



Vulvodyni och genital smärta bland flickor och kvinnor i Stockholms län

Förekomst av diagnostiserad vulvodyni och självrapporterad genital smärta samt analys av geografisk och socioekonomisk variation




Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Sieurin J, Kosidou K. Vulvodyni och genital smärta bland flickor och kvinnor i Stockholms län. Förekomst av diagnostiserad vulvodyni och självrapporterad genital smärta samt analys av geografisk och socioekonomisk variation. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023. Rapport 2023:8.

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 45436, 104 31 Stockholm



ces.slso@regionstockholm.se



Rapport 2023:8



ISBN 978-91-988021-2-2



Författare: Johanna Sieurin, Kyriaki Kosidou

Språkgranskning: Mika Gårdinger, Ulrika Berg Roos

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Przemek Klos/Mostphotos

Stockholm november 2023

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

I den här rapporten visar vi att självrapporterad genital smärta i samband med sex är vanligt bland flickor och kvinnor i Stockholms län. Eftersom det tidigare har gjorts få befolkningsundersökningar på området, tillför resultaten ny och viktig information om hur utbredd problemet är och vilka behov som kan finnas inom Stockholms län.

Provocerad vulvodyni, tidigare kallat vestibulit, är en av de vanligaste orsakerna till kronisk smärta i vulva. I rapporten har vi även kartlagt förekomsten av diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta. Vi visar att tillstånden fortfarande är kraftigt underdiagnostiserade i Stockholms län. Resultaten tyder även på att möjligheten till diagnos och tillgång till specialiserad vård vid provocerad vulvodyni är ojämlig.

Tidig diagnos och behandling kan förhindra negativ inverkan på livskvalitet och psykisk hälsa, förbättra prognosen och därigenom leda till minskad vårdkonsumtion. Det är därför viktigt att flickor och kvinnor får möjlighet till tidig diagnos och behandling vid behov.

Målgrupp för rapporten är tjänstemän och profession inom primärvård, ungdomsmottagningar, mottagningar för sexuell hälsa och barnmorskemottagningar. Förhoppningen är att resultaten i rapporten kan utgöra ett underlag vid planering och prioritering av vårdinsatser för en god, tillgänglig och jämlik vård vid vulvodyni och genital smärta.



Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Bakgrund	7
Begrepp och definitioner	7
Genital smärta och samlagssmärta (dyspareuni)	7
Vulvodyni	7
Vaginism.....	8
Förekomst.....	8
Behandling.....	8
Konsekvenser för hälsa och livskvalitet	9
Syfte.....	10
Metod	11
Självrapporterad genital smärta.....	11
Definition av självrapporterad genital smärta i samband med sex	11
Population	11
Diagnostiserad provocerad vulvodyni och relaterade diagnoser	11
Definition av diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser	11
Begränsningar i dataunderlaget.....	12
Resultat	14
Självrapporterade besvär av genital smärta i samband med sex	14
Socioekonomi och självrapporterad genital smärta	15
Diagnostiserad provocerad vulvodyni och relaterade diagnoser	16
Antal vårdbesök per år.....	16
Ettårsvårdprevalens över tid.....	16
Geografiska skillnader inom Stockholms län.....	17
Socioekonomi och samband med diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta	20
Vårdgivare vid vårdbesök där diagnosen provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta registreras	21
Vårdgivarnivå för flickor och kvinnor med diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser	22
Vårdgivarnivå för flickor och kvinnor med diagnosen provocerad vulvodyni utifrån socioekonomi.....	23
Diskussion	26
Genital smärta är vanligt men syns inte i statistiken.....	26
Ökning av andel som får en diagnos	26
Indikationer på ojämlik vård vid provocerad vulvodyni	26

Värdet av tidig diagnos och behandling	27
Slutsatser och förslag på insatser	27
Ökad jämlikhet i tillgång till vård för vulvodyni	28
Kunskaphöjande insatser till hälso- och sjukvården	28
Ökad kunskap i samhället	29
Referenser	30
Bilagor	33
Bilaga 1. Ålder vid förstavårdskontakt för provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta	33
Bilaga 2. Frekvenser av svarsalternativ för frågor om genital smärta i samband med sex	34
Bilaga 3 Relativ risk för självrapporterad ytlig respektive djup genital smärta utifrån socioekonomiska bakgrundsfaktorer	36
Bilaga 4. Antal flickor och kvinnor som fått en diagnos för vulvodyni, vaginism eller dyspareuni uppdelat på ålder.....	37

Sammanfattning

En hög andel flickor och kvinnor i Stockholms län anger att de besväras av genital smärta i samband med sex. Problemet förekommer i alla åldrar, men är vanligast bland unga kvinnor i tidiga 20-årsåldern, där en av tio har måttliga till svåra besvär. En vanlig orsak till kronisk genital smärta bland flickor och kvinnor i reproduktiv ålder är diagnosen *provocerad vulvodyni*, tidigare kallad *vestibulit*. Sjukdomen karaktäriseras av en intensiv smärta i vulva som uppstår vid endast lätt beröring eller tryck.

Andelen som diagnostiseras med provocerad vulvodyni har ökat sedan år 2012, men tillståndet tycks vara kraftigt underdiagnostiserat. År 2021 fick endast 1,5 av 1 000 flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år diagnosen provocerad vulvodyni, medan förekomsten av vulvodyni har uppskattats till runt 7 procent i internationella studier. Även om man inkluderar fler diagnoser relaterade till genital smärta, såsom dyspareuni (samlagssmärta) och vaginism (slidkramp), är andelen som diagnostiseras låg i förhållande till uppskattad förekomst av besvär.

Förekomsten av diagnostiserad provocerad vulvodyni är ojämnt fördelad mellan länets kommuner och stadsdelar och mellan olika socioekonomiska grupper. Exempelvis har kvinnor med eftergymnasial utbildning nästan fyra gånger högre sannolikhet att få diagnosen provocerad vulvodyni, jämfört med de med förgymnasial utbildning. Detta verkar inte kunna förklaras av skillnader i förekomst av besvär eftersom förekomsten av självrapporterade besvär av yttlig genital smärta i samband med sex inte var beroende av utbildningslängd. Bland dem som har fått diagnosen provocerad vulvodyni är det vanligare att de med eftergymnasial utbildning får mer specialiserad vård (vård på sjukhusbaserade vulvamottagningar). För symtomdiagnosen dyspareuni, som är en mindre specifik men mer frekvent diagnos, ses inga tydliga skillnader mellan socioekonomiska grupper. Resultaten indikerar att socioekonomiska faktorer som utbildningslängd påverkar diagnostisering och remittering, det vill säga att vården för genital smärta och vulvodyni är ojämlig.

Rapporten visar att majoriteten av de registrerade vårdkontaktarna för provocerad vulvodyni sker på akutsjukhus med vulvamottagning. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni rekommenderas att diagnostisering och inledande basbehandling kan ske inom primärvården. Detta för att fler flickor och kvinnor ska kunna få en korrekt diagnos och behandling tidigt i sjukdomsförloppet. Socialstyrelsen föreslår därför att fler verksamheter inom öppen- och primärvård ska kunna diagnostisera och behandla vulvodyni, vilket i sin tur kan leda till minskad belastning på vulvamottagningarna.

Experter inom området menar att tidig diagnos och behandling kan minska risken för att utveckla ytterligare och svårare symtom. Det ökar också chanserna till förbättring och kan därmed minska behovet av specialiserad vård, samt minska risken för de negativa effekter sjukdomen ofta har på livskvalitet, relationer, fertilitet och psykisk hälsa. Utbildningsinsatser riktade till hälso- och sjukvårdspersonal, framför allt inom primär- och öppenvård, kan bidra till att diagnostisering och vård blir mer tillgänglig och jämlik, förutsatt att det även avsätts resurser och finns strukturella förutsättningar att ta emot fler patienter. Ökad kunskap om vulvodyni och genital smärta i samhället kan bidra till att minska stigma och öka medvetenheten om att kronisk genital smärta inte är ett normalt tillstånd, utan ett medicinskt problem som kan behandlas. Detta kan underlätta för flickor och kvinnor som lider av genital smärta att söka vård.

Bakgrund

Begrepp och definitioner

Genital smärta och samlagssmärta (dyspareuni)

Genital smärta är ett vanligt symtom bland flickor och kvinnor som kan ha många orsaker. Det är vanligt att genital smärta uppstår och medför svårigheter i samband med penetrerande samlag. Vid smärta vid samlag används diagnosen *dyspareuni*, som i vardagligt tal brukar benämnas samlagssmärta. Dyspareuni är en symtomdiagnos som företrädesvis ska användas tillsammans med en huvuddiagnos som anger orsaken till smärtan eller i väntan på utredning (1-3). Även om dyspareuni i ICD-10 innebär "smärtor vid samlag" förekommer det att diagnosen används för personer som inte har samlag men som upplever genital smärta i andra situationer. Att klassificera smärta utifrån svårigheter att genomföra en specifik sexuell aktivitet kan leda till minskad förståelse av problemet, eftersom studier visar att många kvinnor upplever besvär även i andra sammanhang. Det kan även leda till ett osynliggörande av flickor och kvinnor med genital smärta som inte är sexuellt aktiva eller har en annan sexuell praktik, och därför kan begreppen samlagssmärta och dyspareuni vara problematiska. Begrepp som genital smärta eller vulvasmärta, som inte är knutna till en specifik sexuell praktik, är i många fall att föredra (4, 5).

Smärta vid vaginal penetrering kan kännas djupt in i slidan eller i nedre delen av magen. Den kan också kännas ytligt i vulvan (1, 2). Smärtan kan bero på en bakomliggande sjukdom eller skada eller på sexuell dysfunktion såsom nedsatt sexuell lust eller sexuell gensvar. Orsakerna till djup respektive ytlig samlagssmärta skiljer sig ofta åt. Djup samlagssmärta är associerat med både gynekologiska och icke-gynekologiska sjukdomar och tillstånd (t.ex. endometriosis, framfall, myom, skador efter kirurgi eller strålning, inflammatorisk tarmsjukdom, muskuloskeletala problem i bäckenområdet eller återkommande urinvägsinfektioner (6)). Även ytlig genital smärta är heterogen och brukar delas in i två huvudgrupper beroende på vad som orsakar den: *Vulvasmärta* som uppstår på grund av en specifik orsak, till exempel infektion, inflammation, trauma eller hormonell brist, och *vulvodyni* som saknar uppenbar påvisbar orsak och som varat i minst tre månader.

Vulvodyni

Vulvodyni är den vanligaste anledningen till kronisk vulvasmärta bland flickor och kvinnor i reproduktiv ålder. De bakomliggande orsakerna är inte helt klarlagda, men troligtvis orsakas vulvodyni av flera biomedicinska och psykosociala faktorer som samspelar med varandra. Vulvodyni definieras utifrån olika karakteristika (7), varav *provocerad vulvodyni* är den vanligaste typen (2, 3, 8, 9).

Provocerad vulvodyni karaktäriseras av en intensivt brännande, svidande eller skärande smärta i slemhinnan, vanligtvis lokaliserad till slidöppningen. Smärtan uppstår redan vid lätt beröring eller tryck. Detta medför svårigheter vid vaginal penetrering i samband med sex, tamponganvändning eller vid gynekologiska undersökningar. Smärtan kan även innebära problem vid vardagliga aktiviteter som att cykla, rida eller bära tajta byxor (2, 9).

Tidigare kallades sjukdomen *vestibulit* eftersom den ansågs bero på inflammatoriska processer i slemhinnan (suffixet "-it" indikerar i medicinska termer inflammation). I dag klassas vulvodyni främst som ett smärttillstånd och begreppet vestibulit anses vara missvisande (2, 9, 10). Vulvodyni är en uteslutningsdiagnos som bygger på noggrann

redogörelse av sjukdomshistoria och (försiktig) gynekologisk undersökning för att utesluta andra orsaker till smärtan.

Det finns även andra former av vulvodyni. *Generaliserad spontan vulvodyni* är relativt ovanligt och drabbar främst äldre, postmenopausala kvinnor – även om yngre kvinnor också kan drabbas. Smärtan framkallas inte av beröring, är ofta diffus och kontinuerlig och beskrivs ofta som brinnande (2, 8).

Vaginism

Vaginism kännetecknas av krampliknande reflexer vid försök till penetration. Kontraktionen kan vara återkommande eller ihållande och medföra obehag och smärta, och den kan också helt omöjliggöra vaginal penetration. Symtomen vid vaginism kan likna dem vid provocerad vulvodyni och tillstånden kan vara svåra att särskilja och diagnostisera. Det är även vanligt att tillstånden förekommer tillsammans och påverkar varandra (2).

Att uppleva smärta vid samlag under en lång period utan adekvat behandling kan leda till att man utvecklar vaginism, vilket kan förvärra smärtan och leda till ett mer svårbehandlat tillstånd (2).

