

Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni

Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer
samt stöd till personal
2022

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer	2022-11-8176
Omslagsbild	simple.scandinav.se/Plattform
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , november 2022
Korrigerad	Förtydligande gjort i stycke om samtidiga sjukdomar s. 12,13. 2022-12-20

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid smärttillståndet provocerad vulvodyni. Vi ger också förslag på hur vården kan organiseras mer effektivt för att stärka vårdkedjan och tydliggöra remitteringsvägarna. Riktlinjerna vänder sig både till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården och till dig som möter patienter.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna. Du som är beslutsfattare kan till exempel använda indikatorerna för att följa upp och utveckla din verksamhet.

Riktlinjerna är en del av regeringens satsning på kvinnors hälsa. Socialstyrelsen har till exempel också tagit fram nationella riktlinjer för vård vid endometriosis och ett kunskapsstöd om graviditet, förlossning och tiden efter. Vi hoppas att dessa stöd tillsammans ska bidra till en bättre och mer jämlik vård för kvinnor.

Sjukvårdsregioner, enskilda regioner, kommuner, intresseorganisationer och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den förra versionen av denna rapport, som då enbart kallades kunskapsstöd. Nu är titeln nationella riktlinjer, vilket stämmer tydligare överens med Socialstyrelsens övriga produkter. En skillnad mot andra nationella riktlinjer är dock att vi här ger mer konkret stöd till hälso- och sjukvårdspersonal i en särskild del. Vi har tagit hänsyn till alla synpunkter innan vi tagit ställning till den nuvarande versionen.

Projektledare på Socialstyrelsen har varit Jenny Halldén, vetenskaplig projektledare har varit Emma Stollo och ansvarig enhetschef Anders Berg. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunskande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Ge tidig diagnos och behandling	7
Ge tillgång till specialiserad vård	7
Vården behöver bli mer jämlik	7
Om de nationella riktlinjerna	8
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och personal	8
Fokus på utredning, diagnostik och behandling	9
Rekommendationer med olika prioritet	9
Indikatorer för uppföljning och utvärdering	11
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna	11
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030	11
Om provocerad vulvodyni	12
Vad är provocerad vulvodyni?	12
Vanligt med flera samtidiga sjukdomar	12
Oklar orsak och få vetenskapliga studier	13
Flera diagnoskoder används	13
Osäkert hur många som drabbas	14
Vården är ojämlik	15
Rekommendationer till stöd för beslutsfattare	17
Diagnostik och basbehandling	18
Fortsättningsbehandling	20
Specialiserad behandling	21
Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal	25
Diagnostik och basbehandling	25
Fortsättningsbehandling	30
Specialiserad behandling	33
Att stärka vårdkedjan – för en jämlik vård	39
Önskat läge: vård på rätt nivå snabbare	39
Förslag på kompetenser i behandlingens olika steg	40
Förslag på remitteringsvägar	43
Projektorganisation	46
Referenser	48
Bilaga 1. Checklista för diagnostik av provocerad vulvodyni	51

Sammanfattning

Provocerad vulvodyni är ett smärttillstånd som främst drabbar unga kvinnor. Det kallades tidigare vestibulit. Många får en intensiv smärta vid vaginalt sex, och ofta påverkas också vardagsaktiviteter och det allmänna välbefinnandet. Det är oklart hur många som drabbas, men drygt 9 procent av alla kvinnor rapporterade lång och svår samlagssmärta i en nationell enkätundersökning från 2003.

Ge tidig diagnos och behandling

Fler verksamheter i öppenvården behöver både kunna diagnostisera och behandla patienter med provocerad vulvodyni. Då kan fler bli friska snabbare än i dag. Tidiga insatser kan hindra att besvären förvärras, och ge en bättre sexuell hälsa och livskvalitet på lång sikt.

Du som möter unga patienter i hälso- och sjukvården behöver därför känna till att vulvasmärta vid vaginalt sex är vanligt, och veta hur man diagnostiserar och behandlar provocerad vulvodyni – eller kunna remittera patienterna vidare.

Du som beslutar om resursfördelning behöver då säkerställa kompetensutveckling för personalen. Målet är att färre patienter ska gå länge med obehandlade besvär, och att färre patienter ska utveckla mer svårbehandlad smärta.

Ge tillgång till specialiserad vård

Du som är beslutsfattare i en region behöver också se till att patienterna får tillgång till specialiserad vård, i form av multiprofessionella team som är specialiserade på provocerad vulvodyni. Teamen kan finnas på en särskild vulvamottagning, en kvinnoklinik eller motsvarande. Detta kan kräva extra resurser till sådana mottagningar.

Samtidigt kan till exempel vulvamottagningarnas belastning minska om patienterna får nära vård och tidigare insatser, enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Då kan också patienter med kvarstående eller allvarliga besvär få specialiserad vård snabbare.

Vården behöver bli mer jämlik

Det finns stora skillnader i vården vid provocerad vulvodyni, framför allt mellan storstad och landsbygd. Bara hälften av Sveriges regioner erbjuder till exempel vård vid en vulvamottagning 2018, och många mottagningar har långa väntetider. Dessutom är vårdkedjan ofta otydlig: många patienter vet inte vart de ska vända sig, och personal är osäkra på remitteringsvägarna.

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till en mer jämlik vård med hög kvalitet.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer gäller vård vid smärttillståndet provocerad vulvodyni. Du som är beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att satsa på eller prioritera ner. Du som möter patienter får stöd i ditt arbete. Det här dokumentet – *Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal* – innehåller följande delar:

- en översiktlig beskrivning av provocerad vulvodyni
 - Socialstyrelsens rekommendationer till beslutsfattare, med konsekvensanalyser och indikatorer för uppföljning och utvärdering
 - stöd till hälso- och sjukvårdspersonal för utredning, diagnostik och behandling
 - en vägledning i arbetet med att stärka vårdkedjan och skapa förutsättningar för en mer jämlik vård.
- ➔ **Läs mer:** *Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna – en huvudrapport för dig som är beslutsfattare eller möter patienter. På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar, bland annat en detaljerad översikt av rekommendationerna (*Tillstånds- och åtgärdslista*), kunskapsunderlaget för samtliga 18 rekommendationer och en indikatorrapport. Se socialstyrelsen.se/nationellriktlinjer/vulvodyni.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och personal

Riktlinjerna vänder sig dels till dig som är beslutsfattare, dels till dig som möter patienter i hälso- och sjukvården.

Du som är beslutsfattare kan till exempel arbeta som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du får vägledning för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Du som möter patienter med provocerad vulvodyni och deras närstående får vägledning för beslut om enskilda patienter. Men utöver rekommendationerna behöver du ta hänsyn till lagar och regler, individens särskilda förutsättningar och önskemål samt din egen professionella kunskap. Rekommendationerna är inte bindande, utan du som behandlare har alltid ansvaret för att bedöma den enskilda patientens behov – baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Beroende på din roll är olika delar av riktlinjerna mer relevanta:

Du som är...	Fokusera främst på...
beslutsfattare, till exempel politiker eller tjänsteperson	kapitlet <i>Rekommendationer till stöd för beslutsfattare</i> . Även kapitlet <i>Att stärka vårdkedjan – för en jämlik vård</i> tar upp frågor för politiker- och tjänstepersonsnivån.
verksamhetschef, till exempel i primärvården eller den specialiserade vården	kapitlen <ul style="list-style-type: none">• <i>Rekommendationer till stöd för beslutsfattare</i>• <i>Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal</i>• <i>Att stärka vårdkedjan – för en jämlik vård</i>.
personal, till exempel i primärvården eller den specialiserade vården	kapitlet <i>Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal</i> . Även kapitlet <i>Att stärka vårdkedjan – för en jämlik vård</i> tar upp frågor för dig som möter patienter.

Fokus på utredning, diagnostik och behandling

Riktlinjerna tar upp frågor som är särskilt viktiga för att utveckla och stärka vården vid provocerad vulvodyni – och minska ojämlikheten över landet. Riktlinjerna är alltså inget vårdprogram, utan täcker enbart in ett urval av relevanta insatser.

Socialstyrelsens kartläggning [1] och behovsinventering [2] visade att rekommendationer om utredning, diagnostik och behandling var mest angelägna för att hjälpa patienterna och deras närstående. Utredning och diagnostik är viktigt eftersom behandlingen blir svårare och längre om personerna har outhärliga symtom länge. Provocerad vulvodyni påverkar dessutom inte bara det fysiska måendet, utan även det psykiska. Livskvalitet, relationer, samliv och även familjebildning kan påverkas negativt.

Vi har avgränsat riktlinjerna till just *provocerad* vulvodyni som är *lokaliserad* till ett mindre område av vulvan. Vi ger därmed inga rekommendationer om *spontan* eller *generaliserad* vulvodyni, som är mindre vanligt (läs mer om de olika typerna i kapitlet *Om provocerad vulvodyni*).

Rekommendationerna berör stora delar av vårdkedjan, från att patienten får symtom till diagnostik, basbehandling, fortsättningsbehandling och specialiserad behandling. Stödet till dig som möter patienterna fokuserar just på vikten av en fungerande vårdkedja.

Vidare gäller riktlinjerna vård för alla med vulva oavsett könsidentitet. Det betyder att vissa av patienterna har manligt personnummer.

Rekommendationer med olika prioritet

Samhällets resurser räcker inte till alla insatser. Därför ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet. Vi ger tre typer av rekommendationer (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som hälso- och sjukvården bör erbjuda, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
Icke-göra	Insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

Effektiva insatser vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

Prioriteringen bygger på nyttan och riskerna med de olika insatserna, enligt forskning och erfarenhet hos experter – den bästa tillgängliga kunskapen. Insatserna för personer med provocerad vulvodyni saknar tillräckligt forskningsstöd. Dessa riktlinjer bygger därför på erfarenhetsbaserad kunskap, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess.

Högst prioriterar vi de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden. Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet. Socialstyrelsen bedömer att provocerad vulvodyni har *måttlig till stor svårighetsgrad*. Därför har insatserna i dessa riktlinjer som högst prioritet 3. Prioritet 1–2 ger vi i princip endast när hälsotillståndet har *stor till mycket stor svårighetsgrad*. Provocerad vulvodyni innebär dock inga risker för förtida död och mycket sällan risk för grava aktivitets- och delaktighetsbegränsningar vid utebliven behandling. Samtidigt är svårighetsgradsbedömningarna generella och gjorda på gruppnivå. Svårighetsgraden påverkas även av individuella och sociala faktorer.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden. I dessa riktlinjer har vi dock inte kunnat bedöma kostnadseffektiviteten, eftersom tydliga effektstudier saknas.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [5]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

➔ **Läs mer:** I webbilagan *Metodbeskrivning* beskriver vi metoden för prioriteringsprocessen mer i detalj. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/vulvodyni.

Indikatorer för uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni. Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Du som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården kan använda indikatorerna för att till exempel

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra vårdens kvalitet och effektivitet.

Socialstyrelsen rapporterar också återkommande om läget i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Vi gör utvärderingar baserade på indikatorer, men belyser också andra aspekter av vården. Kunskapen från utvärderingarna används bland annat när vi uppdaterar befintliga riktlinjer. Utvärderingarna kan till exempel visa vårdens fördelning och kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter.

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni* på socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/vulvodyni.

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samarbetat med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, via det nationella programområdet (NPO) för kvinnosjukdomar och förlossning och för hud och könssjukdomar. Vi har också samarbetat med patientföreträdare och professionsföreningar. NPO och professionsföreningarna har dessutom nominerat experter till arbetet.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har vidare tagit fram en systematisk översikt och utvärdering som rekommendationerna grundar sig på. Hälsoekonomer från Institutet för hälso- och sjukvårdsökonomi (IHE) har gjort den hälsoekonomiska analysen.

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. I vården vid provocerad vulvodyni är det tydligt att frågor om hälsa, jämlikhet och jämställdhet hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att nå främst mål 3 (god hälsa och välbefinnande), mål 5 (jämställdhet mellan män och kvinnor) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [30].

Om provocerad vulvodyni

Vad är provocerad vulvodyni?

