa är det ca 40 procent som aldrig får en adekvat diagnos. I vissa fall kan det upptäckas och diagnostiseras i unga år. Tidig diagnos och behandling kan motverka fysiska och psykiska följsjukdomar (Elmerstig, 2008, Clare & Yeh, 2011).

Vaginism

Vaginism (slidkramp) innebär att slidan, vid försök till penetration mer eller mindre stängs av en krampliknande reflex av bäckenbottenmuskulaturen, eller att denna står sammandragen under en längre tid. Det kan vara allt från en lätt kontraktion, som medför trånghets känsla och/eller obehag i samband med penetration (partiell vaginism), till en kraftig kontraktion som omöjliggör penetration (total vaginism). Vaginism kan vara primär, finnas från första penetrationsförsöket eller sekundär, uppstå efter en tids fungerande penetration (Pacik, 2014). Vaginism är sannolikt en försvarsmekanism i den situation där den uppstår. Slidan stängs reflexmässigt då kvinnan upplever rädsla eller smärta (SFOG, 2013).

Symtom

Det klassiska symtomet vid vulvodyni är en brännande, svidande och mycket intensiv smärta vid eller vid försök till penetration (Clare & Yeh, 2011). Ibland kan smärtan sitta i även efter försök till samlag eller tamponganvändning. De flesta beskriver smärtan som tydligast i det bakre området av vestibulum. Smärtan kan förvärras av spänningar i bäckenbottenmuskulaturen, vaginism, som ofta är en konsekvens av upprepade smärtfyllda upplevelser kopplat till penetration och/eller beröring av vulva (Bohm-Starke. N, 2010). Många får sina första symtom i samband med att de ska börja använda tampong eller vid samlagsdebut (Elmerstig & Thomtén, 2016, Clare & Yeh, 2011). Vaginism kännetecknas av en krampliknande reflex av bäckenbottenmuskulaturen. Det kan kännas trångt vid försök till penetration. Det kan även ge upphov till mer eller mindre ständiga besvär med sveda, klåda eller smärta i vulva (Bohm-Starke. N, 2010).

Diagnossättning

För att ställa diagnos krävs en adekvat anamnes kring gynekologiska och övriga medicinska faktorer liksom sexuell och psykosocial hälsa, inklusive en noggrann beskrivning av var, när och hur smärtan uppkom. En strukturerad gynekologisk undersökning görs i samråd med patienten (SFOG, 2013). Syftet med undersökningen är att utesluta fysiologisk/pathologisk orsak till smärtan och att påvisa vaginism och/eller lokalt provocerad vulvodyni (LPV). Undersökningstillfället ger också möjlighet att undervisa och informera om anatomi och fysiologi. På ungdomsmottagningarna i Västra Götalandsregionen ställer barnmorska, kurator

eller sjuksköterska diagnosen Dyspareuni (N94.1) sedan början av 2023. Läkare ställer diagnos LPV (N76.3) eller Vaginism (N94.2). Så snart diagnosen LPV och/eller vaginism är konstaterad sätter alla personalkategorier denna diagnos då de möter personen på grund av den besöksorsaken (Vgregion, 2021).

Konsekvenser, fysiska, psykiska och sociala

Vid negativa erfarenheter så som upprepade smärtor vid samlag utvecklas ofta en spänning i bäckenbottenmuskulaturen. Detta kan leda till nedsatt lust, reflektorisk vid smärta men även vid rädsla för ny smärta. Denna spänning i bäckenbottenmuskulaturen förvärrar ofta problemet (Elmerstig & Thomtén, 2016). Vulvasmärta har ofta likheter med andra smärttillstånd i kroppen. Det som skiljer är att vulvasmärtan uppstår i en intim interpersonell kontext och påverkar inte bara sexualiteten utan även den psykiska hälsan samt relationer med partners (Bergeron, 2020). För många med vulvasmärta kan den känslomässiga effekten ge en pålagring av smärtan. Många känner en frustration eller sorg över att inte bli trodda. Det kan leda till lägre självkänsla, skuld- och skamkänslor och en känsla av att vara otillräcklig som partner (Kaplan Sturk, 2022). Kvinnor med vulvasmärta har ofta andra sexuella problem som torrhet i vagina, ångest i samband med sex, nedsatt lust eller problem i relationen. Det finns också en koppling till psykisk ohälsa och depressiva symtom (Mitchell m.fl, 2021). Flera kvinnor beskriver hur de känner sig mindre feminina och attraktiva då de inte kan utföra ett samlag (Shallcross, 2018). Det är vanligt att kvinnor inte vågar prata om sina problem, de känner sig generade och skamfyllda. De känner sig ofta ensamma med sina problem och förringade av vården (Shallcross, 2018). Att leva med vulvasmärta kan även vara en ekonomisk belastning till följd av höga kostnader för sjukvård samt minskad studie- och arbetskapacitet på grund av smärta (Bergeron, 2020).

Behandling

Kvinnor med vulvasmärta söker olika professioner inom sjukvården. Kvinnorna får olika råd och behandlingar för sina besvär och flera av dessa råd och behandlingar saknar evidens (Mitchell m.fl, 2017). Trots att patienter med vulvasjukdomar är mycket vanliga finns det fortfarande begränsade resurser och kunskaper på många ställen för att ta hand om dessa patienter på ett adekvat sätt (Bergeron, 2020). Personal som möter dessa patienter behöver ha kunskap om de olika tillstånden. Förutom att ställa en korrekt diagnos behöver de kunna erbjuda basbehandling med fokus på tre delar; den smärtekänsliga slemhinnan, bäckenbottenavslappning och samtalsstöd kring psyko sexuell hälsa. De olika delarna behöver erbjudas efter patientens behov, och kan behöva utföras parallellt (Bergeron m.fl, 2020).

Uppdragsbeskrivning av vulvateam Fyrbodal

En begynnande vulvasmärta kan ofta avhjälpas med pedagogiska samtal om sexualfysiologi och konkret sexuell praktik. Målsättningen är att all personal på ungdomsmottagningarna i Västra götalandregionen ska ha den kompetensen. På vilket sätt och i vilken omfattning behandlingen av mer komplex vulvasmärta kan ske beror på arbetsgruppens sammansättning, erfarenhet och kompetensnivå (Vgregion, 2021). Hösten 2021 startades en tvärprofessionell arbetsgrupp på ungdomsmottagningarna i Fyrbodal. Syftet var att öka möjligheten till tidig upptäckt av vulvodyni/vulvasmärta samt erbjuda aktuell patientgrupp adekvata insatser inom ramen för ungdomsmottagningens uppdrag oavsett vilken ungdomsmottagning i området de söker och därmed öka möjligheten till jämlik vård. Under 2021 har en regionövergripande riktlinje för Ungdomsmottagningarna i VGR gällande vulvodyni fastställts, likaså har processflöden kopplade till ämnet framtagits för att ge stöd till verksamheten i arbetet kring vulvodyni. För att uppnå detta krävs implementering av riktlinjen och processflödena, samt organisering av verksamhetens arbete gällande vulvodyni på ett resurseffektivt sätt. I gruppen ingår barnmorskor, kuratorer, gynekolog, enhetschefer samt verksamhetsutvecklare (uppdragsbeskrivning vulvodyni, bilaga 4). Då vulvateamet startade hösten 2021 identifierades ett behov av att arbeta mer förebyggande, men ingen tidigare forskning fanns kring hur barnmorskor på ungdomsmottagningen kan arbeta förebyggande.

Problemformulering

Vulvasmärta är komplext då det är ett tillstånd som både är svårt att diagnostisera och behandla. Mycket fokus läggs idag på tidig upptäckt och adekvat behandling för att förhindra långvariga problem. Inom ramen för barnmorskans arbete på ungdomsmottagningen ligger förebyggande arbete i form av bland annat utåtriktad verksamhet. Då vulvateamet startade hösten 2021 identifierades ett behov av att arbeta mer förebyggande och ett behov sågs att utföra denna studie. Det saknas idag evidens kring hur barnmorskor på ungdomsmottagningen kan arbeta förebyggande.

Syfte

Syftet var att undersöka barnmorskors erfarenhet av förebyggande arbete mot vulvasmärta på ungdomsmottagning samt undersöka möjliga förbättringsåtgärder.

Metod

Studiedesign

Kvalitativ metod med fokusgruppsintervjuer.

Kontext

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes på tre ungdomsmottagningar i västra Sverige i februari 2023. Intervjuerna genomfördes i avskild lokal på respektive mottagning.

Urval

Totalt åtta barnmorskor deltog i de tre fokusgruppsintervjuerna. Fokusgrupperna bestod av tre, tre och två deltagare. Deltagarna var barnmorskor anställda på ungdomsmottagningar i västra Sverige där samtliga har erfarenhet av att arbeta med vulvasmärter och valdes ut med hjälp av bekvämlighetsurval (Nyrén m.fl, 2018). Deltagarna kontaktades via e-mail med förfrågan om medverkan i studien. I samband med intervjuerna fick deltagarna skriftlig information gällande samtycke, sekretess samt information kring studien. Två tilltänkta deltagare deltog ej på grund av sjukdom. Deltagarna var i genomsnitt 50 år och hade arbetat på ungdomsmottagning i genomsnitt 11 år. Två av deltagarna ingick i det vulvateam som finns på mottagningarna. Samtliga deltagare hade vidareutbildning i sexologi, i genomsnitt 27 hp, fem deltagare hade vidareutbildning i andrologi i genomsnitt 7,5 hp, fyra av deltagarna hade vidareutbildning i motiverande samtal, sex deltagare hade erfarenhet av förlossningsvård, fyra deltagare hade erfarenhet av BB-vård, en deltagare hade erfarenhet som skolsköterska och två deltagare hade erfarenhet av arbete på gynekologisk mottagning och avdelning.

Datainsamling

Kvalitativ fokusgruppsintervju

Sammanlagt genomfördes tre fokusgruppsintervjuer. Intervjuerna strukturerades enligt en intervjuguide, se bilaga 1 och spelades in med hjälp av bandspelare som lånats på institutionen. Intervjuerna varade i snitt 43 minuter. Samtliga intervjuer transkriberades därefter ordagrant.