Förekomst

Genital smärta är vanligt i den kvinnliga befolkningen (1). I Folkhälsomyndighetens befolkningsbaserade enkätstudie från 2017 (SRHR2017) angav 11 procent av kvinnorna (16–84 år) att de hade upplevt smärta i samband med sex. Bland kvinnor 16–29 år var andelen 19 procent (11). I en tidigare svensk studie, baserad på data insamlad i samband med screeningen för livmoderhalscancer, uppgav 9,3 procent av kvinnorna (20–60 år) att de led av långvarig (sex månader eller mer) och svår samlagssmärta. Bland kvinnor 20–29 år var andelen 13 procent (12). Studier från andra länder i Europa och USA har uppskattat förekomsten av vulvodyni till runt 7 procent (13-17) och livstidsförekomsten till 13–18 procent (13-16, 18).

På grund av begränsat studieunderlag och att sättet att definiera vulvodyni skiljer sig åt både över tid och mellan studier, är det svårt att veta om förekomsten av vulvodyni har förändrats över tid. Socialstyrelsens nationella kartläggning av vulvodyni visade att det har skett en ökning av diagnostiserad vulvodyni under 2000-talet, men att tillståndet fortfarande var kraftigt underdiagnostiserat år 2016 i förhållande till uppskattad förekomst. Vidare visade man på stora regionala skillnader i tillgång till vård för vulvodyni (1). Troligtvis beror större delen av ökningen i andel diagnostiserade på en ökad medvetenhet om tillstånden inom vården och samhället i stort, vilket leder till att fler söker vård och att vården har blivit mer benägen att ställa diagnos.

Behandling

Vid genital smärta beror val av behandling på vilken diagnosen är. När det finns en identifierad bakomliggande orsak kan det vara tillräckligt att behandla tillståndet som ger upphov till smärtan (2). Vulvodyni, som är en komplex och heterogen sjukdom, är ofta mer svårbehandlat och konsensus kring behandling har länge saknats.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade år 2021 en systematisk översikt och utvärdering av behandling för provocerad vulvodyni i vilken det konstaterades att forskningsläget är eftersatt. Utvärderingen visade på ett visst stöd för positiva effekter av kombinerade fysioterapeutiska åtgärder (manuell behandling, patientutbildning, bäckenbottenträning och hemövningar). Ett flertal olika psykologiska-, kirurgiska- och läkemedelsbehandlingar identifierades, men på grund av

bristande studieunderlag (få och ofta små studier) var det inte möjligt att dra vetenskapligt tillförlitliga slutsatser om dess effekter (3). Otillräcklig evidens innebär dock inte att det saknas behandlingar som kan lindra eller bota vulvodyni. Det finns insatser med stöd i beprövad erfarenhet och en tidigare svensk studie visade att runt 80 procent av patienterna som fått multidisciplinär behandling på en vulvamottagning förbättrades helt eller delvis (3, 19, 20). Dessa patienter hade dessutom troligen svårare former av vulvodyni, eftersom de hade remitterats till en vulvamottagning.

Socialstyrelsen tog nyligen fram nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni som innehåller rekommenderade insatser med olika prioritet och ett förslag på en behandlingstrappa i tre steg (19). I riktlinjerna betonas särskilt vikten av att tidigt diagnostisera och påbörja basbehandling, exempelvis behandling av den smärtsamma slemhinnan, bäckenbottenövningar med fokus på avslappning och psykosexuellt samtalsstöd (19). Vidare påpekas vikten av tidig uppföljning, eftersom behandlingseffekterna varierar individuellt. Man kan behöva testa olika, eller kombinationer av, behandlingar och vissa patienter kan ha behov av fortsättningsbehandling eller specialiserad behandling (19).

Konsekvenser för hälsa och livskvalitet

Vulvodyni och annan genital smärta påverkar ofta livskvalitet och psykisk hälsa negativt, i form av ökad oro, ångest, depression, minskat självförtroende, ändrad självbild och känslor av skuld och skam. Ofta beskrivs det psykosociala lidandet som ett större problem än smärtan i sig (21). Tillstånden kan få stora konsekvenser för den sexuella hälsan, vilket kan påverka sexualliv, parrelationer och reproduktion negativt. Vissa drabbade kan helt undvika att ingå i parrelationer eller söka sexuella kontakter (22). Det finns även indikationer på att provocerad vulvodyni påverkar fertilitet och förlossning negativt (1, 22-24). Vid svåra besvär av vulvodyni kan även vardagliga aktiviteter hindras, såsom att cykla, rida, bära tajta kläder eller använda tampong.

Syfte

I Sverige är provocerad vulvodyni underdiagnostiserat och det finns stora skillnader mellan regioner i vårdkonsumtion och tillgång till vård för vulvodyni (1). Hur förekomsten av diagnostiserad vulvodyni och andra relaterade diagnoser har utvecklats över tid i Stockholms län har inte undersökts, inte heller om det finns geografiska skillnader i vårdkonsumtion inom länet. Vidare saknas studier som undersöker sambandet mellan socioekonomiska bakgrundsfaktorer och diagnostisering och vård för dessa sjukdomar. För att få en uppfattning om vilka behov som kan behöva tillgodoses i Region Stockholm är det viktigt att kartlägga både förekomst av självrapporterade besvär av genital smärta och vårdkonsumtion för diagnoser relaterade till genital smärta.

Syftet med rapporten är

- att kartlägga förekomsten av självrapporterade besvär av genital smärta i samband med sex bland flickor och kvinnor i Stockholms län
- att undersöka hur förekomst av diagnostisering av provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser, såsom dyspareuni och vaginism, har utvecklats över tid: totalt antal vårdbesök per år och ettårs-vårdprevalens.
- att göra en geografisk och socioekonomisk kartläggning av förekomsten av diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser bland flickor och kvinnor i Stockholms län samt kartlägga var inom vården diagnosticering sker
- att analysera sambanden mellan socioekonomiska faktorer (utbildning, inkomst och födelse-land) och sannolikheten att ha självrapporterade besvär av genital smärta i samband med sex respektive att diagnostiseras med provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser.

Metod

Självrapporterad genital smärta

Uppgifter om självrapporterad genital smärta i samband med sex har hämtats från Region Stockholms folkhälsoenkät, Hälsa Stockholm 2021. Det är en undersökning som Region Stockholm genomför vart fjärde år för att kartlägga befolkningens hälsa och levnadsförhållanden. Undersökningen bygger på ett stratifierat slumpmässigt urval av invånarna i Stockholms län som är 16 år eller äldre. Urvalet var stratifierat på bostadskommun eller stadsdel. Det betyder att befolkningen först delades in i grupper (s.k. strata) beroende på var i länet de bodde, och därefter drogs slumpmässiga urval från varje strata. Urvalet bestod av cirka 50 000 personer med en svarsfrekvens på 48 procent.

Definition av självrapporterad genital smärta i samband med sex

Den senaste enkäten, som skickades ut under hösten 2021, innehöll två frågor om genital smärta som endast riktade sig till respondenter med kvinnligt könsorgan. Den första frågan var om personen besvarades av ”fysisk smärta i slidöppningen eller andra delar av yttre könsorganen i samband med sex” och den andra var om personen besvarades av ”fysisk smärta djupt in i slidan eller i magen i samband med sex”. Båda frågorna hade samma fyra svarsalternativ: *Inga besvär*, *Lätta besvär*, *Måttliga till svåra besvär* och *Inte relevant*. I rapporten kommer vi att referera till dessa besvär som ”ytlig” respektive ”djup” genital smärta. Om inte annat anges används endast svarsalternativet ”måttliga till svåra besvär” som definition på självrapporterade besvär av genital smärta i samband med sex. Data har länkats till sociodemografiska data från Statistiska centralbyrån (SCB).

Population

Populationen består av svarande i Hälsa Stockholm 2021 med kvinnligt juridiskt kön. Förekomst av självrapporterade besvär presenteras för alla flickor och kvinnor äldre än 16 år, medan analyser av geografisk och socioekonomisk variation av självrapporterad genital smärta presenteras för flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år.

Diagnostiserad provocerad vulvodyni och relaterade diagnoser

Information om diagnostiserad provocerad vulvodyni och relaterade diagnoser hämtades ur VAL-databaserna. VAL-databaserna är Region Stockholms administrativa vårddataregister med information om diagnoser från all regionsfinansierad slutenvård och öppenvård (inkl. primärvård) samt från vårdgivare med avtal. Informationen i VAL-databaserna är avidentifierad och enskilda personer kan inte urskiljas. VAL-data har länkats till sociodemografiska data från Statistiska centralbyrån (SCB).

Definition av diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser

I avsnitten om diagnostiserad genital smärta och vårdkonsumtion fokuserar vi på diagnosen provocerad vulvodyni, som är den vanligaste typen av vulvodyni, men vi inkluderar även andra diagnoser relaterade till genital smärta (1, 25). I rapporten ingår inte sjukdomar och tillstånd som ofta är associerade med eller kan ge upphov till genital smärta, men där smärtan inte utgör ett huvudsymtom.

I rapporten definieras diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser utifrån ICD-10-koder enligt följande:

- Provocerad vulvodyni (N76.3 ”Subakut och kronisk vulvit”)
- Vaginism (N94.2, F52.5)¹
- Dyspareuni (N94.1, F52.6)¹
- Vi har även inkluderat koderna N90.8 ”Andra specificerade icke-inflammatoriska sjukdomar i vulva och perineum” och N94.8 ”Andra specificerade tillstånd som har samband med de kvinnliga könsorganen och menstruationscykeln” för att de i praktiken ibland har använts vid vulvodyni (1). Generaliserad spontan vulvodyni har tidigare saknat en egen ICD-10-kod, men i den senaste upplagan av SFOG:s diagnoshandbok från 2020 rekommenderas koden N94.8 för detta tillstånd (26).

Population

Provocerad vulvodyni är vanligast bland flickor och kvinnor i reproduktiv ålder, och åldersfördelningen i diagnostiserad förekomst av övriga diagnoser som är inkluderade i rapporten ser liknande ut (se bilaga 1). Därför har vi i begränsat merparten av våra analyser till flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år.

Vi har först kartlagt hur vårdkonsumtionen bland flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år bosatta i Stockholms län har förändrats över tid under tioårsperioden 2012–2021 för varje diagnos för sig. I avsnittet ”Antal vårdbesök per år” undersökte vi hur många vårdbesök som har gjorts årligen där en aktuell diagnos har registrerats. I avsnittet ”Ettårsvårdprevalens över tid” beräknade vi andel flickor och kvinnor som någon gång under det aktuella året hade ett vårdbesök där aktuell diagnos registrerats.

Ettårsvårdprevalens kan användas som ett mått på vårdkonsumtion och kan inte betraktas som en reflektion av den faktiska förekomsten av de sjukdomar och tillstånd som studeras.

Vi har även kartlagt hur vårdkonsumtionen för flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år bosatta i Stockholms län såg ut under år 2021: hur vårdkonsumtionen fördelade sig mellan geografiska områden och sociodemografiska grupper i samhället, samt var inom vården besök med de inkluderade diagnoserna registrerades. I denna analys presenteras resultaten uppdelat i tre olika diagnosgrupper. Den första gruppen inkluderar endast personer med en registrerad diagnos för provocerad vulvodyni (N76.3). Den andra gruppen inkluderar även vaginism (N94.2, F52.5) och dyspareuni (N94.1, F52.6) och den tredje gruppen inkluderar även diagnoskoderna N90.8 och N94.8. I den tredje gruppen får vi med fler personer som kan ha vulvodyni eller annan typ av genital smärta, men man bör notera att vi då även kan inkludera andra tillstånd.

Begränsningar i dataunderlaget

Det finns ett förväntat mörkertal i statistiken på grund av att diagnoser inte registreras vid alla vårdbesök. Vissa professioner som ofta tar emot patienter med vulvodyni och andra former av genital smärta, exempelvis barnmorskor, kuratorer och fysioterapeuter, måste inte registrera diagnos vid alla besök. Därför underskattas den totala vårdkonsumtionen för behandling av vulvodyni och genital smärta. Dock rekommenderas att personer med långvarig smärta och misstänkt vulvodyni ska få träffa läkare för diagnostisering och för att utesluta andra eventuella diagnoser som kan ge upphov till smärtan. Vidare blev det inte obligatoriskt att registrera diagnoskoder vid läkarbesök på ungdomsmottagningar förrän år 2021. Ungdomsmottagningar är en central aktör för vård relaterad till sexuell och reproduktiv hälsa bland unga, och därför

¹ Koderna N94.1 och N94.2 rekommenderas att användas vid dyspareuni respektive vaginism enligt SFOG:s diagnoshandbok. Däremot rekommenderas inte längre användandet av F-koderna ”icke organisk vaginism” och ”icke organisk dyspareuni”. Dessa har ändå inkluderats, eftersom de förekommer vid diagnosställning, om än i liten utsträckning.

finns det ett stort bortfall av diagnoser bland flickor och kvinnor yngre än 23 år före år 2021.