Provocerad vulvodyni (tidigare kallat vestibulit) är ett smärttillstånd som främst drabbar unga kvinnor.¹ Många får en intensiv, brännande smärta när slemhinnan runt slidöppningen berörs, och vid vaginalt sex. Tillståndet påverkar därför ofta sexuella relationer, men också vardagsaktiviteter, det allmänna välbefinnandet och livskvaliteten [6].

En av flera typer av vulvasmärta

Vulvasmärta kan delas in i

- smärta som har en specifik orsak, till exempel trauma, inflammation eller infektion
- smärta i minst tre månader utan känd orsak – *vulvodyni*.

Vulvodyni kan i sin tur vara

- *provocerad* (enbart ge smärta vid beröring och tryck) eller *spontan*
- *lokaliserad* (drabba ett mindre område) eller *generaliserad* (drabba större delar av vulvan)
- *primär* (uppstå tidigt, ofta i samband med puberteten) eller *sekundär* (uppstå senare i livet, ibland flera år efter sexualdebuten).

Dessa riktlinjer gäller vulvodyni som är *provocerad* och *lokaliserad* till slemhinnan runt slidöppningen – den vanligaste typen av vulvodyni. Vi använder genomgående termen provocerad vulvodyni.

Vanligt med flera samtidiga sjukdomar

Provocerad vulvodyni är ett komplext tillstånd, och många patienter har flera sjukdomar eller besvär samtidigt. Cirka 30 procent av patienterna har eller har haft återkommande svampinfektioner [1,12-13]. Dessa infektioner har visat sig kunna ge ihållande smärta även efter att de har läkt [14].

Provocerad vulvodyni är också kopplat till sänkt livskvalitet och ökad psykisk ohälsa. En relativt stor andel av patienterna (17 procent) har depression och 23 procent har ångestsyndrom, enligt registerstudier [1]. Dessutom kan fertiliteten och förlossningsresultat påverkas, och personer med provocerad vulvodyni föder färre barn, enligt en svensk studie. Bland de patienter som föder barn är kejsarsnitt och svåra förlossningsskador vanligare än hos andra [3]. Även smärtsjukdomar verkar vara vanligare, som IBS (6 procent), migrän (5 procent) och fibromyalgi (1,6 procent) [1].

¹ Riktlinjerna gäller alla personer med vulva oavsett könsidentitet. Därmed ingår även vissa personer med manligt personnummer.

Studier har också visat att både psykisk och fysisk misshandel är vanligare hos patienter med provocerad vulvodyni, liksom sexuella övergrepp – även om långt ifrån alla patienter är drabbade, och endast mindre patientgrupper har ingått i studierna [22–24].²

Oklar orsak och få vetenskapliga studier

Diagnosen provocerad vulvodyni är främst en uteslutningsdiagnos, som inte sällan ställs när en patient har haft smärta i flera år. Den exakta orsaken är oklar, även om det finns ett antal kända faktorer som kan påverka hur smärttillståndet kommer till uttryck och hur det utvecklas [27]. Tidigare utgick forskare från att antingen fysiologiska eller psykologiska faktorer påverkade den sexuella och mentala hälsan. Senare forskning betonar mer vikten av en integrerad förklaringsmodell av biopsykosociala faktorer, som samverkar på olika sätt under tillståndets alla stadier, precis som vid annan kronisk smärta [6, 29].

Det saknas alltså forskning om provocerad vulvodyni, och även internationell konsensus om behandling. Man kan dock inte dra slutsatsen att det saknas effektiva behandlingar, bara att behandlingseffekterna inte har studerats tillräckligt. Det är också svårt att jämföra olika studier, eftersom forskare inte är överens om vilka behandlingsresultat som bör ingå i en behandlingsstudie. SBU har därför fått i uppdrag att ta fram gemensamma utfallsmått i samarbete med en internationell konsensusgrupp [18].

Flera diagnoskoder används

Du som diagnostiserar patienter enligt klassifikationen ICD-10-SE [28] kan använda följande kod för provocerad vulvodyni:

- N76.3 Subakut och kronisk vulvit.

Om fler använder denna kod kan uppföljningen förbättras. I dag används flera koder parallellt, vilket inte är optimalt. En orsak kan vara att vulvit betyder inflammation i vulva, något som inte alltid förekommer vid provocerad vulvodyni. Ibland används i stället följande koder:

- N94.8 Andra specificerade tillstånd som har samband med de kvinnliga könsorganen och menstruationscykeln
- N90.8 Andra specificerade icke-inflammatoriska sjukdomar i vulva och perineum.

Du kan vidare registrera följande tilläggsdiagnoser, beroende på omfattningen av vulvodynin:

- F52.5 och N94.2 Vaginism (slidkramp)
- F52.6 och N94.1 Dyspareuni (samlagssmärta).

² Hälso- och sjukvården har ett ansvar att fråga om våld samt agera vid misstanke om våld. Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39).

- ➔ **Kommande förbättring:** Socialstyrelsen översätter just nu ICD-11, och uppskattar att den svenska versionen publiceras i slutet av 2024. Den ersätter då ICD-10-SE. I ICD-11 finns diagnoskoden GA34.02 Vulvodynia, som passar bättre för provocerad vulvodyni än N76.3.

Osäkert hur många som drabbas

Det är osäkert hur många som har provocerad vulvodyni, både internationellt och i Sverige. Studierna är relativt få, och mörkertalet är troligen stort. Tillståndet tycks dock vara vanligt. Här följer några uppskattningar från olika undersökningar.

Enkät från livmoderhalscancerscreening

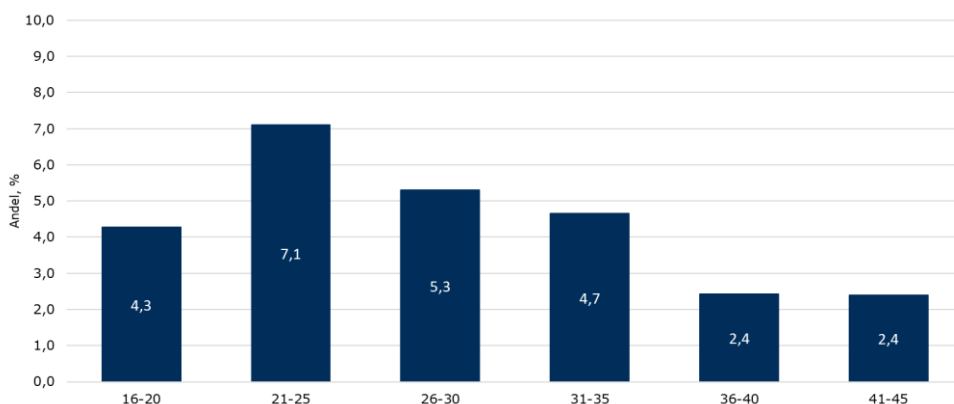
9,3 procent av deltagarna uppgav att de led av långvarig och svår samlagssmärta, i en enkät i samband med den nationella livmoderhalscancerscreeningen i Sverige 2003. Störst var andelen i åldersgruppen 20–29 år (13 procent). Andelen var betydligt lägre i äldre åldersgrupper [15].

Folkhälsoenkät från Region Stockholm

Region Stockholms folkhälsoenkät visar följande preliminära resultat för fysisk smärta i slidöppningen eller delar av de yttre könsorganen i samband med sex eller efter sex, för flickor och kvinnor över 16 år:

- 11,1 procent uppgav lätta besvär.
- 3,7 procent uppgav måttliga eller svåra besvär.
- Besvären var vanligast hos unga vuxna: 7,1 procent av 21–25-åringarna angav måttliga eller svåra besvär, jämfört med 4,3 procent av 16–20-åringarna, 5,3 procent av 26–30-åringarna, 4,7 procent av 31–35-åringarna och 2,4 procent av 36–45-åringarna (se figur 1) [16].

Figur 1. Andelen flickor och kvinnor i Stockholms län som svarat att de har måttliga till svåra besvär av smärta i slidöppningen eller vulva i samband med sex, uppdelat i femårsåldersgrupper (lätta besvär är inte inkluderade)



Källa: Region Stockholm [16].

Kartläggning från Socialstyrelsen

I en kartläggning från 2018 analyserade Socialstyrelsen statistik från patientregistret. Den gällde flickor och kvinnor i åldern 15–44 år som fått provocerad vulvodyni som huvuddiagnos eller bidiagnos (ICD-kod N76.3) i den specialiserade öppenvården eller slutenvården 2001–2016.

Denna patientgrupp hade då 8 603 förstavårdskontakter. Om man även inkluderade diagnoserna vaginism,³ dyspareuni⁴ och några andra specificerade diagnoser, ökade antalet förstavårdskontakter till 53 924. I detta antal ingår dock troligen fler tillstånd än provocerad vulvodyni [1].

Det var svårt att identifiera eventuella mörkertal i kartläggningen. Enbart vårdtillfällen hos läkare i den specialiserade öppenvården registreras i patientregistrets öppenvårdsdel. Man missar alltså patienter som diagnostiserats i primärvården och på ungdomsmottagningar, liksom patienter som diagnostiserats av till exempel en barnmorska.

Trots den förmodade underregistreringen ökar dock diagnosen provocerad vulvodyni, och antalet vårdtillfällen har fördubblats mellan 2006 och 2016. Men det är svårt att avgöra om detta är en reell ökning av provocerad vulvodyni, eller om ökningen beror på bättre rapportering eller på att fler söker vård för sina besvär. Medelåldern för diagnos var 26 år vid tiden för kartläggningen. Forskning tyder även på att så många som 28–48 procent av alla med vulvasmärta i samband med sex inte söker vård [15, 20].

Befolkningsundersökning från Folkhälsomyndigheten

I Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017* uppgav cirka en femtedel av flickorna och kvinnorna i åldern 16–29 år att de led av smärta vid eller efter sex [17].

➔ **Läs mer** i SBU:s rapport *Diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni* [6].

Vården är ojämlik

Det finns stora skillnader i vården vid provocerad vulvodyni, framför allt mellan storstäder och landsbygd i Sverige. Några exempel från Socialstyrelsens kartläggning från 2018 [1]:

- Tillgången till **specialiserad vård** är ojämlik. Bara hälften av regionerna erbjöd patienterna vård vid en vulvamottagning. Resurser och behandlingsalternativ varierade också bland kvinnokliniker och ungdomsmottagningar.
- Det behövdes **bättre samverkan** mellan olika vårdinstanser.
- Flera mottagningar hade **lång väntetid**.
- Flera mottagningar önskade **bättre kompetens** inom till exempel sexologi, fysioterapi och samtalsstöd.

³ Återkommande eller ständig muskelkramp i den yttre tredjedelen av vagina.

⁴ Återkommande eller ständig underlivssmärta i samband med sex.

Preliminära resultat från Region Stockholm tyder också på relativt stora skillnader mellan stadsdelarna. Dessutom verkar personer med längre utbildning och personer födda i Sverige ha större möjlighet att få vård.⁵ Även socioekonomiska skillnader tycks påverka möjligheten att få en diagnos [16].

Ytterligare ett hinder för en god vård är avsaknaden av en tydlig vårdkedja för patienter med provocerad vulvodyni. Många vet inte vart de ska vända sig för att få hjälp, och hälso- och sjukvårdspersonal vet inte hur de ska remittera patienter vidare. Framför allt i primärvården finns en okunskap om diagnosen och om remitteringsvägarna [2].

⁵ I studien jämförs registerdata från både öppenvård och specialiserad vård med självrapporterad data (VAL-databasen innehåller uppgifter från regionfinansierad vård inklusive slutenvård, öppenvård, primärvård och privata vårdgivare med avtal samt självrapporterad data från Region Stockholms folkhälsoenkät).

Rekommendationer till stöd för beslutsfattare

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer om vård vid provocerad vulvodyni. Rekommendationerna har prioritetssiffror till stöd för dig som beslutar om vilken vård som erbjuds, och hur resurser fördelas för denna vård. De olika insatserna behöver ofta kombineras.

Läshjälp: Rekommendationerna presenteras i tre delkapitel, som följer en behandlingstrappa med olika grader av specialisering:

1. Diagnostik och basbehandling
2. Fortsättningsbehandling
3. Specialiserad behandling.

Varje delkapitel består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer till hälso- och sjukvården	Tabell med rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagan <i>Tillstånds- och åtgärdslista</i>)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
Indikatorer för uppföljning och utvärdering	Redovisning av de indikatorer som Socialstyrelsen tagit fram för området, i förekommande fall.

