



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
OCH HÄLSA

# BARNMORSKORS ERFARENHETER AV ATT VÅRDA KVINNOR MED LOKALISERAD PROVOCERAD VULVODYNI

**Josefine Holm  
Klara Nilsson**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Marie Berg

Titel svensk:	Barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor med lokaliserad provocerad vulvodyni
Titel engelsk:	Midwives experiences of caring for women with localized provoked vulvodynia
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet, RPH100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Marie Berg Lokaliserad provocerad vulvodyni, reproduktiv perinatal och sexuell hälsa, barnmorskor, erfarenheter, vård, normer, unga kvinnor, sexualitet, ungdomsmottagning
Nyckelord:	

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Lokaliserad provocerad vulvodyni (LPV) är ofta ett fördolt problem med betydande negativ inverkan på unga kvinnor och deras relationer fysiskt, emotionellt och socialt. Det finns begränsat med studier om barnmorskors erfarenheter av vårda kvinnor på ungdomsmottagningar som lever med LPV i Sverige. Barnmorskans kompetens inom reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa är betydande för vården av dessa kvinnor.

**Syfte:** Att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning som lever med LPV.

**Metod:** Kvalitativ intervjustudie med åtta individuella intervjuer med barnmorskor verksamma på ungdomsmottagning i Sverige. Materialet analyserades med innehållsanalys med utifrån en induktiv ansats.

**Resultat:** Barnmorskornas erfarenheter av att vårda unga kvinnor med LPV beskrivs under huvudkategorin: *Förståelse för att kvinnan lever med en yttre och en inre smärta som påverkar hela hennes person*. Tre kategorier identifierades. Kategorin *Möta kvinnan där hon är* innebär att etablera ett förtroende och vara inlyssnande, öppna upp för samtal om sexuell hälsa, samt hantera utmaningar som att bemöta kvinnors önskan om snabb lösning med vetskap om att LPV kan ta tid att behandla. I kategorin *Rådande normer om sex och sexualitet har betydelse för kvinnan* framkommer att sociala förväntningar om sex påverkar kvinnors sexuella relationer samt att svåruppnådda kroppsideal och bristande kunskap om den egna kroppen har betydelse för LPV. I kategorin *Anpassa vården efter den unika kvinnan* innefattas förståelse för att kvinnornas smärta kan vara uttryck för andra problem, att teamet runt kvinnan är central, att behandling anpassas individuellt, och involvera eventuell partner.

**Slutsats:** Barnmorskornas erfarenheter består av att kunna se komplexiteten i LPV och hur det uttrycks hos den unika kvinnan. Det innebär att ge vård bortom den uppenbara yttre fysiska smärtan och vara öppen för att kvinnan även bär på inre smärtor som otillräcklighet och skuld. Barnmorskorna eftersträvar att stödja kvinnan i att sätta sig själv främst och fokusera på sex som ger henne njutning. De uppmuntrar kvinnan att utforska sin egen

sexualitet, inte praktisera heteronormativt sex som riskerar upprätthålla och förvärra hennes smärtor. Ytterligare studier kring barnmorskors erfarenheter behövs i annan svensk vårdkontext som exempelvis förlossningsvård, även studier om kvinnors upplevelser av att leva med och vårdas för LPV behövs. Barnmorskors vård bör innefatta att möta kvinnorna med öppenhet och lyssna till deras berättelser. Vidare att bekräfta smärtan och öppna upp för samtal kring kroppskänedom, sexualitet och normer, samt arbeta multidisciplinärt.

**Nyckelord:** Lokaliserad provocerad vulvodyni, reproduktiv perinatal och sexuell hälsa, barnmorska, erfarenheter, vård, normer, unga kvinnor, sexualitet, ungdomsmottagning.

## Abstract

**Background:** Localized provoked vulvodynia (LPV) is often a hidden problem that negatively impacts on young women and their relations physical, emotional and socially. There are limited studies about midwives' experiences of caring for women living with LPV in adolescent health services in Sweden. Midwives knowledge in sexual and reproductive health is important for the development of the care for these women.

**Objectives:** To describe midwives experiences of caring for women living with localized provoked vulvodynia seeking care in adolescent health services.

**Methods:** A qualitative interview study of eight midwives working in adolescent health services in Sweden using individual interviews and inductive content analysis.

**Results:** The midwives experiences of caring for young women living with LPV is described in the main category: *Understanding that the women struggles with external as well as internal pain which has an impact on the entire person*. Three generic categories were identified. The category *Meet the woman where she is* concerns establishing trust and being perceptive, encourage dialogue about sexual health, and deal with challenges such as women's wishes for a quick solution with the midwife's knowledge that LPV could take time to treat. In the category *Current norms of sex and sexuality have significance for the woman* emerges that social expectancies about sex has an impact on women's sexual relations, and body images that are hard to achieve including lack of knowledge about their own body has a significance for LPV. The category *Adapting the care to the unique woman* includes an understanding of that the women's pain can be an expression revolving other problems, that the team surrounding the woman is essential, that treatment is adapted individual, and to involve potential partner.

**Conclusions:** The midwives experiences consist of seeing the complexity of LPV and how it is expressed in the unique person. It involves giving care beyond the obvious external physical pain and being open-minded and see that the women carry inner emotional pain, such as a feeling of inadequacy and guilt. The midwives strive to support the woman to put herself first and focus on pleasurable sex. They encourage her to explore her own sexuality, stop practicing heteronormative sex that venture to maintain and aggravate her pain. Further studies of midwives' experiences are needed in other context of care in Sweden, for example in maternity care, also studies of women's experiences living with and being cared for LPV is

required. The midwives care requires to meet women with an openness and listen to their stories. Furthermore, confirm their pain and encourage dialogue about body awareness, sexuality and norms, and working multidisciplinary.

**Key words:** Localized provoked vulvodynia, sexual and reproductive health, midwife, experiences, care, norms, young women, sexuality, adolescent health services.

## Förord

Vi vill tacka barnmorskorna vi intervjuat på ungdomsmottagningarna för att de så generöst har delat med sig av sina erfarenheter. Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Åsa Premberg som väglett oss genom hela processen. Stort tack våra familjer som under hela utbildningen stöttat oss med tålamod och kärlek. Slutligen vill vi tacka varandra för gott samarbete!

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Vulvasmärta och andra relaterade begrepp till LPV .....	2
Lokaliserad provocerad vulvodyni .....	3
Definition, symtom och diagnos .....	3
Samsjuklighet.....	4
Behandling .....	4
Tillgänglig vård för kvinnor med LPV i Sverige .....	5
Kvinnors upplevelser av att leva med LPV .....	6
Kvinnors upplevelser av mötet med vården .....	7
Barnmorskans vårdande av kvinnor med LPV .....	8
Barnmorskans huvudområde och kompetensbeskrivning .....	8
Personcentrerad vård - möjlig vård för kvinnor med LPV .....	9
Problemformulering .....	10
Syfte .....	10
Metod .....	11
Design .....	11
Urval .....	11
Datainsamling .....	12
Dataanalys .....	12
Forskningsetiska överväganden.....	13
Förförståelse .....	14
Resultat.....	14
Möta kvinnan där hon är.....	15
Barnmorskors förhållningssätt .....	16
Öppna upp för samtal.....	17
Utmaningar i mötet och vården.....	17
Rådande normer om sex och sexualitet har betydelse för kvinnan .....	19
Erfarenheter av att sociala förväntningar om sex påverkar kvinnors sexuella relationer .	19
Uppmärksamma att svåruppnådda kroppsideal och bristande kunskap om den egna kroppen har betydelse för LPV .....	21
Anpassa vården efter den unika kvinnan.....	22
Erfarenheten av att smärtan kan vara uttryck för andra problem.....	22

Teamarbete.....	24
Barnmorskors erfarenheter av behandlingen .....	25
Involvera partnern .....	26
Diskussion .....	28
Metoddiskussion.....	28
Resultatdiskussion .....	29
Barnmorskornas erfarenheter av vårdandet .....	30
Barnmorskornas erfarenheter av normer om sex och dess betydelse för kvinnor .....	33
Slutsats .....	34
Kliniska implikationer .....	34
Förslag till fortsatt forskning .....	35
Referenslista .....	36
Bilagor .....	41

## Inledning

Under vår utbildning har vi mött unga kvinnor med lokaliserad provocerad vulvodyni (LPV), även kallat vestibulit. Vårt intresse väcktes utifrån våra erfarenheter av att möta dessa unga kvinnor som lever med LPV. Vi upplevde ett behov av att fördjupa oss i barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som lever med LPV. Det finns ett stort mörkertal kring hur många kvinnor som har LPV, däremot finns det forskning som understryker den omfattande inverkan LPV har på den drabbade som exempelvis att kvinnor med LPV föder färre barn, får större bristningar i samband med förlossning, har i större utsträckning psykisk ohälsa och upplever känslor av identitetsförlust. Vården har en central roll för en kvinna med LPV där barnmorskans profession är viktig. LPV drabbar även äldre kvinnor. I detta arbete har vi dock valt att fokusera på barnmorskors vård av unga kvinnor med LPV eftersom vi upplever att det är ett vanligt problem hos unga kvinnor som söker på ungdomsmottagning. Det är ett problem som är viktigt att uppmärksamma tidigt i livet för att undvika att tillståndet förvärras och kvarstår.

## Bakgrund

I föreliggande arbete studeras LPV som i dagligt tal kallas vestibulit, vilket är ett smärttillstånd i vulva hos kvinnor med oklar etiologi (Socialstyrelsen, 2018). Termen vestibulit kvarstår från tidigare då orsaken till tillståndet förklarades av en inflammation i vävnaden. En mer korrekt benämning är dock LPV eller vestibulodyni då det idag anses vara ett smärttillstånd (Socialstyrelsen, 2018; Svensk förening för obstetrik och gynekologi [SFOG], 2013). Termen LPV kommer därför fortsättningsvis användas i arbetet. Tillståndet LPV uppmärksammades på 1970-talet, vilket kan tolkas som att det blivit ett vanligare tillstånd eller mer accepterat att söka vård för (SFOG, 2013). Troligtvis är mörkertalet stort, den statistik som finns visar en prevalens på 3-28 procent i olika befolkningar, däremot är prevalensen i Sverige ej fastställd (Socialstyrelsen, 2018). Mörkertalet beror delvis på en trolig underrapportering av LPV eftersom diagnossättning utförs olika i landet (Socialstyrelsen, 2018). På senare år har tillståndet uppmärksammats mer (Socialstyrelsen, 2018; SFOG, 2013). Att leva med LPV påverkar hela personen, både fysiskt och psykiskt (Socialstyrelsen, 2018). Det inverkar därmed negativt på kvinnans hälsa och livskvalitet samt påverkar hennes relationer. Diagnosen LPV är många gånger en uteslutningsdiagnos och ställs baserat på kvinnans anamnes på samlagssmärta och/eller vulvasmärta med duration på minst tre månader samt efter klinisk undersökning. Forskning kring LPV är begränsad och evidensgraden för behandlingar är låg. Vården av kvinnor med LPV bör, på grund av att sjukdomen är ett smärttillstånd samt associerad till en rad andra sjukdomar, organiseras



utifrån ett multidisciplinärt omhändertagande av olika professioner. Barnmorskor tillhör en av de professionerna som är viktiga i vårdandet av kvinnor med LPV. Barnmorskor tillhör en av de professionerna som vårdar kvinnor med LPV. Att så tidigt som möjligt identifiera LPV är en viktig del för att kunna stödja och ge behandling (Socialstyrelsen, 2018). På ungdomsmottagningar arbetar barnmorskor där de möter unga kvinnor (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar [FSUM], 2015). För dessa unga kvinnor kan besöket på ungdomsmottagning innebära en första kontakt med vård som berör deras sexuella hälsa. Kvinnor som söker vård för första gången kan göra det på grund av symtom på LPV. Barnmorskor har en viktig roll att uppmärksamma dessa unga kvinnor på ungdomsmottagningar och ge dem adekvat vård.

I föreliggande arbete benämns personer som lever med LPV som kvinnor. I arbetet används begreppet kvinna vilket innebär en person med kvinna som tilldelat kön, men detta utesluter inte att personen har en annan könsidentitet. Könsidentitet innebär vilket kön personen själv upplever sig vara eller känner sig som, vilket till exempel kan vara ickebinär, kvinna, intergender, man, och genderqueer etcetera (Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter [RFSL], 2015). Begreppet penetrerande sex har också valts att användas i föreliggande arbete, vilket innebär sex i vagina (RFSL, 2017). Penetrativt sex uttrycks genom att endast den som penetrerar är aktiv i samlaget och att den andra tilldelas passiv roll. Det ska förtydligas att begreppet är vilseledande och att även personen som omsluter penis med sin vagina också är aktiv, därför används också begreppet omslutande sex (RFSL, 2017).

## Vulvasmärta och andra relaterade begrepp till LPV

Vulvasmärta är ett brett begrepp som antingen kan uppkomma av en specifik anledning som exempelvis inflammation, trauma, hormonell brist eller infektion (Bornstein et al., 2016). Vulvasmärta kan också ha en okänd etiologi vilket kallas vulvodyni. Kvinnor kan också ha båda tillstånden samtidigt, det vill säga vulvasmärta orsakad av en specifik åkomma i kombination med vulvodyni. Definitionen av vulvodyni är enligt den internationella föreningen för studier om vulvovaginala sjukdomar, ISSVD (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) anamnes på vulvasmärta i minst tre månader med okänd orsak, som kan präglas av andra möjliga associerade faktorer. Smärtan som uppkommer av vulvodyni kan både vara generaliserad kring området i hela vulva eller vara lokaliserad till särskilda delar av vulva vanligtvis kring introitus, eller en sammansättning av båda. Smärtan kan utlösas vid beröring och tryck, så kallad provocerad smärta, men också uppstå oprovocerat. En del kvinnor har en kombination av både provocerad och oprovocerad vulvasmärta. Vulvodyni kan uppstå primärt vid första penetrerande samlaget eller första gången tampong använts. Det kan också uppstå sekundärt, vilket innebär att smärtan uppkommit först efter en tid av smärtfria penetrerande samlag (Bornstein et al., 2016).

Ett annat tillstånd som är vanligt vid LPV är samtidig vaginism som innebär en bestående eller återkommande ofrivillig reflex med kontraktion av bäckenbottenmuskulaturen i vaginas yttre del vid försök till penetration (Socialstyrelsen, 2018; SFOG, 2013). Vaginism och även svampinfektion i underlivet är vanliga differentialdiagnoser till LPV (SFOG, 2013; Socialstyrelsen, 2018; Bornstein et al., 2016). Dyspareuni är en symtomdiagnos som även bör nämnas och som innefattar långvarig återkommande eller bestående samlagssmärta som orsakas av olika gynekologiska tillstånd (SFOG, 2013; Socialstyrelsen, 2018).