Nuvarande terminologi och klassificering av vulvodyni återspeglas inte helt i ICD-10, vilket skapar en otydlighet. Det kan leda till att diagnoser registreras felaktigt och till att samstämmigheten kring användandet av ICD-koder brister vid vulvodyni och relaterade tillstånd. Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) ger ut en diagnoshandbok för kvinnosjukvården med definitioner och anvisningar för att underlätta kodval. Under rapportens uppföljningsperiod har det skett vissa uppdateringar kring anvisningarna av ICD-10 vid vulvodyni (26). Rutiner kan därför skilja över tid, men även mellan vårdgivare, vilket gör det svårare att studera den faktiska förekomsten och dess utveckling över tid.

Statistiska analyser

Data har analyserats och presenteras på gruppnivå i form av beskrivande statistik. Vi har undersökt hur vårdkonsumtionen vid provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser samt förekomsten av självrapporterade besvär av genital smärta i samband med sex är fördelad mellan åldersgrupper, folkbokföringskommun eller -stadsdel, inkomst- och utbildningsgrupper samt utifrån födelse land under år 2021.

För att undersöka om utbildningslängd, inkomst och födelse land var associerade med sannolikheten att ha diagnosen provocerad vulvodyni eller annan relaterad diagnos respektive självrapporterad genital smärta i samband med sex, beräknades relativa risker (eller sannolikheter) med 95 procents konfidensintervall, justerat för ålder, utbildning, inkomst och födelse land. Den relativa risken beskriver sambandets styrka. Är den relativa risken 1 finns inget samband, är värdet under 1 innebär det ett negativt samband och är värdet över 1 innebär det ett positivt samband. Sambandet anses statistiskt signifikant om konfidensintervallet inte omfattar värdet 1.

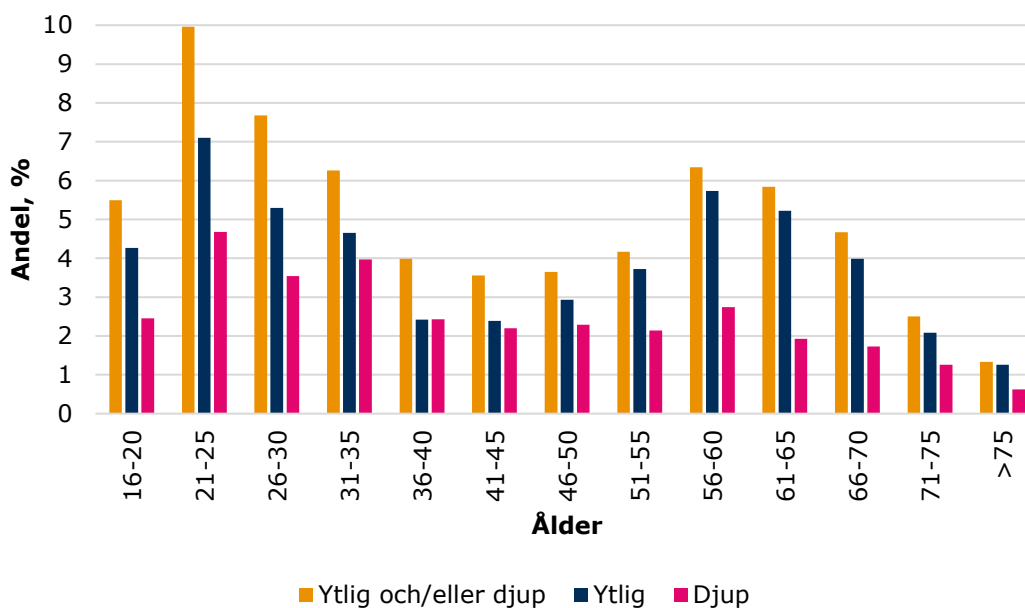
Resultat

Självrapporterade besvär av genital smärta i samband med sex

Totalt anger 19 procent av kvinnorna i Stockholms län att de besvärades av genital smärta (ytlig och/eller djup) i samband med sex, och 5 procent att de har måttliga till svåra besvär. I åldersgruppen 16–45 år anger 26 procent att de besvärades av genital smärta i samband med sex, varav sex procent med måttliga till svåra besvär.

I figur 1 presenteras förekomsten av måttliga till svåra besvär av genital smärta i samband med sex, uppdelat i åldersgrupper med fem års intervall. Vanligast är besvären bland kvinnor 21–25 år. Där svarar tio procent att de har måttliga till svåra besvär av ytlig och/eller djup genital smärta i samband med sex. Förekomsten minskar därefter med stigande ålder, till runt 3,5 procent bland kvinnor i 40-årsåldern. I 50-årsåldern ökar andelen igen, till drygt sex procent bland kvinnor 56–60 år, för att sedan minska igen med stigande ålder.

Det är en något högre andel som anger att de besvärades av ytlig smärta än som besvärades av djup smärta. Det är dock vanligt att de olika typerna av smärta överlappar. Bland dem som har måttliga till svåra besvär anger runt en tredjedel att de lider av både ytlig och djup smärta.



Figur 1. Andel (procent) flickor och kvinnor som anger att de har måttliga till svåra besvär av genital smärta i samband med sex uppdelat i åldersgrupper, i Stockholms län år 2021.

Källa: Hälsa Stockholm, 2021

I bilaga 2 redovisas andel för samtliga svarsalternativ på frågorna om genital smärta, inklusive andel som angav svarsalternativet ”inte relevant”, uppdelat efter åldersgrupper. I åldersgruppen 16–20 år, samt bland äldre (från 60-årsåldern och uppåt) anger över en tredjedel att frågan inte är relevant.

Socioekonomi och självrapporterad genital smärta

I tabell 1 visas resultat från analyser av sannolikheten att rapportera måttlig-svår genital smärta (ytlig och/eller djup) i förhållande till utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och att vara född i Sverige eller ej. Utbildningslängd och födelseland har inget samband med självrapporterad genital smärta i samband med sex. Däremot kan vi se att flickor och kvinnor med högre disponibel familjeinkomst anger att de har besvär i lägre utsträckning. Resultaten för ytlig smärta och djup smärta följer samma mönster (se bilaga 3, tabell A respektive tabell B). Vi har även analyserat om bostadsområde (kommun eller stadsdel) påverkar sannolikhet att självrapportera genital smärta men fann inga samband.

Tabell 1. Relativ risk (sannolikhet) för självrapporterad måttlig till svår genital smärta (ytlig och/eller djup) i samband med sex per utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelseland.

		Andel, %	Relativ risk* (95 % konfidensintervall)
Utbildning	Förgymnasial	6,5	Referens
	Gymnasial	7,5	0,97 (0,64– 1,48)
	Eftergymnasial	4,8	0,81 (0,52 – 1,26)
Inkomst	Låg	7,8	Referens
	Medium	4,4	0,61 (0,47 – 0,80)
	Hög	4,6	0,59 (0,38 – 0,92)
Födelseland	Utanför Sverige	5,1	Referens
	Sverige	6,0	1,18 (0,86 – 1,61)

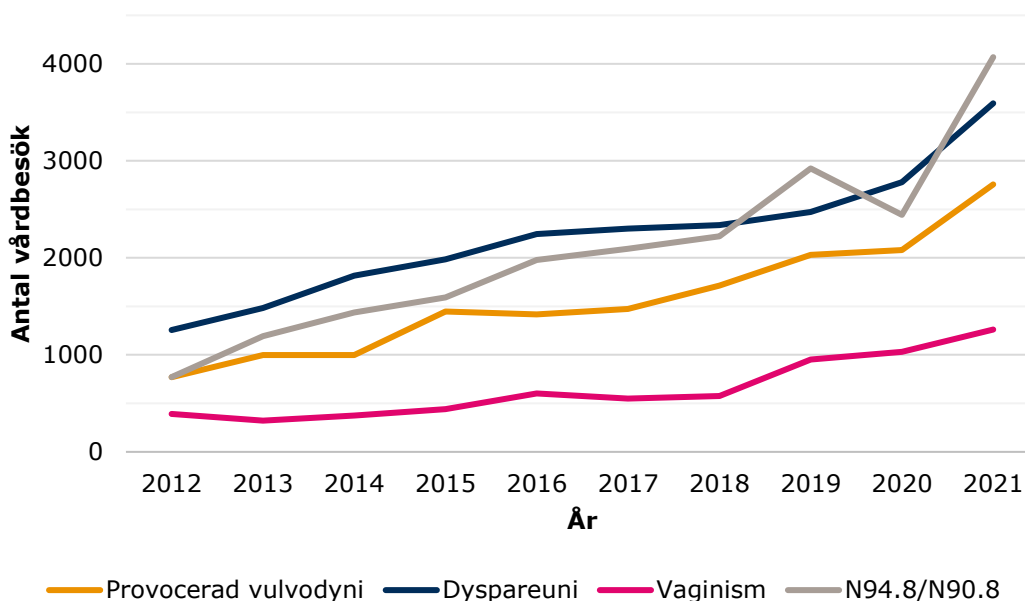
*Relativ risk är justerad för ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelseland.

Källa: Hälsa Stockholm 2021 och SCB

Diagnostiserad provocerad vulvodyni och relaterade diagnoser

Antal vårdbesök per år

Under tioårsperioden 2012 till 2021 har det skett omkring en tredubbling av antalet vårdbesök med diagnostiserad provocerad vulvodyni, vaginism (slidkramp) och dyspareuni (samlagssmärta) i Stockholms län. Antalet vårdbesök med en registrerad diagnoskod N90.8 eller N94.8² har femdubblats under samma tioårsperiod (se Figur). Sammanlagt registrerades 11 157 vårdbesök under år 2021 med en diagnoskod relaterad till vulvodyni eller genital smärta. Av dessa var 2 757 relaterade till provocerad vulvodyni, 1 261 till vaginism och 3 593 till dyspareuni.



Figur 2. Antal vårdbesök per år med en registrerad diagnos för provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser, i Stockholms län år 2012–2021.

Källa: VAL-databaserna

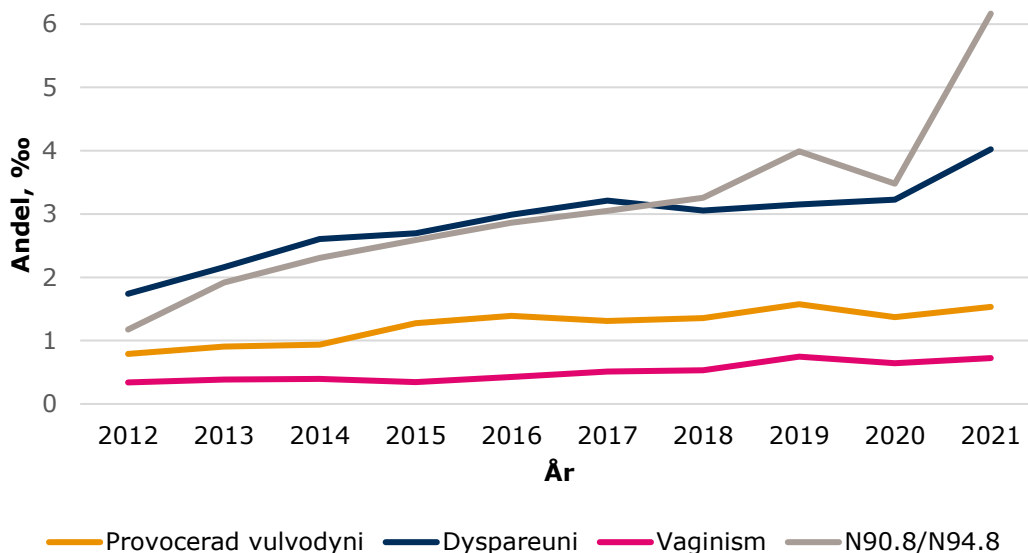
Ettårsvårdprevalens över tid

Få flickor och kvinnor uppsöker vård och får en registrerad diagnos för provocerad vulvodyni eller andra diagnoser relaterade till genital smärta. Dock har andelen ökat över tid. Under tioårsperioden 2012 till 2021 har det skett en nästintill fördubbling av andelen flickor och kvinnor som har fått diagnosen provocerad vulvodyni registrerad vid minst ett vårdbesök under en ettårsperiod (ettårsvårdprevalens) (se Figur). År 2021 gjordes minst ett sådant besök av 1,5 av 1 000 flickor eller kvinnor i åldrarna 16–45 år, vilket är en ökning från 0,8 år 2012.