→ Läs mer:

- I kapitlet *Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal* beskriver vi varje rekommendation närmare, för att ge ytterligare vägledning till dig som möter patienter med provocerad vulvodyni.
- I kapitlet *Att stärka vårdkedjan – för en jämlik vård* ger vi förslag på kompetens som behövs vid de olika stegen i behandlingen.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*), kunskapsunderlaget för samtliga rekommendationer, en metodbeskrivning och rapporten *Indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/vulvodyni.

Diagnostik och basbehandling

Fler patienter med provocerad vulvodyni kan bli friska snabbare och få en bättre livskvalitet, om de snabbt får rätt stöd och behandling när de söker vård. Hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienterna behöver därför ha kunskap om tillståndet. Förutom att kunna ställa en korrekt diagnos behöver de kunna erbjuda basbehandling, med fokus på tre delar:

- den smärtekänsliga slemhinnan
- bäckenbottenavslappning
- samtalsstöd kring psykosexuell hälsa.

De olika delarna behöver erbjudas efter patientens behov, och kan behöva utföras parallellt.

Efter basbehandlingen förväntas vissa patienter få en snabb symtomlindring, och vissa kan tillfriskna helt. Men det är viktigt att följa upp patienterna tidigt, eftersom behandlingens effekter är individuella. En del behöver fortsättningsbehandling, ibland i en mer specialiserad verksamhet (se avsnittet *Fortsättningsbehandling*).

Rekommendationer till hälso- och sjukvården: diagnostik och basbehandling

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
15	misstänkt provocerad vulvodyni	Använd ett stöd för ett strukturerat arbetssätt för utredning och diagnostisering av provocerad vulvodyni. Utgå till exempel från Socialstyrelsens checklista (se bilaga 1).	3
7	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none">• torr och smärtekänslig slemhinna• rädsla för att vidröra slemhinnan	Behandla den smärtsamma slemhinnan runt slidöppningen med smörjregim med olja eller mjukgörande kräm eller salva.	3
12a	provocerad vulvodyni och något av följande: <ul style="list-style-type: none">• nedsatt psykosexuell hälsa i form av t.ex. oro eller ångest• nedsatt sexuell och relationell hälsa• nedsatt livskvalitet	Erbjud stödjande samtal kring psykosexuell hälsa med hälso- och sjukvårdspersonal som har kunskap om provocerad vulvodyni.	3
9a	provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler	Instruera patienten att göra bäckenbottenövningar med fokus på avslappning, för att förbättra funktionen i bäckenbottens muskler.	5
11a	provocerad vulvodyni och generell stress och spänning	Informera om avslappningsövningar.	5
1	provocerad vulvodyni och smärtekänslighet i slemhinnan	Erbjud och instruera om desensibiliserande behandling av slemhinnan med lokalbedövningsmedel, till exempel Xylocaingel eller -salva (lidokain) (dock ej vid sex).	5

Så har vi prioriterat

Tre av insatserna inom området diagnostik och basbehandling har högsta möjliga prioritet (3) utifrån hälsotillståndens svårighetsgrad, som är stor. Ett stöd för strukturerat arbetssätt för utredning och diagnostisering ökar möjligheten till en tidig och korrekt diagnos, vilket har stor betydelse för att patienten ska få rätt stöd och behandling snabbt. Behandling med smörjregim och stödjande samtal kan snabbt förbättra tillståndet och har få eller inga biverkningar.



Övriga insatser inom området har något lägre prioritet: 5. För bäckenbottenövningar och avslappningsövningar beror det på att de aktuella hälsotillstånden har en lägre svårighetsgrad, måttlig. Båda insatserna är dock angelägna: de är relativt enkla att erbjuda och har inga förväntade biverkningar.

Desensibiliserande behandling av slemhinnan gäller däremot ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad, men experterna i Socialstyrelsens konsensuspanel var inte helt överens om behandlingens nytta. Rekommendationsgruppen anser dock att behandlingen är enkel och har få biverkningar. Den kan hjälpa många till en låg kostnad, och kan därför testas.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om diagnostik och basbehandling kan påverka hälso- och sjukvårdens organisation. Din region behöver till exempel säkerställa kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienter med besvär kopplade till provocerad vulvodyni. Behovet av kompetensutveckling gäller både diagnostik och behandling. Det handlar om att avsätta tid och resurser för att utbilda personal på ungdomsmottagningar, i elevhälsan och på andra primärvårdsmottagningar. Detta är avgörande för att öka kunskapen om provocerad vulvodyni, så att Socialstyrelsens rekommendationer kan följas. En ökad kunskap kan i sin tur ge bättre förutsättningar för jämlik vård, ett gott omhändertagande och bättre patientsäkerhet.



Förutom personal med medicinsk kompetens behövs personal med kunskap om sexualfysiologi, smärtfysiologi och bäckenbottenanatomi, som kan förstå och förmedla syftet med basbehandlingen. Det är också viktigt att ta ett helhetsgrepp om vården, och att den personal som är inblandad i en patients behandling samverkar. Dessutom kan olika vårdenheter behöva samverka, till exempel ungdomsmottagningar och rehabiliteringsmottagningar.

Din region behöver också säkerställa att vården har tillräcklig omfattning, så att alla med misstänkt provocerad vulvodyni får tillgång till utredning och basbehandling. Ni behöver se över er organisation om ni saknar en tydlig struktur för diagnostik och behandling i dag.

Samtidigt kan antalet vårdbesök minska om fler patienter snabbare får en korrekt diagnos och behandling av hälso- och sjukvårdspersonal med god kunskap om provocerad vulvodyni. Både vårdtiden och risken för ett mer svårbehandlat tillstånd kan minska [2].

➔ **Läs mer** i webbilagan *Rekommendationer med kunskapsunderlag och hälsoekonomisk konsekvensanalys*.



Indikatorer för uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för området diagnostik och basbehandling. Med dem går det att följa upp

- andelen verksamheter som erbjuder behandling med smörjregim till personer med provocerad vulvodyni och smärta och rädsla för att vidröra slemhinnan (indikator 1)
- andelen verksamheter som erbjuder stödjande samtal kring psykosexuell hälsa med hälso- och sjukvårdspersonal som har kunskap om provocerad vulvodyni till personer med provocerad vulvodyni och nedsatt psykosexuell hälsa (indikator 2)
- andelen verksamheter som erbjuder desensibiliserande behandling med lokalbedövningsmedel till personer med provocerad vulvodyni och smärtkänslighet i slemhinnan (indikator 3).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni*.

Fortsättningsbehandling

Patienter bör erbjudas fortsättningsbehandling mot provocerad vulvodyni, om de fortfarande har besvär efter basbehandlingen. En del av fortsättningsbehandlingen kan erbjudas i samma verksamhet som basbehandlingen, om personalen där har den erfarenhet och kompetens som krävs. Annars behöver patienten få remiss till en verksamhet med kunskap om provocerad vulvodyni.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården: fortsättningsbehandling

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
2	provocerad vulvodyni och stor smärtkänslighet i slemhinnan, som förutom smärta vid vaginalt sex eller tamponganvändning gör det svårt att använda åtsittande kläder, cykla osv.	Behandla med lågdos tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA), till exempel amitriptylin. <i>Observera:</i> Använd enbart denna behandling vid svårare fall med hög smärtkänslighet och inslag av spontan smärta, när annan behandling inte har effekt.	6
13	provocerad vulvodyni och brist på stöd och kommunikation med partner	Erbjud samtal ihop med en eller flera partner, om patienten önskar det.	6
5	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none">• hormonell preventivmedelsanvändning• smärtkänslighet i slemhinnan runt slidöppningen	Erbjud byte till ett östrogendominerat preventivmedel, om patienten använder ett gestagent eller gestagendominerat preparat. <i>Observera:</i> Byt inte ut fungerande preventivmedel som valts pga andra tillstånd, exempelvis endometrios.	7

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
6	provocerad vulvodyni och torr och smärtekänslig slemhinna runt slidöppningen	Behandla med lokal östrogenkräm eller -gel. Observera: Behandlingen kan till exempel vara aktuell vid misstänkt östrogenbrist.	7
9b	provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler	Instruera patienten att göra egenövningar med vaginalstavar i olika storlekar.	7

Så har vi prioriterat

Fortsättningsbehandling har generellt lägre prioritet än basbehandling, eftersom den är aktuell för en mindre grupp patienter och enbart erbjuds om basbehandlingen inte ger avsedd effekt. För enskilda patienter kan behandlingen dock vara mycket betydelsefull, även om prioriteten på gruppnivå är låg.

Byte till ett östrogendominerat preventivmedel är till exempel aktuellt för vissa av de patienter som i dag använder ett gestagent eller gestagen-dominerat preparat. Och enbart vissa patienter med provocerad vulvodyni och torr och smärtekänslig slemhinna bör behandlas med lokal östrogenkräm, såsom patienter med misstänkt östrogenbrist.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om fortsättningsbehandling väntas inte påverka hälso- och sjukvården i stor utsträckning, eftersom den är aktuell för en relativt liten grupp patienter.

Specialiserad behandling

Patienter bör erbjudas specialiserad behandling, om de fortfarande har besvär efter basbehandlingen och fortsättningsbehandlingen. En del av den specialiserade behandlingen kan erbjudas i samma verksamhet som fortsättningsbehandlingen, om personalen där har den erfarenhet och kompetens som krävs. Annars behöver patienten få remiss till den specialiserade vården, till exempel till en vulvamottagning eller en kvinnoklinik. Den specialiserade behandlingen innebär oftast flera insatser i kombination, där ett multiprofessionellt team kan ta ett samlat grepp om patientens behov.



Rekommendationer till hälso- och sjukvården: specialiserad behandling

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
14a, 14b	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none"> • begränsad behandlingseffekt avseende smärta • nedsatt funktion i bäckenbottens muskler • nedsatt psykosexuell hälsa 	<ul style="list-style-type: none"> • Erbjud behandling inom ett multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni. • Säkerställ kontinuitet i mötet med det multiprofessionella teamet. 	3
12b	provocerad vulvodyni och något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • nedsatt psykosexuell hälsa i form av t.ex. oro eller ångest • nedsatt sexuell och relationell hälsa • nedsatt livskvalitet 	Erbjud kognitiv beteendeterapi (KBT) med en psykolog eller psykoterapeut som har kunskap om psykosexuell hälsa och provocerad vulvodyni.	4
9f	provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler	Erbjud kombinerade fysioterapeutiska åtgärder: manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning och egenövningar.	5
9c		Behandla bäckenbottens muskler med manuell fysioterapi.	6
10	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none"> • spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler • otillräcklig effekt av annan bäckenbottenrehabiliterande behandling 	Behandla med botulinumtoxin A-injektioner i bäckenbottens muskler. <i>Observera:</i> Överväg behandlingen om muskeltonus inte minskat med annan avslappnande behandling.	7
3a	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none"> • stor smärtkänslighet i slemhinnan, som förutom smärta vid vaginalt sex eller tamponganvändning gör det svårt att använda åtsittande kläder, cykla etc. • otillräcklig effekt av tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) eller pågående behandling med annat läkemedel som inte får kombineras med TCA 	Behandla med antiepileptiska läkemedel i smärtlindrande syfte (till exempel gabapentin). <i>Observera:</i> Behandlingen kan användas vid svårare fall med hög smärtkänslighet och inslag av spontan smärta då annan behandling inte har effekt.	9

Så har vi prioriterat



Rekommendationerna om specialiserad behandling syftar framför allt till att skapa en bättre och mer jämlik tillgång till specialiserad vård för patienter med provocerad vulvodyni. Detta är viktigt för att de som fortfarande har besvär efter basbehandlingen och fortsättningsbehandlingen ska kunna få god vård med kontinuitet.

Rekommendationerna om multiprofessionellt team och kontinuitet i mötet med teamet har högsta möjliga prioritet (3) utifrån hälsotillståndets svårighetsgrad, som är stor. Insatserna är viktiga för att säkerställa en individanpassad vård.

Även kognitiv beteendeterapi (KBT) har relativt hög prioritet (4). Behandlingen är relativt enkel och kan hjälpa många patienter, och den har få eller inga biverkningar.