Dataanalys

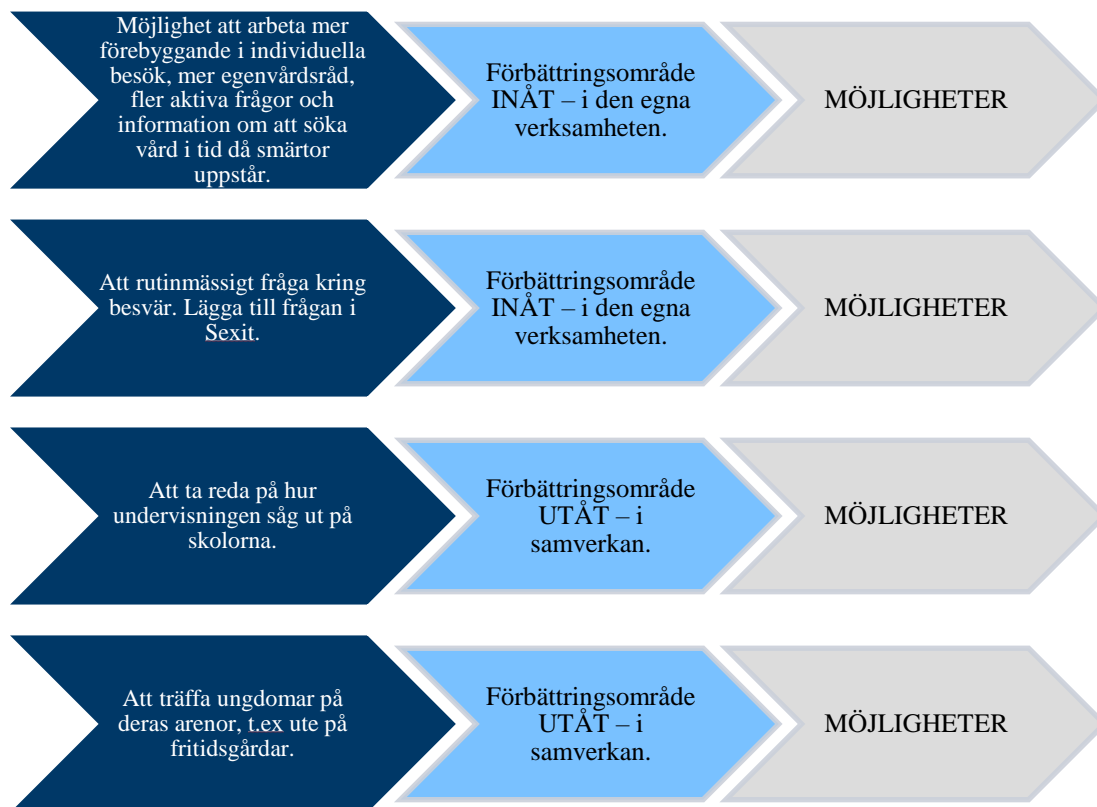
Innehållsanalys

Syfte, frågeställningar och datainsamling styrde valet av analysmetod. Innehållsanalys är en flexibel metod utan enkla riktlinjer för dataanalys, vilket kan vara utmanande. Med hjälp av metoden kan olika fenomen skildras genom att ge en bred beskrivning av data kondenserad i kategorier på ett systematiskt och objektiva sätt. Resultatet av analysen blir begrepp eller kategorier som beskriver fenomenet (Elo & Kyngäs, 2008). I detta arbete var syftet att undersöka barnmorskors erfarenheter av och visioner om att arbeta förebyggande mot vulvasmärta på ungdomsmottagning. En induktiv ansats valdes (Elo & Kyngäs, 2008) då förebyggande arbete av vulvasmärta är ett utforskat område (Kaplan Sturk, 2022).

Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Initialt i analysprocessen genomlästes

texten i sin helhet flera gånger med syftet att fördjupa sig i insamlade data. Därefter hittades enheter som kodades och grupperades. Efter grupperingen kategoriserades enheterna i subkategorier. Utifrån subkategorierna skapades huvudkategorier, se exempel i modell 1. Genom tolkning av data beslutades vad som skulle läggas i samma kategori (Elo & Kyngäs, 2008). Materialet analyserades av en person men diskuterades med handledare vid flera tillfällen samt medstudenter vid ett tillfälle. Processen gick växelvis mellan text och analys. Intervjuerna genomlästes i sin helhet vid upprepade tillfällen under analysprocessen. Exempel från analysprocessen visas i modell nedan.

Modell 1. Exempel analysprocess.



Etiska överväganden

Informerat samtycke

Med informerat samtycke avses hela processen från det att en deltagare informeras till att deltagaren bestämmer sig för att samtycka till det saken gäller till exempel medverkan i forskningsstudie. Informerat samtycke består av en informationskomponent och en samtyckeskomponent (Nyrén m.fl, 2018).

Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte, metod och ansvarig handledare för studien. Deltagarna fick även information om att medverkan i studien var frivillig och att de när de ville kunde avbryta sin medverkan utan att behöva ange orsak, se bilaga 2.

Respektive enhetschef lämnade sitt samtycke till att intervjuerna genomfördes via mejl. I mejlet bifogades information från institutionen, se bilaga 3.

Deltagarna gav muntligt samtycke till medverkan.

Konfidentialitetskravet

Med konfidentialitet menas att det som sägs inte kommer att föras vidare och ingen skall kunna få reda på vem som sagt eller gjort vad (Trost, 2010).

Löfte om konfidentialitet gavs till deltagarna. Under intervjuernas inspelning, transkribering och utskrift användes kodnamn/siffror för att undvika exponering av deltagarnas identitet. Allt datamaterial, det vill säga inspelningar, transkriberade texter och kodlistor förvarades på ett säkert sätt med lösenord under studiens tid och kommer att destruerats vid studiens avslut.

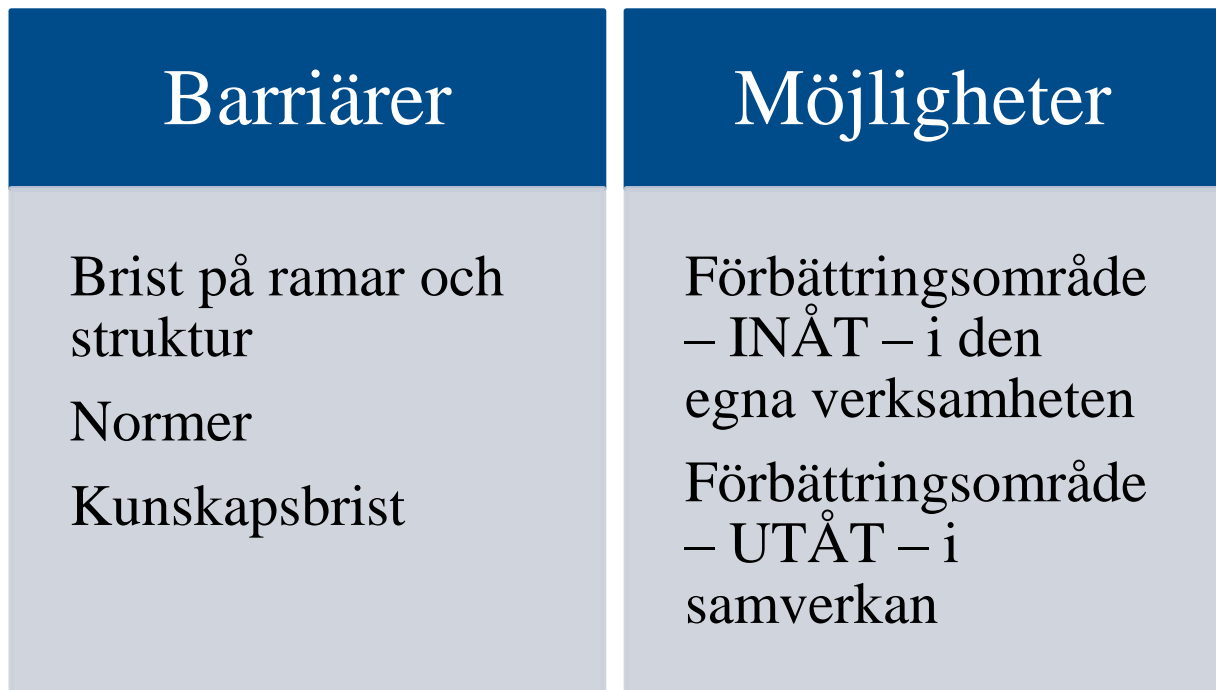
Nyttjandekravet

Nyttjandekravet innebär att uppgifter som samlats in endast får för forskningen ändamål (Trost, 2010).

Insamlade uppgifter lämnas ej vidare till obehöriga utan använts endast för denna studie. Examensarbetet är ett s.k. Utvecklingsarbete inom verksamheten och verksamhetschefen har gett sitt skriftliga medgivande till studien. Etiskt godkännande har sökts från institutionens etiska råd.

Resultat

Analysen resulterade i två huvudkategorier, barriärer och möjligheter. Citat från fokusgrupperna (fg) samt från vilken deltagare (d) citatet kommer ifrån markeras med numret inom parentes. Dessa två huvudkategorier fångar barnmorskornas erfarenhet av det dagliga arbetet med vulvasmärtor på ungdomsmottagning, vilka barriärer och möjligheter de ser för att arbeta mer förebyggande mot vulvasmärtor. Huvudkategorier med underkategorier presenteras i modell nedan.



Modell 2. Resultat, huvudkategorier, underkategorier.

Barriärer

Barnmorskorna kände frustration över situationen där vulvasmärtor tycktes eskalera och det fanns svårigheter att arbeta förebyggande på ett bra sätt. Barnmorskorna beskriver ett förebyggande arbete, men det görs omedvetet, ostrukturerat och dokumenteras oftast inte.