Även andelen som har fått diagnosen vaginism eller dyspareuni registrerad vid minst ett vårdbesök har ökat under samma tioårsperiod. År 2021 hade 0,7 av 1 000 flickor eller kvinnor minst ett besök med registrerad vaginism och 4 av 1 000 flickor eller kvinnor

² Dessa diagnoskoder kan i vissa fall användas vid vulvodyni eller vulvasmärta, men de kan även användas vid andra tillstånd [1]. Den senaste upplagan av *Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården* från 2020 innehåller nya uppdaterade hänvisningar där diagnoskoden N94.8 rekommenderas för generaliserad spontan vulvodyni, vilket tidigare har saknat en egen kod i ICD-10 [24].

minst ett besök med registrerad dyspareuni. Det är en ökning från 0,3 respektive 1,7 från år 2012. Andelen som har uppsökt vård och fått någon av diagnoskoderna N90.8 eller N94.8 registrerad har ökat mer än övriga diagnoser, och ökningen var som störst mellan år 2020 och 2021.



Figur 3. Andel (promille) kvinnor och flickor i åldrarna 16–45 år som har fått diagnosen provocerad vulvodyni, vaginism, dyspareuni eller kod N90.8 eller N94.8 registrerad vid minst ett vårdbesök under en ettårsperiod (Ettårsvårdprevalens), i Stockholms län år 2012–2021.

Källa: VAL-databaserna

För provocerad vulvodyni, vaginism och dyspareuni är ettårsvårdprevalensen högst bland kvinnor i åldrarna 23–30 år. Under tioårsperioden 2012 till 2021 har samtliga diagnoser i alla åldersgrupper ökat på ett likartat sätt, med undantag för att det skedde en mer markant ökning av dyspareuni-diagnos i åldersgruppen 16–22 år mellan åren 2020 och 2021. Detta kan förklaras av att det blev obligatoriskt att registrera diagnos vid läkarbesök på ungdomsmottagningar först från och med år 2021.

Ettårsvårdprevalensen för diagnoskoderna N90.8 och N94.8 är högst bland kvinnor i 30-årsåldern. Andelen som fått någon av dessa diagnoskoder ökade i alla åldersgrupper mellan år 2020 och 2021, men ökningen var mest markant i de yngre åldersgrupperna.

I bilaga 4 (figur D–G) presenteras ettårsvårdprevalensen över tid för respektive diagnos uppdelat i olika åldersgrupper (16–22 år, 23–30 år, 31–40 år och 41–45 år).

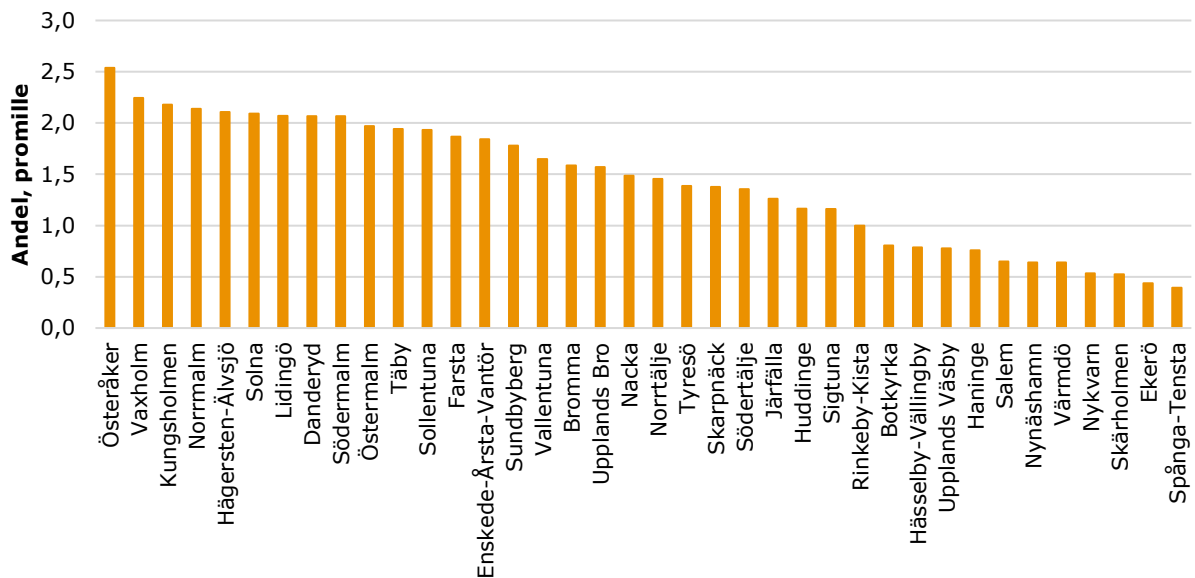
Geografiska skillnader inom Stockholms län

År 2021 gjorde 1,5 av 1 000 flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år minst ett vårdbesök där diagnosen provocerad vulvodyni registrerades, men andelen varierade mellan kommuner och stadsdelar (se

Figur 4. Andel (promille) flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år som gjort minst ett vårdbesök med registrerad diagnos provocerad vulvodyni, i Stockholms län år 2021.

Källa: VAL-databaserna

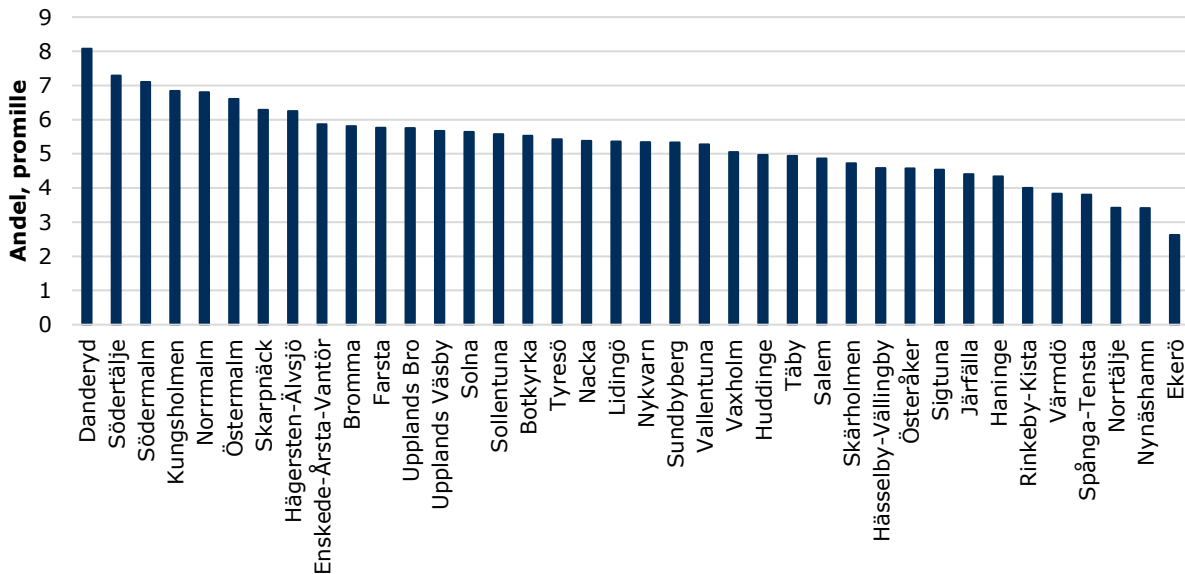
). Högst andel som fått vård för provocerad vulvodyni under år 2021 bodde i Österåker (2,5 promille), Vaxholm (2,2 promille) och Kungsholmen (2,2 promille) och lägst andel i Spånga-Tensta (0,4 promille), Ekerö (0,4 promille) och Skärholmen (0,5 promille).



Figur 4. Andel (promille) flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år som gjort minst ett vårdbesök med registrerad diagnos provocerad vulvodyni, i Stockholms län år 2021.

Källa: VAL-databaserna

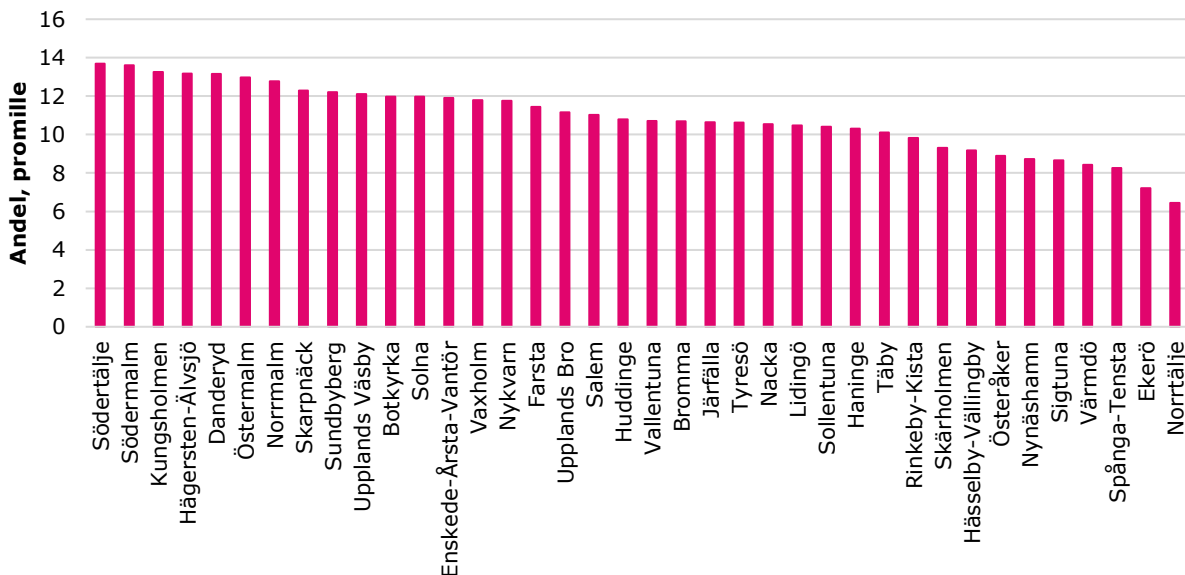
Om man även inkluderar diagnoserna vaginism och dyspareuni, har 5,5 av 1 000 flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år gjort minst ett vårdbesök. Andelen varierade mellan kommuner och stadsdelar, men i mindre utsträckning (se figur 5). Högst andel bodde i Danderyd (8,1 promille), Södertälje (7,3 promille) och Södermalm (7,1 promille). Lägst andel bodde i Ekerö (2,6 promille), Nynäshamn (3,4 promille) och Norrtälje (3,4 promille).



Figur 5. Andel (promille) flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år som gjort minst ett vårdbesök med registrerad diagnos vulvodyni, vaginism eller dyspareuni, i Stockholms län år 2021.

Källa: VAL-databaserna

Om man dessutom inkluderar diagnoskoderna N90.8 och N94.8 gjorde 11,3 av 1 000 flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år minst ett vårdbesök under 2021, och variationen mellan kommuner och stadsdelar minskade ytterligare (se figur 6). Högst var andelen bland flickor och kvinnor i Södertälje (13,7 promille), Södermalm (13,6 promille) och Kungsholmen (13,2 promille) och lägst var andelen i Norrtälje (6,4 promille), Ekerö (7,2 promille) och Spånga-Tensta (8,3 promille).



Figur 6. Andel (promille) flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år som gjort minst ett vårdbesök med registrerad diagnos provocerad vulvodyni, vaginism, dyspareuni, N90.8 eller N94.8, i Stockholms län år 2021.

Källa: VAL-databaserna

Socioekonomi och samband med diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta

Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och sannolikhet att få en diagnos för provocerad vulvodyni registrerad (se tabell 2). Kvinnor med eftergymnasial utbildning har nästan fyra gånger högre sannolikhet jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning. Det finns även ett samband mellan födelseland och diagnos. Kvinnor födda i Sverige har nästan dubbelt så hög sannolikhet att få diagnosen provocerad vulvodyni, som kvinnor födda utanför Sverige.

Tabell 2. Relativ risk (sannolikhet) att få diagnosen provocerad vulvodyni registrerad, utifrån utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelseland, i Stockholms län år 2021.

		Antal diagnostiserade	Relativ risk* (95 % konfidensintervall)
Utbildning	Förgymnasial	58	Referens
	Gymnasial	244	2,11 (1,53–2,90)
	Eftergymnasial	423	3,70 (2,65–5,18)
Inkomst	Låg	131	Referens
	Medel	441	0,90 (0,74–1,10)
	Hög	155	0,95 (0,75–1,21)
Födelseland	Utanför Sverige	118	Referens
	Sverige	612	1,94 (1,58–2,38)

*Relativ risk är justerad för ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelseland.

Källa: VAL-databaserna och SCB

Av de flickor och kvinnor som har fått diagnosen provocerad vulvodyni under 2021, verkade de med längre utbildning även få mer vård. Flickor och kvinnor med eftergymnasial utbildning hade mer än dubbelt så hög sannolikhet att ha fler än två vårdbesök med en registrerad diagnos för provocerad vulvodyni, jämfört med personer med kortare utbildning.