I föreliggande arbete fokuseras på LPV, det vill säga vulvasmärta som är lokaliserad till slemhinnan i och kring introitus och som uppstår vid beröring, provokation (Socialstyrelsen, 2018; SFOG, 2013). Primär och sekundär vulvodyni kommer inte åtskiljas i arbetet.

## Lokaliserad provocerad vulvodyni

### **Definition, symtom och diagnos**

LPV eller vestibulodyni, även kallat vestibulit, är ett smärttillstånd med stort mörkertal som drabbar främst yngre kvinnor (Socialstyrelsen, 2018; SFOG, 2013). Det finns rapporter som visar att kvinnor som söker vård för LPV första gången är i åldrarna mellan 18-28 år (Socialstyrelsen, 2018). Kunskapen om LPV är både nationellt och internationellt mycket knapphändig trots att tillstånden är vanligt förekommande hos unga kvinnor som påverkar deras livskvalitet i stor utsträckning mycket negativt (Socialstyrelsen, 2018; SFOG, 2013).

LPV är ett tillstånd med okänd eller eventuellt multifaktoriell etiologi som innefattar både fysiska- och psykiska orsaker (Socialstyrelsen, 2018). Vidare beskrivs att smärtan uppstår vid kontakt och vidrörande i och kring slemhinnan i slidmynningen. Symtom som uppstår är intensiv, brännande och svidande smärta som uppträder vid beröring av slemhinnan i slidöppningen (SFOG, 2013). Symtomen skapar problem för kvinnan vid vaginal penetrering som vid insättande av tampong eller vid omslutande samlag. Symtom kan även uppkomma vid cykling eller annan liknande fysisk aktivitet eller vid åtsittande kläder (SFOG, 2013). Diagnos sätts utefter anamnes med vulvasmärta i minst tre månader, klinisk undersökning och uteslutande av differentialdiagnoser (Socialstyrelsen, 2018). Vid klinisk undersökning av gynekolog kan en rodnad ses vid slemhinnan i introitus men är inte obligat samt vid lätt beröring med en bomullspinne av undersökaren uppstår intensiv smärta (SFOG, 2013; Socialstyrelsen, 2018). Ett annat kliniskt fynd kan vara att bäckenbotten ofta är spänd (SFOG, 2013).

Etiologin är som tidigare beskrivits inte fastställt men däremot finns faktorer som diskuteras kan utlösa LPV hos kvinnor vilka innefattar en överdriven intimitvätt eller användning av parfymade produkter som kan irritera slemhinnan (SFOG, 2013). Även faktorer som tidig användning av kombinerade p-piller där framförallt den gestagena komponenten har visat sig göra slemhinnan mer smärtekänslig, dock behövs fler studier kring detta. Vidare är utlösande

faktorer upprepade svampinfektioner, vaginism, psykosexuella faktorer och genetiska faktorer samt lokalbehandling med antimykotika (SFOG, 2013). Forskning avseende prevalens, orsak, eventuell samsjuklighet och behandling av LPV är generellt bristfällig (Socialstyrelsen, 2018).

### **Samsjuklighet**

Det kan finnas fler tillstånd som förekommer samtidigt med LPV, vilka innefattar kroniska svampinfektioner i underlivet, smärtsjukdomar, psykisk ohälsa och negativt utfall på förlossningar samt fertilitet (Socialstyrelsen, 2018). Kroniska svampinfektioner är vanligt förekommande hos kvinnor med LPV. Diskussioner finns om att svampinfektioner både kan ge upphov till LPV samt upprätthåller tillståndet (Socialstyrelsen, 2018). Även lokalbehandling med antimykotika anses förvärra besvären av LPV (SFOG, 2013; Socialstyrelsen, 2018). Smärtsjukdomar är även vanligt samexisterande med LPV som utgörs av Irritable Bowel Syndrome (IBS), migrän och fibromyalgi (Socialstyrelsen, 2018). Vidare beskrivs LPV även ha visat sig vara associerad med, men också i sig ge upphov till en sänkt livskvalitet med negativ inverkan på sex-och samliv samt ökad psykisk ohälsa med depression, ångest, stress och sömnsvårigheter. Kvinnorna utvecklar ofta en ond smärt-och tankespiral som resulterar i att lusten till sex avtar på grund av att smärtan föder en rädsla för att uppleva smärta igen (SFOG, 2013). Gällande graviditet och förlossning genomgår kvinnor med LPV oftare fertilitetsbehandlingar och tenderar föda färre barn, vilket sannolikt beror på sämre möjligheter till omslutande samlag. De har även ökad risk för kejsarsnitt och perinealbristningar grad tre och fyra (Socialstyrelsen, 2018).

### **Behandling**

Eftersom LPV har negativ inverkan på kvinnans mående och livskvalitet samt löper större risk för att ha andra sjukdomar samtidigt skall behandling av kvinnor med LPV ske utifrån ett multidisciplinärt omhändertagande med insatser från flera olika vårdgivare såsom gynekolog, hudspecialist, barnmorska, terapeut, fysioterapeut och sexolog (SFOG, 2013; Socialstyrelsen, 2018; Goldstein et al., 2016). Chansen för snabbare läkning förbättras om påfrestning på slemhinnan minskar och om kvinnan får tidig hjälp (SFOG, 2013). Behandling av LPV består av en rad olika, men evidensgraden för behandling av LPV är övergripande bristfällig och saknar tillfredsställande mängd behandlingsstudier (Socialstyrelsen, 2018; Goldstein et al., 2016).

Multimodal behandling rekommenderas som ett av förstahandsvalen för behandling av LPV (Goldstein et al., 2016). Det är dock oklart vad behandlingen ska bestå av, men studier har visat lovande resultat vid multimodalt omhändertagande. Efter behandling med psykoterapi i kombination med fysioterapi och dietistkontakt upplevde majoriteten kvinnor en förbättring där en del blev helt smärtfria. En kombination av behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT), fysioterapi och regelbundna sjukvårdsbesök gav goda resultat. Detta i form av att kvinnan gavs ökad kunskap och fick redskap att hantera smärtan, förbättrat psykiskt mående,

känsla av stöd samt ökad empowerment. Dock finns begränsat antal studier och vidare forskning efterfrågas. Ett alternativ för behandling av LPV är psykosocial behandling, vilket består av KBT som samtalsstöd samt psykosexuellt stöd, vilket kan utföras både individuellt, tillsammans med eventuell partner eller som gruppbehandling. Bäckbottenträning beskrivs vidare som ytterligare ett alternativ för behandling som med fördel erhålls med hjälp av fysioterapeut (Goldstein, et al. 2016). Andra behandlingsmetoder som används är övningar med desensibilisering, vilket innebär att kvinnan smörjer det smärtsamma området i syfte att minska smärtkänsligheten (SFOG, 2013). Vidare ges allmänna råd om intimhygien och avrådan från sex som ger smärta och istället uppmuntra till sex som ger njutning fri från smärta.

Möjliga behandlingsalternativ av LPV är botulinum toxin A med injektioner för muskelavslappning samt behandling med det smärtlindrande läkemedlet capsaicin (Goldstein et al., 2016). Injektioner med botulinum toxin A och capsaicin kan övervägas om andra behandlingar innan misslyckats eller användas som ett alternativ till operation. Om ingen av ovanstående mindre invasiva behandlingar har fungerat är sistahandsval för behandling operation, så kallad vestibuloektomi som innebär borttagande av det smärtande området (Goldstein et al., 2016).

## Tillgänglig vård för kvinnor med LPV i Sverige

Att söka hjälp vid symtom på LPV innebär oftast en rad olika vårdkontakter för kvinnan (Socialstyrelsen, 2018). En orsak till detta är att vårdåtgärderna är många och att det saknas en samlad vårdenhet då patienterna i nuläget remitteras mellan sjukhus och mottagningar (Socialstyrelsen, 2018). Patienter som söker för vulvabesvär, innefattande LPV, är många till antalet, trots detta är resurserna begränsade (SFOG, 2013). Som tidigare nämnts har patienter med LPV en förhöjd risk för andra sjukdomar och samsjukligheten är viktig att ta hänsyn till vid utformning och uppbyggnad av vård för patienter med LPV (Socialstyrelsen, 2018). För kvinnorna innebär det en lång process att hitta en läkare med tillräcklig kunskap kring LPV samt är tidskrävande att få diagnosen bekräftad (Socialstyrelsen, 2018).

Det finns regionala skillnader i tillgången av resurser av specialiserad vård för patienter med LPV och olikheter i behandlingsalternativen (Socialstyrelsen, 2018). Övergripande är väntetiderna långa och flera berörda verksamheter upplever ett behov av att utöka befintlig verksamhet med fler professioner och resurser. Ytterligare förbättringspotential som finns beskrivet är att utveckla och uppdatera den information som ges till patienter som söker vård för LPV (Socialstyrelsen, 2018).

Vårdkedjan för den sökande med vulvovaginala symtom skulle kunna vara organiserad genom att kvinnan först söker hjälp via vårdcentral eller ungdomsmottagning, beroende på ålder (SFOG, 2013). Nästa vårdnivå borde vara en gynekologisk mottagning, eller en hud-

STD mottagning. Den tredje nivån på vårdkedjan är vulvamottagningen (SFOG, 2013). Cirka hälften av alla landsting i Sverige har tillgång till en vulvamottagning (Socialstyrelsen, 2018).

Sammanfattningsvis finns det ett flertal begränsningar och utvecklingsmöjligheter gällande patienter som lever med LPV (Socialstyrelsen, 2018). Kunskapsnivån behöver höjas kring LPV och det behöver skapas bättre organisatoriska förutsättningar för patienterna. Arbetet bör även vara normkritiskt med ett HBTQ-perspektiv i utförandet av vård, behandling och information. Vidare belyses också att det behövs ett nationellt kunskapsstöd och rutiner som är likartade i alla landsting i Sverige (Socialstyrelsen, 2018).

## Kvinnors upplevelser av att leva med LPV

Det finns beskrivet att kvinnors upplevelser av att leva med LPV ger en negativ påverkan av sin självbild som kvinna (Shallcross, Dickson, Nunns, Mackenzie & Kiemle, 2018). Denna självbild påverkas av sociala kontexter som exempelvis medias beskrivning av kvinnlighet, vilken är att en kvinna i en heterosexuell relation ska kunna och vilja ha penetrerande sex för att tillfredsställa sin partner (Shallcross et al., 2018). Att inte kunna utföra omslutande samlag bidrar till känslor av otillräcklighet och att inte vara feminina nog (Ayling & Ussher, 2008). Kvinnor med LPV påverkas psykiskt med ångest, nedstämdhet och låg självkänsla (Shallcross et al., 2018). Fortsatt är kvinnors upplevelser att deras relationer drabbas negativt av LPV. I relationen finns beskrivet en bristande sexuell lust och att den romantiska attraktionen påverkas negativt på grund av LPV. Ett positivt sätt som kvinnor beskriver för att hantera sin situation är att dela erfarenheter med personer i liknande situation. Detta ger redskap i att hantera sin situation och blicka framåt (Shallcross et al., 2018).

Det framkommer att kvinnors sexualitet påverkas av normer som resulterar i att kvinnor upplever maktförlust i förhållandet som resultat av LPV (Hintz, 2019). Denna maktförlust påverkas av sociala mediars syn och rådande normer om kvinnor i ett heterosexuellt förhållande. Det beskrivs att oavsett hur stödjande och förstående partnern är orsakar tillståndet ändå en känsla av maktförlust som partner och som kvinna. Flertal kvinnor i studien uppger att LPV just inverkar på synen av hur de identifierar sig som kvinnor. Det beskrivs även att i samspelet med känslan av identitetsförlust finns en oro över att inte vara tillräckligt bra som partner. Exempel som beskrivs är att kvinnorna upplever sig inte kunna tillfredsställa sin partner sexuellt som konsekvens av tillståndet, vilket medför oro och även skuld-känslor. Kvinnor upplevde att patriarkala ideologier skapade en stress av att kvinnan alltid ska känna åtrå och kunna tillfredsställa sin partner och därmed leva upp till bilden av att vara en bra kvinna (Hintz, 2019), som liknande beskrivs i Groven, Råheim, Håkonsen och Haugstad (2016). En del kvinnor uttrycker också känslor av att inte längre äga sin egen sexualitet på grund utav LPV och påverkan på samlivet (Shallcross, Dickson, Nunns, Taylor & Kiemle, 2019).

Det finns beskrivet samband mellan LPV och lägre sexuell tillfredsställelse i en relation (Smith & Pukall, 2011). Däremot innefattar LPV inte nödvändigtvis en generell negativ påverkan i relationen för kvinnan och partner (Smith & Pukall, 2011). Vad som mer framkommer är att kvinnor med LPV upplever lägre sexuell njutning, trots detta behöver inte relationen påverkas negativt på andra plan (Smith, Pukall & Chamberlain, 2013). Däremot finns det beskrivet att även om relationen inte påverkades kände många kvinnor en stress att LPV skulle påverka relationen längre fram (Smith & Pukall, 2011). LPV har en påverkan på kvinnor genom att det kan bidra till ett sämre sexuell samliv, mindre känsla av sexuell lust och upphetsning och därmed lägre förekomst av sexuell samliv (Desrochers, Bergeron, Landry & Jodoin, 2008). Det framkommer att flera studier belyser att LPV påverkar både kvinnors sexuella samliv och deras psykiska mående (Desrochers et al., 2008). Kvinnorna med LPV tenderade ha emotionella problem som resultat av tillståndet, vilka innefattar ilska, rädsla, sorg och förtvivlan (Ayling & Ussher, 2008).

## Kvinnors upplevelser av mötet med vården

Kvinnors upplevelser av vården finns beskrivet som en känsla av avvisande, skuldbeläggande och att personalen ignorerade kvinnans egna erfarenheter och kunskap (Shallcross et al., 2018). Vidare beskrivs att kvinnorna upplevde även en stor kunskapsbrist hos vården kring ämnet LPV. Kvinnors erfarenheter innefattar att vården förmedlar en känsla av att bli kategoriserad (Groven et al., 2016). Detta återges som en negativ bild av att vara ambitiösa och plikttroga kvinnor med stressade livssituationer. Det framkommer även att kvinnorna får frågor om sexuella övergrepp, vilket kvinnorna själva inte anser relevant och att sjukvården har ogrundade antaganden om kvinnornas livssituation och erfarenheter (Groven et al., 2016). På liknande sätt beskrivs ogrundade antaganden vara att deras smärttillstånd till stor del baseras på psykiska orsaker, när kvinnorna själva ansåg att det var LPV som påverkade dem psykiskt och inte tvärtom (Shallcross et al., 2018). Kvinnor återger att vårdpersonalen tenderar att normalisera den smärta de upplever (Socialstyrelsen, 2018). Effekten av det skapar en känsla av att bli förminskad och inte lyssnad på. Fortsatt beskrivs att kvinnorna upplever en stigmatisering kring tillståndet LPV och att en större kunskapsförankring inom vården skulle kunna ge utfallet av ett bättre bemötande och förbättrade attityder. Det framkommer även att flera kvinnor upplever att vården har en ogrundad förutfattad mening om att kvinnorna själva orsakat sina besvär genom sina sexuella aktiviteter. Vidare beskrivs att det finns en avsaknad i vården av ett normkritiskt synsätt kring kvinnors sexualitet (Socialstyrelsen, 2018).