Brist på ramar och struktur

Det upplevdes initialt svårt att svara på frågan ”hur arbetar ni idag förebyggande mot vulvasmärtor”. Efter den inledande frågan blev det tyst, men allt eftersom beskrevs olika förebyggande arbetssätt. Det blev tydligt att arbetet skedde omedvetet. Det var något som

arbetades med i det tysta och upplevelsen var att arbetet inte synliggjordes eller dokumenterades.

”mmm jag tänker att det är inte alltid så att vi tänker: å nu förebygger vi vulvasmärter när vi står och pratar om det här”. (fg 1, d. 2)

Mycket arbete sågs som självklart. Genom sin erfarenhet gick mycket arbete på ren rutin. Barnmorskorna gav mycket egenvårdsråd i samband med besöken. De egenvårdsråd som gavs var hur vulva ska tvättas, vilka produkter som rekommenderas, att inte använda för mycket olika produkter, inte tvätta för ofta, att använda trosor i bomull, undvika stringtrosor, undvika trosskydd, att inte raka vulva och vad som kan ge obalans i vaginalfloran så som sperma och blödningar. Men också *hur* produkterna användes var råd som gavs till ungdomarna.

”Och det är ju också hur dom använder, att man faktiskt också frågar -HUR använder du den (tvålen)? För det skrubbas ju hej vilt... liksom... upp in i slida å ehh såna saker...” (fg.2, d. 4)

Det fanns osäkerhet hos barnmorskorna kring alla de råd och produkter som rekommenderades och det var lite upp till var och en barnmorska vilka råd som gavs. Det låg på den enskilda barnmorskans intresse att söka information. Det var viktigt att inte ge generella råd, utan att individanpassa. Vissa råd såg man inte gällde alla. Många klarade till exempel rakning utan att få några besvär.

”Jag läste en artikel här för ett tag sedan, eller ganska nyss, om det här med stringtrosors vara eller icke vara. Finns inga belägg på att stringtrosor gör det värre liksom”. (fg. 2, d. 2).

Det fanns inget strukturerat arbetssätt under de individuella besöken. Beroende på vilken barnmorska ungdomen mötte såg innehållet olika ut. Under besöken ställde vissa barnmorskor direkta frågor kring vulvabesvär, hur sexlivet fungerade och frågor kring egenvård. Vissa kände sig bekväma med att ställa frågorna och tyckte att det gick lättare och lättare ju mer erfarenhet de fick. Andra upplevde att de var dåliga på att fråga om de inte direkt sökte för besvär. Barnmorskorna ville inte skrämmas eller prata negativt kring sex.

”Ofta lyfter man ju det när det blivit ett problem... och börjar förklara och rita. Jaa... det kanske man ska göra mer? Fast det känns också oinbjudet att bara...” (fg.1, d. 3)

Studiebesöken av klasser som skedde på mottagningen beskrevs som strukturerade och det fanns vissa ramar att följa. Under andra besök i grupper som till exempel på skolor och fritidsgårdar fanns mer utrymme att forma eget material. Under gruppbesöken gavs information om njutningsfullt, bra sex och hur kroppen fungerar, det sexuella gensvaret,

onani, normer, samtycke och förväntningar på sex. Även porr var något som diskuterades med ungdomarna.

”Vi har ju all möjlighet, vi formar ju vårt egna material liksom”. (fg. 1, d. 1).

Barnmorskorna tyckte det var svårare att få tid till utåtriktat arbete på de större mottagningarna där flera skolor fanns i området. Det fanns ingen gemensam struktur kring hur samarbetet skulle ske. På mindre mottagningar där det endast fanns en skola och en fritidsgård var det lättare att nå ut till alla med information.

” alltså det är SVÅRARE, ett annat hinder är ju att det är större här! Vart jobbar vi förebyggande i XXX (större stad) liksom? Vilken fritidsgård? Vilket forum?! (fg.1, d. 2)

Mycket fokus upplevdes läggas på vulvpatienter med redan långvariga besvär och resurser togs från det förebyggande arbetet. Flera barnmorskor arbetade mer med de som redan hade problem. Det fanns också en känsla av att det satsas på olika saker under en period för att sedan låta det rinna ut i sanden. Det fanns en önskan om att satsa på mer förebyggande arbete över tid men det utåtriktade arbetet hade en tendens att prioriteras bort.

”Man önskar att man fick komma ut i skolorna och prata. Eller var vi nu skulle tänka oss. Vi har ju viss procent förebyggande och utåtriktat som vi ska göra. Och om man hade lagt alla dom resurser på det kanske i stället? Eller delat? Jag vet inte...” (fg.2, d. 6)

Barnmorskorna såg att andra men också de själva skapade problem som de sedan måste lösa. De motarbetade ibland sig själva genom att till exempel ge preventivmedel som påverkar slemhinnan. Det var en svår avvägning då barnmorskorna samtidigt ville arbeta förebyggande mot graviditeter och att det fanns rekommenderade preventivmedel utifrån andra aspekter som till exempel blodproppsrisk.

”alltså... vi motarbetar det redan från början med preventivmedel till exempel... vi har Prionelle som första alternativ, eller hur? När dom kommer och är unga. Å så kanske dom har dom i flera år. I många år. Då vet vi, det är det vi byter sen när de har problem... där gräver vi ju en grop åt dom egentligen. Utifrån det då. Det är ju lite... alltså vi skapar ett problem som vi sedan måste hitta en lösning på. Jag vet inte? (fg. 3, d. 7)

Normer

Normer skapade genom sociala medier pratades det mycket om under intervjuerna och sågs som ett stort hinder för att nå ungdomarna. Normer som visades i porren, hur man förväntades se ut och vara, hur man ska lukta och att man som tjej förväntades ställa upp på sex på killens villkor.

”Man blir ju orolig när man tänker att det är 2023 och det fortfarande finns en föreställning om att tjejer ska ställa upp på sex för killens skull”. (fg.2, d. 1)

Det fanns en del normer kring hur kön ska se ut och lukta. Många ungdomar använde produkter och underkläder som inte ingick i de råd som barnmorskorna gav. Barnmorskorna gav ofta råd som de trodde skulle förhindra att smärta uppstod. Men det var svårt för ungdomarna att bryta mot normen och faktiskt ta till sig råden de fick.

”.. säg vad du vill, men ta inte mina stringtrosor...” (fg. 1, d. 3)

Barnmorskorna berättade att det fanns ett ojämnt bemötande av killar respektive tjejer på mottagningarna. Tjejer fick acceptera att barnmorskan frågade om det mesta och förväntades stanna kvar och ta emot information. Medan killarna i större utsträckning kunde komma förbi, hämta kondomer eller testa sig utan ytterligare frågor. Det fanns en frustration över att killarna gjordes en otjänst genom att inte bli bemötta på samma sätt som tjejerna och inte förväntades ta samma ansvar för den gemensamma sexuella hälsan. En jämförelse gjordes då tjejer kom för att hämta akutp-piller. De behövde komma in, svara på frågor, erbjudas test för könssjukdomar och tid för preventivmedelsrådgivning. De fick också alltid frågan om det varit frivilligt sex. Killarna som hämtar kondomer får oftast endast information om de olika kondomerna, ibland dokumenteras besöket, men långt ifrån alltid.

” Men tjejerna ska ta att vi pratar om det? Dom ska ta att vi är inne i minsta och petar... och frågar... men killarna... ska bara få lite kondomer i farten... där är vi nog dåliga och svårt att nå dem”. (fg.1, d. 1)

Det fanns en del krokar gällande kulturella faktorer och normer. Vissa ungdomar var svåra att nå då de inte ansåg sig behöva informationen, eller inte fick ta till sig informationen för sina vårdnadshavare. Det hände att ungdomar med invandrarbakgrund lämnade rummet då det blev för jobbigt för dem.

Jag tänker också på det här med kulturer. Att dom som tycker det är haram att prata om det här också, att dom är väldigt svåra att nå. Som inte vill lyssna på det. Eller verkligen behöver också liksom. Å även om dom vill så kan dom inte erkänna att dom vill”. (fg.1, d. 3)

Kunskapsbrist

Ungdomsmottagningen upplevdes ensamma om uppdraget att arbeta med sexuell hälsa och förebyggande av vulvasmärta. Det fanns en otydlighet kring vem som ansvarade för detta. Barnmorskorna tyckte det var viktigt att alla tog ett gemensamt ansvar för det förebyggande arbetet.

”... jag tänker också att det är en samhällsfråga... det ligger ju inte på oss, på ungdomsmottagningen att prata om. Alltså om penetrationsnormen eller måste man ställa upp på sex. Samtycket... ja att det måste samhället ta ansvar för...” (fg.2, d. 6)

Det fanns en okunskap bland barnmorskorna kring vad vårdgrannar, skolor och vårdnadshavare gjorde för att förebygga, inte bara vulvasmärter, utan för att främja sexuell hälsa hos ungdomarna. Vilken information de fick, i vilken omfattning och i vilka åldrar. Det fanns också vårdnadshavare som inte hade relevant kunskap att förmedla till sina barn och ungdomar.

”Jag tänker att det är många som faktiskt inte har någon vuxen hemma som faktiskt berättar hur man ska tvätta, man har ju suttit när dom var små och berättat hur dom ska borsta tänderna å sånt där men... hur man ska tvätta sig är ingen som berättar. (fg.2, d. 4)

Stor del av de dagliga besöken bestod av olika vulvaproblem. Många ungdomar sökte för underlivsproblem och var osäkra på sina kroppsfunktioner gällande till exempel flytningar. Då barnmorskorna träffade dessa patienter passade de på att undervisa kring anatomi och fysiologi. De barnmorskor med lite längre erfarenhet tyckte att de ungdomar som frågade efter gyn undersökning bara för att se att allt såg bra ut blev allt färre, medan de som sökte för besvär ökade.