Längre utbildning är också associerat med en högre sannolikhet att diagnostiseras med en bredare definition av genital smärta (provocerad vulvodyni, vaginism eller dyspareuni). Dock är sambandet svagare jämfört med när endast provocerad vulvodyni inkluderas (se tabell 3). Det fanns inga samband med inkomst och födelseland.

Tabell 31. Relativ risk (sannolikhet) att få en diagnos för provocerad vulvodyni, vaginism eller dyspareuni registrerad, utifrån utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land, i Stockholms län år 2021.

		Antal diagnostiserade	Relativ risk* (95 % konfidensintervall)
Utbildning	Förgymnasial	302	Referens
	Gymnasial	981	1,53 (1,32–1,77)
	Eftergymnasial	1323	1,81 (1,55–2,10)
Inkomst	Låg	497	Referens
	Medel	1602	1,02 (0,92–1,13)
	Hög	531	1,07 (0,94–1,21)
Födelse land	Utanför Sverige	693	Referens
	Sverige	1945	1,07 (0,97–1,17)

*Relativ risk är justerad för ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land.

Källa: VAL-databaserna och SCB

När analysen breddas ytterligare till diagnoserna provocerad vulvodyni, vaginism, dyspareuni samt N90.8 och N94.8, syns endast en svagt ökad sannolikhet för personer med längre utbildning och högre inkomst att få diagnos (se tabell 4).

Tabell 4. Relativ risk (sannolikhet) att få en diagnos för provocerad vulvodyni, vaginism, dyspareuni, N90.8 eller N94.8 registrerad, utifrån utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land, i Stockholms län år 2021.

		Antal diagnostiserade	Relativ risk* (95 % konfidensintervall)
Utbildning	Förgymnasial	677	Referens
	Gymnasial	1936	1,30 (1,18–1,43)
	Eftergymnasial	2681	1,39 (1,26–1,54)
Inkomst	Låg	914	Referens
	Medel	3294	1,13 (1,05–1,22)
	Hög	1145	1,23 (1,12–1,35)
Födelse land	Utanför Sverige	1462	Referens
	Sverige	3907	1,08 (1,01–1,15)

*Relativ risk är justerad för ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land.

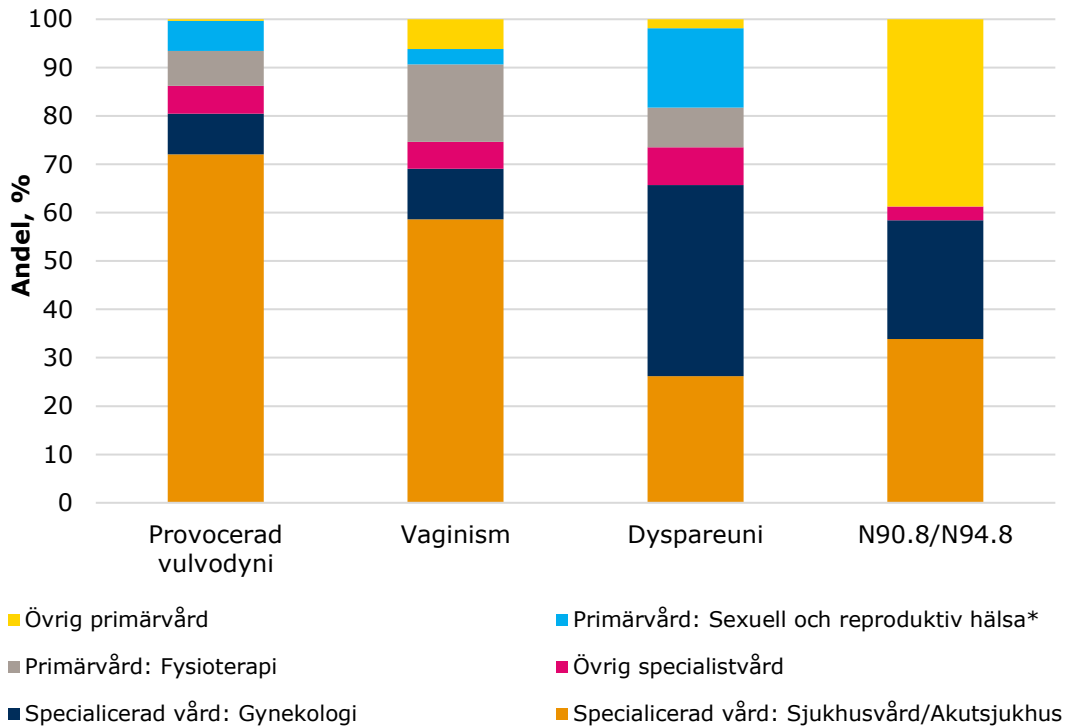
Källa: VAL-databaserna och SCB

Vårdgivare vid vårdbesök där diagnosen provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta registreras

Den specialiserade vården står för en majoritet av det totala antalet vårdbesök där diagnosen provocerad vulvodyni registreras (se figur 7). Över 70 procent av vårdbesöken

sker på akutsjukhus och av dessa stod mottagningar på Danderyds sjukhus och Södersjukhuset, där vulvamottagningar finns, för över nittio procent. Primärvården stod endast för 14 procent av vårdbesöken med en registrerad diagnos för provocerad vulvodyni, varav fysioterapimottagningar stod för den största andelen (sju procent).

För diagnoserna dyspareuni och vaginism skedde en större del av vårdbesöken inom primärvården (drygt en fjärdedel) och andelen som registrerats inom specialiserad vård på sjukhus var lägre, framför allt för diagnosen dyspareuni (cirka en fjärdedel). För diagnoserna N90.8 och N94.8 stod primärvården för nästan 40 procent av vårdbesöken, huvudsakligen inom husläkarverksamhet.



Figur 7. Fördelning mellan vårdnivåer av vårdbesök med en registrerad diagnos för provocerad vulvodyni, vaginism, dyspareuni, N90.8 eller N94.8 för flickor och kvinnor 16–45 år, i Stockholms län år 2021.

*Inkluderar ungdomsmottagningar, mottagningar för sexuell hälsa, barnmorskemottagningar och gynekologiska primärvårdsmottagningar

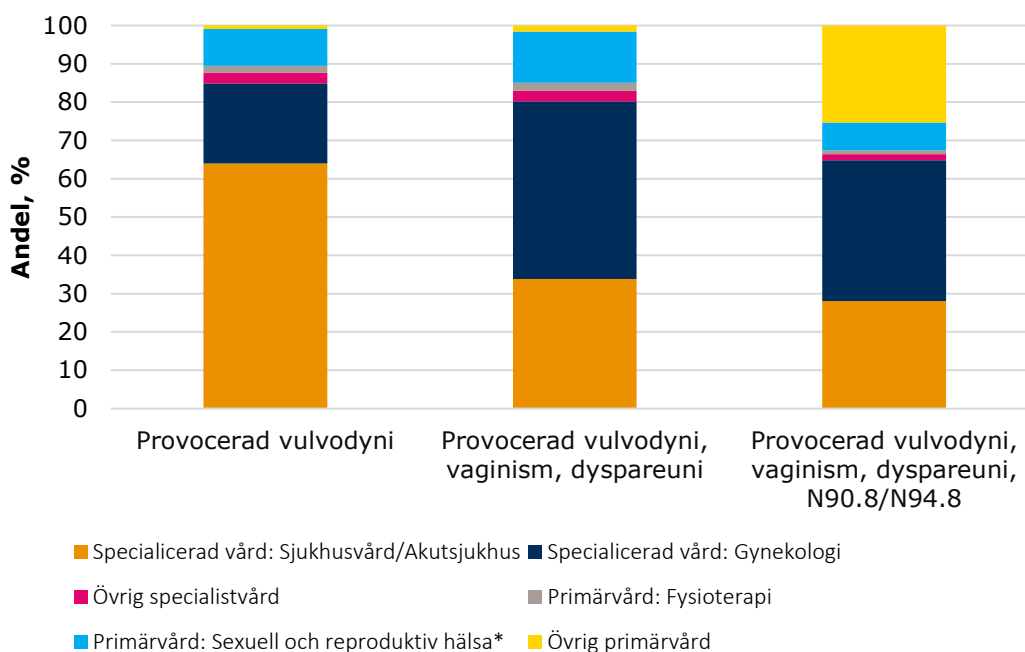
Källa: VAL-databaserna

Primärvården stod för en relativt liten andel av de vårdbesök där en diagnos för provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser registrerats. Men andelen har ökat kontinuerligt under femårsperioden 2017 till 2021. Detta gäller framför allt diagnoserna provocerad vulvodyni, vaginism och dyspareuni. Under femårsperioden 2012 till 2016 stod den specialiserade vården för mer än 97 procent av vårdbesöken där någon av dessa diagnoser registrerats.

Vårdgivarnivå för flickor och kvinnor med diagnostiserad provocerad vulvodyni och andra relaterade diagnoser

En hög andel (64 procent) av de flickor och kvinnor som har fått diagnosen provocerad vulvodyni registrerad inom vården, har gjort minst ett av dessa vårdbesök inom specialiserad vård på sjukhus (se figur 8). Tolv procent vårdades endast inom primärvården. Om man inkluderar fler diagnoser som är relaterade till genital smärta

sjunker andelen som minst en gång behandlats inom den specialiserade vården på sjukhus, medan andelen som endast vårdats inom primärvården blir högre. För dessa grupper är specialiserad gynekologi den vanligaste vårdformen (se figur 8).



Figur 8. Fördelning av vårdnivåer bland flickor och kvinnor (16–45 år) som fått diagnos för provocerad vulvodyni, vaginism, dyspareuni, N90.8 eller N94.8 registrerad år 2021 i Stockholms län, uppdelat efter diagnosgrupp.³

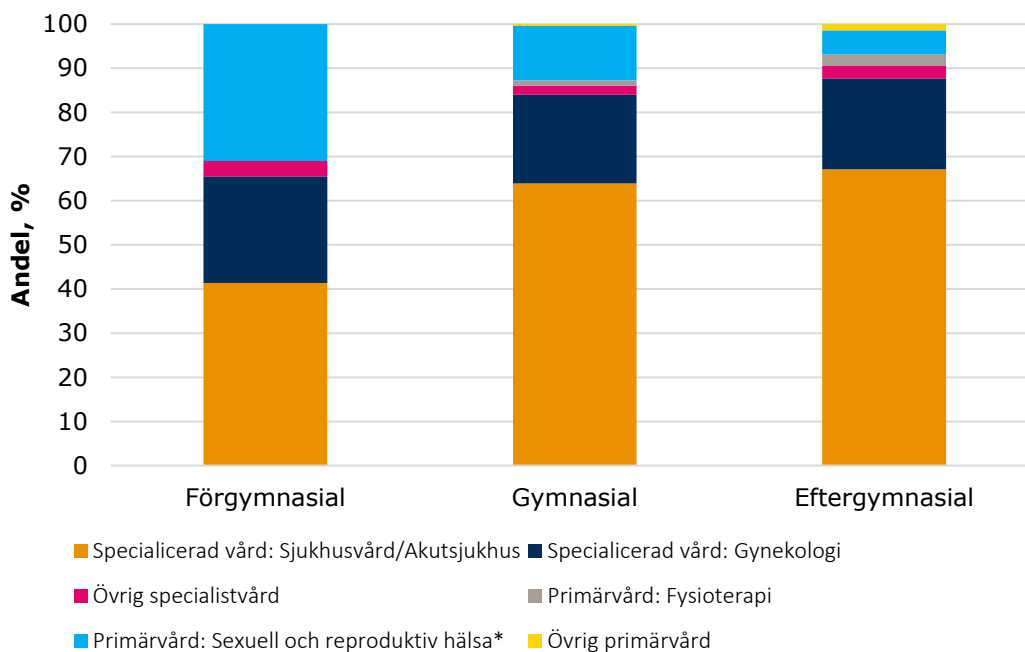
*Inkluderar ungdomsmottagningar, mottagningar för sexuell hälsa, barnmorskemottagningar och gynekologiska primärvårdsmottagningar

Källa: VAL-databaserna

Vårdgivarnivå för flickor och kvinnor med diagnosen provocerad vulvodyni utifrån socioekonomi

Bland flickor och kvinnor som *har fått* diagnosen provocerad vulvodyni registrerad vid minst ett vårdbesök, har de med förgymnasial utbildning fått vård i lägre grad (41 procent) inom den specialiserade vården (t.ex. sjukhusbaserade vulvamottagningar), jämfört med de med eftergymnasial utbildning (67 procent). Över 30 procent av vulvodyni-patienterna med förgymnasial utbildning vårdades endast inom primärvården för sin diagnos, jämfört med 10 procent bland kvinnor med eftergymnasial utbildning (se Figur 9).