Det påvisas att de kvinnor som själva besväras av kronisk vulvasmärta är mer benägna att tro att andra uppfattar vulvasmärta som en ursäkt till att inte ha samlag (Nguyen, Turner, Rydell, MacLehose & Harlow, 2013). Det framkommer att kvinnor med vulvasmärta tenderar att inte söka hjälp för sina besvär. Av de kvinnor som ändå sökte sjukvård upplevde större andelen kvinnor sig stigmatiserade av läkaren (Nguyen et al., 2013; Thomtén, 2014). Det beskrivs att

de kvinnor som väl söker vård upplever en brist på behandlingsinterventioner. Vidare påtalas att det innebär en lång process för kvinnan innan smärtan blir tagen på allvar av vården (Thomtén, 2014). Det framkommer även att kvinnor överväger att söka privat sjukvård för sina besvär av LPV med uppfattningen att få en mer acceptabel hjälp med kortare väntetid, personal med mer kunskap inom området och bättre kontinuitet (Shallcross et al., 2018).

## Barnmorskans vårdande av kvinnor med LPV

### **Barnmorskans huvudområde och kompetensbeskrivning**

Kompetensområdet för barnmorskor är reproduktiv, sexuell och perinatal hälsa (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskans huvudområde grundar sig på den nya definitionen av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) som beskrivs i Guttmacher-Lancet-kommissionens rapport från 2018 översatt till svenska av Folkhälsomyndigheten (2018):

“Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, och inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion bekräfta den roll som njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten” (Folkhälsomyndigheten, 2018, s.7; Guttmacher-Lancet-kommissionen, 2018)

Att vårda kvinnor med LPV tillhör ett av barnmorskans kompetensområden och ingår därmed i barnmorskans huvudområde som är reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Barnmorskor ska enligt den etiska koden utfärdad av international confederation of midwives (ICM) ha fokus på att främja hälsa och förebygga sjukdom s värna om mänskliga rättigheter samt allas rätt till vård på lika villkor (ICM, 2014). Det beskrivs också enligt den etiska koden att det är viktigt att som barnmorska remittera och samverka med andra professioner när kvinnans behov av vård överstiger barnmorskans kompetens. Detta är speciellt viktigt vid vård av kvinnor som lever med LPV då behandlingsmetoderna kräver samverkan mellan olika professioner (Socialstyrelsen, 2018; Goldstein et al., 2016).

Barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagning möter ungdomar och unga vuxna i åldrarna 12 till 25 år. Barnmorskans arbetsuppgifter på en ungdomsmottagning innefattar riktad provtagning, gynekologisk undersökning och förskrivning av preventivmedel (FSUM, 2015). Det mörkertal som troligtvis finns kring LPV (Socialstyrelsen, 2018) kan motverkas genom förebyggande arbete på ungdomsmottagning. Barnmorskan har en betydande roll för att tidigt

uppmärksamma unga kvinnor som lever med LPV både för tidig behandling samt motverka att tillståndet förvärras.

### **Personcentrerad vård - möjlig vård för kvinnor med LPV**

Personcentrerad vård grundar sig på en holistisk människosyn, det vill säga ämnar till att synliggöra hela människan vilket tar hänsyn till personens psykiska, fysiska, existentiella, sociala och andliga behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Med utgångspunkt från personens berättelse möjliggörs ett partnerskap (Ekman et al., 2011; McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Detta partnerskap etableras mellan vårdare och personen som tar emot vården, med en gemensamt skapad hälsoplan som dokumenteras där resurser, behov och möjligheter identifieras. Partnerskapet och relationen ska bygga på en ömsesidig respekt för varandra och för bådats kunskap. Patienten har en kunskap om sig själv och sitt unika hälsotillstånd och vårdaren har kunskap om vårdandet samt tillståndet. Detta förhållningssätt och partnerskap möjliggör för patienter att aktivt delta i sin egen vård som en unik expert på sig själv (Ekman et al., 2011; McCormack et al., 2010). Genom detta arbetssätt upplevde patienter att vårdpersonalen lyssnade till vad patienten hade att säga och blev sedda som individer med inte enbart fokus på deras sjukdomstillstånd (Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn & Olsson, 2014). Detta belyser vikten av att förstå personen bakom patienten som en person med behov och känslor (Ekman et al., 2011).

Det innefattar att skapa tillit och vårda med utgångspunkt från att alla människor är unika med unika behov och möjligheter (McCormack et al., 2010). Att arbeta med personcentrerad vård är en dynamisk process (Dellenborg, Wikström & Andersson, 2018). Viktiga delar i sådan vård innefattar att ha förmågan att kunna göra patienterna delaktiga i de beslut som berör deras vård genom att vårdaren lyssnar och har en pågående dialog med patienten. Även att arbeta tvärprofessionellt för att ge möjlighet till delaktighet och engagemang med fokus på patientens egna mål. Detta innefattar att vården i många delar är beroende utav den struktur och de resurser som finns tillgängliga där den tillämpas. Detta kan röra sig om tillgång till andra professioner samt tillräckligt med tid för patienten. Det innebär även etisk kännedom om kulturella aspekter och om normativa relationer (Dellenborg et al., 2019). Personcentrerad vård handlar också om begreppet empowerment (Laverack, 2006). Detta innebär att främja den redan existerande inneboende kraften, resursen som personen har inom sig. Professionella inom vård har en viktig uppgift att hjälpa och uppmuntra människor till att identifiera och använda sig av sina inre resurser för att hantera motgångar i livet och därmed utvecklas och nå sina individuella mål (Laverack, 2006).

Kvinnor som drabbas av LPV beskriver att det medför ett lidande med inverkan på hela personen innefattande negativ påverkan på livskvaliteten och kvinnans relationer (Socialstyrelsen, 2018). Vidare framkommer att kvinnorna uttrycker ett behov av vårdens medvetenhet kring denna aspekt. Ett möjligt sätt att vårda kvinnor med LPV är personcentrerad vård då tillståndet i hög grad påverkar hela människan, där kvinnans berättelse är en central utgångspunkt för vården. Det holistiska synsättet ger förutsättningar att



vårda kvinnor med LPV utifrån att hela människan synliggörs och tas hänsyn till. Genom att som barnmorska lyssna till kvinnornas berättelser om tillståndet och upplevelsen av denna ges möjlighet att etablera ett partnerskap. Partnerskapet ses också ge möjligheter att främja och stärka empowerment hos kvinnorna.

## Problemformulering

Tidigare forskning belyser den omfattande inverkan LPV har på kvinnor och deras relationer, både fysiskt, psykiskt och socialt. Vården har en viktig del i att bekräfta, stödja och hjälpa kvinnor under hela processen från första vårdkontakt, utredning till behandling. Det finns beskrivet hur kvinnor upplever mötet med olika vårdprofessioner som stigmatiserande och förminsande. Socialstyrelsen belyser i sin rapport flera utvecklingsområden för vården av kvinnor med LPV, som brist på kunskap och resurser. Forskning påvisar att vårdens attityd, kunskap och resurser har en påverkan på individen med LPV. Det första mötet med vården har stor inverkan på individen med LPV i upplevelsen av vårdens kvalitet. På ungdomsmottagningar i Sverige kan unga personer söka hjälp för problem rörande sexuell och reproduktiv hälsa. Det är oftast det första mötet med en barnmorska för många av dem. Barnmorskor har ett ansvar att fånga upp personer med symtom på LPV som är en del utav barnmorskans ansvarsområde inom sexuell och reproduktiv hälsa. Det finns begränsat med studier om barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor med LPV i Sverige och därmed ses en kunskapslucka.

Det krävs fördjupad kunskap kring LPV som delvis är ett fördolt problemområde. För att erhålla kunskapen valdes att studera barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor med LPV på ungdomsmottagning. Barnmorskor har en betydande roll i vården av kvinnor med LPV. Utifrån den kunskapslucka som identifierats sågs ett behov av att erhålla fördjupad kunskap om barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som lever med LPV.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning som lever med lokaliserad provocerad vulvodyni.

## Metod

### Design

En kvalitativ metod är lämplig när det handlar om att fånga helheten och det komplexa i ett område (Polit & Beck, 2014), som till exempel att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som lever med LPV. En kvalitativ metod är fördelaktigt när det gäller att undersöka en persons erfarenheter av en företeelse runt ett specifikt område (Kvale & Brinkman, 2009). För att söka svar på syftet genomfördes kvalitativa individuella intervjuer med barnmorskor på ungdomsmottagningar i Västra Götaland och Halland. Som metod för analys av data användes innehållsanalys med induktiv ansats, beskriven av Elo och Kyngäs (2008). Denna metod är fördelaktigt när det handlar om att undersöka områden där det finns begränsad kunskap (Elo & Kyngäs, 2008).

### Urval

Inför intervjuerna gavs information om studien och tillstånd mottogs från samtliga vårdenhetschefer på ungdomsmottagningar i Västra Götaland och Halland (bilaga 1). Information till deltagarna om studien gavs både muntligt och skriftligt (bilaga 2) och ett samtyckesformulär (bilaga 3) med underskrift inhämtades från samtliga deltagare. Rekrytering av deltagare till studien genomfördes på olika sätt. Detta skedde genom att tillfråga barnmorskor från tidigare praktikplatser samt be dem rekommendera andra barnmorskor intressanta för studien. Detta tillvägagångssätt resulterade i totalt fem intervjupersoner. Direkt kontakt via ungdomsmottagningarnas telefon resulterade i resterande tre intervjupersoner och totalt ingick åtta barnmorskor i studien.

Inklusionskriterier för deltagande i studien bestod av barnmorskor verksamma på ungdomsmottagningar i Västra Götaland och Halland med erfarenhet av att vårda kvinnor med LPV.

Inkluderade i studien var totalt åtta barnmorskor med erfarenheter av att vårda kvinnor med LPV verksamma på ungdomsmottagningar i Västra Götaland och Halland. Två av barnmorskorna arbetade på samma ungdomsmottagning, resterande verkade på olika ungdomsmottagningar. Deltagarna var mellan 26-62 år gamla med medelvärde på 47,5 år. Antal år som verksamma barnmorskor varierade mellan 1-33 år med medelvärde på 18,4 år. Antal år som verksam barnmorska på ungdomsmottagning var mellan 1-25 år och med medelvärde på 12,9 år. Hälften av alla intervjuer hölls i mindre städer och resterande hälft i en storstad.

## Datainsamling

Intervjuerna var individuella och semistrukturerade samt utfördes med stöd av en intervjuguide (bilaga 4), vilket fungerar som en grundläggande struktur och underlag i intervjuer (Polit & Beck, 2014). Intervjuguiden innehöll en bred öppningsfråga vilket möjliggör intervjupersonen att prata fritt med sina egna ord (Polit & Beck, 2014). Baserad på syftet ställdes en inledande öppen fråga: “Kan du berätta för mig/oss om dina erfarenheter av att vårda kvinnor med LPV”. Därefter ställdes uppföljande öppna frågor för att få en bredare beskrivning och djupare förståelse kring svaren som till exempel: “Vad kände du då?”, “På vilket sätt?” och “Kan du ge ett exempel eller berätta om ett fall?” (bilaga 4).

Intervjuerna spelades in med diktafon och transkiberades i nära anslutning till intervjuerna med syfte att memorera frasering och eventuell gestikulering. Intervjupersonerna avidentifierades och kodades för att garantera konfidentialitet enligt överensstämmelse med etiska riktlinjer (Polit & Beck, 2014). Ett dokument innehållande uppgifter om intervjupersonernas identitet, ålder och arbetserfarenhet placerades i låsbart skåp endast åtkomligt av ansvariga för studien. Intervjuerna varade i 39-56 minuter med medelvärde på 48 minuter. Intervjuerna genomfördes enligt deltagarnas önskemål på ungdomsmottagningen barnmorskan var verksam på. Vidare genomfördes intervjuerna under april år 2019 och sex av dessa utfördes gemensamt av båda författarna. Resterande två intervjuer utfördes med en författare vardera.

## Dataanalys

Den analysmetod som valts är innehållsanalys med induktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2008) som är lämplig för att analysera kvalitativa intervjuer inom områden där det finns begränsat med samlad kunskap. Analys med induktiv ansats rör sig från det specifika till det generella så att slutligen en helhet kan ses (Elo & Kyngäs, 2008).

Analysprocessen består av tre faser, vilka utgörs av att materialet förbereds, organiseras och slutligen rapporteras (Elo & Kyngäs, 2008). Exempel på hur analysprocessen genomfördes återfinns i tabell 1. I förberedelsefasen lästes den transkriberade texten igenom ett flertal gånger för att bli bekant med intervjuerna och innehållet. I organiseringsfasen genomfördes så kallad öppen kodning (Elo & Kyngäs). I texten markerades meningsenheter som svarade på syftet. Meningsenheterna formades till koder som skrevs i marginalen. Dessa koder överfördes sedan till ett dokument, så kallad coding sheets (Elo & Kyngäs, 2008). Dessa koder grupperades sedan ihop och rubricerades utifrån liknande innehåll. De bildade sedan underlag för subkategorier utifrån identifierade likheter och skillnader. Subkategorier som liknade varandra fördes ihop och abstraherades till kategorier. Slutligen abstraherades kategorierna och en huvudkategori kunde formuleras. Målet med analysprocessen var att lyfta fram och beskriva det innehåll som var relevant för studiens syfte. Slutligen redovisas och

rapporteras resultatet i huvudkategori, kategorier och subkategorier. Citat från intervjuerna infogades i resultatet för att stärka studiens trovärdighet (Elo & Kyngäs, 2008). Dataanalysen genomfördes gemensamt och med stöd av kontinuerliga diskussioner kring datamaterialet.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningenheter	Koder	Underkategorier	Kategorier	Huvudkategori
<i>...det är viktigt när man får in en kvinna att se och möta henne här och nu (IP1)</i>	Att se och möta kvinnan i nuet	Strategier för att nå fram till kvinnan	Möta kvinnan där hon är	Förståelse för att kvinnan lever med en yttre och inre smärta som påverkar hela hennes person
<i>Ungdomsmottagningsarbete är ju väldigt mycket lyssnande, att lyssna in. Det tycker jag är det viktigaste (IP6)</i>	Att vara inlyssnande			
<i>Vi är ganska konkreta i våra frågor. Ställer man en konkret fråga så får man också ett konkret svar. Även om det inte kommer vid det här besöket så kommer det nästa gång vi pratar om det här (IP1)</i>	Viktigt att ställa konkreta frågor till kvinnorna	Öppna upp för samtal		
<i>Och innan ställde vi inte den frågan. Men nu liksom öppnar man upp för det. Har du bra sex? Njuter du av det? Det får aldrig göra ont (IP5)</i>	Börjat ställa frågor som öppnar upp			
<i>Och det kan ju vara jättesvårt, är de inte motiverade nej men då går det ju inte, men det är ju mycket de behöver göra. Det är mycket de behöver gräva i själva som startar igång massor med processer som inte bara är trevliga (IP8)</i>	Svårighet med kvinnornas bristande motivation	Utmaningar i mötet och vården		
<i>En frustration att inte kunna säga den här tablett så blir du bra, för det är ju oftast det de förväntar sig. Att de söker för, jag har ont och titta på mig och behandla mig. Men det finns ju inget trollspo, det är ju så.. det är lite frustrerande ibland (IP3)</i>	En frustration hos barmorskorna över att behandling tar lång tid			

## Forskningsetiska överväganden

I Helsingforsdeklarationen antagen av World Medical Association (WMA) år 1964 anges forskningsetiska riktlinjer som skall användas vid all forskning (WMA, 2018). En av huvudpunkterna i deklarationen är att omsorgen om individen alltid skall gå före samhällets och vetenskapens intressen (WMA, 2018). Etiska överväganden skall genomsyra varje del av en intervjustudie (Kvale & Brinkmann, 2009). Det är också av stor vikt att forskaren har en medvetenhet om sitt eget förhållningssätt och ansvar att upprätthålla en god forskningsetik (CODEX, 2019).