”Vi sitter ju väldigt ofta med de underlivsproblemen, det är ju en stor del av våra tidböcker. Misstänkt svamp eller misstänkt bakteriell vaginos...” (fg.1, d. 1)

Många ungdomar förväntade sig en enkel och snabb lösning vid olika vulvabesvär. De sökte hjälp på olika ställen och problemet genomsyrades av både snabba och felaktiga lösningar. Det fanns en frustration bland barnmorskorna över den okunskap som fanns och över de felaktiga råd som ungdomarna fick. Ungdomsmottagningen fick sedan hjälpa till med de konsekvenser som uppstått. Det var vanligt att ungdomarna själva inte ville göra någonting åt problemet, utan förväntade sig att barnmorskan skulle bota dem. Det fanns en förståelse för att det inte var lätt för ungdomar att hitta rätt och bra produkter. Det är ett ständigt reklamflöde och apotekets hyllor är välfyllda. Många ungdomar trodde de gjort ett bra val och det var ibland svårt att övertyga dem om motsatsen.

”Det här med tvätta och krämer å allt som dom rekommenderar. A jag var på apoteket och fick den här rekommenderad liksom.. suck...” (fg.1, d.4)

Även bland läkare fanns okunskap gällande svampinfektioner och hur de behandlas på ett bra sätt för att förebygga vulvasmärter. Det var inte ovanligt att flertalet lokala svampbehandlingar eller antibiotikakurer mot urinvägsinfektion ordinerats utan att träffa

patienten och de fick ingen information om att de skulle avstå samlag under pågående infektion. Ungdomar som medicinerade med läkemedel som minskade libido hade sällan fått någon information kring detta.

”Sen är det en bristande information över lag med just det här... svamp... att även läkarna skulle behöva utbildas i den biten i större utsträckning. För det är många gånger att de (ungdomarna) får upprepade... att man använder lokala behandlingar i stället för via munnen”. (fg.3, d. 7)

Barnmorskorna såg att ungdomar ibland skämdes och tyckte det var pinsamt att söka hjälp för vulvabesvär. Många ungdomar trodde att det är något fel på dem och att de var ensamma om sina besvär. Ungdomar med vulvasmärter sökte inte hjälp direkt, utan väntade väldigt länge innan de kom och de hade inte kunskap om att det fanns hjälp att få på ungdomsmottagningen. Barnmorskorna ville ge ungdomar kunskap om hur viktigt det är att söka hjälp och att det inte är något att skämmas över.

”För när dom väl söker... hur många har inte haft ont i evigheter? Det är ju inte ovanligt att det kan vara år liksom...” (fg.1, d. 3)

Ungdomarna visste inte alltid vad de skulle skriva i bokningen och bland var det svårt att se vad ungdomen sökte för. Det var då lätt att missa vad de egentligen ville om det inte ställdes följdfrågor. Det upplevdes ibland svårt att ställa rätt frågor för att få dem att berätta, men att barnmorskorna försökte ställa rätt frågor. Att inleda med att berätta att det är vanligt med vulvabesvär till exempel.

”Alltså, man kan ju inleda med att ”vi vet att det är vanligt...” eller så...” (fg. 3, d. 8).

Barnmorskorna önskade att det funnits mer kunskap kring riskgrupper för att lättare kunna hitta de med vulvasmärter i tid. Men också för att aktivt förebygga i grupper med högre risk. Det fanns en känsla av att det var vissa ungdomar som var mer drabbade. Högrepresterande och stressade ungdomar nämndes i en av intervjuerna. Även ungdomar som stod på vissa sorter av preventivmedel eller andra läkemedel som påverkade libido.

”det hade varit lätt tycker jag om man faktiskt kunnat se vilka som faktiskt är i riskgrupp för vulvasmärta”. (fg. 2, d. 5).

Möjligheter

Trots den frustration som barnmorskorna kände inför det förebyggande arbete mot vulvasmärta fanns det en positiv anda i resultatet. Det fanns flertalet idéer kring hur de skulle kunna arbeta mer förebyggande och det fanns en vilja att förbättras. Alla barnmorskor uttryckte att det skulle vara roligt att arbeta mer förebyggande och de tyckte att det förebyggande arbetet var viktigt.

”Det är spännande att tänka på vad man kan göra”! (fg.1, d. 6)

Förbättringsområde – INÅT – i den egna verksamheten

Under intervjuerna väcktes tankar kring hur man kunde arbeta förebyggande mot vulvasmärta i framtiden. Det blev tydligt för barnmorskorna hur viktigt det var att få möjlighet till reflektion i arbetsgruppen.

Jag tänker så här om man tar upp det till diskussion då blir det ju att man tänker till å då kanske man faktiskt gör saker åt det? Annars rullar ju liksom jobbet bara på, men nu kanske vi faktiskt tänker till efter det här? (fg.1, d. 3)

Inom verksamheten identifierades flera möjligheter till utveckling och förbättring. Att planera innehållet i det material som användes och få en gemensam, strukturerad grund att förhålla sig till. Det skulle vara enkelt att utforma mer riktat material för till exempel gruppverksamhet. Det som krävdes var tid att tänka och bestämma vad som skulle vara i fokus.

”Men det går ju att utveckla! Det är bara att vi måste bestämma oss liksom. För vad vi vill”. (fg.2, d. 6)

Att få mer tid till det förebyggande arbetet ansågs viktigt och som väl investerad tid. Att lägga fokus på den sexuella hälsan i stället för den sexuella ohälsan trodde man skulle förebygga många problem.

Å jag tänker att det inte egentligen är bara vulvasmärta utan det är sexuell ohälsa vi ska förebygga. Alltså det är ju faktiskt vårt grunduppdrag. Det är ju inte bara specat... alltså vi har ju mycket inom det liksom om vi verkligen hade fått jobba med sexuell hälsa så tror jag att mycket löser sig”. (fg.2, d. 5)

Att rutinmässigt fråga kring underlivsbesvär eller sexologiska problem föreslogs av flera barnmorskor. Det finns ett inarbetat frågeformulär, Sexit, där andra frågor kring sexuell hälsa ställs. Att ställa ytterligare en fråga i anslutning till det kom som förbättringsförslag.

”Den frågan är ju inte med på Sexit till exempel... alltså jag menar inte att man frågar om underlivsbesvär där, utan mer om man, om man haft smärta vid sex. Eller problem, sexologiska problem”. (fg.3, d. 8)

Förebyggande arbete i samband med individuella besök, till exempel i samband med preventivmedelsrådgivning, sågs som en möjlighet. Eller då de sökte för olika besvär som till exempel flytningar. Att ge information om olika preventivmedels biverkningar och hur de själva genom egenvård kunde förebygga att smärta uppstod och att de skulle söka hjälp snabbt om de fick problem i vulva. Men också att prata kring sexuell hälsa och positiva aspekter och hur kroppen ser ut och fungerar var viktigt.

”...ordningen i sexet liksom, att det inte ska göra ont, vad viktigt det är att bli våt och hela det här... att det inte är okej att det gör ont”. (fg.3, d. 7)

Det var viktigt att även möta killarna i samtal kring sexuell hälsa och ge dem tillfälle att prata om porr, förväntningar på sex, njutning, lust och vad som händer i kroppen. Barnmorskorna önskade kunna möta dem på ett bättre sätt. Det fanns flera idéer på hur killarna kunde bjudas in till samtal. När killar kom för att hämta kondomer såg man en chans att erbjuda dem en bokad tid för kondområdgivning eller komma tillbaka på drop in för mer tid för information och frågor.

”Killar tänker jag att vi skulle träffa mer, faktiskt, alltså jag tror det. Att fånga upp kondomhämtarna. Alltså dom är ju jättenyfikna på det här å om man kunde fånga dom här i... hur vet man hur det känns? Å hur vet man hur den andre är tänd? Det tror jag skulle va jättebra”! (fg.2, d. 5)

Barnmorskorna var positiva till att arbeta mer med grupper och möta ungdomar i olika åldrar för att fånga dem i olika stadier i livet. Ungdomsmottagningen bjuder in alla elever i åk 8 till studiebesök för information och dialog. Barnmorskorna önskade att de hade tid att möta alla redan i årskurs 5–6 för att bryta normer innan de var befästa. Några barnmorskor hade erfarenhet av att möta yngre och var positiva till det. Deras upplevelse var att yngre inte tyckte det var lika skamfyllt att prata, de upplevdes mer nyfikna och vågade ställa frågor inför sina kompisar. I de klassbesök som utförs i åk 8 var det svårt att nå ungdomarna, de tyckte det var pinsamt och jobbigt. Men att det ena inte uteslöt det andra. Barnmorskorna såg att behovet fanns i både åk 5–6 och åk 8, men att behovet såg lite olika ut. I de yngre åldersgrupperna öppnades det ofta upp för härliga samtal präglade av nyfikenhet.

”Jag träffade en årskurs sex häromdagen och tänkte att här behöver vi va å prata, de hade ju jättehärliga frågor. Hur långt in i fittan ska man för att det ska bli gött? ”skratt” så där fick man rita klitoris och förklara liksom vad som är skönt i snippan ”skratt”. Behöver inte in någonting över huvud taget ehh så vi borde träffa yngre”. (fg.1, d. 2)

Förbättringsområde – UTÅT – i samverkan

För att kunna möta ungdomarna på ett bra sätt föreslogs det en större samverkan med andra-till exempel skolorna. Att ta reda på vad andra gör och hur ungdomsmottagningen kan hjälpa till. Att samverka med elevhälsan och rehab sågs som ytterligare en möjlighet. Att i samverkan gå ut och informera om olika verksamheter sågs som en möjlig väg för att öka kunskapen och effektivisera arbetet. Det föreslogs också samverkan med vårdnadshavare. Att möta dem på föräldramöten eller bjuda in dem till mottagningen för information.

”Ja, tänk om vi hade kunnat gå ut i team, alltså... att det ingick i skolgången att sjukgymnast kom och pratade kroppskännedom, med ungdomarna eller alltså redan som barn. Att man får reda på vad som finns för resurser i samhället. Hur många vet att man kan gå till rehab och prata om psykisk ohälsa”? (fg.2, d. 4)

Även att träffa grupper på frivillig basis och bjuda in till olika temakvällar på mottagningen föreslogs. Ibland kändes det lättare att ta sig utanför mottagningen och möta ungdomarna på deras arenor, till exempel på fritidsgårdar. Att ge ungdomarna möjlighet att prata kring sex, normer, samtycke och porr på olika arenor sågs som en stor del i det förebyggande arbetet.