³ Typ av vårdgivare har rangordnats. Vårdgivare med högst rangordning är lägst ner i staplarna. Exempel: om en patient vårdats inom "Primärvård: Fysioterapi" och "Specialiserad vård: Gynekologi" räknas patienten bara in i den senare gruppen.

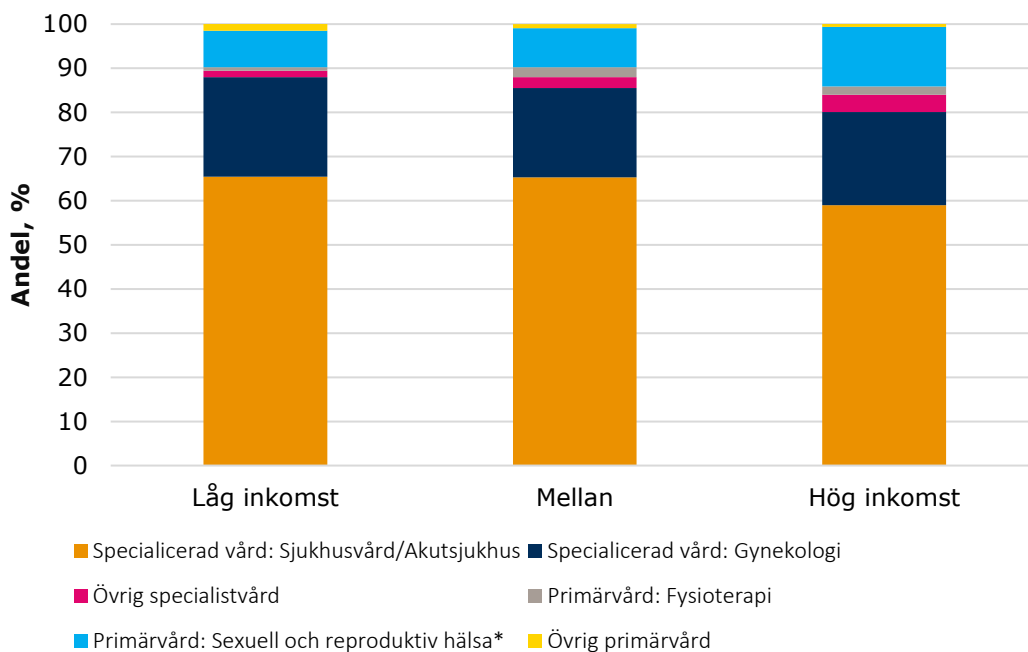


Figur 9. Fördelning av vårdnivåer bland flickor och kvinnor (16–45 år) med diagnosen provocerad vulvodyni registrerad år 2021 i Stockholms län, uppdelat efter utbildningslängd. (Typ av vårdgivare har rangordnats på samma sätt som i Figur8).

*Inkluderar ungdomsmottagningar, mottagningar för sexuell hälsa, barnmorskemottagningar och gynekologiska primärvårdsmottagningar

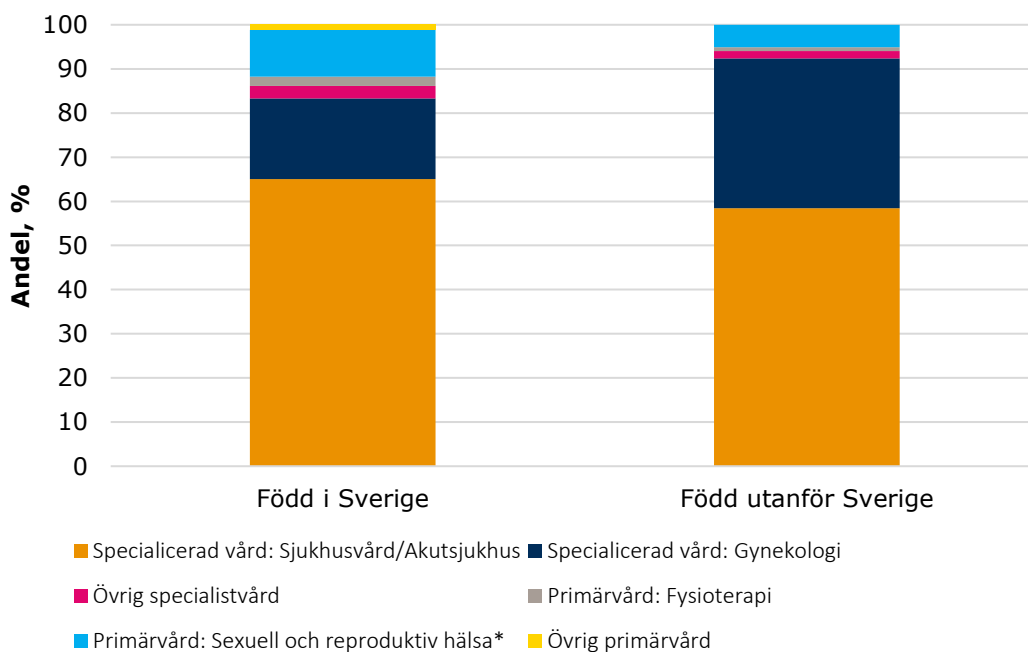
Källa: VAL-databaserna

Bland flickor och kvinnor som *har fått* diagnosen provocerad vulvodyni registrerad vid minst ett vårdbesök, varierar inte högsta vårdnivå i betydande utsträckning beroende på inkomst eller födelseland (se figur 10 och 11). Bland vulvodyni-patienter som är födda i Sverige fick en något högre andel enbart vård i primärvården, exempelvis på ungdomsmottagningar, barnmorskemottagningar och mottagningar för sexuell hälsa. Bland vulvodyni-patienter födda utanför Sverige vårdades en högre andel inom specialiserad gynekologi och en lägre andel på primärvårdsmottagningar för sexuell och reproduktiv hälsa.



Figur 10. Fördelning av vårdnivåer bland flickor och kvinnor (16–45 år) med diagnosen provocerad vulvodyni registrerad år 2021 i Stockholms län, uppdelat efter inkomst.

*Inkluderar ungdomsmottagningar, mottagningar för sexuell hälsa, barnmorskemottagningar och gynekologiska primärvårdsmottagningar



Figur 11. Fördelning av vårdnivåer bland flickor och kvinnor (16–45 år) med diagnosen provocerad vulvodyni registrerad år 2021 i Stockholms län, uppdelat efter födelseort.

*Inkluderar ungdomsmottagningar, mottagningar för sexuell hälsa, barnmorskemottagningar och gynekologiska primärvårdsmottagningar

Källa: VAL-databaserna

Diskussion

Genital smärta är vanligt men syns inte i statistiken

I den här rapporten visar vi att självrapporterad genital smärta i samband med sex är vanligt bland flickor och kvinnor i Stockholms län. I åldersgruppen 16–45 år anger sex procent att de har måttliga till svåra besvär. Vanligast är besvären bland yngre kvinnor i åldrarna 21–25 år där tio procent anger att de har måttliga till svåra besvär. I samma åldersgrupp rapporterar sju procent måttlig till svår yttlig smärta, vilket är huvudsymtomet vid provocerad vulvodyni.

Vi visar även att få diagnostiseras med provocerad vulvodyni eller andra diagnoser relaterade till genital smärta i Stockholms län. År 2021 fick 1,5 promille av flickor och kvinnor i åldrarna 16–45 år diagnosen provocerad vulvodyni registrerad. Andelen ökade till 1,1 procent när vaginism (slidkramp), dyspareuni (samlagssmärta) och diagnoskoderna N90.8 och N94.8⁴ inkluderades.

Även om det inte går att likställa andelen med självrapporterade besvär med andelen som skulle uppfylla kriterierna för en viss diagnos, ger resultaten en indikation på hur vårdbehovet ser ut i länet. Utifrån resultat från tidigare prevalensstudier (12-18) kan man dra slutsatsen att vulvodyni och genital smärta är kraftigt underdiagnostiserat. Det finns alltså sannolikt ett stort mörkertal av flickor och kvinnor i Stockholms län som lider av genital smärta och som inte kommer i kontakt med vården för sina besvär eller inte får en diagnos.

Ökning av andel som får en diagnos

Få diagnostiseras med provocerad vulvodyni eller andra diagnoser relaterade till genital smärta, men andelen har ökat under tioårsperioden 2012 till 2021. Ökningen av andelen diagnostiserade förklaras förmodligen till största delen av en ökad medvetenhet om dessa tillstånd. Det kan ha bidragit till en ökad benägenhet att söka vård, ökad förmåga inom vården att fånga upp dessa besvär samt ökad rapportering av diagnoser – snarare än att den faktiska förekomsten har ökat (27).

Att det skedde en kraftig ökning av diagnostiserad dyspareuni i åldersgruppen 16–22 år mellan åren 2020 och 2021 kan förklaras av att det blev obligatoriskt att rapportera diagnos vid läkarbesök på ungdomsmottagningar först från år 2021. Anledningen till att diagnoskoderna N90.8 och N94.8 ökade kraftigt mellan samma år är mer oklar. En tänkbar förklaring kan vara att det kom nya rekommendationer om att använda koden N94.8 vid spontan generaliserad vulvodyni, ett tillstånd som tidigare saknat en egen diagnoskod (26). Dock drabbar sjukdomen främst äldre kvinnor, medan ökningen av diagnosen skedde i alla åldrar. Andra förklaringar kan vara ändrat vårdutbud med nya vårdaktörer och skiftande rutiner mellan vårdgivare.

Indikationer på ojämlik vård vid provocerad vulvodyni

Förekomst av självrapporterade besvär av genital smärta i samband med sex var inte associerat med utbildningsnivå eller födelseland. Detta är i linje med tidigare studier som har visat att förekomsten av vulvodyni och genital smärta inte skiljer sig nämnvärt åt beroende på socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, sysselsättning och inkomst (14, 28, 29). Resultaten i denna rapport visar däremot att det är vanligare med besvär bland kvinnorna med lägst inkomst än de med högst.

⁴ Dessa diagnoskoder kan i vissa fall användas vid vulvodyni eller vulvasmärta, men de kan även användas vid andra tillstånd [1]. Den senaste upplagan av *Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården* från 2020 innehåller nya uppdaterade hänvisningar där diagnoskoden N94.8 rekommenderas för generaliserad spontan vulvodyni, vilket tidigare har saknat en egen kod i ICD-10 [24].

Rapporten visar även att längre utbildning och att vara född i Sverige främst är associerat med en ökad sannolikhet att få diagnosen provocerad vulvodyni, och inte med de mer frekventa, men mindre specifika, diagnoserna dyspareuni och diagnoskoderna N90.8 och N94.8. Kvinnor med kort utbildning eller som är utrikesfödda söker alltså vård för genitala besvär, men får oftare symtomdiagnoser (dyspareuni) eller mindre specifika diagnoser. Vidare visar rapporten att bland de flickor och kvinnor som har fått diagnosen provocerad vulvodyni, får de med längre utbildning specialiserad vård (t.ex. vulvamottagning på akutsjukhus) i högre utsträckning och de har även fler vårdtillfällen där diagnosen provocerad vulvodyni har registrerats.

Bristen på överensstämmelse mellan förekomst av självrapporterade besvär och förekomst av diagnoser kan innebära att vårdkonsumtionen är ännu lägre än förväntat i vissa grupper (t.ex. de med kort utbildning och utrikesfödda). Resultaten ger även indikationer på att vården vid provocerad vulvodyni är ojämlik. Det vill säga att andra faktorer än vårdbehov tycks påverka vilken typ av diagnos man får samt möjligheten till specialiserad vård för provocerad vulvodyni.

Värdet av tidig diagnos och behandling

Att få en diagnos och inleda behandling tidigt i förloppet kan leda till ett snabbare tillfrisknande, motverka försämring och minska risken för att kroniska och mer svårbehandlade tillstånd utvecklas (19). Att få en diagnos i sig har i kvalitativa undersökningar visat sig kunna underlätta för vulvodynipatienter att hitta sätt att själva hantera sin situation, medan en fördröjning av diagnostisering kan orsaka stress och påverka den psykiska och sexuella hälsan negativt (3, 21, 30). Ur en rättvisaspekt är det viktigt att alla har samma möjlighet till korrekt diagnos. Det ökar sannolikt chansen till adekvat behandling på lämplig nivå, men även patientens möjlighet att själv söka information om sitt tillstånd, egenvård, behandlingsalternativ och möjliga vårdgivare, vilket kan leda till ökad autonomi och delaktighet i vården.

Dessvärre är det vanligt att kvinnor med genital smärta undviker att söka vård för sina besvär. Internationella studier har visat att 40–50 procent av kvinnor med symtom på vulvodyni inte söker vård för sina besvär (14, 15). En tidigare svensk studie visade att endast 28 procent av de med dyspareuni hade sökt vård (12). Det har även identifierats brister inom vården som leder till att kvinnor med vulvodyni inte får rätt diagnos och behandling eller att diagnosen blir kraftigt fördröjd (1, 3, 21). Skillnader i vårdsökande beteende mellan grupper är en tänkbar förklaring till skillnaderna i andel med diagnos.