Kombinerade fysioterapeutiska åtgärder har något lägre prioritet (5), eftersom de är aktuella för patienter vars hälsotillstånd har en lägre svårighetsgrad, måttlig. Det finns ett visst vetenskapligt stöd för att åtgärderna minskar vulvasmärta i samband med vaginalt sex på ett betydelsefullt sätt, och förbättrar den sexuella funktionen [6]. Åtgärderna har inga förväntade biverkningar. Det vetenskapliga stödet är mindre för manuell fysioterapi för bäckenbottens muskler, som därför har prioritet 6.

Vidare har vi prioriterat ner botulinumtoxin A-injektioner och antiepileptiska läkemedel, eftersom dessa behandlingar inte bör vara förstahandsalternativ. De kan dock vara användbara för vissa patienter, som inte fått önskad effekt av annan behandling. Antiepileptiska läkemedel kan ge vissa biverkningar.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om specialiserad behandling kan påverka hälso- och sjukvårdens organisation, eftersom många regioner saknar en tydlig struktur för detta [1]. Din region kan alltså behöva se över organisationen och säkerställa att patienter med provocerad vulvodyni kan få specialiserad behandling av ett multiprofessionellt team på en relativt närliggande vulvamottagning, en kvinnoklinik eller motsvarande, om inte basbehandling och fortsättningsbehandling räcker.

När ni sätter ihop ett multiprofessionellt team behöver ni också ta hänsyn till exempelvis vilka andra resurser som finns för patienterna i regionen. Det kan dessutom behövas kompetensutveckling för personal på vulvamottagningar och eventuellt andra mottagningar.

Satsningar på multiprofessionella team kan samtidigt effektivisera behandlingen vid provocerad vulvodyni, så att antalet vårdbesök och därmed vårdkostnaderna minskar. En tidig och adekvat behandling kan dessutom minska risken för att patienter utvecklar svårbehandlad provocerad vulvodyni.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Rekommendationer med kunskapsunderlag och hälsoekonomisk konsekvensanalys*.

Indikatorer för uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för området specialiserad behandling. Med dem går det att följa upp

- andelen verksamheter som har tillgång till ett multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni (indikator 4)
- andelen verksamheter som erbjuder kognitiv beteendeterapi (KBT) med psykolog eller psykoterapeut som har kunskap om psykosexuell hälsa och om provocerad vulvodyni till personer med provocerad vulvodyni och nedsatt psykosexuell hälsa (indikator 5)

- andelen verksamheter som erbjuder kombinerade fysioterapeutiska åtgärder (manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning och egenövningar) till personer med provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler (indikator 6).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni*.

Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal

I det här kapitlet får du som möter patienter med provocerad vulvodyni stöd och vägledning i ditt arbete. Vi pekar på insatser som du kan erbjuda och prova, utifrån patienternas behov.

Läshjälp: Kapitlet utgår från de rekommendationer med prioritetssiffror som vi har tagit fram för att hjälpa beslutsfattare att prioritera resurser i hälso- och sjukvården. Rekommendationerna presenteras i tre delkapitel, som följer en behandlingstrappa med olika grader av specialisering:

1. Diagnostik och basbehandling
2. Försättningsbehandling
3. Specialiserad behandling.

Observera: Stegen i behandlingstrappan överlappar ibland varandra, och speglar inte alltid exakt hur vården fungerar i verksamheterna. Vidare ger vi rekommendationer i fallande prioritetsordning, men insatserna behöver inte nödvändigtvis utföras i den ordningen. Du behöver alltid ge personcentrerad vård efter patientens behov och förutsättningar. Flera insatser behöver ofta kombineras, och insatser från olika steg i behandlingstrappan kan behöva utföras parallellt.

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet *Rekommendationer till stöd för beslutsfattare* presenteras rekommendationerna samlat för varje steg i behandlingstrappan i stället för var för sig, som stöd för dig som beslutar om resursfördelningen i hälso- och sjukvården.
- I kapitlet *Att stärka vårdkedjan – för en jämlik vård* ger vi förslag på kompetens som behövs vid de olika stegen i behandlingen.

Diagnostik och basbehandling

Här följer sex rekommendationer om diagnostik och basbehandling vid provocerad vulvodyni. Efter varje rekommendation ger vi närmare förslag på hur du kan arbeta.

Strukturerat arbetssätt för utredning och diagnostik

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
15	misstänkt provocerad vulvodyni	Använd ett stöd för ett strukturerat arbetssätt för utredning och diagnostisering av provocerad vulvodyni. Utgå till exempel från Socialstyrelsens checklista (se bilaga 1).	3

Det finns inget kliniskt test för att ställa diagnosen provocerad vulvodyni i dag. I stället behöver du basera diagnosen på en utvidgad anamnes (se rutan nedan) och en klinisk undersökning, där du utesluter andra orsaker till smärtekänsligheten i slemhinnan runt slidöppningen. Det är särskilt viktigt att identifiera och behandla återkommande svampinfektioner, som är den vanligaste samtidiga diagnosen hos patientgruppen [1].

Utvidgad anamnes

Du kan behöva ta upp följande områden i en utvidgad anamnes för patienter med misstänkt provocerad vulvodyni.

Psykosexuell hälsa:

- sexuella aspekter: lust och upphetsning, sexuell praktik, sexuell aktivitet, förekomst av vaginalt sex och andra typer av sex
- relationella aspekter: relationsstatus, relationell tillfredsställelse, tidigare erfarenheter
- psykisk status: exempelvis nedstämdhet, oro och ångest
- eventuell våldsutsatthet, inklusive sexualiserat våld och könsstymning (hälso- och sjukvården har ett ansvar för att fråga om våld och agera vid misstanke om våld).

Fysisk hälsa:

- eventuella svampinfektioner, hudbesvär, allergier eller smärttillstånd som magbesvär eller IBS, muskelvärk, smärta vid miktation eller huvudvärk
- reproduktiv hälsa, inklusive eventuell ofrivillig barnlöshet.

➔ **Läs mer:** Förslag på mer ingående anamnes finns till exempel på Svensk förening för obstetrik och gynekologis webbplats, sfog.se.

Efter anamnesen kan du använda Socialstyrelsens checklista för diagnostik av provocerad vulvodyni (se [bilaga 1](#)). Den ger stöd för ett strukturerat arbetssätt, som tidigare har saknats för dessa patienter. I checklistan finns specifika frågor som du kan ställa, och information om hur du utför en gynekologisk undersökning för att säkerställa diagnosen.

Provocerad vulvodyni är ofta ett komplext och svårbehandlat tillstånd. Det är viktigt att den som söker vård känner sig trygg och blir lyssnad på, och får känna ett hopp om att bli bättre. Patientens berättelse ger viktig information, och diagnostiken underlättas om du skapar en god relation till patienten. Detta kan kräva extra tid, framför allt vid det första besöket. Du behöver också kunna ge ett normmedvetet bemötande, och till exempel använda ett språk som inkluderar personer med olika kön och sexualitet, såsom icke-binära personer och transmän med vulva.

Vidare behöver du ge lämplig information till patienter som är ofrivilligt barnlösa. Ofrivillig barnlöshet tycks vara vanligare hos personer med

vulvodyni än hos andra [3]. Om orsaken är svårigheter att ha vaginalt sex kan ett alternativ vara heminsemination med hjälp av en tunn plastkateter. Du behöver då kunna demonstrera utrustningen. IVF-behandling och andra infertilitetsbehandlingar kan vara svåra för patienterna, eftersom behandlingarna i sig innebär vaginala undersökningar som kan vara smärtsamma.

Behandling med smörjregim

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
7	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none"> • torr och smärtekänslig slemhinna • rädsla för att vidröra slemhinnan 	Behandla den smärtsamma slemhinnan runt slidöppningen med smörjregim med olja eller mjukgörande kräm eller salva.	3

Många med provocerad vulvodyni har svårt att vidröra sitt eget underliv. Orsakerna kan vara många, men ofta får patienten en negativ uppfattning av underlivet. Ett sätt att bryta detta är att lära patienten att börja röra och smörja underlivet försiktigt, utan att det gör ont, med olja eller mjukgörande kräm eller salva. Efter hand kan smörjövningarna bli mer avancerade, och inkludera försiktiga töjningar av vävnaden runt slidöppningen. Syftet med smörjövningarna är att på sikt minska rädslan och smärtekänsligheten i slemhinnan.

Detta är en form av exponeringsbehandling, och det är viktigt att du informerar patienten om syftet. Förklara att behandlingen skiljer sig från rådet att använda en återfuktande salva, kräm eller olja vid dusch eller bad. Här behöver patienten i stället vara närvarande i tanken och registrera vad som händer i kroppen, vilket kräver att övningarna görs i lugn och ro, förslagsvis cirka 3 gånger per vecka. Patienter kan självklart kombinera detta med andra egenövningar, till exempel för spända bäckenbottenmuskler (se avsnittet *Bäckenbottenövningar*).

Du som ger denna behandling behöver ha kompetens inom området och ha tid för att informera, instruera och följa upp.

Stödjande samtal om psykosexuell hälsa

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
12a	provocerad vulvodyni och något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • nedsatt psykosexuell hälsa i form av t.ex. oro eller ångest • nedsatt sexuell och relationell hälsa • nedsatt livskvalitet 	Erbjud stödjande samtal kring psykosexuell hälsa med hälso- och sjukvårdspersonal som har kunskap om provocerad vulvodyni.	3

Många med provocerad vulvodyni har samtidigt psykisk ohälsa, främst oro och ångest. Även den sexuella hälsan påverkas, och relationen till en eventuell partner. Personerna upplever därmed ofta en sänkt livskvalitet [1].

Du som möter patienter behöver ha ett sexologiskt perspektiv och ge möjlighet att tala om sexualitet, lust, samtycke och gränsdragningar. På så sätt kan man bryta negativa mönster i tid, inte minst hos unga. En viktig del av behandlingen kan alltså vara att förmedla kunskap om sexual- och lustfysiologi, och att stötta patienten till alternativa sexuella praktiker.

Socialstyrelsen rekommenderar stödjande samtal kring psykosexuell hälsa som en del av basbehandlingen när patientens psykosexuella hälsa har påverkats negativt. Du som leder samtalet bör ha kunskap om provocerad vulvodyni och sexuell hälsa. Flera vårdprofessioner kan vara aktuella för detta.

Bäckenbottenövningar

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
9a	provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler	Instruera patienten att göra bäckenbottenövningar med fokus på avslappning, för att förbättra funktionen i bäckenbottens muskler.	5

Många med provocerad vulvodyni har en dysfunktion i bäckenbottens muskler. Du som undersöker patienter kan se att slidöppningen är hopdragen och att musklerna runt slidöppningen är spända och ömma vid försiktig palpation. Det är viktigt att rehabilitera bäckenbottens muskler, för att minska smärtan och öka patientens förmåga att ha sex på det sätt som hen önskar.

Generell avspänning är grunden för att utföra specifik avspänning, och andningsövningar är centrala för att få bäckenbotten att slappna av. Patienten behöver också kroppskännedom för att kunna vara närvarande i kroppen och slappna av. Du kan hjälpa patienten till ökad kroppskännedom med instruktioner i avspännings- och avslappningstekniker för bäckenbottens muskler. Patienten kan då lära sig att känna igen signaler från kroppen och vad som utlöser smärta och anspänning, och hen får redskap för att reglera spänning. Du kan också tipsa om olika digitala stöd och ljudböcker som ger guidning i avslappning och avspänning. Avspänning ökar även blodgenomströmningen i underlivet, vilket kan påverka slemhinnan positivt.

Egenövningar av bäckenbottens muskler är aktuella om patienten är mindre smärtekänslig i slemhinnan vid beröring. Bedöm graden av smärta och spänning noggrant. Kontrollera också först att patienten kan kontrahera och relaxera bäckenbottenmusklerna isolerat, utan att koppla på omkringliggande muskulatur. Syftet med egenövningarna är att öka cirkulationen i bäckenbottenmusklerna genom lätta och snabba kontraktioner i cirka 3 sekunder, som följs av 5 sekunders relaxation med ökad progression utifrån patientens förutsättningar. Vidare kan spänningen i bäckenbottenmusklerna minska om patienten placerar bäckenet i högläge (en avlastande position) och samtidigt djupandas.