”Ut i sexan och ut till fritidsgårdar, på deras arenor. Och temakvällar kanske här hos oss”. (fg.1, d. 2)

En annan arena som ungdomar finns på är sociala medier. Ungdomsmottagningen har sociala medier, men dessa följs till största del av anställda på mottagningen och olika vårdgrannar och skolor. Det kom förslag att lägga mer krut på sociala medier men att det var svårt. Det fanns ändå idéer trots svårigheterna. Att bjuda in en känd person att medverka på mottagningens konto skulle kunna locka fler följare. Ungdomarna använder i stor utsträckning andra sociala medier och det föreslogs att ungdomsmottagningen skulle synas mer på de sociala medier som ungdomarna använde.

”Vi får bli influensers... som går emot dom här normerna”. (fg.2, d. 3)

Diskussion

Metoddiskussion

För att öka tillförlitligheten har Coreq checklista använts för övergripande redovisning av kvalitet i samtliga delar av studien (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). Datainsamlingen utfördes med fokusgruppintervjuer, en metod som lämpar sig för att resonera kring olika företeelser (Trost, 2010) och är särskilt lämplig att använda då det finns lite eller ingen forskning i ämnet (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). Att välja den mest lämpliga metoden för datainsamling ökar giltigheten för studien (Graneheim & Lundman, 2004). Tre fokusgruppintervjuer utfördes med två till tre deltagare i varje grupp. I den sista intervjun deltog endast två deltagare, detta på grund av sjukdom vid intervjutillfället. Det finns inget exakt antal intervjuer eller deltagare som är mest lämpligt men 3–4 intervjuer med 3–4 deltagare i varje kan ses som ett minsta antal för att få tillräckligt med data för en analys (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). Den sista intervjun utfördes trots att endast två deltagare deltog. Intervjuaren planerade att vid behov göra ytterligare en intervju, men i sista intervjun framkom liknande resultat som i de första två intervjuerna och ytterligare intervjuer ansågs därför inte vara nödvändigt. Inga relevanta data har oavsiktligt uteslutits och inga irrelevanta data har tagits med. Deltagarna valdes ut med hjälp av s.k. bekvämlighetsurval. Barnmorskor med erfarenhet av arbete med vulvasmärter på ungdomsmottagning tillfrågades om att delta i studien för att kunna svara frågeställningar och för att nå studiens syfte. För att uppnå giltighet är det avgörande att hitta deltagare som sannolikt har erfarenhet av fenomenet som ska studeras och kan berätta om det (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Fördelen med en homogen gruppssammansättning är att det kan underlätta en öppen kommunikation och utbyte av idéer. Nackdelar kan vara brist på mångfald av idéer, dolda agendor eller maktkamper inom gruppen (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). Då dessa barnmorskor redan kände varandra kan det ge ett större samspel i diskussionen som kan stimuleras av att deltagarna upplever en trygghet i att de delar erfarenheter och upplevelser. Det kan också vara en nackdel att deltagarna känner varandra då är det lätt att hamna i tidigare roller. Deltagarna kan bevaka varandra och styra det som sägs och inte sägs (Nyrén m.fl., 2018). Deltagarna som fanns representerade hade olika åldrar och olika lång erfarenhet av arbete på ungdomsmottagning. De hade olika arbetslivserfarenhet och till viss del olika vidareutbildningar. Fokusgruppintervjuerna leddes av en intervjuare som tog en perifer roll. Intervjuaren var kollega till deltagarna och intervjuerna genomfördes i intervjuarens egen verksamhet. Enligt Stalmeijer, McNaughton & Van Mook (2014) är det dynamiken mellan deltagarna som är viktig under en fokusgruppsintervju, inte relationen mellan intervjuaren och deltagarna. För att öka trovärdigheten har intervjuaren försökt att vara objektiv och inte låta egna kunskaper eller synpunkter styra datainsamling eller analysprocess. Intervjuaren är del av det vulvateam på arbetsplatsen och har särskilt intresse i ämnet. Det är viktigt att som intervjuare undvika att ge personliga åsikter för att inte påverka deltagarna (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). Det var lättare att anta en perifer roll under datainsamlingen. Under analysen har det varit svårare att inte lägga in egen förståelse. För

att undvika det har intervjuerna återkommande granskats i sin helhet och studiens syfte har funnits i åtanke under analysprocessen (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). Trots detta är det ändå viktigt att intervjuarens förståelse påverkar resultatet i viss grad. Intervjuarens förståelse kan påverka hur frågor ställs, vilka följdfrågor som ställs och hur deltagarnas berättelser uppfattas och tolkas (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Att intervjuaren var en kollega till deltagarna kan ses både som en för- eller nackdel. Deltagarna kan känna en större trygghet då intervjuerna utförs av någon de redan känner men också att deltagarna inte vågar säga sin mening eller att deltagarna kände sig tvingade att delta. Inget tvång, manipulation eller påtryckningar har förekommit. Deltagarna kan ha känt sig tvingade att delta. De kan också ha haft tankar kring att detta är ett utvecklingsarbete och att det i framtiden kan leda till förändringar på arbetsplatsen. Information kring detta har kommunicerats både muntligt och skriftligt. För att undvika att deltagarna kände sig tvingade att delta fick de upprepade gånger information om att deltagandet var frivilligt och att när helst de ville kunde avbryta sin medverkan. Det har även getts flera tillfällen för frågor kring studien (Nyrén m.fl., 2018). Inga personliga eller känsliga frågor diskuterades och ingen maktskillnad fanns mellan deltagarna (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). Det som analyserades var data som kom från varje enskild deltagare, från gruppen som helhet och från interaktionen i gruppen. Intervjuerna utfördes på egen hand och ingen observatör fanns för att föra anteckningar vid sidan om (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). För att få en tydligare bild transkriberades allt material av intervjuaren och anteckningar kunde till viss del föras i efterhand.

Under intervjuerna användes en intervjuguide, se bilaga 1. Guiden hjälpte intervjuaren att styra diskussionen och hålla sig till ämnet. Det är viktigt att formulera frågorna så att de blir öppna, enkla och lätta att diskutera kring. Allmänna frågor bör komma före specifika frågor, positiva före negativa frågor och öppna frågor före mer riktade frågor (Stalmeijer, McNaughton & Van Mook, 2014). Första intervjun transkriberades innan nästkommande två intervjuer, detta för att säkerställa att de frågor som ställdes svarades på syfte och frågeställningar. Intervjuguiden justerades inte under intervjuernas gång då den fungerade bra och syfte och frågeställningar besvarades med hjälp av dessa frågor.

Innehållsanalys sker inte på ett linjärt sätt och är mer komplex än kvantitativ analys då den är mindre standardiserad. En utmaning kan vara just att metoden är flexibel och det finns inget enkelt, rätt sätt att göra den på. Kategoriseringsfasen kan te sig smått kaotisk och det är viktigt att ha forskningsfrågan i åtanke och leta efter meningsbärande enheter som har relevans (Elo & Kyngäs, 2008). Det kan ses som en svaghet att materialet analyserades av en person då innehållsanalys är en balansgång där forskaren måste låta texten tala och inte tillskriva mening som inte finns där eller lägga sitt eget perspektiv på fenomen som studeras. För att öka tillförlitligheten i analysen diskuterades resultatet och analysprocessen fortlöpande tillsammans med handledare samt medstudenter och andra experter vid ett tillfälle (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017) och analysprocessen har beskrivits så detaljerat

som möjligt (Elo & Kyngäs, 2008). För att öka giltigheten och förtydliga vems ord som hörs i resultatet har citat från intervjuerna används (Graneheim & Lundman, 2003).

Intervjuerna utfördes på tre mottagningar i Västra Götaland. I regionen arbetar de olika mottagningarna efter samma riktlinjer. Det finns även nationellt skrivna riktlinjer från föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, 2018). Då landets ungdomsmottagningar arbetar på liknande sätt anses studien vara överförbar till andra ungdomsmottagningar inom Sverige. Det kan finnas lokala avvikelser, men delar av resultatet borde vara relevant för alla mottagningar i landet. För att underlätta överförbarheten har kultur och sammanhang, urval och egenskaper hos deltagarna, datainsamling och analysprocess tydligt beskrivits (Graneheim & Lundman, 2003, Elo & Kyngäs, 2008). Studien bedöms kunna få liknande resultat om den utförs av någon annan eller på någon annan mottagning i Sverige då alla ungdomsmottagningar har liknande arbets sätt.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors erfarenheter av förebyggande arbete mot vulvasmärter på ungdomsmottagning samt undersöka möjliga förbättringsmöjligheter.

Resultatet visade att barnmorskorna arbetade förebyggande mot vulvasmärter men arbetet skedde omedvetet och utfördes utan vidare reflektion. Det visade sig finnas barriärer för att arbeta förebyggande. Men barnmorskorna identifierade också möjligheter att arbeta mer aktivt med preventivt arbete.

Huvudfyndet i resultatet är att det finns en brist på ramar och struktur i verksamheten och det finns inget strukturerat arbets sätt kring sexuell hälsa. Det är upp till var och en barnmorska vad som tas upp under besöken och det finns en brist på kunskap gällande vetenskap och evidens kring alla de råd som ges. Barnmorskorna sitter på mycket tyst kunskap som inte dokumenteras eller utvärderas. Dahlberg (2014) beskriver tyst kunskap som ett praktiskt kunnande som utvecklats under kanske många år och som muntligt överförs från person till person. Efter lång tid i yrket fattas beslut och utförs handlingar med ryggmärgen. Detta betyder att agerandet sker spontant och utan att övervägas eller granskas på ett medvetet plan. Med en pålitlig grund av vetenskapliga belägg kan praktikern följa sin känsla. Men när den stabila och genomtänkta grunden saknas blir vårdandet instabilt och vanskligt. Genom att kritiskt granska sitt arbete och ständigt söka ny kunskap kan vårdaren bli del av sådan kunskapsutveckling som är hälsofrämjande. Vårdarens teori och praxis är två sidor av samma mynt. Den ena sidan fungerar helt enkelt inte utan den andra.