Fyra huvudkrav av forskningsetik enligt Vetenskapsrådet (2002) är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Dessa huvudkrav tillämpades

genom att intervjupersonerna fick noggrann information om studien samt fick lämna muntligt och skriftligt samtycke om deltagande i studien. Intervjupersonerna fick information om eventuella risker och nytta med deras deltagande, även samtycke från enhetscheferna samlades in. De risker som identifierades var att deltagarnas tid upptogs, vilket kan diskuteras väga upp mot nyttan då deltagandet kan leda till en positiv påverkan på kvinnors vård av LPV. Innan intervjun påbörjades gavs information om att deltagandet är frivilligt och att intervjupersonen själv valde om de ville svara på berörd fråga samt kunde avbryta sitt deltagande omgående utan att behöva förklara varför (bilaga 1). Vid de intervjuer båda deltog efterfrågades först om intervjupersonen var bekväm med att båda närvarade. Det är viktigt att skydda individen från att exponeras, det vill säga att säkra konfidentialitet (WMA, 2018; Vetenskapsrådet, 2002), och detta gjordes genom att aidentifiera insamlat material och säkert förvara underskrivna samtyckesformulär. Information gavs även om att materialet och personuppgifter endast kommer användas i ändamål för aktuell studie. Ett särskilt tillstånd om etikprövning har inte ansökts om eftersom studentarbeten på avancerad nivå inte omfattas av etikprövningslagen av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

## Förförståelse

Vår förförståelse baseras på egna erfarenheter som barnmorskestudenter av att vårda kvinnor med LPV. Denna förförståelse som vi identifierade och diskuterade kring bestod av tankar om att det finns begränsat med riktlinjer kring behandling samt att kvinnans upplevelse av tillståndet påverkas av normer i samhället. Genom medvetenhet om förförståelsens kraft ges möjlighet att lyfta blicken för även det som ligger utanför den egna förståelsen (Nyström & Dahlberg, 2001). Förförståelsen påverkar och formar de frågor vi ställer och kan påverka hur andra människor berättar om det (Nyström & Dahlberg, 2001). Vi förhöll oss medvetna om vår förförståelse genom diskussioner med varandra i syfte att inte påverka resultatet.

## Resultat

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning som lever med LPV. Erfarenheterna handlade framförallt om kvinnor i relationer med män. Barnmorskornas erfarenheter uttrycks i huvudkategorin en förståelse för att kvinnan lever med en yttre och inre smärta som påverkar hela hennes person. Den yttre smärtan var det påtagligt fysiska symtomet på LPV. Den inre smärtan innebar främst en oro med känslor av otillräcklighet, skuld och skam. Förståelsen för kvinnornas yttre och inre smärta låg till grund för barnmorskornas vård och uttrycks i kategorierna möta kvinnan där hon är, förstå att rådande normer om sex har betydelse för henne och att vården behöver

anpassas efter den unika kvinnan. Dessa kategorier beskrivs vidare med respektive subkategori som illustreras med citat (tabell 2).

Tabell 2. Översikt av resultatet

Huvudkategori	Kategorier	Underkategorier
Förståelse för att kvinnan lever med en yttre och inre smärta som påverkar hela hennes person	Möta kvinnan där hon är	Barnmorskors förhållningssätt
		Öppna upp för samtal
		Utmaningar i mötet och vården
	Rådande normer om sex och sexualitet har betydelse för kvinnan	Erfarenheter av att sociala förväntningar om sex påverkar kvinnors sexuella relationer
		Uppmärksamma att sväruppnådda kroppsideal och bristande kunskap om den egna kroppen har betydelse för LPV
	Anpassa vården efter den unika kvinnan	Erfarenheten av att smärtan kan vara uttryck för andra problem
		Teamarbete
		Barnmorskors erfarenheter av behandlingen
		Involvra partnern

### Möta kvinnan där hon är

I vården av kvinnor med LPV framkom att mötet var unikt och att tillståndet inte följer ett exakt mönster. Det var centralt att möta kvinnan där hon är utifrån hennes unika livssituation innefattande emotionella, fysiska och sociala dimensioner. Det beskrevs flera olika förhållningssätt att möta och nå kvinnorna för att ta del av deras berättelser. Barnmorskorna påtalade också vikten av att fråga och öppna upp för samtal. I vården fanns även utmaningar som framkallade starka känslor hos barnmorskan.

### **Barnmorskors förhållningssätt**

Det beskrevs att det är viktigt att skapa en god kontakt från början med tillit där barnmorskan visar en förståelse kring vad kvinnan pratar om. Vidare framkom att deras arbete innefattade att få ett unikt förtroende från kvinnorna på ungdomsmottagningen. Detta gavs möjlighet till då barnmorskorna hade en naturlig ingång och kunskap kring att samtala om sexuell hälsa. Även det tillåtande öppna klimatet som finns på en ungdomsmottagning hade en betydelse. Det unika förtroendet beskrevs som något väldigt speciellt.

*Vi är ju vana att prata om de här sakerna som ingen annan pratar om. Vissa av de här patienterna har gått i terapi i flera år men de har aldrig nämnt det här. Så då blir det ju speciellt (IP8).*

En viktig del i mötet beskrevs att ha en öppenhet och att se kvinnan här och nu. Denna öppenhet karakteriseras av att vara bekväm i mötet, ha en ärlighet, lyssna in vad kvinnan har att berätta, bekräfta att deras kroppar är normala och visa att man tar kvinnans berättelse på allvar. Denna öppenhet beskrevs i sin tur kunna inge hopp om att det kommer bli bättre och minska känslan av skuld som många bär på. Att kunna inge hopp var ofta kärnan till ett framgångsrikt möte som ingav ett lugn hos kvinnan.

*Väcka Motivation. Tydlighet. Inge hopp. Väcka hopp och säga att det här kommer att funka, det tycker jag är viktigt (IP7).*

Vidare beskrevs att när hoppet byggts upp skapas också en motivation hos kvinnan i att arbeta för sin egen sexuella hälsa. Genom att förmedla hopp och bekräftelse återgavs att kvinnan upplevde en spontan avslappning i kroppen. Detta beskrevs som att axlarna släpptes ner och ett lugn infann sig hos kvinnan.

Andra viktiga delar i vården av kvinnorna var att med tålamod vägleda och guida henne utan att nödvändigtvis ge massa direkta råd. Att bjuda in till samtal kring hur det ser ut i det sexuella förhållandet och vad den goda sexualiteten innebär. I detta kommer även delar upp som självbild och att uppmuntra kvinnan till att hitta sin egen sexualitet. Ett konkret råd innefattade att samlagspaus under en tid kunde vara fördelaktigt.

En metod i mötet beskrevs vara att i samband med gynekologisk undersökning använda spegel. Detta innebar att kvinnan själv fick se och få förklarat för sig att hennes kropp är normal till utseende och reaktion. Däremot utesluter det inte ett behandlingsbehov, men att som barnmorska vara tydlig med att det inte är något fel på deras kroppar.

Att ge information var en viktig del i vården. Informationen bestod av att berätta för kvinnan att hon inte är ensam med denna problematik samt ge relevant information om kroppens anatomi och fysiologi. I informationen ingick även att berätta hur upplägg av behandlingsplan såg ut för att förbereda kvinnan på att det är tidskrävande med vanligt förekommande bakslag

under behandlingstiden som är övergående. En viktig del var även att inte stressa i mötet samt kunna erbjuda återbesökstid. Om patienten uteblir från något besök beskrevs att barnmorskan ansåg det centralt att inte vara fördömande eller skuldbeläggande.

En strategi för att nå fram till kvinnan i mötet var att belysa det som kan vara positivt och härligt med sex.

*Man kan inte bara arbeta utefter att du ska inte få några könssjukdomar, du ska inte bli gravid utan att även prata om det här härliga med sex. Att det är två människor som har något slags tycke för varandra och att man är två i det på något sätt. Så mer information om det och hur kroppen skall fungera (IP2).*

### **Öppna upp för samtal**

Det beskrevs att det fanns ett uppdämt behov hos kvinnorna att prata om sin situation och upplevelse. Vidare fanns från barnmorskorna en ödmjukhet i att det är ett sårbart och utlämnande ämne att prata om. Deras erfarenheter var att om de inte frågade om sexuell hälsa så tog heller inte kvinnan upp det. Möjligtvis kunde frågan framkomma i slutet utav ett samtal då barnmorskan frågade om det är något annat som kvinnan ville fråga eller lyfta. En viktig del beskrevs hur frågan ställdes och att uppmuntra kvinnan att beskriva med sina egna ord. Frågan om sexuell hälsa kan också innefattas i den sexualanamnes barnmorskan tar.

*Det brukar komma upp i samband med ibland preventivmedelsrådgivning och det är nog bara för att jag frågar om såna saker annars skulle det nog inte komma upp (IP4).*

Det framkom att de vanligtvis ställde konkreta frågor kring sex och sexualitet samt i samtalet gav information. Frågorna var exempelvis om sexet gav njutning, om de har lust till sex och om det är på bådass villkor. Det gavs ofta information om hur kroppen fungerar vid sexuell upphetsning, vikten av att ha sex på egna villkor samt att sex skall vara njutbart och härligt.

*Det blir mer tydligt på ungdomsmottagning för vi pratar mycket kring sexualitet om lust och har du sex för att du vill ha sex. Vi är ganska konkreta i våra frågor. Ställer man en konkret fråga så får man också ett konkret svar. Även om det inte kommer vid det här besöket så kommer det nästa gång vi pratar om det här (IP1).*

### **Utmaningar i mötet och vården**

Det belystes att det fanns flera olika utmaningar i mötet och vården. En utmaning innefattade när motivationen hos kvinnan var bristande eller obefintlig. Svårigheten beskrevs att om motivationen inte var tillräcklig var det svårt att få resultat. Vidare ansågs att den bristande motivationen är grundad i det normsystem kvinnan lever i som inte ger utrymme för förståelse kring hennes problematik.



Återkommande var kvinnornas önskan om en snabb lösning på problemet, vilket oftast inte var möjlig utan det tar tid som också beskrevs som tålamodsprövande.

*Alltså har man gått så länge som de flesta gör med den här problematiken och en del har också sökt hjälp på andra ställen och inte blivit hjälpta så är det lite det här, hjälp mig nu! Kan jag få en tablett nu så att det här går över? Alltså att man inte orkar längre, man känner sig uppgiven, håglös (IP1).*

Vissa patienter återkom inte efter att de fått vetskapen om att det är de själva som till största del behövde arbeta med problemet. Det sågs samband mellan bristen av motivation, otillräcklig förståelse och att det var känsloladdat. Detta beskrevs som utmanande då barnmorskorna kände förståelse för deras reaktion, men besitter vetskapen om att det troligen kommer bli värre om kvinnorna inte tog tag i problemet nu.

*En frustration att inte kunna säga ta den här tabletten så blir du bra, för det är ju oftast det de förväntar sig. Att de söker för, jag har ont och titta på mig och behandla mig. Men det finns ju inget trollspö, det är ju så.. så det är lite frustrerande ibland (IP3).*

En utmaning som beskrevs var att det inte finns några samlade evidensbaserade nationella riktlinjer kring LPV. Det skapade i vissa fall en känsla av hopplöshet, maktlöshet och frustration hos barnmorskorna när resultaten inte gick framåt. Vikten belystes av att dela med sig av sina erfarenheter med sina kollegor som ett sätt att hantera delar av vården som många upplevde som svår, tung och ledsam.

*Jättesvårt, det är jättesvårt. I perioder så har jag känt nej jag orkar inte liksom inte någon mer nu men då hjälps vi åt och då tycker man det är jättekul för det är ju väldigt, det är en väldig utmaning (IP5).*

Det beskrevs som ledsamt att många kvinnor inte fått tillräckligt med hjälp och att problemet till viss del upplevdes vara ett samhällsbekymmer med kunskapsbrist om tillståndet. Det väckte också starka känslor kring att LPV är orättvist ur ett rättighetsperspektiv.

*Det är krävande, det är en krävande grupp. Det är krävande med motivationsarbetet i början, det är ledsamt för mig att lyssna på hur jag tycker tjejer gör illa vid sig själva och sin sexualitet om och om igen. Och alla berättar väldigt liknande historier. Man blir lite ledsen över mänskligheten att man tycker att man skulle ha kommit längre jämställdhetsmässigt och på olika sätt, men sexualiteten är väl en arena där detta har visat sig ganska tydligt... (IP4).*

De reflekterade över betydelsen av att inse sina begränsningar som barnmorska, vilket flera tyckte var en utmaning då de kände starkt för kvinnans situation.

*Men där får man ju också bromsa sig själv när man känner att men det här är ju inte, det här är över min kompetens och ta hjälp utav sina kollegor, så är det ju. Man skall ju inte behöva bära allting själv om man inte känner att man klarar av det (IP8).*

På samma sätt beskrevs utmaningen i att under samtal ibland bara lyssna utan att ge råd. En annan utmaning var i situationer när relationen mellan kvinnan och partnern inte var välfungerande. Liknande var när kvinnan hade en stor egen inre stress som hon upplevdes förneka. Det skapade också en känsla av maktlöshet hos barnmorskan.

En annan aspekt är även olika kulturer där barnmorskorna hade olika grad av erfarenheter som upplevdes utmanande. Det beskrevs att trots gedigen erfarenhet av att vårda kvinnor med LPV fanns knapphändig erfarenhet och kunskap av att vårda kvinnor från andra kulturer.