Vid behov kan du också instruera patienter som har mindre beröringssmärta, men en ökad anspänning i bäckenbottenmusklerna, att töja muskulaturen runt slidöppningen och även djupare in vaginalt.

- **Läs mer:** Vid svårare slemhinnesmärta rekommenderar Socialstyrelsen desensibiliserande behandling parallellt med avspännings- och avslappningsteknikerna för bäckenbottens muskler. Se avsnittet *Desensibiliserande behandling*.

Avslappningsövningar

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
11a	provocerad vulvodyni och generell stress och spänning	Informera om avslappningsövningar.	5

Många med provocerad vulvodyni har spänningar i flera olika muskelgrupper i kroppen, ofta i kombination med smärta. Orsakerna kan variera, men många lider av stress, oro och ångest. För att minska generell stress och spänning kan patienten få prova olika avslappnande övningar och behandlingar. Några exempel:

- **Akupunktur** kan fungera smärtlindrande, lugnande och avslappnande, och kan ges av legitimerad personal med akupunkturutbildning.
- **Hel- eller halvkroppsmassage** av en massör kan vara smärtlindrande och avslappnande, liksom fysioterapeutisk mjukdelsbehandling av muskler lokalt. Du som ger massage behöver vara lyhörd för hur patienten reagerar. Vissa muskelspänningar kan patienten behöva som ”skydd”.
- **Egenövningar i mindfulness och kroppskänedom** kan ge verktyg för att hantera smärta, oro och stress. Du kan instruera patienten att vara närvarande i stunden, vara uppmärksam på det som sker just nu och ha en nyfiken och accepterande inställning till det som sker. Börja med att guida patienten genom hela övningen.

Desensibiliserande behandling

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
1	provocerad vulvodyni och smärtkänslighet i slemhinnan	Erbjud och instruera om desensibiliserande behandling av slemhinnan med lokalbedövningsmedel, till exempel Xylocaingel eller -salva (lidokain) (dock ej vid sex).	5

Många med provocerad vulvodyni är mycket smärtekänsliga i slemhinnan runt slidöppningen. Om patienten inte kan eller vågar beröra slemhinnan kan du erbjuda desensibiliserande behandling. Du instruerar då patienten att använda lokalbedövningsgel eller -salva på slemhinnan för att minska smärtekänsligheten (desensibilisering), så att patienten lättare kan våga beröra den

smärtsamma vävnaden. Behandlingen kan därmed även ha en viss effekt på rädsla för smärta.

Instruera patienten att stryka bedövningsgelen eller -salvan på den smärtsamma slemhinnan ett par gånger per dag om det är möjligt, för att successivt minska smärtekänsligheten i vävnaden. Betona samtidigt att bedövningsmedlet inte ska användas för att kunna ha sex – det kan vara kontraproduktivt. Erbjud därför behandlingen med försiktighet, efter noggrann bedömning, och följ alltid upp hur den fungerat. Patienten kan sedan gradvis byta ut bedövningsmedlet till en vanlig mjukgörande kräm eller olja.

Observera att bedövningsmedlet kan ge en del patienter sveda och irritation. Avsluta i så fall behandlingen.

Fortsättningsbehandling

Här följer fem rekommendationer om fortsättningsbehandling vid provocerad vulvodyni. Efter varje rekommendation ger vi närmare förslag på hur du kan arbeta.

Antidepressiva läkemedel

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
2	provocerad vulvodyni och stor smärtekänslighet i slemhinnan, som förutom smärta vid vaginalt sex eller tamponganvändning gör det svårt att använda åtsittande kläder, cykla osv.	Behandla med lågdos tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA), till exempel amitriptylin. <i>Observera:</i> Använd enbart denna behandling vid svårare fall med hög smärtekänslighet och inslag av spontan smärta, när annan behandling inte har effekt.	6

Tricykliska antidepressiva läkemedel, såsom amitriptylin, är äldre antidepressiva läkemedel som numera främst används mot neuropatisk smärta (nervsmärta). Vid provocerad vulvodyni kan du erbjuda ett sådant läkemedel om patienten är mycket smärtekänslig i slemhinnan runt slidöppningen. Det handlar då inte enbart om smärta vid vaginalt sex eller tamponganvändning, utan även om smärta som gör det svårt att ha åtsittande kläder, cykla eller utföra andra vardagsaktiviteter.

Det är viktigt att följa upp behandlingsresultatet och fråga patienten om biverkningar. Det finns ingen risk för tillvänjning, så behandlingen kan fortsätta i cirka 6 månader om den fungerar. Därefter kan du prova att trappa ner dosen och samtidigt vara uppmärksam på om smärtan tilltar eller inte. Om smärtan inte tilltar avslutar du behandlingen med gradvis nertrappning under ett par veckor.

Samtal tillsammans med partner

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
13	provocerad vulvodyni och brist på stöd och kommunikation med partner	Erbjud samtal ihop med en eller flera partner, om patienten önskar det.	6

Personer med provocerad vulvodyni som lever i en relation, beskriver ofta svårigheter kopplade till sexualiteten och relationen. Många känner skuld och skam för sitt tillstånd, och fortsätter att ha smärtsamt sex på grund av svårigheter att kommunicera med partnern om besvären.

Du bör erbjuda patienten samtal ihop med en eller flera partner om patienten upplever brist på stöd från partnern eller partnererna. Men säkerställ att patientens behov och önskemål kommer i första rummet, och att patienten vill att partner ska involveras. Före ett samtal med en partner bör patienten också själv få utrymme att berätta fritt om problematiken, så att du kan undersöka eventuella problem i relationen (till exempel maktobalans, krav, brist på samtycke eller våld).

I ett samtal med partner är det vanligt att låta alla deltagare uttrycka sina behov, önskingar och tankar kring relationen, för att öka kommunikationen och den ömsesidiga förståelsen, liksom den relationella och sexuella tillfredsställelsen. Det är viktigt att alla inblandade känner sig lyssnade på, och att allas perspektiv får ta plats.

Du som leder sådana här samtal behöver dels ha lämplig utbildning i relationell samtalsmetod och psykosexuell hälsa, dels ha specifik kunskap om provocerad vulvodyni.

Byte av preventivmedel

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
5	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none">• hormonell preventivmedels-användning• smärtkänslighet i slemhinnan runt slidöppningen	Erbjud byte till ett östrogendominerat preventivmedel, om patienten använder ett gestagent eller gestagendominerat preparat. <i>Observera:</i> Byt inte ut fungerande preventivmedel som valts pga andra tillstånd, exempelvis endometrios.	7

En del med provocerad vulvodyni känner sig torra och irriterade i slemhinnan runt slidöppningen, samtidigt som de använder hormonella preventivmedel. Vissa beskriver också att de började få symtom på provocerad vulvodyni samtidigt som de började med hormonella preventivmedel.

Om din patient har smärtekänslig slemhinna och använder gestagena preventivmedel, kan du prova att byta till ett östrogendominerat preparat. Det finns en teoretisk risk för att slemhinnan i slidan och runt slidöppningen blir skör och smärtekänslig efter en längre tids användning av gestagena preparat, på samma sätt som slemhinnan i livmodern blir tunn. Byt dock inte ut

fungerande preventivmedel som valts på grund av andra tillstånd. Patienter med endometrios bör till exempel inte avsluta en kontinuerlig gestagenbehandling om den fungerar.

➔ **Läs mer:** Ett alternativ kan vara behandling med lokal östrogenkräm. Se avsnittet *Lokal östrogenkräm*.

Lokal östrogenkräm

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
6	provocerad vulvodyni och torr och smärtekänslig slemhinna runt slidöppningen	Behandla med lokal östrogenkräm eller -gel. <i>Observera:</i> Behandlingen kan till exempel vara aktuell vid misstänkt östrogenbrist.	7

En del med provocerad vulvodyni känner sig torra och irriterade i slemhinnan runt slidöppningen, utöver att de känner smärta vid vaginalt sex eller tamponganvändning.

Du kan prova att behandla med lokal östrogenkräm eller -gel om du misstänker att din patient har östrogenbrist i slemhinnan runt slidöppningen. Det kan till exempel också vara aktuellt för patienter som får kontinuerlig gestagenbehandling, till exempel mot dysmenorré.

Instruera patienten att stryka på östrogenkrämen eller -gelen ett par gånger i veckan. Målet med behandlingen är att slemhinnan ska bli tjockare, fuktigare och mindre smärtekänslig.

➔ **Läs mer:** Om patienten använder gestagena preventivmedel kan ett alternativ vara att byta till ett östrogendominerat preparat. Se avsnittet *Byte av preventivmedel*.

Egenövningar med vaginalstavar

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
9b	provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler	Instruera patienten att göra egenövningar med vaginalstavar i olika storlekar.	7

Egenövningar med vaginalstavar i olika storlekar är en form av exponeringsbehandling. Du kan erbjuda den som fortsättningsbehandling när basbehandlingen har börjat ge effekt och patienten kan hitta avspänning, men samtidigt fortfarande känner smärta eller spänningar. När man trycker och släpper på spända eller ömma punkter kan blodgenomströmningen öka i muskulaturen, och ge mindre spända muskler.

Du kan erbjuda en böjd vaginalstav till patienter som

- har besvär med i första hand medicinska orsaker

- inte har något misstänkt trauma
- har en ökad spänning eller kramp i bäckenbottens muskler men ingen smärta.

Den böjda vaginalstaven ger patienten möjlighet att själv mjukdelsbehandla eller töja sina bäckenbottenmuskler, vilket är svårare med en rak vaginalstav. Patienten kommer åt både ytligt och djupare in vaginalt med den böjda staven, och kan töja den del av muskulaturen som är stram.

På både raka och böjda vaginalstavar behövs glidmedel. Var tydlig med att övningarna inte ska trigga smärta, och gör alltid en individuell bedömning av patientens förutsättningar. Behandling med vaginalstavar passar inte alla.

Specialiserad behandling

Här följer sex rekommendationer om specialiserad behandling vid provocerad vulvodyni. Efter varje rekommendation ger vi närmare förslag på hur du kan arbeta. Insatserna är tänkta att erbjudas kombinerat, för att säkerställa ett samlat grepp om patientens individuella behov.

Det är svårt att säga exakt när en patient bör remitteras till specialiserad vård, eftersom det kräver en individuell bedömning. Det är dock viktigt att remittera inom en rimlig tid, förslagsvis inom 6–12 månader efter att behandlingen inleddes, om patienten fortfarande har besvär efter basbehandlingen och fortsättningsbehandlingen. Om patienter får vänta länge på specialiserad vård riskerar besvären att förvärras.

Multiprofessionellt team

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
14a	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none"> • begränsad behandlingseffekt avseende smärta • nedsatt funktion i bäckenbottens muskler • nedsatt psykosexuell hälsa 	Erbjud behandling inom ett multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni.	3

Många med provocerad vulvodyni har en komplex problematik och behöver därför behandling av ett multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni, för att få en god och långvarig behandlingseffekt. Helhetsgreppet är viktigt för prognosen och minskar risken för att besvären kommer tillbaka senare i livet.

I ett multiprofessionellt team samarbetar en grupp av hälso- och sjukvårdspersonal med olika professioner eller kompetenser kring patienten med provocerad vulvodyni. Målet är att samtidigt

- behandla smärtkänsligheten i vävnaden
- rehabilitera bäckenbottens muskler
- hjälpa patienten med tillståndets psykosexuella konsekvenser.

Teamen kan finnas på olika vårdnivåer och ha olika sammansättningar. På många ungdomsmottagningar kan till exempel en barnmorska och en kurator samarbeta, efter att en gynekolog har fastställt diagnosen. På en specialiserad vulvamottagning finns ofta mer resurser – där kan en gynekolog eller hudläkare, en barnmorska, en kurator, psykolog eller sexolog samt en fysioterapeut ingå i teamet.

Tillgången till multiprofessionella team för provocerad vulvodyni varierar mellan olika delar av Sverige. Framför allt saknas team på vårdinrättningar i glesbygd, men även på kvinnokliniker och mottagningar i vissa större orter. Det behövs alltså organisatoriska förändringar för att alla med provocerad vulvodyni som behöver det ska få tillgång till specialiserad, individanpassad vård med god kontinuitet.