Sjukvården blir alltmer komplex och dålig samordning och dåligt samarbete ses som en stor och växande svaghet i hälso- och sjukvården (Greenhalgh, 2008). I en intervjustudie gjord på ungdomsmottagningar i norra Sverige sågs liknande utmaningar. Man identifierade där förbättringsmöjligheter gällande rutiner och uppföljning samt att det behövdes utbildningssatsningar för personalen. Otydliga rutiner och ett otydligt ledarskap, en hög arbetsbelastning samt ojämlig resursfördelning sågs i verksamheten (Thomèe m.fl, 2016).

Rutiner är viktiga och syftar till att minska osäkerhet, stress och ökar styrning och kontroll. Rutiner ses ofta som något negativt, men en review studie visar att rutiner kan vara nyckeln till att upprätthålla och förbättra kvaliteten på vården (Greenhalgh, 2008). Rutiner kan också underlätta användning av ny kunskap så som evidensbaserad praxis (Innis & Berta, 2016) och förmedlar kunskap, särskilt tyst kunskap (Greenalgh, 2008).

För att utveckla rutiner behöver man titta på flera nivåer. Individuell nivå: personliga egenskaper som till exempel förmågor och värderingar. Interpersonell nivå: kommunikationen mellan olika personer och hur samarbeten fungerar. På organisationsnivå – hur fungerar de system som används, vilka resurser finns. På ledningsnivå: hur ser de juridiska och politiska ramarna ut och vilka normer och förväntningar finns. På vidare nivå: ekonomi och politik, demografi och teknologisk utveckling (Greenhalgh, 2008). Innis & Berta (2016) har i en review studie sammanställt vilka rutiner som chefer behöver överväga för att underlätta för verksamheten att tillgodogöra sig evidensbaserad kunskap och användning av nya metoder. Litteraturen visar att vård alltför ofta inte baseras på vetenskap och att det kan ta över ett decennium innan forskningsresultat antas och används. De rutiner som framkom i studien var att regelbundet söka vetenskapliga källor och att utse den eller dem som ska ansvara för detta. Att utse personer som identifierar arbetssätt i andra organisationer och etablera kontaktnät med andra verksamheter, föreningar och universitet. Se till att utbildningsmöjligheter till nya arbetssätt finns tillgängliga och att det finns tid avsatt för detta. Se till att den eventuella teknik som behövs finns som till exempel tillgång till databaser för att söka vetenskaplig litteratur. Starta multidisciplinära team eller arbetsgrupper och uppmuntra samarbete med andra verksamheter. Involvera personal, chefer, patienter och närstående för att skapa stöd för förändring (Innis & Berta, 2016). Det finns ingen stark evidens för att involvera ungdomar i utvecklingsarbete och att det skulle bli effektivare och ge dem mer kunskap kring SRHR. Men det bör inte enbart utvärderas gällande effektivitet utan även ses som en rättighet (Villa-Torres & Svanemyr, 2015).

Att aktivt arbeta fram ramar och rutiner kring ungdomsmottagningens hälsofrämjande och förebyggande insatser skulle kunna förbättra kvaliteten på arbetet med förebyggandet av vulvasmärta. Det skulle även kunna resultera i att ny evidensbaserad kunskap implementeras i verksamheten. Det vulvateam som redan är etablerat och har ett särskilt intresse i vården kring vulvapatienterna skulle kunna vara lämpliga för uppdraget att arbeta med rutiner för förebyggande åtgärder. Barnmorskor behöver bli bättre på att visa på sitt viktiga arbete med hälsofrämjande- och förebyggande arbete, ett arbete som är minst lika viktigt som det behandlande, vårdande arbetet. Ungdomstiden är en viktig period för hälsofrämjande och förebyggande insatser för att skapa en bättre hälsa i framtiden (Irwin m.fl, 2009).

Världshälsoorganisationen (WHO) har utvecklat åtta globala standarder för att förbättra kvaliteten på hälsovården för ungdomar samt 79 kriterier för kvalitetsmätning. Dessa är

avsedda som riktmärken mot vilka kvaliteten på den hälsovård som ges till ungdomar kan jämföras med. De åtta punkterna är;

1. Ungdomars kompetens kring sin egen hälsa.
2. Samhällsstöd.
3. Lämpligt utbud av tjänster.
4. Kompetens hos personal.
5. Egenskaper på mottagningen så som öppettider, miljö.
6. Rättvisa och icke-diskriminering.
7. Kvalitetsförbättring.
8. Ungdomars deltagande (Nair m.fl, 2015).

WHO:s globala standarder skulle kunna användas för intern kvalitetssäkring och för att skapa rutiner för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på mottagningen. Detta skulle kunna bidra till att bättre struktur och rutiner arbetas fram och utvärderas över tid. Att mer evidensbaserad vård implementeras i verksamheten och mer struktur skapas i individuella möten och i gruppverksamhet. Samverkan med andra så som skolor, andra vårdgivare och vårdnadshavare skulle kunna förbättras. Samverkan skulle bidra till bättre kunskap kring hur andra arbetar med hälsofrämjande insatser och uppdraget skulle bli tydligare. Det skulle även ge ungdomar bättre kunskap kring sin hälsa och vilken vård som är mest lämplig. I en svensk intervjustudie med ungdomars erfarenheter av undervisning på ungdomsmottagning sågs ett behov av att upprepat få komma för utbildning i sexuell hälsa och att första utbildningstillfället behöver vara innan sexuell debut. Utbildning i sexuell hälsa för ungdomar bör prioriteras eftersom det är den tid då sexuella vanor och attityder om risker och förebyggande skapas (Kånåhols, Magnusson & Alehagen, 2011).

SKR:s kartläggning visar att det över lag saknas systematik i ungdomsmottagningarnas kvalitetsarbete. Det görs få uppföljningar och utvärderingar på ungdomsmottagningarnas verksamhet och arbetet bedrivs delvis utan förankring i vetenskap och beprövad erfarenhet (SKR, 2020). För att kunna utföra ett bra förbättringsarbete behövs systematisk uppföljning och utvärdering för att generera kunskap kring de effekter av olika arbetssätt och insatser som görs. WHO:s 79 kriterier för kvalitetsgranskning skulle kunna användas för utvärdering (Nair m.fl, 2015). Då ungdomsmottagningarna i Västra Götalandsregionen från 2023 sätter diagnos på samtliga patienter med vulvasmärta (Vgregion, 2021) möjliggörs att följa upp ett förebyggande arbete över tid och utvärdera eventuella förbättringsarbeten.

SKR visar i sin kartläggning att ungdomsmottagningarna i landet samverkar med varandra och andra i varierande grad. Rapporten påpekar att det på många håll finns stora möjligheter till att stärka samverkan, särskilt samverkan mellan ungdomsmottagningen och skolan. Ett resurseffektivt arbete görs med fördel i samverkan mellan huvudmän (SKR, 2020).

Ett annat viktigt fynd i resultatet är att det finns normer som står i vägen för det förebyggande arbetet. Särskilt intressant var att ett normtänk sågs även inom ungdomsmottagningen. Detta

sågs även i en intervjustudie från ungdomsmottagningar i norra Sverige (Thomée m.fl, 2016). Att tjejer och killar inte förväntas ta samma ansvar över den sexuella hälsan behöver lyftas upp och diskuteras på mottagningarna för en mer jämlik vård. De flesta besökare på ungdomsmottagningen är tjejer. En svensk review studie som undersökte synen på sexuell hälsa, genus och ungdom mellan 1970 – 1999 analyserade sambandet mellan kön och ansvar och fann en könsuppdelad syn på ungas sexuella hälsa (Larsson, 2022). Det är nog en allmän uppfattning att tjejer och killar tar gemensamt ansvar för den sexuella hälsan nu för tiden, men resultatet visar att killar och tjejer fortfarande har olika förväntningar på sig gällande ansvaret för den sexuella hälsan (Grandahl, Bodin & Stern, 2019). En intervjustudie med barnmorskor visade att förebyggande arbete för mäns sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter ligger i allas intresse, men ingen har ansvaret för det. Män talades oftast om i förhållande till en kvinna och sällan som en reproduktiv individ med egen rätt till sexuell hälsa (Grandahl, Bodin & Stern, 2019). Ungdomsmottagningen har en stor möjlighet att visa på en mer jämställd vård. Genom rutiner kring bemötandet kan ungdomsmottagningen bana väg för en bättre jämställdhet mellan killars och tjejers ansvar kring den sexuella hälsan.

Njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar roll för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Guttmacher – Lancet – kommissionen har föreslagit en handlingsplan för att uppnå allmän tillgång till information och tjänster inom SRHR. Där föreslås bland annat att man ska säkerhetsställa att ungdomar har tillgång till både information och hälso – och sjukvård som rör sexuell och reproduktiv hälsa, utan risk för diskriminering. De föreslår också att engagera män i att stödja kvinnors hälsa, rättigheter och självständighet samt adressera mäns behov inom SRHR (Starrs m.fl, 2018). Till SRHR hör bland annat rätten till sexuell utbildning och upplysning samt rätten till sexuellt välbefinnande. Att arbeta förebyggande mot vulvasmärta värnar om flera aspekter av SRHR och en central princip i folkhälsoarbetet med SRHR är att alla människor har rätt till en god sexuell och reproduktiv hälsa (Schindele, Areskoug Josefsson & Lindroth, 2022).

Sammanfattningsvis visar resultatet ett ostrukturerat arbetssätt gällande förebyggande arbete av vulvasmärta och att ett förbättringsarbete gällande att arbeta mer strukturerat och systematiskt behövs, både inåt i den egna verksamheten och utåt i samverkan. Även normer behöver lyftas fram och diskuteras. För att föra utvecklingen vidare behövs tid för reflektion. Då barnmorskorna gavs tid att tillsammans sitta ner och diskutera möjligheter till förbättring kom många bra idéer. Detta ses tydligt i resultatet från fokusgruppsintervjuerna.