## Rådande normer om sex och sexualitet har betydelse för kvinnan

Hos barnmorskorna fanns en medvetenhet om att normer om sex inverkar negativt på kvinnors sexualitet. Det uppmärksammades att rådande kroppsideal också hade en negativ inverkan på kvinnors sexualitet samt att bristande kroppskänedom förekom hos kvinnorna med LPV. Det framkom som väsentligt att i vården av kvinnorna ha denna förståelse för att rådande normer om sex och sexualitet har betydelse för kvinnan.

## **Erfarenheter av att sociala förväntningar om sex påverkar kvinnors sexuella relationer**

Erfarenheterna var att både kvinnor och män präglades och formades av socialt konstruerade föreställningar och förväntningar om hur sex skall vara. Dessa påverkade dem negativt och skapade problem för dem båda i relation till sin egen sexualitet och i relation till varandra.

Det påtalades att vid möten med kvinnor med LPV samt deras partner var bådars bild att penetrerande sex är det enda riktiga sexet. Vidare var erfarenheten att all annan sex som smeksex eller oralsex inte räknades som riktigt sex. Normen om penetrerande sex påverkade kvinnorna med LPV både fysiskt och emotionellt. Det beskrevs att kvinnorna kände att de borde ställa upp på omslutande sex för någon annans skull, även om det kunde innebära fysisk smärta:

*Att, nej men det här var inte så himla skönt men min pojkvän tycker det är gott, nej men då ställer jag upp på det. Och så kanske man känner att nej nu svider det lite grann och så svider det ännu mer nästa gång och så tillslut så blir det aldrig skönt. För att det skall ingå liksom, man ställer upp (IP8).*

Denna föreställning gav också en inre smärta av otillräcklighetskänslor hos kvinnor, de kände sig inte normala, som att något var fel, att känna sig värdelös och skapade skuld-och skamkänslor.

*Ja då tror man att det enda sexet som gäller är det penetrerande sexet eller omslutande sex. Det är det som gäller och kan man inte ha det då är man värdelös (IP6).*

Det framkom även att kvinnorna med LPV ofta var rädda för att bli lämnade av sin partner eftersom de hade svårt att genomföra omslutande samlag.

*Det är bättre den smärtan som är här [pekar mot underlivet] och ha omslutande sex, än den inre smärtan och oron av att bli övergiven och lämnad (IP1).*

Det beskrevs att kvinnornas sex fokuserade på det omslutande samlaget som avslutas med mannens utlösning. Efter det är sexet över. Mannens njutning och sexualitet beskrevs stå i centrum till bekostnad på kvinnans sexualitet och njutning, vilket skapade problem främst för kvinnan men även för mannen. Det fanns även en föreställning hos kvinnor och män att det är normalt att sex skall göra ont första gången för kvinnan. Förutom att erfarenheterna var att kvinnan påverkades negativt av denna föreställning var också erfarenheterna att mannen hade en negativ påverkan. Fortsatt framkom att ha sex som gör ont för kvinnan innefattade också dåligt sex med smärta även för mannen. Det belystes att vissa par trots allt hittade andra sätt att ha bra sex på som inte innefattade omslutande sex. Vidare beskrevs att det dock fanns en önskan från båda parter att ha omslutande sex, men främst en önskan från kvinnan. Därför fortsatte de ändå ha smärtsamma omslutande samlag som skapade problem för de båda.

Pornografi beskrevs ge en förvrängd bild av hur sex ska vara. Detta påtalades vara viktigt att samtala öppet om med kvinnorna. Bland annat framkom att det inte var ovanligt med föreställningen att omslutande samlag ska pågå i flera timmar och att detta rimligtvis skapar problem för både kvinnan och mannen. Uppfattningen var att det fanns en förvrängd bild av att kvinnan alltid är villig och har lust. Det fanns också föreställningar om att omslutande samlag kan initieras direkt utan att kvinnan är förberedd på det.

Barnmorskorna beskrev att det upplevs finnas ett krav i samhället om att kvinnan ska ha sex och att alltid vilja ha sex samt känna lust till sex. Även att det finns oskrivna regler om att det i en relation skall finnas sex regelbundet. Vidare uppgavs att kvinnor ville sträva efter att hålla sig inom det som uppfattas som normalt och att det skapade problem för kvinnorna. Att prata om vilka föreställningar och svårigheter som finns kring sex beskrevs vara tabubelagt. Sex är någonting som upplevs bara ska fungera.

*I samhället är det ju mycket högpresterande tankar och ja hur allt ska ju bara funka, allt ska ju bara flyta på och det är ju det här men man har ju ingen tid för att faktiskt*

*reflektera. Allt ska ju bara gå på, du ska plugga, du ska ha kompisar, du ska ha partner, allt det här. Det är en stress verkligen (IP6).*

Det framkom att kvinnor med LPV många gånger berättat att de haft sex utan att känna lust och att de bortprioriterar sig själva för partnerns njutning. Upplevelsen fanns att det pågår en genuskamp om vemns sexualitet som är mest värd. Som exempel ges att kvinnor indirekt skadar sig själva genom att ställa upp på sex trots att det gör ont och som inte är njutbart. Detta för att det finns föreställningar om att kvinnors sexualitet är mindre värd än männens. Det fanns kvinnor som berättat för barnmorskorna om att de varit med om tjatsex. De brukar fråga kvinnan varför hon har sex och för vem. Syftet med det var att få kvinnan att börja reflektera över om hon verkligen har sex på egna villkor och om hon värnar om sin egen sexualitet och sitt egenvärde.

*För du kan tappa sexlusten men du har fortfarande sex, så det är det jag menar just det här att bejaka sig själv och sin egen lust och sätta gränser för sig själv. Man har sex för sin egen skull och inte för att tillfredsställa någon annan (IP7).*

Barnmorskorna hade liten eller ingen erfarenhet av att vårda kvinnor med LPV som har en annan sexuell läggning än heterosexuell eller med annan könsidentitet än kvinna. Vidare beskrevs att LPV är vanligast förekommande hos personer som identifierar sig som kvinnor, vilka är hårt drabbade av feminitetsideal. Uppfattningen fanns även att LPV inte var vanligare för heterosexuella cispersoner utan att problemet var densamma oavsett könsidentitet och sexuell läggning.

### **Uppmärksamma att svåruppnådda kroppsideal och bristande kunskap om den egna kroppen har betydelse för LPV**

Uppfattningen var att kvinnorna generellt sätt inte utforskade sin sexualitet och att kunskapen om sexualiteten och den egna kroppen var bristfällig.

*De har inte så god relation till sin egen sexualitet skulle jag säga och det är väl kanske mycket där problemet ligger också att de inte har tagit det utrymmet och fått det utrymmet för sig själva (IP8).*

Kvinnorna hade en bristande kroppskänedom och bristande kunskap om vad som händer i kroppen när de blir upphetsade. Erfarenheterna innefattade att det var vanligt att kvinnorna med LPV aldrig haft egensex. Det framkom att egensex var något skamset för kvinnor. Kvinnorna hade upptäckt det först efter de börjat ha sex med andra och rimligen inte tvärtom. Om man har en bristfällig kontakt till sitt kön och till sin sexualitet var erfarenheten att det skapade problem i relationer då kvinnan inte själv vet vad hon tycker är skönt. En barnmorska berättade om en kvinna som tidigare varit utsatt för våldtäkt några år tillbaka som hade uppfattningen om att hennes LPV berodde på att hennes vagina var för trång. Det framkom

också av barnmorskorna att många kvinnor kände att underlivet var avstängt från resten av kroppen. Kvinnorna hade svårt att se att sexualiteten finns i hela kroppen och i sinnet.

*Alltså sexualiteten är så inbakad helt i hela ens person och att då utesluta hela den här, för det är oftast det de beskriver att det här är avstängt [pekar mot underlivet]. Det händer ingenting här, det är bara jobbigt eller det gör bara ont eller det händer ingenting. Och att plocka bort den delen ur en person det är ju helt absurt egentligen (IP8).*

De belyste utifrån sina erfarenheter också att kroppsideal kunde vara hämmande för kvinnors sexualitet. Helst ska könet inte lukta, inte synas, utan ska bara finnas och ge njutning för andra. Överdriven tvätt av könet samt intimrakning beskrevs kunna skapa mer problem för kvinnor med LPV.

*Och det skall vara så rent och fint i underlivet. Och man skadar sig själv på något sätt fast man inte vet om det för man tror att man gör något bra [genom att tvättning och rakning] (IP2).*

Vidare beskrevs hur kvinnor inte vågar närma sig sitt kön och förknippar det med något äckligt, samt använder tampong dagligen mot normala flytningar.

*Man använder trosskydd eller tampong varje dag i månaden även om man inte har en blödning för att man inte vill ha flytning.... flytningar pratar man inte om. Det är jättemånga tjejer som söker för flytningar. Och man säger det här är helt normalt och jag tänker det är klart det blir torrt om man då använder tampong dygnet runt (IP2).*

## Anpassa vården efter den unika kvinnan

Att anpassa vården efter den unika kvinnan innebär att tillståndet LPV upplevs olika av kvinnor och innefattar individuella behov. Kvinnor bör därmed vårdas och behandlas utefter deras unika önskemål och behov. Detta innefattar en förståelse om att kvinnornas smärta kan vara uttryck för andra problem, att teamet runt kvinnan är central, att behandling anpassas individuellt och att involvera eventuell partner.

### **Erfarenheten av att smärtan kan vara uttryck för andra problem**

Barnmorskorna upplevde att kvinnornas smärta som resultat av LPV vanligen var uttryck för andra bakomliggande problem.

*Det kommer ju mycket annat som, jag tänker att det står för så mycket annat. Ett symptom som man förstår har, men att det ändå speglas mycket annat (IP5).*

*Men att det är ett svårt problem [LPV] och det är ett symptom på oftast någonting annat (IP7).*

Erfarenheten var att det fanns många olika dimensioner i det hela vad gäller orsaker och andra tillstånd som samexisterar med LPV, vilket gör tillståndet komplext. Vidare beskrevs att erfarenheten om orsakerna till LPV vanligtvis inte är isolerat till en orsak utan att flera komponenter spelar in och tillsammans kan bidra till att förvärra tillståndet. En barnmorska uppgav att tillståndet ofta är ett symptom på att inte kunna sätta gränser för sig själv och att inte lyssna till sin kropp. En vanlig uppfattning var att kvinnor utvecklade LPV på grund av återkommande svampinfektioner. Det kunde röra sig om upprepade behandlingar med svampmedel och frånvaro av uppföljning efter behandling eller att de haft sex trots pågående svampinfektion. Det fanns en enhällig uppfattning om att omslutande sex utan lust och sexuell upphetsning gav smärta och därmed bidrar till och förvärrar LPV. Erfarenheten var att det även handlade om att kvinnorna varit utsatta för sexuella övergrepp, levt i en destruktiv relation eller varit i en relation som inte känts rätt. Det påtalades att kvinnorna många gånger hade en psykisk ohälsa. Uppfattningen var att det även förekom en problematik med självskadebeteende och ätstörningar eller att kvinnorna levde med stress, dålig självkänsla och hade höga krav på sig själva. Upplevelsen var att LPV anses orsakas av en negativ syn på kvinnors sexualitet.

*Jag tänker att ursprunget till det här är en negativ syn på kvinnors sexualitet som både kvinnan själv upprepar och agerar utifrån vad hon vet och inte vet, och som samhället också sätter på en (IP4).*

Att ha sex mot ersättning och samband med förekomst av problem med LPV hade en barnmorska erfarenhet om. Barnmorskan hade fått information om att kvinnor i större uträkning är involverade i sugardejting med sugardaddys. Efter detta har barnmorskan aktivt börjat fråga kvinnor om sugardejting och därigenom fångat upp flera kvinnor involverade i detta. Vidare ansågs att detta skapade problem för kvinnorna eftersom de har sex mot ersättning, sex utan lust och att fokus vanligtvis är på omslutande sex.

På grund av att det kunde finnas flera olika faktorer som samspelar med tillståndet upplevdes detta skapa en ond cirkel som var svår för kvinnorna att ta sig ur.

*Jag tror mer att det handlar om att det blir en ond cirkel. Innan de hamnar här så har det blivit en ond cirkel av olika orsaker men att man oftast har annan typ utav till exempel ångestproblematik, stress, överkonsumtion av svampmedel. För så fort det kliar eller känns någonting så kanske man köper pevaryl och påbörjar en behandling... mycket såna saker (IP7).*

## Teamarbete

Barnmorskan såg sig som den som identifierar symtom vid LPV och som anpassar behandlingen efter kvinnans speciella behov. I erfarenheterna kring vården skildrades olika upplevelser av att arbeta i ett team runt kvinnan. Flertalet framhävde att deras erfarenheter påvisade goda resultat när ett tvärprofessionellt arbete var framarbetat, däremot fanns även negativa erfarenheter eller begränsade resurser. De upplevde att en samtalskontakt var en central del i vården samt tillgång till fysioterapeut och läkare.

*Jag skulle nog vilja säga att du når inga resultat om du inte ser till att ha med en samtalskontakt också, man jobbar i team runt det här (IP7).*

*Så fysioterapeut, kurator, barnmorska och läkare det är ju de personalkategorierna man behöver vara, då kan man göra skillnad (IP1).*

Det fanns olika erfarenheter av läkarens roll och vad de tillförde. Några upplevde det positivt för kvinnan att få träffa en läkare som kunde sätta diagnos och som en del i bekräftandet av kvinnan. Däremot fanns även andra aspekter kring diagnossättning då risken fanns att kvinnan identifierade sig med sin diagnos. Det fanns också erfarenheter som var mindre positiva som baserades på bristande tillgång till läkare och till viss del bristande kunskap.

*Läkaren kan absolut vara med, men han sitter inte med i behandlingar och såna saker (IP7).*

*Vi har en läkare men han är inte så speciellt engagerad och det är jättetråkigt (IP5).*

Uppfattningen var att vården kring LPV behövde stärkas och få mer uppmärksamhet, vilket innefattade en önskan om utökade vårdresurser. Tillgång och möjlighet att läsa kompletterande kurser kring sexologi såg olika ut bland barnmorskorna. Vidare beskrevs att barnmorskeutbildningen borde innefatta ytterligare utbildning kring den typ av problematik som LPV innebär för individen, eftersom barnmorskan har en central roll i teamet runt kvinnan.