Kontinuitet i mötet med det multiprofessionella teamet

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
14b	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none"> • begränsad behandlingseffekt avseende smärta • nedsatt funktion i bäckenbottens muskler • nedsatt psykosexuell hälsa 	Säkerställ kontinuitet i mötet med det multiprofessionella teamet.	3

Många med provocerad vulvodyni beskriver att de har träffat många olika behandlare men inte upplevt att deras problem har tagits på allvar. Det är också välkänt att det ofta tar lång tid innan en patient får rätt diagnos. Därför är det viktigt att säkerställa kontinuitet i patienternas möten med multiprofessionella team, för att nå bästa möjliga behandlingsresultat.

Du som ingår i ett multiprofessionellt team behöver ha regelbunden avstämning och kommunikation med dina kollegor i teamet, så att ni kan fullfölja en gemensam behandlingsplan. För att detta ska fungera behöver er mottagning vara organiserad för bästa möjliga kontinuitet i vården.

Vidare är det bra om patienten får träffa samma personer under behandlingen, som kan ta lång tid. Detta eftersom det kan ta tid att bygga upp ett förtroende från patienten, vilket är viktigt för en framgångsrik behandling [1].

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
12b	provocerad vulvodyni och något av följande: <ul style="list-style-type: none"> • nedsatt psykosexuell hälsa i form av t.ex. oro eller ångest • nedsatt sexuell och relationell hälsa • nedsatt livskvalitet 	Erbjud kognitiv beteendeterapi (KBT) med en psykolog eller psykoterapeut som har kunskap om psykosexuell hälsa och provocerad vulvodyni.	4

Många med provocerad vulvodyni har samtidigt psykisk ohälsa, främst oro och ångest. Även den sexuella hälsan påverkas, och relationen till en eventuell partner. Personerna upplever därmed ofta en sänkt livskvalitet.

En aktuell behandling kan då vara kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT kan också vara aktuellt för patienter som känner rädsla för smärta, har nedsatt sexuell lust, undviker all typ av intimitet eller har sex trots låg lust. Även eventuella partner kan involveras i behandlingen.

KBT är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har sin grund i dels kognitiv psykoterapi, som bygger på teorier om kognition och informationsbearbetning, dels beteendeterapi, som bygger på inlärningsteori. KBT vid provocerad vulvodyni innehåller

- undervisande moment, till exempel om vulvavård och sexuell respons
- individuell målformulering, till exempel om avslappningstekniker (både generella och specifika för bäckenbotten), gradvis exponering och lusthöjande övningar.

Kommunikation kring sex är centralt under behandlingen. Under exponeringsdelen är det också viktigt att du som behandlar påminner om smärtförbudet, som är en grundprincip.

KBT är tänkt att kunna ingå i den multiprofessionella teambehandlingen vid provocerad vulvodyni, till exempel på en vulvamottagning. Patienter kan också få KBT redan som basbehandling eller fortsättningsbehandling, om behovet och kompetensen finns. Du som erbjuder KBT bör dels ha adekvat utbildning (psykolog eller psykoterapeut med KBT-inriktning), dels ha specifik kunskap om provocerad vulvodyni.

Vidare behöver du alltid göra en individuell bedömning av vilken behandling som passar patienten bäst. Socialstyrelsen rekommenderar KBT som psykologisk behandling vid provocerad vulvodyni, men det betyder inte att andra behandlingar behöver vara verkningslösa.

Kombinerade fysioterapeutiska åtgärder

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
9f	provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler	Erbjud kombinerade fysioterapeutiska åtgärder: manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning och egenövningar.	5

Patienter med komplex problematik kan behöva kombinerade fysioterapeutiska åtgärder, där du som behandlar tar ett helhetsgrepp och kombinerar åtgärderna utifrån patientens specifika behov.

I de kombinerade fysioterapeutiska åtgärderna ingår manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenmuskelträning och egenövningar (se specifika rekommendationer i avsnitten *Diagnostik och basbehandling* och *Fortsättningsbehandling*). Eventuella partner bjuds ofta in vid något besök.

Det kan vara bra att använda någon form av feedbackträning för att öka patientens medvetenhet om funktionen hos bäckenbottens muskler, och för

att patienten ska kunna aktivera och slappna av i musklerna. Du kan till exempel använda palpation eller biofeedback med vaginalprob⁶ [19].

Du som utför kombinerade fysioterapeutiska åtgärder bör vara fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling och kroppskännedomsträning, och ha kunskap om provocerad vulvodyni. Åtgärderna ingår i den specialiserade behandlingen, men vid behov kan de påbörjas redan under fortsättningsbehandlingen, om det finns tillgång till en fysioterapeut med rätt kompetens.

Manuell fysioterapi

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
9c	provocerad vulvodyni och spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens muskler	Behandla bäckenbottens muskler med manuell fysioterapi.	6

En manuell bedömning av bäckenbottens muskler och av muskulaturen och strukturerna runt omkring, blir en grund för att välja lämplig behandling. Manuell fysioterapi kan också förbättra funktionen hos bäckenbottens muskler: patienten får hjälp att koordinera kontraktion och relaxation samt träna styrka, uthållighet och avslappning utifrån situation, position och känslotillstånd.

Du kan använda tekniker som tryck och töjning av muskulaturen för att öka cirkulationen och blodgenomströmningen i vävnaderna. Denna behandling hjälper ofta framför allt patienter med mindre engagerade psykologiska och kroppsliga försvar. Du guidar patienten i att reglera aktivitet och relaxation av muskulaturen, ofta i kombination med olika andningstekniker.

Du som utför manuell fysioterapi bör vara fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling och kroppskännedomsträning, och ha kunskap om provocerad vulvodyni.

Botulinumtoxin A-injektioner

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
10	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none">spänning, smärta och nedsatt funktion i bäckenbottens musklerotillräcklig effekt av annan bäckenbottenrehabiliterande behandling	Behandla med botulinumtoxin A-injektioner i bäckenbottens muskler. Observera: Överväg behandlingen om muskeltonus inte minskat med annan avslappnande behandling.	7

⁶ Med en vaginalprob tränar patienten sin neuromuskulära koordination och får en visuell eller verbal återkoppling på hur musklerna aktiveras och slappnar av. Patienten kan antingen träna på en mottagning eller få en biofeedback utskriften för träning i hemmet.

Många med provocerad vulvodyni har en ökad spänning och dysfunktion i bäckenbottens muskler, som är viktig att behandla. Behandlingen kan ske i flera steg: oftast får patienten först prova egenövningar för att nå avslappning (se avsnitten *Bäckenbottenövningar* och *Egenövningar med vaginalstavar*), och därefter andra fysioterapeutiska behandlingar (se avsnitten *Kombinerade fysioterapeutiska åtgärder* och *Manuell fysioterapi*).

Om patienten ändå har svårt att nå avslappning och muskelkontroll kan det vara effektivt att ge injektioner med det muskelavslappande medlet botulinumtoxin A. Det finns olika preparat som har provats i studier för provocerad vulvodyni. Injektionerna är smärtsamma, men smärtan lägger sig snabbt och de flesta tolererar behandlingen väl. Inga allvarliga biverkningar har rapporterats. Behandlingen bör dock ske på en specialiserad vulvamottagning, och du som utför behandlingen bör ha gått en utbildning om den.

Se botulinumtoxin A-injektioner som ett komplement till andra behandlingar av bäckenbottens muskler, inte som en isolerad behandling. För att få bästa möjliga avslappnande effekt behöver patienten fortsätta egenövningar och kontakt med fysioterapeut eller ett multiprofessionellt team.

Antiepileptiska läkemedel

Rekommendation till hälso- och sjukvården

Id	För personer med tillståndet ...	Arbeta så här:	Prioritet
3a	provocerad vulvodyni och: <ul style="list-style-type: none"> • stor smärtekänslighet i slemhinnan, som förutom smärta vid vaginalt sex eller tamponganvändning gör det svårt att använda åtsittande kläder, cykla etc. • ofillräcklig effekt av tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) eller pågående behandling med annat läkemedel som inte får kombineras med TCA 	Behandla med antiepileptiska läkemedel i smärtlindrande syfte (till exempel gabapentin). <i>Observera:</i> Behandlingen kan användas vid svårare fall med hög smärtekänslighet och inslag av spontan smärta då annan behandling inte har effekt.	9

Vissa antiepileptiska läkemedel används regelmässigt mot neuropatisk smärta (nervsmärta). Vid provocerad vulvodyni kan du erbjuda ett sådant läkemedel om patienten är mycket smärtekänslig i slemhinnan runt slidöppningen. Det handlar då inte enbart om smärta vid vaginalt sex eller tamponganvändning, utan även om smärta som gör det svårt att ha åtsittande kläder, cykla eller utföra andra vardagsaktiviteter.

Oftast brukar patienten först få prova det tricykliska antidepressiva läkemedlet amitriptylin (se avsnittet *Antidepressiva läkemedel*). Om det inte är lämpligt kan du erbjuda ett antiepileptiskt läkemedel direkt, till exempel gabapentin. Den vanligaste orsaken till att undvika amitriptylin är att patienten redan använder ett annat antidepressivt läkemedel.

Dosen av antiepileptiska läkemedel är individuell, och du höjer den successivt enligt instruktionsschemat i FASS. Den smärtlindrande effekten

kommer successivt inom ett par veckor. Det är viktigt att följa upp behandlingsresultatet och fråga patienten om biverkningar. Det finns också viss risk för tillvänjning och beroende, så du behöver vara observant på sådana tecken.

Att stärka vårdkedjan – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som är beslutsfattare eller verksamhetschef stöd för att implementera de nationella riktlinjerna. Vi ger förslag på hur vården vid provocerad vulvodyni kan organiseras mer effektivt, med en stärkt vårdkedja och tydligare remitteringsvägar. Vi ger också förslag på verksamheter och kompetenser som kan behövas för att följa rekommendationerna.

Önskat läge: vård på rätt nivå snabbare

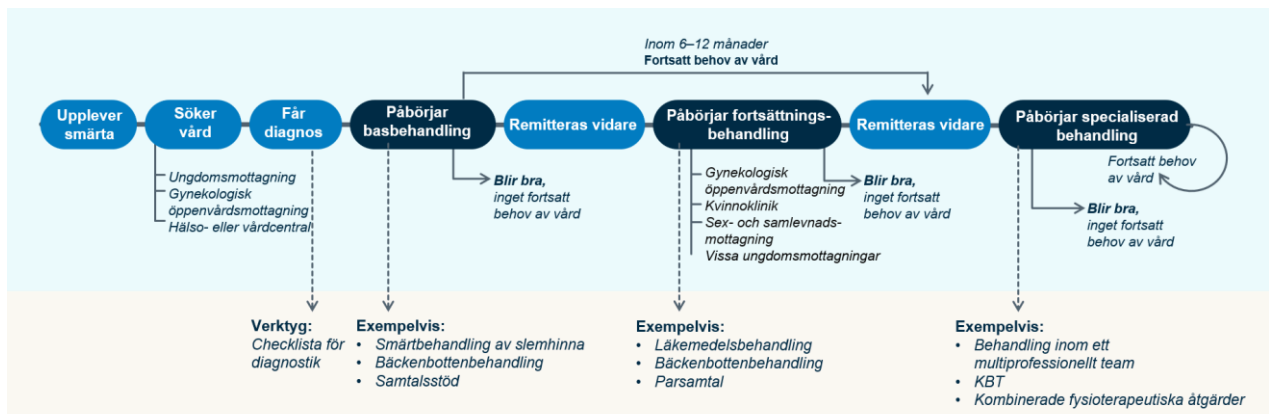
I dag finns brister i vårdkedjan för patienter med provocerad vulvodyni. Många kämpar till exempel länge för att hitta rätt i vården, för att bli tagna på allvar, för att få diagnos och för att få rätt vård [2].