Slutsats

Det förebyggande arbetet mot vulvasmärta på ungdomsmottagning sker ostrukturerat och utan reflektion. Det behövs tydliga riktlinjer och rutiner som utvärderas för att förbättra den egna verksamheten där barnmorskors kompetens tas till vara, men också för att stärka den möjlighet till samverkan som finns med andra till exempel skolor. För att hålla processen i gång krävs tid för reflektion och för att hitta rutiner. Inom ramen för ämnet finns möjlighet till utveckling och

fortsatt forskning på flera områden så som att utveckla ett systematiskt arbetssätt på ungdomsmottagningarna utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och utvärdera effekterna av samverkan och ändrade rutiner.

Förslag till vidare forskning

- Att utveckla riktlinjer gällande det förebyggande arbetet av vulvasmärter samt att utvärdera dessa.
- Att identifiera riskfaktorer och riskgrupper för att kunna rikta förebyggande insatser.
- Att utvärdera effekter av de råd gällande vulvavård som ges av barnmorskor.

Referenslista

Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning - världens möjlighet (Statens offentliga utredningar, 2019:13). (2019).

Barnmorskeförbundet, (2020, maj). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf> Hämtad 2023,06,01 från URL

Bohm-Starke, N. (2010). Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 89(12), 1504-1510.

Bergeron, S., Reed, B., Wesselmann, U., & Bohm-Starke, N. (2020). Vulvodynia. *Nature Reviews. Disease Primers*, 6 (1), 36 - 36.

Boislard, M., Van de Bongardt, D., & Blais, M. (2016). Sexuality (and lack thereof) in adolescence and early adulthood: A review of the literature. *Behavioral Sciences*, 6 (1), 8 - 8.

Clare, Camille A., MD, & Yeh, John, MD. (2011). Vulvodynia in Adolescence: Childhood Vulvar Pain Syndromes. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 24(3), 110–115.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Natur & Kultur.

Elmerstig, E., & Thomtén, J. (2016). Vulvar Pain-Associations Between First-Time Vaginal Intercourse, Tampon Insertion, and Later Experiences of Pain. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(8), 707–720.

Elmerstig E, Wijma B & Berterö C. (2008). Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *Journal of Adolescents Health*, 43 (4), 357 – 363.

Elmerstig, E., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2013). Prioritizing the partner's enjoyment: A population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 34(2), 82–89.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

- Ehrström, S., Kornfeld, D., Rylander, E., & Bohm-Starke, N. (2009). Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 30(1), 73–79.
- Estibeiro, V., Juntunen, A., Bond, J., & Harlow, B. (2022). Menstrual Cycle Characteristics and Vulvodynia. *Journal of Women's Health (Larchmont, N.Y. 2002)*, 31(8), 1127–1136.
- Folkhälsomyndigheten. (u.å). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/> Hämtad 2023,06,01 från URL
- Frisén, A., Holmqvist Gattario, K., & Lunde, C. (2021). *Projekt perfekt : Om utseendekultur och kroppsuppfattning*. Natur & Kultur.
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2018). *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*. <https://fsum.nu/wp-content/uploads/2022/03/fsum-handbok.pdf> Hämtad 2023,06,01 URL
- Gómez, I., Coronado, P. J., Martín, C. M., Alonso, R., & Guisasola-Campa, F. J. (2019). Study on the prevalence and factors associated to vulvodynia in Spain. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 240, 121–124.
- Grandahl, M., Bodin, M., & Stern, J. (2019). In everybody's interest but no one's assigned responsibility: Midwives' thoughts and experiences of preventive work for men's sexual and reproductive health and rights within primary care. *BMC Public Health*, 19(1), 1423.
- Graneheim, U., Lindgren, B., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Greenhalgh, T. (2008). Role of routines in collaborative work in healthcare organisations. *BMJ*, 337(7681), 1269–1271.
- Hersh J. E. (2018). Vulvodynia in adolescents: presentation, diagnosis and treatment options. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 30(5), 293–299.
- Hägström-Nordin, E., & Magnusson, C. (2016). *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Studentlitteratur.

Innis, J., & Berta, W. (2016). Routines for change: How managers can use absorptive capacity to adopt and implement evidence-based practice. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 718–724.

Irwin, Charles E., Jr, Adams, S., Park, M., & Newacheck, P. (2009). Preventive Care for Adolescents: Few Get Visits and Fewer Get Services. *Pediatrics (Evanston)*, 123(4), 565–572.

Kaplan Sturk, R. (2022). *Vulvasmärta: Provocerad lokaliserad vulvodyni*. Gothia kompetens.

Klann, A. M., Rosenberg, J., Wang, T., Parker, S. E., & Harlow, B. L. (2019). Exploring Hygienic Behaviors and Vulvodynia. *Journal of lower genital tract disease*, 23(3), 220–225.

Kånåhols, A., Magnusson, H., & Alehagen, S. (2011). Swedish adolescents' experiences of educational sessions at Youth Clinics. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 119–123.

Larsson, A. (2022). Girls' Responsibilities, Boys' Needs: Sexual Health, Gender and Youth in Sweden 1970–1999. *European Journal for the History of Medicine and Health*, 1–23.

Lundberg, P., & Löfgren-Mårtenson, L. (Red). (2010). *Sexologi*. Liber.

Mitchell, K., Geary, R., Graham, C., Datta, J., Wellings, K., Sonnenberg, P., Mercer, C. (2017). Authors' reply re: Painful sex (dyspareunia) in women: Prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(11), 1789–1790.

Mitchell, A. M., Armour, M., & Chalmers, K. J. (2021). Health seeking behaviours and treatments received by Australian women with vulvodynia: A cross-sectional survey. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 61(6), 927–933.

Mitchell, K. R., Geary, R., Graham, C. A., Datta, J., Wellings, K., Sonnenberg, P., Field, N., Nunns, D., Bancroft, J., Jones, K. G., Johnson, A. M., & Mercer, C. H. (2017). Authors' reply re: Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 124(11), 1789–1790.

Nair, Manisha, D.Phil, Baltag, V., Bose, K., Boschi-Pinto, Cynthia, M.D, Lambrechts, Thierry, M.D, & Mathai, Matthews, M.D. (2015). Improving the Quality of Health Care Services for Adolescents, Globally: A Standards-Driven Approach. *Journal of Adolescent Health*, 57(3), 288–298.

Nyrén, O., Garwicz, M., Shoshan, M., & Nilsson, K. (2018). *Grunderna för ett vetenskapligt förhållningssätt inom medicinen*. Liber.

Pacik, P. (2014). Understanding and treating vaginismus: A multimodal approach. *International Urogynecology Journal*, 25(12), 1613–1620.

Rembeck, G., & Hermansson, E. (2008). Transition to puberty as experienced by 12-year-old Swedish girls. *The Journal Of School Nursing : The Official Publication Of The National Association Of School Nurses* 24, (5), 326–334.

Rosendahl, K., Shayesteh, A., & Nylander, E. (2023). Characteristics of women seeking care at a vulvar clinic: A study of 600 patients during a 17-year period. *JEADV Clinical Practice*, 2(1), 73–79.

SBU. (2021). *Diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni*.
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/diagnostik-och-behandling-av-provocerad-vulvodyni/> Hämtad 2023,06,01 från URL

Schindele, A., Areskoug Josefsson, K., & Lindroth, M. (2022). Analysing intersecting social resources in young people's ability to suggest safer sex - results from a national population-based survey in Sweden. *BMC Public Health*, 22(1), 1–1285.

SFOG. (2013). *Vulvovaginala sjukdomar*.
https://www.sfog.se/natupplaga/ARG_nr%2071_webae1437d4-8cc5-4457-9eac-f5c6550a614b.pdf Hämtad 2023,06,01 från URL

Shallcross, R., Dickson, J. M., Nunns, D., Mackenzie, C., & Kiemle, G. (2018). Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodynia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Archives of sexual behavior*, 47(3), 577–595.

SKR. (2020). *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa – nuläge och vägar framåt*.
<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/ungdomsmottagningarochungassexuellaahalsa.65670.html> Hämtad 2023,06,01 från URL

Socialstyrelsen. (2022). *Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2022-11-8176.pdf> Hämtad 2023,06,01 från URL

Stalmeijer, R., McNaughton, N., & Van Mook, W. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, 36(11), 923–939.

Starrs, A., Ezeh, A., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J., Blum, R., . . . Ashford, L. (2018). Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet (British Edition)*, 391(10140), 2642–2692.

Svenska barnmorskeförbundet. (2019). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. <http://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf> Hämtad 2023,06,01 från URL

Thomé, S., Malm, D., Christianson, M., Hurtig, A., Wiklund, M., Waenerlund, A., & Goicolea, I. (2016). Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services - a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reproductive Health*, 13(1), 147.

Tong, A., Sainsbury, P & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *International Journal for Quality in Health Care*, 19. (6), 349–357.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur.

Tylee, Andre, Prof, Haller, Dagmar M, MD, Graham, Tanya, MSc, Churchill, Rachel, PhD, & Sanci, Lena A, MD. (2007). Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *The Lancet (British Edition)*, 369(9572), 1565–1573.

Vgregion. (2021). *Riktlinje vulvodyni, handläggning och behandling*. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/RHS9921-2065389356-59/SURROGATE/Riktlinje%20Vulvodyni%20handl%c3%a4ggning%20och%20behandling%20Ungdomsmottagningar%20Regionh%c3%a4lsan%202021.10.01.pdf> Hämtad 2023,06,01 från URL

Villa-Torres, Laura, M.S.P.H, & Svanemyr, J. (2015). Ensuring Youth's Right to Participation and Promotion of Youth Leadership in the Development of Sexual and Reproductive Health Policies and Programs. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 51–57.