*När man jobbar som vi gör med de här teambehandlingarna ska det synas hur många vi träffar och på det viset att vi också ska få ökade resurser, för att det är det de handlar om. För det tar jättemycket tid, det är väldigt energikrävande, det krävs otroligt mycket förarbete och efterarbete hur man lägger upp behandlingen för att kunna hjälpa på bästa sätt. Det är inte bara att riva av det här utan vi måste ju teama jag och kuratorn kring det också.. så det är ju resurser (IP1).*

En barnmorska berättade att det var cirka ett års väntetid till vulvamottagningen och att hon därmed upplevde behovet av att arbeta med kvinnan under tiden, där kuratorn var en given del för att kunna individanpassa vården. Däremot fanns varierande erfarenheter av att kuratorn

inte var en självklar del i vården, men att fysioterapeuten var det. Deras erfarenheter av fysioterapeut var väldigt goda och nyckeln till mycket, samt deras kunskap med att arbeta kring avslappning och kroppskänedom ansågs tillförande. Det fanns fall där barnmorskorna upplevde kunskapsbrist hos fysioterapeuten och ett oengagemang med att arbeta med kvinnan och hennes problematik. Detta gjorde att de uppsökte en fysioterapeut som upplevdes ha ett större intresse av LPV. Liknande beskrevs att oavsett vilka professioner som ingick i teamet var deras erfarenheter att teamet behövde ha kunskap kring LPV och vara engagerade i vården till kvinnan för att det ska ge resultat.

*Det jätteviktigt att man jobbar i ett bra team (IP5).*

### **Barnmorskors erfarenheter av behandlingen**

Det fanns olika upplevelser hos barnmorskorna i deras erfarenheter av behandling. Gemensamt i berättelserna var att behandlingen inte enbart kunde fokusera på vissa delar utav kroppen utan innefattade ett holistiskt synsätt.

*Jag tror att man inte kan utesluta den här delen [pekar mot underlivet] från resten och inte behandla hela kroppen (IP8).*

Att lyssna på kvinnans berättelse ansåg samtliga var en viktig del i behandlingen där barnmorskan nödvändigtvis inte behövde tillföra särskilt mycket i samtalet utan enbart bekräfta kvinnan och ta hennes historia på allvar.

*Jag tycker det är väldigt viktigt att lyssna, det tänker jag är min stora uppgift att lyssna på hur det är och hur det har varit. Så att de får berätta (IP3).*

Det fanns varierande erfarenheter av att genomföra gynekologisk undersökning på kvinnor med LPV. Den gemensamma uppfattningen var att en gynekologisk undersökning aldrig skulle smärta för kvinnan. Vidare fanns en rädsla att förstärka och orsaka smärta hos kvinnan. Detta kunde vara utmanande då hennes upplevelse var att gynekologiska undersökningar, som gjordes i välmening, kunde förstärka problematiken för kvinnan.

*Jag gör aldrig någon inre undersökning, jag säger alltid att dem får bestämma. Gör det minsta ont så avbryter vi, jag vill inte förstärka någon smärta (IP3).*

En barnmorska upplevde en önskan hos kvinnor att bli undersökt. Det framkom att kvinnor genom undersökning vill få bekräftat av barnmorskan, som ett slags fysiskt bevis på, att smärtan är verklig. I dessa fall var viktigt att bekräfta kvinnan i att smärtan är verklig för henne även om barnmorskan inte kan se något under undersökningen.



*Och då brukar jag säga innan att det är inte säkert att jag ser det du tror att jag skall se men jag tror ju att du har lika mycket besvär ändå. Så att du inte tror bara för jag inte ser något så tror jag inte på dig (IP5).*

Efter detta upplevdes av barnmorskan att det inte fanns samma behov hos kvinnorna att bli undersökt vid varje besök.

Vanligt förekommande del i behandlingen var att informera om intimvård och olika produkter att smörja med som en del till desensibiliserande träning. En barnmorska beskrev att hon alltid gav rekommendationer på vad kvinnan kunde smörja med utefter sina erfarenheter med vad som givit bäst effekt, utan att lägga krav på kvinnan. Detta för att minska pressen på kvinnan och istället vägleda henne i egenvård.

Det beskrevs att kvinnorna hade förmåga att spänna musklerna i bäckenbotten, men svårare att få dessa muskler till avslappning. Det fanns erfarenheter av mindfulness i behandlingen. De benämnde att avslappning, andning och kroppskännedom ingav positiva erfarenheter i behandlingen.

*Men alltså såna enkla beröringsövningar, att man börjar närma sig sitt eget kön helt enkelt, ibland så kan det ju handla om att man bara kan lägga handen på och närma sig lite grann och vänja sig vid den tanken på att ha en beröring där.... att man liksom vänjer av kroppen till att det inte skall göra ont längre. Att man väljer en stimuli som är trevlig helt enkelt (IP8).*

*Mycket avslappningsövningar, det är oftast det som krävs (IP2).*

Det fanns även erfarenheter av gruppträffar som beskrevs som positivt och som en del i behandlingen. Kvinnorna träffades i grupp tillsammans med andra med liknande problem där barnmorskan närvarande samt kurator eller fysioterapeut. Det beskrevs givande för kvinnorna att delge sina berättelser och inlyssnande av andras.

*Självklart träffar vi jättemånga individuellt också men gruppverksamhet har vi med väldigt gott resultat för det är så härligt att få träffa andra. Man tror man är ensamast i världen men det är inte så. Vi är två barnmorskor som håller i den gruppen och så har vi bjudit in en fysioterapeut också. Det är väldigt positivt och det ger väldigt mycket (IP6).*

### **Involvera partnern**

Den generella uppfattningen var att kvinnorna med LPV vanligtvis är i en relation. Erfarenheterna var att kvinnorna kunde befinna sig i en god relation eller ha relationsproblem. Det kunde också innefatta att kvinnan tidigare befunnit sig i en destruktiv relation eller har en pågående destruktiv relation. Vidare beskrevs att relationen har en stor betydelse för kvinnans

upplevelser och är ibland avgörande för tillståndet. Därför ansågs att relationen var en viktig del att beakta i vården av kvinnorna.

Det fanns en uppfattning bland barnmorskorna att det är positivt att involvera partnern till samtal och behandling. Paret hade oftast föreställningar om varandra som skapade problem för relationen. Vidare beskrevs att båda upplevde otillräcklighetskänslor inför varandra som inte var uttalade. Kvinnorna upplevde skuld-känslor av att inte kunna utföra omslutande samlag samt hade farhågor om att partnern skulle överge henne. En barnmorska beskrev ett vanligt samtal som hon brukar ha med paret där de konfronteras med sina föreställningar om varandra:

*Ofta är det såhär att kvinnor går med skuld, hon är jätterädd att du ska lämna henne, för det är en normal tanke och likaså får man säga det jag tänker att du kanske tänker, tycker att du är fel man för din kvinna, alltså eftersom hon inte vill ha sex med dig. Det handlar inte om det, utan det är viktigt att ni pratar om det. Att ni går med mycket rädslor båda två, från båda håll (IP1).*

Oftast var uppfattningen att denna konfrontation om varandras föreställningar ledde till en lättnad hos båda och öppnade upp samtalet. Erfarenheterna innefattade att paret behövde kommunicera med varandra och vara tydliga. Det framkom som viktigt att se att tillståndet skapar problem för dem båda. Även att kvinnan själv inte ska behöva bära på hela ansvaret för exempelvis information från barnmorskan och behandlingen. Uppfattningen var att kvinnorna behövde få släppa det ansvaret och ge över det till barnmorskan och involvera partnern.

*För då har man ju båda två och då slipper den ena personen känna ansvaret för att, för det blir ju oftast så att den som har ont den bär liksom det här. Den andra blir liksom bara en bi-person i det hela fast det egentligen är de... båda i det (IP8).*

I vissa situationer beskrevs det olämpligt att involvera partnern. Detta rörde sig främst om relationer som var destruktiva och kvinnan inte ville ha med partnern. Det var viktigt att oavsett alltid lyssna in kvinnan och att hon fick bestämma vilka personer som skulle ingå i samtal och behandling.

Barnmorskorna beskrev även att problemet till tillståndet ibland kunde röra sig om att kvinnorna haft en partner hon inte trivts med, varit i en destruktiv relation eller att hon inte varit tillräckligt kär. Vidare framkom erfarenheter av att när kvinnorna avslutat relationen och i vissa fall träffat en ny partner har problemet med LPV försvunnit.

*Och sen träffade hon en ny partner där hon blev jättekär så var bekymret löst... Sen hade hon bra sex. Så enkelt kan det också vara (IP7).*

## Diskussion

### Metoddiskussion

Syftet med föreliggande arbete är att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning som lever med LPV. För att få en djupare förståelse för barnmorskornas erfarenheter användes en kvalitativ metod med individuella intervjuer. Analysmetod som valdes är innehållsanalys som beskrivs av Elo och Kyngäs (2008) med induktiv ansats. Denna anses lämplig för att analysera kvalitativa intervjuer inom ett område där det finns begränsat med samlad kunskap (Elo & Kyngäs, 2008).

Centrala begrepp inom kvalitativ forskning är trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Elo & Kyngäs, 2008; Polit & Beck, 2014). Urval, analys och resultat har beskrivits ärligt och noggrant. Detta ger förutsättningar för att läsaren ska kunna bedöma om det finns en trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Elo & Kyngäs, 2008; Polit & Beck, 2014)

För att demonstrera sambandet mellan materialet och resultatet utformades en tabell över en del av analysprocessen (bilaga 5), vilket kan öka trovärdigheten (Elo & Kyngäs, 2008). Citat valdes att användas i resultatet, med en medveten balans i antalet citat så att dessa inte blir för många i relation till övrig text, vilket Elo och Kyngäs (2008) beskriver. Erfarenheten av att intervjua är begränsad och svaren kunde ha blivit mer uttömmande om en person med mer erfarenhet hade genomfört dem. Däremot ses en styrka att det trots detta framkom mycket användbart material ur intervjuerna som svarade upp mot syftet. Innehållet i intervjuerna var rikt och varierande. När följdfrågor ställdes inhämtades fördjupande svar från barnmorskorna, vilket gav materialet ett djup. Att genomföra intervjuer på ungdomsmottagning var också en styrka då det fanns mycket erfarenhet kring området, vilket gav innehållsrika intervjuer.

Pålitlighet innebär att resultatet skall överensstämma med materialet från intervjuerna (Elo & Kyngäs, 2008; Polit & Beck, 2014). Det som presenteras i resultatet är en transparent skildring av intervjupersonernas erfarenheter som stöds av citat, vilket anses stärka pålitligheten. Det har också funnits en medvetenhet kring att materialet kan tolkas olika därmed har en kontinuerlig dialog förts under analysprocessens gång, vilket tolkas enligt Elo och Kyngäs (2008) som en styrka för att det stärker pålitligheten enligt Polit och Beck (2014).

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultatet kan överföras i andra sammanhang och kontexter (Polit & Beck, 2014). Däremot har kvalitativa metoder inte som mål att ha en självklar överförbarhet då strävan framförallt handlar om att få en fördjupad kunskap. Detta utesluter inte att resultatet kan överföras till andra liknande kontexter. För att läsaren ska

kunna bedöma överförbarhet är det viktigt att noggrant kunna följa processen och utformandet av arbetet (Polit & Beck, 2014) vilket eftersträvats (bilaga 5). Möjlig överförbarhet av studiens resultat skulle kunna vara till andra ungdomsmottagningar i Sverige och till länder med liknande utformning och vårdnivå som ungdomsmottagningen är uppbyggd i Sverige. Däremot skulle en ökad överförbarhet kunna uppnås om intervjuerna genomförts med större geografisk spridning i Sverige på en nationell nivå. Detta kan därmed ses som en aktuell svaghet i studien. En styrka med studien är den bredd av ungdomsmottagningarnas storlek och geografiska placering inom Västra Götaland och Halland. Ytterligare en styrka som ses är variationen på barnmorskornas ålder och antal år som verksamma barnmorskor på ungdomsmottagningen.

Två av respondenterna arbetade på samma ungdomsmottagning, vilket skulle kunna ses som en svaghet. Eftersom barnmorskorna arbetade i samma vårdkontext kan det antas minska variationen i datamaterialet. Eftersom erfarenheter till största del är personliga tolkas dock detta inte påverka resultatet negativt. En aspekt som också bör lyftas är att den information som gavs till informanterna kan ha påverkat deras svar (bilaga 2). Informationen innehöll beskrivning om att LPV kan ha negativ inverkan på kvinnors livskvalitet och sexualitet. Det kan tolkas av informanterna som att de förväntas svara i enlighet med informationen. Det motverkades dock av de öppna frågor som användes frekvent under intervjuerna, vilka minskade risken för eventuell påverkan av informanterna.

Vår förförståelse hanteras genom att i intervjuerna säkerställa genom uppföljande frågor som exempelvis ”på vilket sätt” att vi verkligen fått intervjupersonernas syn på frågan och att vi inte lade till vår egen. Det är en omöjlighet att ha en fullständig medvetenhet om den egna förförståelsen, men genom att diskutera och reflektera med andra till exempel i ett forskarteam så skapar det möjligheter till medvetenhet (Nyström & Dahlberg, 2001). Genom att ha en öppenhet minskas risken för att förförståelsen färgar resultatet av forskningen (Nyström & Dahlberg, 2001). Mot bakgrund av det har vi eftersträvat en öppenhet genom hela forskningsprocessen och medvetet reflekterat för att på så sätt synliggöra vår förförståelse och undvika att den påverkar resultatet.

## Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande arbete var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning med LPV. Barnmorskorna beskriver att de i vårdandet behöver ha en förståelse för att kvinnan lever med en yttre och inre smärta som påverkar hela hennes person. Utifrån barnmorskornas erfarenheter framkommer i resultatet tre kategorier vilka är; Möta kvinnan där hon är, Rådande normer om sex och sexualitet har betydelse för kvinnan, och Anpassa vården efter den unika kvinnan. Vården av kvinnor med LPV grundas till stor del i kvinnornas unika berättelser, vilket kan relateras till personcentrerad vård (Ekman et al., 2011; McCormack et al., 2010). Vidare framkommer att genom barnmorskans

förhållningssätt kan möjligheter ges för ett etablerat partnerskap mellan kvinnan och barnmorskan. Detta partnerskap kan skapa förutsättningar för att kvinnan delger sin berättelse. Personcentrerad vård skapar även förutsättningar för att synliggöra hela kvinnan (Ekman et al., 2011; McCormack et al., 2010). Detta innefattar även att synliggöra rådande normer om sex som kan påverka kvinnan med LPV negativt.