Med hjälp av de nationella riktlinjerna kan ni stärka vårdkedjan och skapa en tydligare behandlingstrappa med effektiva remitteringsvägar i er region. När ni följer Socialstyrelsens rekommendationer kan förhoppningsvis också fler verksamheter diagnostisera patienter med provocerad vulvodyni tidigt, och påbörja basbehandling och fortsättningsbehandling. Då kan fler bli friska snabbare, innan besvären förvärras, och den specialiserade vården kan avlastas – så att patienterna med störst behov får specialiserad vård snabbare. Det handlar alltså om att ge en bredare patientgrupp tillgång till första linjens vård i ett tidigare skede, samtidigt som de med störst behov får specialiserad vård utan långa köer.

En annan brist i dag är att vården är ojämlig över landet. Kanske behöver din region organisera om vården vid provocerad vulvodyni, för att säkerställa att de som behöver det kan få specialiserad behandling på en relativt närliggande vulvamottagning eller kvinnoklinik.

Figur 2 visar ett önskat läge för vårdkedjan, där personer med symtom på provocerad vulvodyni söker vård relativt snabbt. För detta krävs att de lätt kan hitta information om provocerad vulvodyni, och att de känner till att det finns vård att få.

Figur 2. Rekommenderad vårdkedja för provocerad vulvodyni



Förslag på kompetenser i behandlingens olika steg

Socialstyrelsen rekommenderar följande behandlingstrappa för provocerad vulvodyni (se kapitlen *Rekommendationer till stöd för beslutsfattare* och *Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal*):

Behandlingssteg	Vårdnivå
1. Diagnostik och basbehandling	Primärvården
2. Fortsättningsbehandling	
3. Specialiserad behandling	Vulvamottagning, kvinnoklinik eller motsvarande mottagning med ett multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni

För att detta ska fungera behöver personal i alla verksamheter där patienterna söker vård mer kunskap om provocerad vulvodyni och hur det behandlas. Här föreslår vi kompetenser och verksamheter som kan behövas vid respektive steg i behandlingstrappan.

Diagnostik och basbehandling

Kompetenser som behövs för diagnostik och basbehandling:

- någon av följande medicinska kompetenser:
 - gynekolog
 - specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni
 - allmänläkare med kunskap om provocerad vulvodyni, som kan remittera vidare om det inte finns tillräcklig kompetens för diagnostik och basbehandling i verksamheten.
- övriga kompetenser som kan behövas för basbehandlingen, alla med kunskap om provocerad vulvodyni:
 - barnmorska
 - fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling
 - kurator
 - sexolog
 - psykoterapeut.

Förslag på verksamheter för diagnostik och basbehandling:

- ungdomsmottagningar
- gynekologiska öppenvårdsmottagningar
- vårdcentraler eller hälsocentraler, om de har tillgång till rätt kompetens.

Patienter kan också få basbehandling på kvinnokliniker, hud- eller STI-mottagningar och sex- och samlevnadsmottagningar (SESAM-mottagningar), om de söker vård där och inte har fått behandling tidigare.

Alla kompetenser behöver inte finnas i samma verksamhet, men det är viktigt att personalen har tillräcklig kompetens för att ge den rekommenderade basbehandlingen. Samverkan mellan olika vårdenheter är att föredra. De verksamheter som ger basbehandling behöver också ha rutiner för att remittera till fortsättningsbehandling när besvären inte går över.

Om din region saknar gynekologiska öppenvårdsmottagningar och vulvamottagningar kan kvinnokliniker behöva ta emot fler patienter. Kvinnoklinikerna kan då behöva extra resurser.

Fortsättningsbehandling

Kompetenser som behövs för fortsättningsbehandling:

- någon av följande medicinska kompetenser:
 - gynekolog
 - specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni
- övriga kompetenser som kan behövas för fortsättningsbehandlingen, alla med kunskap om provocerad vulvodyni:
 - barnmorska
 - fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling
 - kurator
 - sexolog
 - psykoterapeut.

Förslag på verksamheter för fortsättningsbehandling:

- gynekologiska öppenvårdsmottagningar
- hud- eller STI-mottagningar
- sex- och samlevnadsmottagningar (SESAM-mottagningar)
- kvinnokliniker
- ungdomsmottagningar, om de har tillgång till rätt kompetens.

Patienter kan också få fortsättningsbehandling på vulvamottagningar, om de söker vård där och inte har fått behandling tidigare.

Alla kompetenser behöver inte finnas i samma verksamhet, men det är viktigt att i så fall ha rutiner för remittering och samverkan. Verksamheterna behöver också ha rutiner för att remittera till specialiserad behandling när besvären inte går över.

Specialiserad behandling

Kompetenser som behövs för specialiserad behandling:

multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni, där flera kompetenser samarbetar:

- någon av följande medicinska kompetenser:
 - gynekolog
 - specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni
- barnmorska eller sjuksköterska med kunskap om provocerad vulvodyni
- psykosexuell kompetens – sexologisk och psykoterapeutisk kompetens hos någon av följande:
 - barnmorska
 - kurator
 - psykolog
 - psykoterapeut
- fysioterapeut med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling och kunskap om provocerad vulvodyni.

Förslag på verksamheter för specialiserad behandling:

vulvamottagningar eller motsvarande specialiserade mottagningar med tillgång till ett multiprofessionellt team specialiserat på provocerad vulvodyni, till exempel kvinnokliniker.

Verksamheterna behöver ha rutiner för behandling och för kontinuitet i mötet med patienterna.

Om din region saknar vulvamottagning kan ett alternativ vara att ni samordnar behandlingen av patienter med gynekologisk smärta på kvinnokliniken. Då kan ni använda vissa kompetenser för flera patientgrupper med olika beröringspunkter samtidigt, såsom fysioterapeuter med fördjupad kompetens inom bäckenbottenbehandling och personal med sexologisk kompetens. De kan exempelvis behandla både vulvasmärta och smärtor efter förlossningsskador.

Förslag på remitteringsvägar

Alla verksamheter som möter patienter med provocerad vulvodyni behöver ha rutiner för hur och när patienter ska remitteras till mer specialiserad vård. Det är viktigt att personalen har kunskap om rutinerna, så att alla patienter får den vård de behöver.

Verksamheter med rätt kompetens bör alltid erbjuda basbehandling och fortsättningsbehandling innan de remitterar en patient vidare. Detta både för

att tidig diagnos och behandling har stor betydelse för patientens hälsa och för att vulvamottagningarna är högt belastade.

Grundläggande för en fungerande vårdkedja är dock att det finns vård att remittera till. Om din region i dag saknar specialiserad behandling av multiprofessionella team, behöver ni avsätta resurser för det.

Remitteringsvägar för en ung patient som först söker vård på en ungdomsmottagning

Unga med smärtproblematik söker ofta vård på en ungdomsmottagning, eller blir hänvisade dit från elevhälsan. Remitteringsvägarna kan då se ut så här:

1. Patienten träffar en barnmorska på ungdomsmottagningen.
2. Patienten träffar en läkare på samma mottagning, som kan utesluta andra tillstånd, ställa diagnos och erbjuda basbehandling för provocerad vulvodyni.
3. Om besvären kvarstår: Patienten får fortsättningsbehandling på ungdomsmottagningen, om där finns tillräcklig kompetens. Annars remitteras patienten till en gynekologisk öppenvårdsmottagning eller till en kvinnoklinik eller sex- och samlevnadsmottagning, med kompetens för fortsättningsbehandling.
4. Om besvären kvarstår: Patienten remitteras till specialiserad behandling av ett multiprofessionellt team på en vulvamottagning, kvinnoklinik eller motsvarande.

Remitteringsvägar för en patient som inte kan besöka en ungdomsmottagning

Patienter med smärtproblematik som är för gamla för att besöka en ungdomsmottagning söker ofta vård på en gynekologisk öppenvårdsmottagning, en hud- eller STI-mottagning, en sex- och samlevnadsmottagning eller en barnmorskemottagning. Remitteringsvägarna kan då se ut så här:

1. Patienten träffar en gynekolog eller specialutbildad hudläkare med kunskap om provocerad vulvodyni, som kan utesluta andra tillstånd, ställa diagnos och erbjuda basbehandling och vid behov fortsättningsbehandling. Om mottagningen inte har tillräcklig kompetens kan patienten remitteras direkt till en vulvamottagning eller en kvinnoklinik.
2. Om besvären kvarstår: Patienten remitteras till specialiserad behandling av ett multiprofessionellt team på en vulvamottagning, kvinnoklinik eller motsvarande.

En del patienter börjar också med att besöka en vårdcentral eller en hälsocentral. Patienten behöver då sannolikt remitteras till en gynekologisk öppenvårdsmottagning, en hud- eller STI-mottagning, en sex- och samlevnadsmottagning eller en kvinnoklinik, för att få diagnos och behandling. Om det finns tillräcklig kompetens på vårdcentralen eller hälsocentralen kan patienten dock få diagnos och basbehandling där.

Förstärkt kompetens på ungdomsmottagningar och kvinnokliniker kan avlasta vulvamottagningarna

I dag remitteras många patienter med provocerad vulvodyni direkt från en ungdomsmottagning eller en gynekologisk öppenvårdsmottagning till en vulvamottagning, för att få diagnos och behandling. Vulvamottagningarna har därför hög belastning, och väntetiderna kan vara långa.

För att kunna ge tidig och nära vård enligt Socialstyrelsens rekommendationer, kan din region behöva förstärka kompetensen och kapaciteten på ungdomsmottagningar och kvinnokliniker. Då avlastar ni vulvamottagningarna och minskar patienternas lidande, samtidigt som vårdkostnaderna minskar på sikt.

Projektorganisation

Projektledning – rekommendationer

Nina Bohm Starke	gynekolog, docent, Danderyds sjukhus
Jenny Halldén	projektledare
Emma Lif	tidigare projektledare
Magdalena Mattebo	barnmorska, docent, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens universitet
Hanna Norstedt	tidigare vetenskaplig projektledare
Emma Strollo	vetenskaplig projektledare

Prioritering av rekommendationerna

Hanna Abäck	specialistläkare, ansvarig för vulvateamet inkl. GvH-patienterna, VO kvinnosjukvård, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Gunilla Brodda Jansen	smärtläkare, Karolinska institutet
Sara Broger	kurator, projektledare, Region Stockholm
Maria Engman	mödrahälsovårdsöverläkare, MD, PhD, ansvarig för vulvateamet, Västerviks sjukhus, Region Kalmar
Ida Flink	psykolog, docent, Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet
Olov Grankvist	överläkare, PhD, Centrum för obstetrik och gynekologi, Region Västerbotten
Ulf Högberg	professor emeritus, obstetrisk och reproduktiv hälsoforskning, Uppsala universitet
Ann-Charlotte Johansson	barnmorska, sexolog, Sexualmedicinskt centrum, Västra Götalandsregionen
Ulrika Johansson	barnmorska, sexolog, Kvinnokliniken Malmö
Susanna Kempe	patientrepresentant
Therese Lindberg	barnmorska, Centrum för obstetrik och gynekologi, Region Västerbotten, styrelseledamot, Svenska Barnmorskeförbundet
Moa Linnér	överläkare och ansvarig för vulvateamet i Helsingborg
Jenny Nederberg	barnmorska, Region Västerbotten
Birgitta Nordgren	specialistfysioterapeut, med. dr, arbetsterapi/fysioterapi, Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner, Karolinska universitetssjukhuset, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för fysioterapi, Karolinska Institutet
Elisabet Nylander	professor, överläkare, Umeå universitet
Annica Rhodin	smärtläkare, överläkare, Region Uppsala
Christina Rydberg	specialist inom obstetrik och gynekologi, överläkare, Kvinnokliniken Halland, Varberg

Prioritering av rekommendationerna	
Jessica Sunesson	barnmorska, Region Stockholm

Hälsoekonomisk analys	
Emelie Andersson	ekonomie magister, projektledare, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund
Katarina Gralén	ekonomie magister, projektledare, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund
Katarina Steen Karlsson	huvudansvarig för hälsoekonomi, docent i hälsoekonomi, forskningsledare, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund

Projektledning – indikatorer	
Christina Broman	projektledare, Socialstyrelsen
Ida Flink	psykolog, docent, Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet
Andrea Fridlitzius	projektledare, Socialstyrelsen
Therese Lindberg	barnmorska, Centrum för obstetrik och gynekologi, Region Västerbotten, styrelseledamot, Svenska Barnmorskeförbundet
Magdalena Mattebo	barnmorska, docent, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens universitet
Birgitta Nordgren	specialistfysioterapeut, med. dr, arbetsterapi/fysioterapi, Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner, Karolinska universitetssjukhuset, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för fysioterapi, Karolinska Institutet
Christina Rydberg	specialist inom obstetrik och gynekologi, överläkare, Kvinnokliniken Halland, Varberg