Bilaga 1

Intervjuguide

Inledning/muntlig information till deltagarna i samband med att intervjun inleds:

Syftet med den här fokusgruppsintervjun är att bättre förstå fenomenet med vulvasmärta och hur vi kan förebygga detta. I den här intervjun är jag intresserad av att ta del av era upplevelser, erfarenheter och tankar i ett relativt brett perspektiv relaterat till att vårda unga kvinnor med vulvasmärta. Jag kommer att agera moderator idag vilket innebär att jag kommer att sätta i gång samtalet i gruppen. Jag vill att ni känner att allas röst är lika mycket värd när ni samtalar och att ni ska kunna prata öppet utan att filtrera det ni säger. Det är bland annat därför som ni samtycker till att inte föra vidare information från idag rörande specifika individer i gruppen. Intervjun kommer att spelas in på band så att jag ska kunna koncentrera mig på samtalet och inte behöva ta anteckningar och den beräknas ta ca 60 minuter. Intervjun kommer efteråt skrivas ut i text och då kommer alla namn som nämns tas bort. Alla uppgifter i mitt material som kan kopplas till er som individer kommer att tas bort och ersättas med en kod. Kodnyckeln kommer att förvaras inlåst och åtskilt från bandinspelningarna och utskriften. Detta görs för att alla ska vara säkra på att det inte ska gå att känna igen någon individ eller koppla något svar till någon individ när jag presenterar resultatet. Ni har innan denna intervju fått skriftlig information om studien och gett ert samtycke till att delta, stämmer det? (Invänta svar från informanterna) Om någon under intervjun vill avbryta eller ta en paus, så säger ni bara till. Har någon några frågor innan vi börjar?

Inledande fråga:

Beskriv hur du idag arbetar förebyggande av vulvasmärta.

- Vilka möjligheter ser du att arbeta mer förebyggande av vulvasmärta?
- Vilka hinder ser du för att arbeta förebyggande av vulvasmärta?
- Hur skulle du vilja utveckla det förebyggande arbetet av vulvasmärter?
- Kan du ge några exempel på hur ni som arbetsgrupp skulle kunna effektivisera detta förebyggande arbete?

Sammanfatta och avsluta intervjun.

Bilaga 2



Att arbeta förebyggande mot vulvasmärta på ungdomsmottagning.

Information och samtycke

Jag är barnmorska och ska skriva en masteruppsats inom reproduktiv och perinatal hälsa. Jag skulle vilja att du delar med dig av dina tankar och synpunkter genom att delta i en fokusgruppsintervju.

Här kommer information som är viktig för dig som deltar.

Vad är det för projekt och varför vill jag att du ska delta?

Till ungdomsmottagningen söker ofta unga personer med olika former av vulvasmärta, ett ökande problem. Mycket fokus läggs idag på hur patienten ska behandlas, men strukturerade metoder saknas för att arbeta förebyggande. Jag är därför intresserad av att ta reda på hur du skulle *vilja* arbeta och hur du skulle *kunna* arbeta förebyggande med denna grupp. Finns det något som du tycker saknas i det förebyggande arbetet eller något som kan utvecklas?

Hur går studien till?

Deltagande innebär att du kommer att delta i en fokusgruppsintervju tillsammans med tre andra barnmorskor. Intervjun kommer att ledas av mig och spelas in för att sedan transkriberas. Intervjun beräknas pågå ca 60 minuter och kommer att genomföras på ungdomsmottagningen i Vänersborg eller Uddevalla.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Det bedöms inte finnas någon risk med att delta i studien.

Om du väljer att delta får du chans att dela med dig av dina tankar och erfarenheter. Det som sägs under intervjuerna får ej föras vidare av deltagarna.

Vad händer med dina uppgifter?

Data och personuppgifter i studien hanteras i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, General Data Protection Regulation (GDPR) och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679.

Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som kan nås via e-post: dataskydd@gu.se eller telefon: 031-786 00 00.

Att arbeta förebyggande mot vulvasmärta på ungdomsmottagning.

Det du berättar om i intervjun kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av informationen. Inga personuppgifter eller anteckningar kommer att samlas in. Utskrifter från intervjuer kommer att kodas så att det du berättar inte kan kopplas till dig. Anteckningar och ljudinspelningar från intervjun kommer att kasseras efter godkännande av examensarbete.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Examensarbetet kommer att presenteras muntligt vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Examensarbetet kommer att bli publicerat i universitetets databas för uppsatser (www.gu.pea.ub.gu.se) och ett skriftligt exemplar kommer att arkiveras på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet. Då examensarbetet är ett utvecklingsarbete på vetenskaplig grund kommer arbetet även att presenteras på en arbetsplatsträff.

Ersättning

Ingen ersättning erbjuds.

Deltagandet är frivilligt.

Deltagandet är frivilligt och du kan när du vill dra dig ur innan, under eller efter intervjutillfället. Om du väljer att avbryta behöver du inte ange varför. För att bryta kontakter du någon av oss, se kontaktuppgifter nedan.

Ansvariga för studien

Marie Svensson, barnmorska, student Master i reproduktiv och perinatal hälsa på Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet
gusnybmab@student.gu.se

handledare/studieansvarig

Herborg Holter, universitetslektor/barnmorska, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet
herborg.holter@gu.se

Bilaga 3

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN 2022-12-14

Till berörda verksamhetschefer
SAHLGRENSKA AKADEMIN,
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Studenters examensarbete på grund- och avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på såväl grundnivå till sjuksköterska och röntgensjuksköterska som på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete på avancerad nivå. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell kandidat- magister- eller masterexamen i huvudområdena omvårdnad, radiografi, vårdpedagogik och reproduktiv och perinatal hälsa

Examensarbetet kan utgöras av en litteraturstudie eller en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten, vilket ställer krav på rutiner för etisk prövning. Etikprövningslagen (EPL) gäller dock inte sådant arbete eller sådana studier som endast utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.

Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien har därför beslutat att fastställa rutiner för etisk prövning gällande examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå enligt bilaga:

”Protokollsutdrag från Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien den 29 januari 2020” med bilagd underbilaga, blankett för ”Uppdragstilldelning – tilldelning av särskilda uppdrag”.

Studenterna använder denna blankett inom SU och dokument med motsvarande rubriker vid verksamhet utanför SU för att inhämta godkännande från verksamhetschef eller motsvarande.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall först inhämta godkännande av etikgruppen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, som på prefektens uppdrag genomfört etisk granskning av studentens forskningsetiska övervägande samt information till deltagare.

Därefter inhämtar studenten tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande med ovan beskrivna dokument för att kunna genomföra sitt planerade examensarbete. Studenten skall efter inhämtat tillstånd lämna den godkända informationen till deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Deltagare som väljer att delta i examensarbetet skall ge muntligt samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att deltagaren behöver förklara varför. Data förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer åt data, och förstörs/raderas när uppsatsen är godkänd.

Examensarbetet kan också ske som ett delarbete i ett pågående forskningsprojekt. I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt gäller inte ovan utan räknas som forskning och studenten skall uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar,
Etikgruppen
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska akademien
E-post: etikgruppen@fhs.gu.se

Bilaga 4

Uppdragsbeskrivning för arbetsgrupp avseende Vulvodyni UM1

Bakgrund

Ungdomsmottagningen (UM) arbetar utifrån en psykosocial, psykologisk och medicinsk helhetssyn med målet att förbättra ungas fysiska och psykiska hälsa samt stärka de ungas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. Inom ramen för uppdraget möter UM unga kvinnor som har olika problem kring sexuell hälsa, varav **vulvodyni** är en. UM har möjlighet att identifiera denna grupp tidigt och med relativt enkla insatser göra stor skillnad och förhindra mer omfattande och långvarig problematik.

Under 2021 har en regionövergripande riktlinje för Ungdomsmottagningarna i VGR gällande vulvodyni fastställts, likaså har processflöden kopplade till ämnet framtagits för att ge stöd till verksamheten i arbetet kring vulvodyni.

Riktlinjen och processflödena ska implementeras inom UM:s befintliga organisation i respektive nämndområde.

Syftet

är att öka möjligheten till tidig upptäckt samt erbjuda aktuell patientgrupp adekvata insatser inom ramen för UM:s uppdrag oavsett var i området de söker UM och därmed öka möjligheten till jämlik vård.

För att uppnå detta krävs implementering av riktlinjen och processflödena, samt organisering av verksamhetens arbete gällande vulvodyni på ett resurseffektivt sätt

Uppdragsgivare

Enhetscheferna för UM1 har beslutat att tillsätta en tvärprofessionell arbetsgrupp från Fyrbodals båda EC områden. I arbetsgruppen ingår även områdets gynekolog. Verksamhetsutvecklare kan även kopplas in som resurs vid behov.

Beskrivning av uppdraget

Arbetsgruppen har till uppgift att:

- komma med förslag på organisering av UM i Fyrbodal, vilken medger tidig upptäckt samt nivåanpassad vård och behandling avseende vulvodyni utifrån aktuell riktlinje och processflöden.

Nivå 1. Där all personal ska ha kompetens att identifiera och handlägga begynnande vulvodyni.

Nivå 2. Där ett semispecialiserat tvärprofessionellt team handlägger mer komplex vulvodyni

- skapa ett semispecialiserat team där barnmorska, kurator/psykolog, gynekolog/allmänläkare samt fysioterapeut ingår

- klargöra vad de olika nivåerna handlägger och gången i hur nivåerna och teamet samverkar/samarbetar
- komma med förslag på uppföljning av implementeringen
- identifiera och knyta till sig samverkanspartners
- göra riktlinjen och processflödena avseende vulvodynii kända hos medarbetarna på UM i Fyrbodal
- identifiera behov av kompetenshöjande insatser för medarbetarna på UM i Fyrbodal

Resursbehov, kostnader och finansiering av uppdraget

Uppdraget ska ske inom ramen för UM:s ordinarie budget men arbetsgruppen får avsätta erforderlig tid för förberedelse och genomförande. Avstämning med EC sker fortlöpande.

Tidsplan

Arbetsgruppen, ihop med enhetscheferna, träffas 2–3 tillfällen under hösten 2021 och har ett avstämningsmöte vid årsskiftet 21/22 för att sätta fortsatt tidsplan och tidpunkt för genomförandet.

Uddevalla 211020

Vanda Oskarsson, enhetschef UM1 västra
Ingela Martinsson, enhetschef UM1 östra