### **Barnmorskornas erfarenheter av vårdandet**

En central del i vårdandet är att vårda kvinnan där hon är utefter hennes unika önskemål och behov. För att ta del av kvinnans berättelse beskriver barnmorskorna att de har ett öppet förhållningssätt grundat på holism som strategi för att nå kvinnan. Med utgångspunkt ur det beskrivs barnmorskans förhållningssätt som att aktivt lyssna på och ta del av kvinnans berättelse, skapa tillit och etablera ett förtroende samt förstå att tillståndet påverkar hela kvinnan. Förhållningssättet att möta kvinnan där hon är kan relateras till personcentrerad vård (Ekman et al., 2011; McCormack et al., 2010). Vidare beskrivs att utgångspunkten för personcentrerad vård är patientberättelsen. Empowerment är också ett viktigt begrepp inom personcentrerad vård och kan relateras till barnmorskornas strategier att nå kvinnan i mötet (Hermansson & Mårtensson, 2011; Laverack, 2006). För att främja empowerment behövs en vårdande miljö som baseras på förtroende, uppriktighet, ärlighet och en syn på människan som är fri från fördomar (Hermansson & Mårtensson, 2011). Det framkommer i resultatet att oavsett antal år som verksamma barnmorskor på ungdomsmottagningen fanns likheter i deras beskrivning av erfarenhet kring vikten av att möta kvinnan där hon är just nu. En central del som barnmorskorna belyser är att i vården främja motivationen och hoppet hos kvinnorna, att kvinnan själv kan påverka och med stöd få en bättre situation och hälsa. Detta är i enlighet med empowerment att kvinnorna ges styrkan att ta tillbaka makten över sin situation (Hermansson & Mårtensson, 2011).

Några av barnmorskorna upplever det utmanande att ibland endast lyssna utan att nödvändigtvis komma med råd. Att tillåta kvinnan att berätta sin historia ostört och enbart lyssna kan ses som en handling i att visa stöd (Reblin & Uchino, 2008). Vidare beskrivs en positiv upplevelse av att stöd är en av de viktigaste delarna till hälsa och välbefinnande. Det utmynnar i att som barnmorska verka för att ha kvinnan i fokus och finnas där för henne genom att visa en öppenhet för kvinnans situation och berättelse (Lundgren & Berg, 2016). Fortsatt framkommer att detta kan skapa möjligheter till att urskilja och förstå vilka behov och önskningar kvinnan har.

Det finns en uppfattning hos barnmorskorna att en viktig del i mötet är att minska kvinnans känsla av skuld. Att kvinnan skuldbelägger sig själv bekräftas i en studie som beskriver att det finns många känslor, däribland skuldbeläggande, hos kvinnan själv under processen fram till diagnosen LPV och under behandling (Connor, Robinson & Wieling, 2008). I enlighet med detta ges en förklaring till att reduktion av skuld kan väcka eller förstärka hoppet samt främja motivationen.

När barnmorskan möter kvinnan här och nu kan flera nyanser ses, varav en innefattar att se att kvinnan bär på en inre stress, vilket kvinnan själv inte alltid uppfattade. En studie beskriver att kvinnor med LPV har en högre daglig stressnivå än friska personer, vilket kan medföra att kvinnan till slut inte uppmärksammar den stress hon dagligen utsätts för (Ehrström, Kornfeld, Rylander & Bohm-Starke, 2009). Därmed finns en relevans i att uppmärksamma befintlig stress för att kunna reducera den som en positiv effekt i behandlingen av LPV med förhoppning om att minska smärtan och öka välbefinnandet hos kvinnan (Ehrström et al., 2009). En svårighet som uppmärksammas utifrån resultatet är att barnmorskornas erfarenhet ibland är att kvinnor med LPV bär på en inre stress och är kvinnor som är högpresterande. Detta finns beskrivet av Groven et al. (2016) att kvinnor känner sig kategoriserade av detta antagande och tolkades av kvinnorna som att det finns en antydning till att det skulle vara en bakomliggande orsak till deras problematik. Kvinnorna upplevde detta negativt och att barnmorskan har förutfattade meningar som gav utfall på kvinnans självbild (Groven et al., 2016).

Barnmorskornas erfarenheter är att kvinnornas smärta kan vara uttryck för andra problem. Vanligen är erfarenheten att det är många faktorer som spelar in och förvärrar tillståndet samt riskerar ge upphov till nya. Det beskrivs orsaka en ond cirkel av negativa tankar och orsaker som är svåra för kvinnorna att ta sig ur. Det framkommer även att unga kvinnor får LPV i relation till att de har haft sex mot ersättning. Detta är anmärkningsvärt och utifrån barnmorskornas erfarenheter skapar detta problem för kvinnorna på olika plan, innefattande LPV.

Det finns en uppfattning om att kvinnorna som söker hjälp oftast önskar en snabb lösning på problemet. En barnmorska beskriver att det kan handla om att kvinnan har haft problemet under en längre tid och möjligen sökt hjälp på andra ställen utan framgång. Detta kan skapa en känsla av uppgivenhet hos kvinnan som föranleder en förhoppning att nu få en snabb lösning. Detta bekräftas av Thomtén (2014) som skriver att kvinnor med vulvasmärta ofta besväras länge innan de uppsöker sjukvård och att behandlingsresultaten vanligen var bristfälliga. Eftersom LPV har en negativ inverkan på kvinnan i många dimensioner (Shallcross et al., 2018) är det förståeligt att kvinnan önskar en snabb lösning och att motivationen minskar. På samma sätt är det förståeligt att vissa av barnmorskorna i resultatet såg det som utmanande då det ofta tar tid och krävs motivation. Eftersom tillståndet är komplext och berör hela kvinnan belyses vikten av att behandlingen får ta den tid som tillståndet kräver (Shallcross et al., 2018).

Barnmorskorna beskriver av deras erfarenheter att ett välfungerande teamarbete runt kvinnan utefter hennes behov är en central del i att anpassa vården efter den unika kvinnan. Däremot skiljer sig utformningen och involverade professioner i teamen, vilket är en intressant aspekt. Det framkom att barnmorskan ofta är den som identifierar symtom på LPV och i olika grad i samråd med ett multiprofessionellt team utformar en behandlingsplan.

Eftersom LPV har en negativ inverkan på kvinnans psykiska hälsa och självbild (Desrochers et al., 2008; Shallcross et al., 2018; Shallcross et al., 2019; Ayling & Ussher) är det adekvat att involvera en kurator i behandlingen. Kuratorns delaktighet kan även ses som ett uttryck för att barnmorskan bekräftar kvinnans situation och utsatthet. Fysioterapeuten är en del av teamet och kan hjälpa kvinnan med bland annat bäckenbottenrehabilitering som behandling (Socialstyrelsen, 2018). Däremot är evidensgraden för detta generellt svag (Socialstyrelsen, 2018). Läkarens uppgift beskrivs av barnmorskorna framförallt innefatta att utesluta andra orsaker samt sätta diagnos. I resultatet beskrivs olika erfarenheter av att kvinnan får en diagnos då vissa såg det som positivt och andra beskriver risken att kvinnan identifierar sig med diagnosen. Det framkommer i tidigare forskning att det är resan fram till diagnos som kvinnorna upplever som en kamp och upplevelsen av att vårdpersonalen har ett behov av att sätta diagnos (Shallcross et al., 2019). Det finns en risk att om kvinnan inte får diagnos kan mindre relevanta behandlingsinterventioner inledas (Socialstyrelsen, 2018). Detta utesluter inte eller förminskar den risk barnmorskorna i resultatet identifierat att diagnossättning kan ge ett negativt utfall för kvinnan. Diagnosen har också visat sig vara viktig för att få partnern att förstå att smärtan är verklig för kvinnan och inte något kvinnan hittar på (Connor et al., 2008). Däremot kan detta tolkas som ett område med behov att utforska mer kring hur diagnosen påverkar kvinnans identitet och upplevelse. Flera barnmorskor beskriver i resultatet att en del av deras erfarenheter är att kunna se sina begränsningar, vilket även är i enlighet med den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM, 2014). Vidare innebär det att som barnmorska remittera och samverka när kvinnans behov kräver vård från andra professioner.

Resultatet visar att barnmorskorna har positiva erfarenheter av att göra partnern delaktig i vården. Detta handlar om att kvinnorna inte själva ska behöva bära ansvaret för exempelvis information och behandling. Erfarenheten är att partnern behöver involveras för att behandlingen ska ge resultat, eftersom en stor del av hur kvinnor upplever tillståndet i många fall hör ihop med hur relationen fungerar. Viktigt för relationen har visat sig vara att tillsammans förstå sig på och ha tillräcklig kunskap om LPV (Connor et al., 2008). Detta möjliggör för paret att kommunicera, vilket eliminerar skuld och farhågor som tidigare funnits uttalade i relationen (Connor et al., 2008). En utmärkande del av resultatet är att barnmorskorna berättar om att avslutande av en relation i vissa fall resulterat i att besvären från LPV försvunnit.

Det framkommer i resultatet att flertalet barnmorskor ansåg att det finns ett behov av mer kunskap kring LPV på samhällsnivå, men även hos professioner som läkare, fysioterapeut och kuratorer. Barnmorskorna beskriver att ett multidisciplinärt omhändertagande är avgörande för vården av kvinnor med LPV och att alla professioner är viktiga. Därför blir vården också lidande i de fall kunskapen brister samt när tillgången till vård från samtliga professioner är begränsade. Det finns dessutom beskrivet att kvinnor upplever en kunskapsbrist hos den vårdpersonal de blivit bemötta av (Shallcross et al., 2018; Socialstyrelsen, 2018). Däremot belyser barnmorskorna att en faktor för att kunna utveckla sin kunskap och vidga sitt

arbetsfält är möjligheten till utbildning och resurser, vilket beskrivs som utvecklingspotentialer.

### **Barnmorskornas erfarenheter av normer om sex och dess betydelse för kvinnor**

Det framkommer att rådande normer om sex och sexualitet har betydelse för kvinnor som lever med LPV. Barnmorskornas erfarenheter är att kvinnor och mäns generella uppfattning är att penetrativt sex utgör normen och definierar vad riktigt sex är. Denna föreställning anses skapa ytterligare problem för kvinnorna med LPV samt i deras relationer med män. Erfarenheten hos barnmorskorna är att kvinnorna som resultat av denna norm ofta lever med otillräcklighetskänslor samt negativa känslor av att känna sig annorlunda. Detta kan enligt barnmorskornas erfarenheter leda till att en del kvinnor känner att de borde ställa upp på omslutande sex, trots att det innebär smärta. Liknande resultat återfinns i Shallcross et al.s (2018) studie som visar att heteronormativa patriarkala ideologier om sex har en betydande roll för hur kvinnor med LPV upplever tillståndet. Vidare beskrivs att kvinnor med LPV är begränsade till dessa föreställningar av hur riktigt sex ska vara och lämnar litet utrymme för andra former av sex som kan ge njutning. För att förstå komplexiteten av de psykologiska svårigheter tillståndet bidrar med för kvinnan måste en förståelse finnas om yttre faktorer påverkan. Dessa innefattar påverkan av patriarkala ideologier om sex, medias diktering av normer om sex samt möten med professionella som saknar kunskap och inte tar kvinnans berättelse på allvar. Alla dessa faktorer bidrar till en psykisk ohälsa med konsekvenser för kvinnan som kan bli mer framträdande än själva smärtan (Shallcross et al., 2018). Ur resultatet i föreliggande arbete framkommer att barnmorskorna verbaliserar och reflekterar kunskap om att rådande normer om sex har betydelse för kvinnans upplevelse av tillståndet. Mot bakgrund av detta kan det anses vara positivt att det finns en medvetenhet hos barnmorskorna om normernas betydelse för kvinnans upplevelse och skulle kunna ses tillföra viss lindring.

Resultatet visar att barnmorskorna har liten eller ingen erfarenhet av att vårda kvinnor med LPV som lever i samkönade relationer. Här finns anledning att fråga varför det är på detta sätt. I en studie av Sörensdotter (2012) framhålls att i den queera kontexten finns större utrymme för sexuell frihet som inte är bunden till den ofta hämmande heteronormativa sexuella praktiken med fokus på penetration. Vidare belyses att den queera kontexten är mindre styrd av normer om sexualitet och det finns större frihet att välja bort vaginalpenetrerande sex utan att det skapar problem i en relation (Sörensdotter, 2012). Ur resultatet berättar en barnmorska att erfarenheten är att kvinnorna med LPV ofta har goda sexuella relationer och finner andra vägar att ha sex på som ger njutning. Trots detta beskriver barnmorskorna att det finns en känsla av otillräcklighet hos kvinnan i att inte leva upp till normen om att ha omslutande sex. Liknande beskriver Sörensdotter (2012) att kvinnor med LPV som lever i heterosexuella relationer får på grund av smärtan omdefiniera vad sex är utifrån vad som ger deras kroppar njutning. Detta kräver att utmana och välja bort den heteronormativa vaginalpenetrerande bilden av sex. Andra kvinnor fortsätter att vara kvar i



föreställningar om att inte vara tillräckliga som kvinnor och fortsätter ha smärtsamma omslutande samlag. Normen om sexuell praktik och framförallt den heterosexuella praktiken, behöver utmanas för att byta fokus till vad som ger njutning för allas unika kroppar. Ett byte av fokus från det som borde och förväntas till det som ger njutning för den specifika individen (Sörensdotter, 2012).

Barnmorskorna beskriver även erfarenheter av att kvinnor med LPV vanligen har en bristande kroppskännedom. Vidare beskrivs att kvinnorna aldrig haft egensex eller har begränsat med egensex. Detta upplevs skapa problem för kvinnorna i relation till sin egen sexualitet och i relationer. Erfarenheten var att brist på egensex ger sämre kroppskännedom och kroppsuppfattning, vilket ses som en nödvändig insikt om sig själv. Diskussion kan tas kring att kvinnor upplevs distanserade från sina underliv, samtidigt som största fokus många gånger är på underlivet. Det upplevs finnas en viss motsägelse i att kvinnorna är nära sina underliv vad gäller att ständigt tvätta och intimraka sig, samt att vissa använder tampong dagligen mot normala flytningar och på samma gång har svårigheter att närma sig sitt kön vad gäller brist på egensex. Det verkar handla om att tillhandahålla sitt kön för någon annan, men av någon anledning inte vidrör sig själv sexuellt. Det finns även här anledning att ställa sig frågan varför det är på detta vis? I försök att svara på ställd fråga söktes efter aktuell forskning kring ämnet, dock gav detta inget resultat.

## Slutsats

Barnmorskornas erfarenheter består av att kunna se komplexiteten i LPV och hur det uttrycks hos den unika kvinnan. Det innebär att ge vård bortom den uppenbara yttre fysiska smärtan och vara öppen för att kvinnan även bär på inre smärtor som otillräcklighet och skuld. Barnmorskorna eftersträvar att stödja kvinnan i att sätta sig själv främst och fokusera på sex som ger henne njutning. De uppmuntrar kvinnan att utforska sin egen sexualitet, inte praktisera heteronormativt sex som riskerar upprätthålla och förvärra hennes smärtor. Barnmorskornas vård handlade om att hantera normer om kvinnors sexualitet grundade i patriarkala strukturer och utmana heteronormativa föreställningar och förväntningar om penetrativt sex. Vidare är det viktigt att i vården ha ett öppet förhållningssätt och lyssna in kvinnans unika berättelse. Genom förtroende och tillit skapas möjlighet för samtal där barnmorskan vägleder, bekräftar och stödjer kvinnan.