Andra medverkande på Socialstyrelsen	
Anders Alexandersson	jurist
Johanna Axelsson	kommunikatör
Anders Bengtsson	enhetschef
Anders Berg	enhetschef
Anders Fejer	tidigare enhetschef
Marcelle Ghaoui	tjänstedesigner
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Elin Linnarsson	metodstöd
Sofia von Malortie	metodstöd
Louise Ohlén	webbredaktör
Malte Sundberg	HBTQI-samordnare
Sofie Sundholm	redaktör
Maria Stomrud	pressekreterare

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kartläggning av vestibulit: förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
2. Socialstyrelsen. Vård och behandling av vulvodyni. Delredovisning av regeringsuppdrag att stödja patienter med vulvodyni. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2021.
3. Moller, L, Josefsson, A, Bladh, M, Lilliecreutz, C, Sydsjo, G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2015; 122(3):329-34.
4. <https://www.regeringen.se/artiklar/2016/11/insatser-for-kvinnors-halsa/>: Hämtad 2022-05-16
5. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. 3:e upplagan. [Linköping]: Prioriteringscentrum; 2017.
6. Diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni [Elektronisk resurs]. SBU; 2021. Hämtad från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/diagnostik-och-behandling-av-provocerad-vulvodyni/?pub=68267>
7. Lamvu G, Nguyen RH, Burrows LJ, Rapkin A, Witzeman K, Marvel RP, et al. The Evidence-based Vulvodynia Assessment Project. A National Registry for the Study of Vulvodynia. *J Reprod Med*. 2015; 60(5-6):223-35.
8. Ghizzani A, Di Sabatino V, Suman AL, Biasi G, Santarcangelo EL, Carli G. Pain Symptoms in Fibromyalgia Patients with and without Provoked Vulvodynia. *Pain research and treatment*. 2014; 2014:457618.
9. Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M. Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of sex & marital therapy*. 2008; 34(3):198-226.
10. Ponte M, Klemperer E, Sahay A, Chren MM. Effects of vulvodynia on quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2009; 60(1):70-6.
11. White G, Jantos M. Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med*. 1998; 43(9):783-9.
12. Smith EM, Ritchie JM, Galask R, Pugh EE, Jia J, Ricks-McGillan J. Case-control study of vulvar vestibulitis risk associated with genital infections. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*. 2002; 10(4):193-202.
13. Theodoropoulos DS, Stockdale CK, Duquette DR, Morris MS. Inhalant allergy compounding the chronic vaginitis syndrome: characterization of sensitization patterns, comorbidities and responses to sublingual

- immunotherapy. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2016; 294(3):541-8.
14. Farmer MA, Taylor AM, Bailey AL, Tuttle AH, MacIntyre LC, Milagrosa ZE, et al. Repeated vulvovaginal fungal infections cause persistent pain in a mouse model of vulvodynia. *Science translational medicine*. 2011; 3(101):101ra91.
 15. Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scandinavian journal of public health*. 2003; 31(2):113-8.
 16. Preliminära resultat, Självrapporterad smärta från Hälsa Stockholm 2021, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. Kommande 2022-2023.
 17. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017. 2019. Hämtad 2022-05-18 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/>
 18. Prioriterade utfall för behandlingsstudier gällande provocerad vulvodyni (vestibulit). SBU: Hämtad 2022-05-18: <https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/prioriterade-utfall-for-behandlingsstudier-gallande-vulvodyni/>
 19. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, Bortolini M, Dumoulin C, Gomes M, McClurg D, Meijlink J, Shelly E, Trabuco E, Walker C, Wells A. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2017 Feb;28(2):191-213. doi: 10.1007/s00192-016-3123-4. Epub 2016 Dec 5. PMID: 27921161.
 20. Reed, BD, Harlow, SD, Sen, A, Legocki, LJ, Edwards, RM, Arato, N, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012; 206(2):170.e1-9.
 21. Johannesson, U, Bohm-Starke, N. Vulvodynia-etiology and treatment. *Journal of lower genital tract disease Conference: 11th congress of the european college for the study of vulval disease Italy; 2016*. s. S6-s8.
 22. Leclerc B, Bergeron S, Binik YM, Khalife S. History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning. *J Sex Med*. 2010;7(2 Pt 2):971-80. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01581.x>.
 23. Harlow BL, Stewart EG. Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *Am J Epidemiol*. 2005;161(9):871-80.
 24. Landry T, Bergeron S. Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample of adolescent girls. *Arch Sex Behav*.

25. Elmerstig E, Wijma B, Berterö C. Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *J Adolesc Health*. 2008 Oct;43(4):357-63. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.02.011. Epub 2008 May 19. PMID: 18809133.
26. Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013 Jun;34(2):82-9. doi: 10.3109/0167482X.2013.793665. Epub 2013 May 23. PMID: 23701494.
27. Kaplan Sturk R. Vulvasmärta: provocerad lokaliserad vulvodyni. Första upplagan. Stockholm: Gothia kompetens; 2022.
28. SFOG. Vulvovaginala sjukdomar. Rapport nr 71. 2013. Hämtad 2020-10-10 från: https://www.sfog.se/media/141501/info71_web.pdf
29. Norrbrink Budh C, Lundeberg T, editors. Om smärta: ett fysiologiskt perspektiv. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2021.
30. www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling, hämtad 2022-11-02

Bilaga 1. Checklista för diagnostik av provocerad vulvodyni

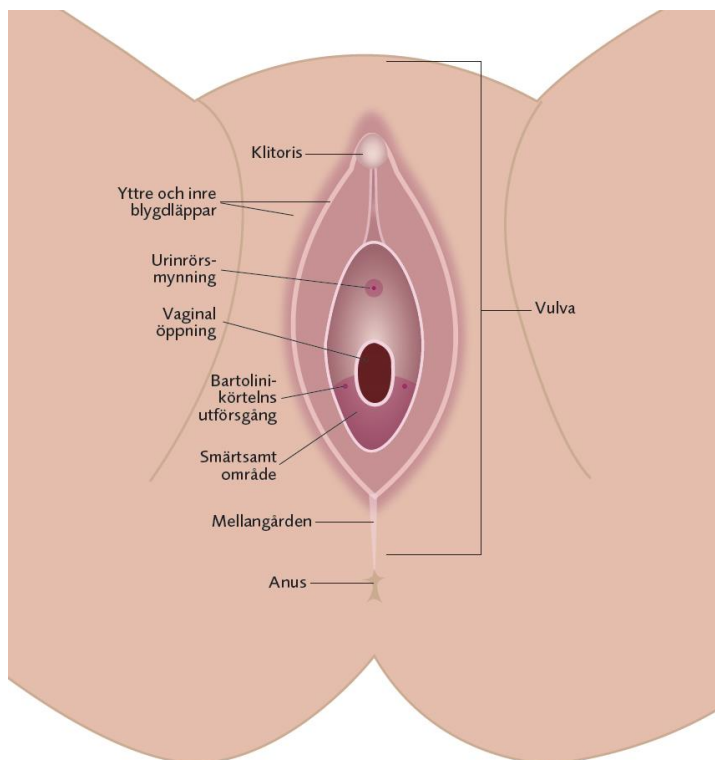
Denna checklista riktar sig till dig som är gynekolog, specialutbildad hudläkare eller annan läkare med goda kunskaper om provocerad vulvodyni. Använd den för att utreda patienter med vulvasmärta och ställa diagnosen provocerad vulvodyni. Men gör alltid först en utvidgad anamnes (se kapitlet *Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal*, avsnittet *Diagnostik och basbehandling*).

Socialstyrelsen har tagit fram checklistan tillsammans med kliniska experter, eftersom hälso- och sjukvårdspersonal har efterfrågat material som underlättar diagnostiken vid provocerad vulvodyni.

Frågor till patienten om smärta

1. Var gör det ont?

Vid provocerad vulvodyni sitter smärtan oftast i bakre omfånget av slidöppningen.



Källa: Anna Edling, SBU.

2. När gör det ont?

– Bara vid provokation?

Vid provocerad vulvodyni gör det oftast ont vid försök till vaginalt sex, tamponganvändning och gynundersökning.

– Har du ont i vardagen när du sitter, går, har på dig kläder, cyklar eller likande?

Vid provocerad vulvodyni kan det också göra ont vid lätt provokation, men många har bara ont vid tydlig provokation.

3. Hur gör det ont?

Vid provocerad vulvodyni beskrivs smärtan oftast som svidande eller brännande. Även ord som obehaglig, irriterande eller knivhuggsliknande kan förekomma.

4. Kan du ha sex på det sätt som du vill?

Vid provocerad vulvodyni kan en viss typ av sex fungera, medan vaginalt sex (omslutande sex) alltid är smärtsamt.

5. Om du vill ha vaginalt sex, går det eller gör det för ont?

Vid provocerad vulvodyni varierar det från att vaginalt sex går att genomföra till att det inte går alls. Vissa fortsätter att ha vaginalt sex trots smärta.

6. Om du har vaginalt sex, gör det ont efteråt?

Vid provocerad vulvodyni kan vissa ha vaginalt sex, men får ont efteråt. Smärtan kan vara allt från någon timme upp till flera dagar.

7. Har du alltid haft ont vid försök till vaginalt sex, eller har du tidigare kunnat ha vaginalt sex?

Det kan vara bra att skilja på primär och sekundär provocerad vulvodyni i diagnostiken.

8. Har du tidigare kunnat använda tampong?

Vid sekundär provocerad vulvodyni har patienten tidigare kunnat använda tampong utan smärta.

9. Vad hände när du började få ont – beskriv?

Vid provocerad vulvodyni kan patienten antingen koppla smärtdebuten till något specifikt, till att smärtan kom successivt eller till att det plötsligt började göra ont.

10. Hur ont har du?

Be patienten gradera smärtan enligt VAS 0–10.

11. Har du samtidig klåda?

Ställ denna fråga för att kunna utesluta svampinfektion.

12. Har du även ont när du kissar?

Vid provocerad vulvodyni är det vanligt med samtidiga uretritbesvär.

Gynekologisk undersökning

Undersök patienten försiktigt – spekulum och depressor behövs oftast inte:

1. Inspektion av vulva

Undersök att anatomin är normal, och uteslut förändringar som utslag, torrhet, sprickor, rodnad, sår och annat som kan orsaka smärta. Vitaktiga områden kan vara lichen sclerosus eller dysplasi.

Du kan ofta se direkt om patienten spänner sig. Bäckebotten höjer sig och slidöppningen kan vara helt dold och indragen. Hjälプ då patienten att slappna av, och var särskilt noga med att undersöka försiktigt i samråd med patienten. Enbart spändhet eller vaginism, utan vulvodyni, kan göra undersökningen smärtsam och ge smärta vid sex.

2. Inspektion av vestibulum

Syns slidöppningen och hymenkanten? Finns missbildning med delvis eller helt stängd hymen? Vid provocerad vulvodyni syns ibland en rodnad vid mynningarna av Bartholins körtlars utförsgångar, kl. 4 och kl. 8 runt slidöppningen och ibland även rakt bakåt, kl. 6. Observera dock att slemhinnan ser helt normal ut i många fall.

3. Smärttest

Testa smärtkänsligheten genom att beröra vulva med en fuktad bomullspinne (eventuellt med gel). Berör över labia, perineum och vestibulum samt runt hymens infästning runt slidöppningen. Oftast gör det mest ont i bakre omfånget av slidöppningen och mindre ont i övre delen av vestibulum.

4. Provtagning

Det är bra att utesluta svampinfektion med prov för wet smear för mikroskopering. Om mikroskopin är osäker, var frikostig med odling vaginalt (skrapa lite mot slidväggen vid provtagningen) och mellan inre och yttre labia om det finns rodnad och sprickor där.

Du kan också behöva utesluta bakteriell vaginos: wet smear + snifftest. Bakteriell vaginos ger mycket mindre symtom än svampinfektion.