## Kliniska implikationer

Genom föreliggande arbete har möjligheter till kliniska implikationer identifierats. Dessa implikationer presenteras nedan i punktform:

- Möta kvinnor med en öppenhet
- Lyssna till kvinnors berättelse
- Bekräfta och ta kvinnors smärta på allvar
- Öppna upp för samtal kring sex och sexualitet
- Inta ett normkritiskt förhållningssätt i vårdandet
- Uppmuntra till förbättrad kroppskännetdom och främja egensex
- Involvera partner i vård och behandling förutsatt om kvinnan önskar
- Arbeta multidisciplinärt

## Förslag till fortsatt forskning

Resultatet ger en fördjupad förståelse kring barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som lever med LPV, vilket kan användas till att utveckla vård av unga kvinnor med LPV i Sverige. Ytterligare studier behövs kring barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor med LPV i annan svensk vårdkontext som exempelvis förlossningsvård. Det behövs också studier om kvinnors upplevelser av att leva med och vårdas för LPV i svensk kontext.

## Referenslista

- Alharbi, T., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L-E. (2014). Experiences of person-centred care – patients’ perceptions: Qualitative study. *BMC Nursing*, 13(28). doi: [10.1186/1472-6955-13-28](https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-28)
- Ayling K, & Ussher JM. (2008). “If sex hurts, am I still a woman?” the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 294–304. doi: [10.1007/s10508-007-9204-1](https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1)
- Bornstein, J. T., Goldstein, A. K., Stockdale, C., Bergeron, S., Pukall, C., Zolnoun, D., & Coady, D. (2016). 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstetrics & Gynecology*, 127(4), 745-751. doi: [10.1097/AOG.0000000000001359](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359)
- CODEX. (2019). *Forskarens etik*. Hämtad 2019-04-22 från <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Connor, J., Robinson, B., & Wieling, E. (2008). Vulvar Pain: A Phenomenological Study of Couples in Search of Effective Diagnosis and Treatment. *Family Process*, 47(2), 139-155.
- Dellenborg, L., Wikström, E., & Erichsen Andersson, A. (2019). Factors that may promote the learning of person-centred care: An ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden. *Advances In Health Sciences Education*, 24(2), 353-381. doi: [10.1007/s10459-018-09869-y](https://doi.org/10.1007/s10459-018-09869-y)
- Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T., & Jodoin, M. (2008). Do Psychosexual Factors Play a Role in the Etiology of Provoked Vestibulodynia? A Critical Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(3), 198-226. doi: [10.1080/00926230701866083](https://doi.org/10.1080/00926230701866083)
- Ehrström, S., Kornfeld, D., Rylander, E., & Bohm-Starke, N. (2009). Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 73-79.
- Ekman, I., Swedberg, Taft, Lindseth, Norberg, Brink, . . . Sunnerhagen. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: [10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008)

- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. (2010). *FSUM historia, ungdomsmottagningarnas eldsjälar*. Hämtad 2019-04-15 från <http://fsum.nu/wp-content/uploads/2018/03/fsumhistoria.pdf>
- Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. (2015). *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*. Hämtad 2019-04-04 från <http://www.fsum.nu/wp-content/uploads/2018/03/riktlinjer1.pdf>
- Goldstein, A.T., Pukall, C.F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and Treatment. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 572-590. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.020
- Groven, K. S., Råheim, M., Håkonsen, E., & Haugstad, G. K. (2016). “Will I ever be a true woman?” An exploration of the experiences of women with vestibulodynia. *Health Care for Women International*, 37(8), 818–835. doi:10.1080/07399332.2015.1103739
- Guttmacher-Lancet-kommissionen. (2018). *Accelerate progress- Sexual and Reproductive Health and Rights for All*. Hämtad 2019-04-04 från [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/page\\_files/accelerate-progress-executive-summary.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/page_files/accelerate-progress-executive-summary.pdf)
- Hermansson, & Mårtensson. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816.
- Hintz, E. (2019). Disrupting Sexual Norms: An Application of the Critical Interpersonal and Family Communication (CIFC) Framework in the Context of Vulvodynia. *Journal of Family Communication*, 19(2), 110-125. doi: 10.1080/15267431.2019.1580196
- International Confederation of Midwife, ICM. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 2019-04-05 från <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 24(1), 113-20.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningssätt. I H. Lindgren, K. Christensson, & A-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde* (s. 16-40). Lund: Studentlitteratur.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: A qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 620-634. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x
- Nguyen, R., Turner, R., Rydell, S., MacLehose, R., & Harlow, B. (2013). Perceived Stereotyping and Seeking Care for Chronic Vulvar Pain. *Pain Medicine*, 14(10), 1461-1467.
- Nyström, M., & Dahlberg, K. (2001). Pre-understanding and openness - a relationship without hope? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 339-46.
- Polit, D., & C., Beck. (2014). *Essentials of nursing research. (8th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*  
Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Shallcross, R., Dickson, J., Nunns, D., Taylor, K., & Kiemle, G. (2019). Women's Experiences of Vulvodynia: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Journey Toward Diagnosis. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 961-974. doi:10.1007/s10508-018-1246-z
- Shallcross, R., Dickson, J., Nunns, D., Mackenzie, D., & Kiemle, C. (2018). Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodynia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Archives of Sexual Behavior*, 47(3), 577-595. <https://doi-org.ub.gu.se/10.1007/s10508-017-1026-1>
- Smith, K., & Pukall, C. (2011). A Systematic Review of Relationship Adjustment and Sexual Satisfaction among Women with Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sex Research*, 48(2-3), 166-191. doi: 10.1080/00224499.2011.555016
- Smith, K., Pukall, C., & Chamberlain, S. (2013). Sexual and Relationship Satisfaction and Vestibular Pain Sensitivity among Women with Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 2009-2023. doi: 10.1111/jsm.12213

- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2019-04-19 [https://www.swenurse.se/proxy/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/proxy/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)
- Svenska barnmorskeförbundet. (2018) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2019-04-04 från <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>
- Svenska förening för gynekologi och obstetrik. (2013). *Vulvovaginala sjukdomar*. Hämtad 2019-04-04 från [https://www.sfog.se/natupplaga/ARG\\_nr%2071\\_webae1437d4-8cc5-4457-9eac-f5c6550a614b.pdf](https://www.sfog.se/natupplaga/ARG_nr%2071_webae1437d4-8cc5-4457-9eac-f5c6550a614b.pdf)
- Socialstyrelsen. (2018). *Kartläggning av vestibulit- Förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd*. Hämtad 2019-03-25 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20986/2018-6-16.pdf>
- Sörensdotter, R. (2012). Heteronormativ sexuell dramaturgi med queera sprickor- Hur kvinnor med vulvasmärtor hanterar sexuell praktik. *Tidskrift för genusvetenskap*, 4(1), 7-29.
- Reblin, M. N., & Uchino, B. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201-205.
- Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter, RFSL. (2015). *Begreppslista*. Hämtad 2019-04-10 från <https://www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/begreppsordlista/>
- Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter, RFSL. (2017). *Sexuell hälsa och rättigheter i Sverige*. Hämtad 2019-04-03 från [https://www.rfsl.se/wp-content/uploads/2016/03/Sexuell\\_h%C3%A4lsa\\_A5-FINAL-web.pdf](https://www.rfsl.se/wp-content/uploads/2016/03/Sexuell_h%C3%A4lsa_A5-FINAL-web.pdf)
- Thomté, J. (2014). Living with genital pain: Sexual function, satisfaction, and help-seeking among women living in Sweden. *Scandinavian Journal of Pain*, 5(1), 19-25. doi: 10.1016/j.sjpain.2013.11.001

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2019-04-22 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

World Medical Association, WMA. (2018). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2019-04-22 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

# Bilagor

Bilaga 1 – Information och samtyckesformulär till vårdenhetschefer



## GÖTEBORGS UNIVERSITET

### **Till berörda vårdenhetschefer och verksamhetschefer på Ungdomsmottagning**

#### **Förfrågan om intervjuer med patienter**

Vi är två barnmorskestudenter som genomför vår magisteruppsats på barnmorskeprogrammet Göteborgs Universitet i reproduktiv och perinatal hälsa. Vi skriver till Er med anledning av att vi avser att studera barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning som lever med lokaliserad provocerad vulvodyni (LPV). Vi ämnar genomföra intervjuer med barnmorskor verksamma på ungdomsmottagning under vecka 15, 16 och 17. Med detta brev önskar vi få tillåtelse att genomföra studien hos Er och få möjlighet att intervjua barnmorskor på Er verksamhet.

#### **Studiens bakgrund och syfte**

Lokaliserad provocerad vulvodyni (LPV) och i dagligt tal kallat vestibulit är ett underrapporterat tillstånd med troligtvis stort mörkertal enligt Socialstyrelsens senaste rapport från 2018. Rådande evidens beskriver att LPV har en mycket negativ inverkan på kvinnans mående, livskvalitet och samliv. Även befintliga normer om sexualitet inverkar negativt på



kvinnor som lever med LPV. Syftet för vår magisteruppsats är därmed att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning som lever med LPV.

## **Studiens genomförande**

Studiens tillvägagångssätt består av att intervjua barnmorskor verksamma på ungdomsmottagning efter inhämtat informerat samtycke. Intervjuerna beräknas ta cirka 30–60 min. Samtalet mellan intervjuare och forskningsperson kommer att bestå av frågor som berör barnmorskans erfarenheter av att vårda kvinnor som lever med LPV. Intervjuerna kommer inte att påverka den övriga vården. Den information som framkommer under intervjun kommer endast att användas i studiesyfte. Endast forskningspersonal som genomför studien samt ansvarig handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. Samtlig hantering av personuppgifter regleras utifrån Dataskyddsförordningen (SFS 2018:218). För att säkerställa att enskilda individer inte kan identifieras i det resultat som presenteras i studien så kommer identifikationsuppgifter att ersättas med fingerat namn. Deltagande i studien är helt frivilligt och barnmorskan kan när som helst välja att avbryta sin medverkan. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå. Resultatet av studien kan tas del av genom kontakt med nedan angivna personer och kommer slutligen redovisas i en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

## **Ansvariga för studien**

Josefine Holm  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: X

[gusholjoy@student.gu.se](mailto:gusholjoy@student.gu.se)

Klara Nilsson  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: X

[gusnilsskl@student.gu.se](mailto:gusnilsskl@student.gu.se)

Åsa Premberg  
Handledare  
Tel: X

[asa.premberg@gu.se](mailto:asa.premberg@gu.se)



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## Samtycke till utförande av studie på berörd enhet/verksamhet

Härmed ger jag mitt samtycke till att studien genomförs enligt beskrivning ovan.

Enhet/Verksamhet:

---

Datum: \_\_\_\_\_

Namnunderskrift:

---

Namnförtydligande:

---

### Ansvariga för studien

Josefine Holm  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: X  
[gusholjoy@student.gu.se](mailto:gusholjoy@student.gu.se)

Klara Nilsson  
Leg. Sjuksköterska  
Tel: X  
[gusnilsskl@student.gu.se](mailto:gusnilsskl@student.gu.se)

Åsa Premberg  
Handledare  
Tel: X  
[asa.premberg@gu.se](mailto:asa.premberg@gu.se)

## Bilaga 2 – Forskningspersonsinformation

### **Information till forskningspersonerna**

Vi vill fråga dig om Du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får Du information om projektet och om vad det innebär att delta.

#### **Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?**

Lokaliserad provocerad vulvodyni (LPV) och i dagligt tal kallat vestibulit är ett underrapporterat tillstånd med troligtvis stort mörkertal enligt Socialstyrelsens senaste rapport från 2018. Rådande evidens beskriver att LPV har en mycket negativ inverkan på kvinnans mående, livskvalitet och samliv. Även befintliga normer om sexualitet inverkar negativt på kvinnor som lever med LPV. Syftet för vår magisteruppsats är därmed att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor på ungdomsmottagning som lever med LPV. Du som är verksam inom ungdomsmottagning och har erfarenhet av att möta denna patientgrupp önskar vi få intervjua för att erhålla en djupare kunskap om dina erfarenheter.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet.

#### **Hur går studien till?**

Ett deltagande i vår studie innebär att Du medverkar i en intervju som pågår i högst en timma. Du får själv bestämma vart vi skall ses för intervjun exempelvis på universitetet eller på den mottagning Du är verksam vid. Intervjun kommer att ljudinspelas för att sedan transkriberas och allt material kommer avidentifieras. Du har alltid valmöjligheten att avbryta ditt deltagande under tidens gång om du så önskar.

#### **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

Att delta i studien kan bidra till inverkan på Din egna tid från arbetet. Ersättning kommer inte att delas ut.

#### **Vad händer med mina uppgifter?**

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Materialet kommer att avidentifieras och kodas samt sparas temporärt på skyddad server. När examensarbetet är godkänt och färdigställt kommer samtligt material att kasseras. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs Universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta ansvarig forskare och handledare. Vid frågor till dataskyddsombud kontakta Kristina Ullgren

([kristina.ullgren@gu.se](mailto:kristina.ullgren@gu.se)). Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

### **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Om Du önskar få ta del av transkribering av intervjun eller det färdiga resultatet när uppsatsen är examinerad är du välkommen att framföra detta önskemål och utlovas få detta skickat till dig.

### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och Du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om Du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför.

Om Du vill avbryta ditt deltagande ska Du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

### **Ansvariga för studien**

*Projektledare ansvarig för studien är:*

Klara Nilsson

Telefonnummer: X

Mejladress: [gusnilsskl@student.gu.se](mailto:gusnilsskl@student.gu.se)

Josefine Holm

Telefonnummer: X

Mejladress: [gusholjoy@student.gu.se](mailto:gusholjoy@student.gu.se)

*Ansvarig forskare och handledare för studien är:*

Åsa Premberg

Telefonnummer: X

Mejladress: [asa.premberg@gu.se](mailto:asa.premberg@gu.se)

## Bilaga 3 – Samtyckesformulär

### Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien *Barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor som lever med lokaliserad provocerad vulvodyni*
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift

## Bilaga 4 – Intervjuguide

### **Att ta med:**

- Två diktafoner + batterier
- Underskrift av samtyckesformulär
- Underskrift från vårdenhetschef

### **Planering:**

- Fråga om intervjuperson är bekväm med att båda är närvarande under intervjun
- Fråga om informanten vill ha ytterligare information om studien innan vi börjar intervjun.
- Fråga om ålder, antal år som verksam barnmorska och antal år verksam på ungdomsmottagning.
- Redogör för vad vi menar med ordet kvinna.

### **Intervjufrågor:**

- Kan du berätta för mig/oss om dina erfarenheter av att **vårda** kvinnor med lokaliserad provocerad vulvodyni?

### **Uppföljningsfrågor:**

- Kan du utveckla det mer?
- Kan du ge ett exempel eller berätta om ett fall?
- På vilket sätt?
- Vad kände du då?