Problem som rör kön och sexualitet kan upplevas som mer eller mindre tabubelagt att prata om beroende på social och kulturell tillhörighet. Det kan även finnas språkliga hinder till att söka hjälp och tillgodogöra sig information, vilket försvåras ytterligare om man har behov av tolk. Tidigare internationella studier har dock visat att utbildning inte är signifikant associerat med en ökad benägenhet att söka vård för vulvodyni (29) och sociodemografiska faktorer som ålder, ursprung, utbildningsnivå och sysselsättning har inte associerats med benägenhet att söka vård för andra sexuella problem (31, 32).

Slutsatser och förslag på insatser

Rapporten visar att genital smärta i samband med sex är vanligt bland flickor och kvinnor i Stockholms län, att provocerad vulvodyni och relaterade tillstånd är kraftigt underdiagnostiserade och att vården vid provocerad vulvodyni i länet troligen är ojämlik. Tidig diagnos och insatser kan förhindra negativ inverkan på livskvalitet och psykisk hälsa samt förbättra prognosen och därigenom leda till minskad vårdkonsumtion. Därför bör fler flickor och kvinnor med besvär av genital smärta få en diagnos och möjlighet till adekvat vård.

Ökad jämlikhet i tillgång till vård för vulvodyni

I rapporten finns indikationer på att vården vid vulvodyni ges på olika villkor beroende på geografiska och socioekonomiska faktorer.

Gynekologiska mottagningar är geografiskt ojämnt fördelade i länet. I flera kommuner och stadsdelar saknas specialistmottagningar (t.ex. Haninge, Botkyrka, Järfälla, Tyresö, Nykvarn och Spånga-Tensta), medan det på andra ställen finns flera per område (t.ex. Östermalm, Norrmalm, Södermalm och Solna) (33). Geografisk närhet är en avgörande faktor vid val av vårdgivare och påverkar framför allt personer med sämre socioekonomiska förutsättningar möjlighet att söka vård (34). Om en viss typ av mottagning eller kompetens saknas i det område man bor kan det därför inverka på möjligheten att få en diagnos samt på vilken typ av diagnos som registreras. En åtgärd som kan bidra till en mer jämlik tillgång till vård är därför att anpassa utbudet för ökad geografisk jämlikhet och till det vårdbehov som finns.

Rapporten visar att akutsjukhusens vulvamottagningar står för en majoritet av den registrerade vårdkonsumtionen för provocerad vulvodyni i Stockholms län. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer kan diagnostisering, basbehandling och i viss mån även fortsättningsbehandling ske inom primärvården (19). En satsning på primär- och öppenvård vid vulvodyni skulle kunna möjliggöra att fler med behov får en diagnos och behandling tidigt i sjukdomsförloppet, vilket Socialstyrelsen menar kan innebära ett mer effektivt utnyttjande av vårdens resurser och på sikt leda till kostnadsbesparingar genom att antalet vårdbesök per patient och behovet av specialiserad vård minskar (19, 35). Om fler verksamheter kan diagnostisera och inleda behandling ökar även förutsättningarna för en mer jämlik vård, förutsatt att det avsätts resurser och finns strukturella förutsättningar att ta emot fler patienter.

Det bör nämnas att rapporten sannolikt underskattar vårdkonsumtionen, framför allt inom primärvård och vård som utförs av andra yrkeskategorier än läkare, eftersom diagnoser inte alltid registreras vid vårdbesök. Vårdgivare kan också använda diagnoskoder på olika sätt. Eftersom ICD-10 inte helt överensstämmer med rådande klassificering och terminologi kan det vara otydligt hur koderna ska användas. En mer fullständig och samstämmig registrering av diagnoser vid vulvodyni och genital smärta är viktig för att kunna följa upp och utvärdera vården. Även om det inte direkt gagnar den enskilda individen, gynnar det patientgruppen på sikt.

Kunskaphöjande insatser till hälso- och sjukvården

Studier och undersökningar har visat att det är vanligt att kvinnor som söker vård inte får en diagnos, får fel diagnos eller får söka vård upprepade gånger innan de får rätt diagnos (1, 3, 21, 36, 37). Enligt en systematisk översikt baserad på flera internationella kvalitativa studier, är negativa erfarenheter av vården vanligt bland kvinnor med vulvodyni, såsom bristande kunskap, felaktiga behandlingar, normalisering av smärtan och att patienten känner sig ifrågasatt och inte tagen på allvar (21). Liknande erfarenheter av vården har även framkommit i en svensk kontext i samband med att Socialstyrelsen intervjuade patienter och företrädare för patientgrupper (1) och i dialogmöten med patienter som genomförts av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (3).

Socialstyrelsen identifierade ett behov av ökad kunskap om diagnostisering och behandling bland verksamheter som ofta möter patienter med vulvodyni och genital smärta (t.ex. ungdomsmottagningar, elevhälsan och öppenvårdsmottagningar för gynekologi och sexuell hälsa). För att minska risken för ett ineffektivt vårdutnyttjande, alltså att personer behöver uppsöka vård upprepade gånger utan att få hjälp, bör kunskapen om tillstånden och om lämpliga remissvägar öka även inom andra delar av primärvården dit man ofta initialt vänder sig för att söka vård (t.ex. vårdcentraler) (19).

Ökad kunskap bland vårdpersonal är en förutsättning för ett gott omhändertagande och ökar möjligheterna för ett gott bemötande.

En tidigare undersökning i Stockholms län visade att få personer har fått frågor om sin sexuella hälsa i samband med vårdbesök, och andelen var lägst bland äldre kvinnor (38). Samtidigt visar vi att självrapporterade besvär av genital smärta är vanligt bland kvinnor i 50- och 60-årsåldern och även förekommer bland äldre kvinnor. Dessutom ökar andelen som anger svarsalternativet "inte relevant" på frågor om genital smärta med stigande ålder (se bilaga 2), vilket kan förklaras av att en högre andel äldre inte är sexuellt aktiva (38). Det kan vara ett val som man är tillfreds med men om det finns en önskan om att vara sexuellt aktiv men som hindras av smärta eller andra besvär innebär det ett problem som potentiellt går att lösa.

Studier visar att kunskapshöjande insatser kring sexuell hälsa och ohälsa riktad till hälso- och sjukvårdspersonal gör att de lättare kan initiera och följa upp samtal om sexuell hälsa och ohälsa, samt att många kvinnor önskar och även förväntar sig att vården ska ställa frågor om detta (39). Därför finns det anledning att inom hälso- och sjukvården oftare initiera samtal om sexuell hälsa och sexuella besvär, särskilt med äldre kvinnor.

Ökad kunskap i samhället

Kunskapshöjande insatser riktade till allmänheten kan bidra till att fler flickor och kvinnor som lider av genital smärta söker vård. Tidigare undersökningar visar att hinder för att söka vård inkluderar skam och rädsla för stigma kopplat till sexuella problem, att man vet inte vart man ska vända sig, en uppfattning om att symtomen inte anses vara medicinska tillstånd, att man tror att det inte finns någon behandling samt rädsla för att få ett besked om en allvarlig bakomliggande sjukdom till symtomen (1, 28, 39, 40).

Informationsspridning kan minska det stigma som finns kring gynekologiska sjukdomar och sexuella besvär och motverka felaktiga föreställningar om att smärta hos kvinnor är ett normalt tillstånd (39, 41). Eftersom symtomen i vissa fall kan förvärras utan adekvat behandling är det särskilt viktigt att flickor och kvinnor får veta att kronisk genital smärta inte är ett normalt tillstånd, men ett vanligt förekommande medicinskt problem, som kan lindras eller botas genom behandling. Det är också viktigt att flickor och kvinnor får kunskap om var man kan söka vård och vilka behandlingsalternativ som finns.

En annan viktig aspekt är att belysa begränsande normer som finns kring sexualitet och sexuell praktik. För kvinnor med genital smärta kan exempelvis föreställningar om att sex måste innefatta vaginalsamlag göra det svårare att hantera sin situation och hitta strategier för en sexuell praktik som är njutbar (42).

Flickor och unga kvinnor är en prioriterad grupp i den nationella strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) (43). Det är även en grupp där besvär av vulvodyni och genital smärta är särskilt vanliga. Skolan har därför en viktig roll att förmedla kunskap och förståelse om sexuell hälsa, sexualitet och vanligt förekommande gynekologiska besvär, samt att bidra till att motverka felaktiga föreställningar om smärta och begränsande normer kring sexualitet och sexuell praktik.

Referenser

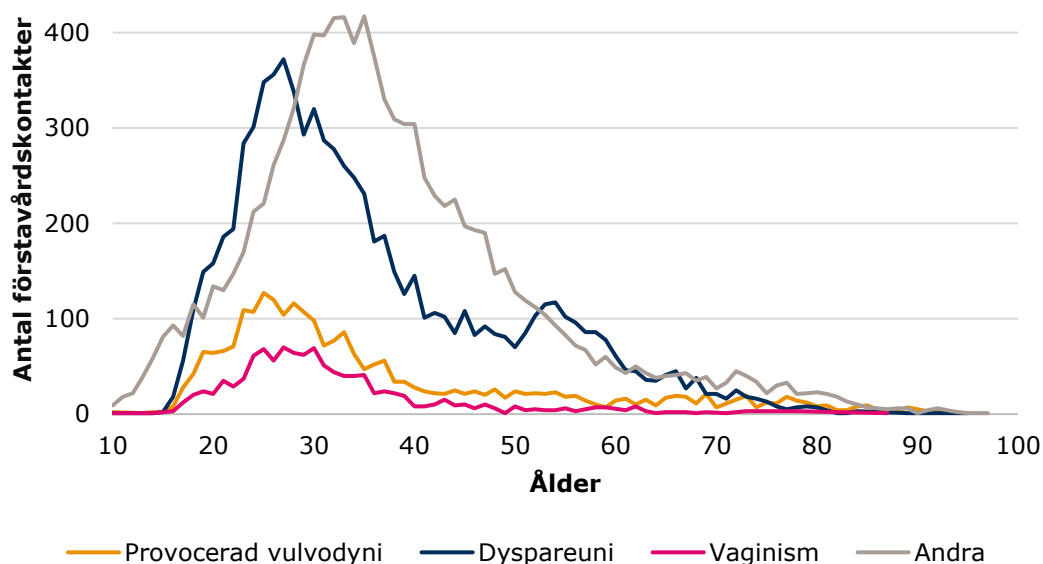
1. Socialstyrelsen. Kartläggning av vestibulit: Förekomst och behandling av flickor och kvinnor med vestibulit samt behov av kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
2. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Vulvovaginala sjukdomar. Uppsala: Elanders AB; 2013.
3. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Diagnostik och behandling av provocerad vulvodyni: En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: SBU; 2021.
4. Sörensdotter R. Vaginalsamlagets självklarhet : samlagssmärta som ett nyckelbegrepp för hur personal på ungdomsmottagningar begripliggör unga kvinnor med vulvasmärta. *Lambda nordica*. 2021;26: 80-106.
5. Thomten J, Linton SJ. When sex hurts: Female genital pain with sexual consequences deserves attention: A position paper. *Scand J Pain*. 2014;5(3):202-5.
6. Orr N, Wahl K, Joannou A, Hartmann D, Valle L, Yong P, et al. Deep Dyspareunia: Review of Pathophysiology and Proposed Future Research Priorities. *Sex Med Rev*. 2020;8(1):3-17.
7. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodinia. *Obstet Gynecol*. 2016;127(4):745-51.
8. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med*. 2013;10(1):83-93.
9. Bohm-Starke N. Medical and physical predictors of localized provoked vulvodinia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(12):1504-10.
10. Zolnoun D, Hartmann K, Lamvu G, As-Sanie S, Maixner W, Steege J. A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Surv*. 2006;61(6):395-401; quiz 23.
11. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017: Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017 [Internet]. 2019.
12. Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health*. 2003;31(2):113-8.
13. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodinia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;127(3):283-7.
14. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Legocki LJ, Edwards RM, Arato N, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodinia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(2):170 e1-9.
15. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodinia? *J Am Med Womens Assoc (1972)*. 2003;58(2):82-8.
16. Gomez I, Coronado PJ, Martin CM, Alonso R, Guisasola-Campa FJ. Study on the prevalence and factors associated to vulvodinia in Spain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019;240:121-4.

17. Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RH, Rydell SA, Turner RM, MacLehose RF. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(1):40 e1-8.
18. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(3):545-50.
19. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni - Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer samt stöd till personal. 2022.
20. Heddini U, Bohm-Starke N, Nilsson KW, Johannesson U. Provoked vestibulodynia--medical factors and comorbidity associated with treatment outcome. *J Sex Med.* 2012;9(5):1400-6.
21. Shallcross R, Dickson JM, Nunns D, Mackenzie C, Kiemle G. Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodynia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Arch Sex Behav.* 2018;47(3):577-95.
22. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Rhoads GG. Assessment of vulvodynia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nested case control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(2):128 e1-6.
23. Johnson NS, Harwood EM, Nguyen RH. "You have to go through it and have your children": reproductive experiences among women with vulvodynia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:114.
24. Moller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjo G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG.* 2015;122(3):329-34.
25. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):36.
26. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. Diagnoshandbok för kvinnosjukvården, Sjätte upplagan. Stockholm; 2020.
27. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med.* 2004;49(10):772-7.
28. Thomten J. Living with genital pain: Sexual function, satisfaction, and help-seeking among women living in Sweden. *Scand J Pain.* 2014;5(1):19-25.
29. Bond JC, Harlow BL, White KO. Care Seeking for Chronic Vulvar Pain Among a Large, Population-Based Sample of Reproductive-Aged Women. *J Womens Health (Larchmt).* 2022;31(4):513-20.
30. LePage K, Selk A. What Do Patients Want? A Needs Assessment of Vulvodynia Patients Attending a Vulvar Diseases Clinic. *Sex Med.* 2016;4(4):e242-e8.
31. Shifren JL, Johannes CB, Monz BU, Russo PA, Bennett L, Rosen R. Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(4):461-8.
32. Maserejian NN, Parish S, Shifren JL, Huang L, Gerstenberger E, Rosen RC. Healthcare utilization in women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder: interim baseline results from the HSDD Registry for Women. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(11):2001-9.
33. Vårdgivarguiden Region Stockholm. Vårdutbud i Region Stockholm 2022 [Available from: <https://vardutbud.vardgivarguiden.se/>].
34. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. En lag som kräver omtag - Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet. 2021.

35. Socialstyrelsen. Bilaga - Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag och hälsoekonomisk konsekvensanalys - Nationella riktlinjer för vård vid provocerad vulvodyni - 2022.
36. Bautrant E, Porta O, Murina F, Muhlrads H, Leveque C, Riant T, et al. Provoked vulvar vestibulodynia: Epidemiology in Europe, physio-pathology, consensus for first-line treatment and evaluation of second-line treatments. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48(8):685-8.
37. Xie Y, Shi L, Xiong X, Wu E, Veasley C, Dade C. Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States. *Curr Med Res Opin.* 2012;28(4):601-8.
38. Svedberg E, Zamore Söderström E, Kosidou K. Sexuell hälsa och sexuell utsatthet i Stockholms län. Självrapporterade data från befolkningsundersökningen SRHR2017. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022.
39. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ, Iglesia CB, et al. Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient-Clinician Communications. *J Womens Health (Larchmt).* 2019;28(4):432-43.
40. Donaldson RL, Meana M. Early dyspareunia experience in young women: confusion, consequences, and help-seeking barriers. *J Sex Med.* 2011;8(3):814-23.
41. van Brakel WH, Cataldo J, Grover S, Kohrt BA, Nyblade L, Stockton M, et al. Out of the silos: identifying cross-cutting features of health-related stigma to advance measurement and intervention. *BMC Med.* 2019;17(1):13.
42. Sörensdotter R. Pain and sex(uality) among women suffering from vulvar pain. In: Folkmarson Käll L, editor. *Dimensions of Pain : Humanities and Social Science Perspectives.* London: Routledge; 2013.
43. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). 2020. p. 16.

Bilagor

Bilaga 1. Ålder vid förstavårdskontakt för provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta

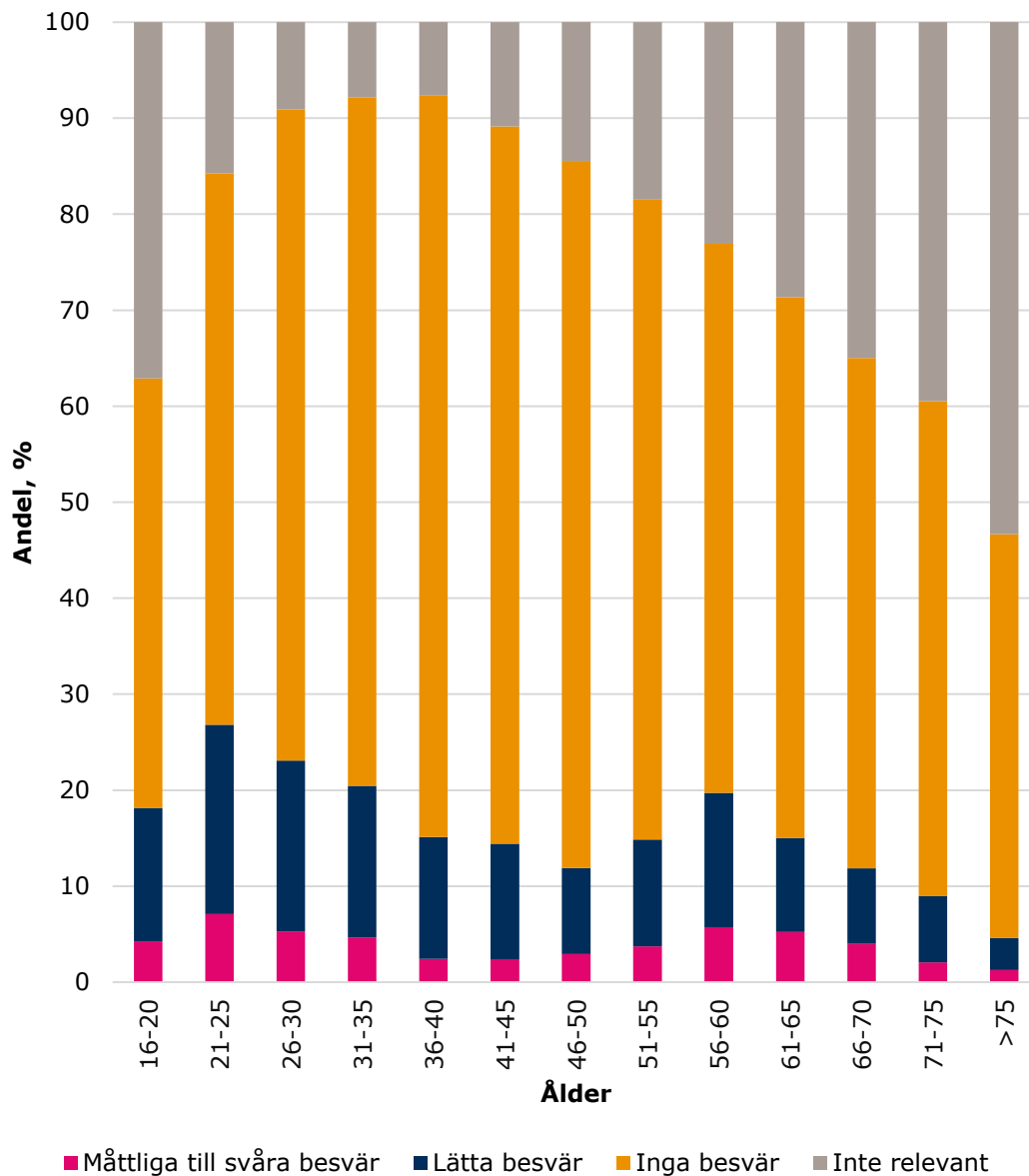


Figur A. Ålder vid förstavårdskontakt⁵ med en registrerad diagnos (huvud- eller bi-diagnos) för provocerad vulvodyni och andra diagnoser relaterade till genital smärta bland kvinnor i Stockholms län år 2017–2021.

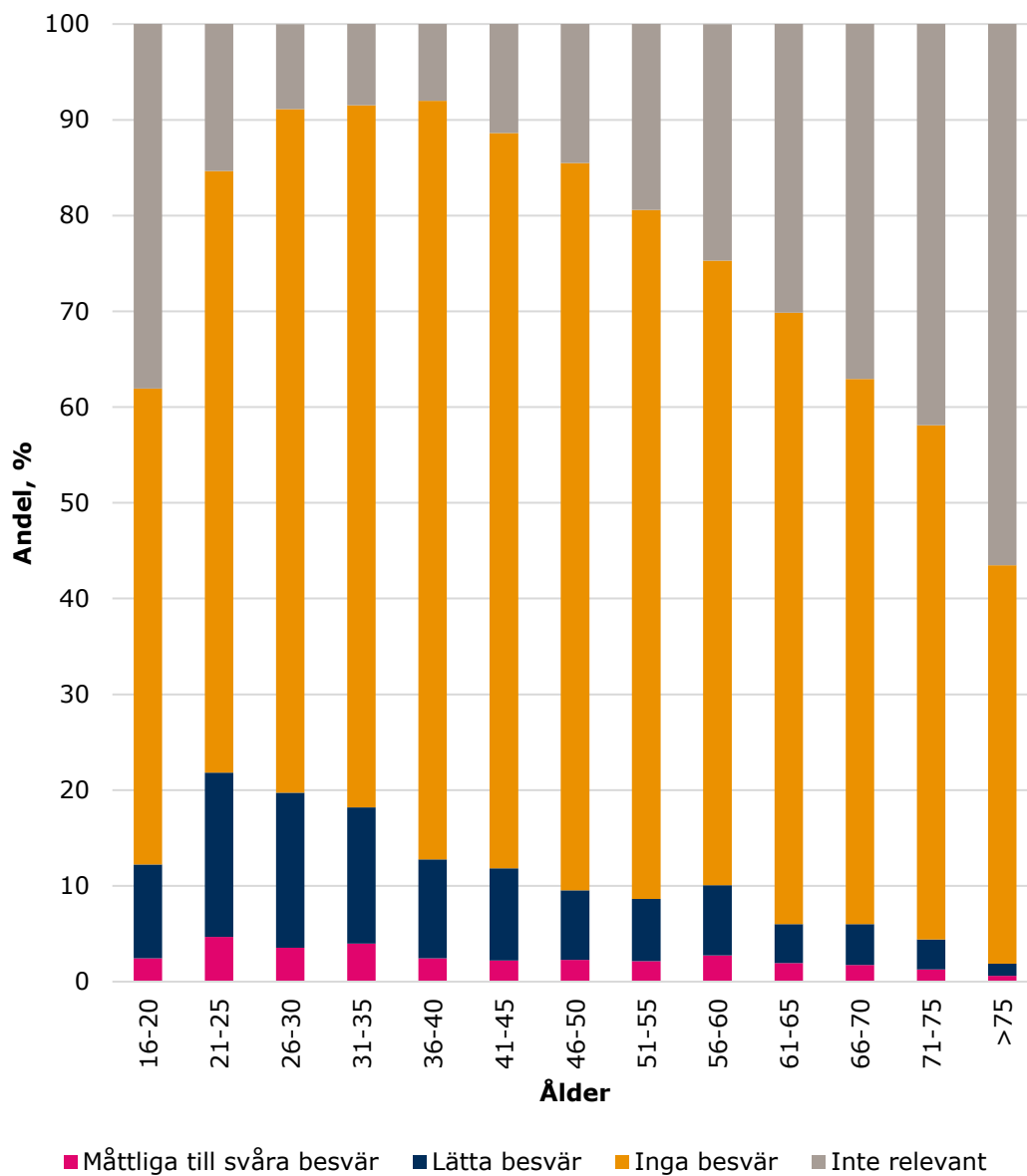
Källa: VAL-databaserna

⁵ Med förstavårdskontakt menas att personen inte har fått samma diagnos registrerad under de föregående fem åren

Bilaga 2. Frekvenser av svarsalternativ för frågor om genital smärta i samband med sex



Figur B. Fördelning av svarsalternativ på frågan om yttlig genital smärta i samband med sex bland flickor och kvinnor i Stockholms län uppdelat i femårsåldersgrupper.



Figur C. Fördelning av svarsalternativ på frågan om djup genital smärta i samband med sex bland flickor och kvinnor i Stockholms län uppdelat i femårsåldersgrupper.

Bilaga 3 Relativ risk för självrapporterad ytlig respektive djup genital smärta utifrån socioekonomiska bakgrundsfaktorer

Tabell A. Relativ risk (sannolikhet) för självrapporterad måttlig till svår ytlig smärta i samband med sex per utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land.

		Andel, %	Relativ risk* (95 % konfidensintervall)
Utbildning	Förgymnasial	4,8	Referens
	Gymnasial	4,9	1,13 (0,65–1,96)
	Eftergymnasial	3,5	1,01 (0,57–1,78)
Inkomst	Låg	5,6	Referens
	Medium	3,0	0,54 (0,39–0,76)
	Hög	3,2	0,63 (0,42–0,92)
Födelse land	Utanför Sverige	3,7	Referens
	Sverige	4,1	1,08 (0,75–1,55)

*Relativ risk är justerad för ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land.

Källa: Hälsa Stockholm 2021 och SCB

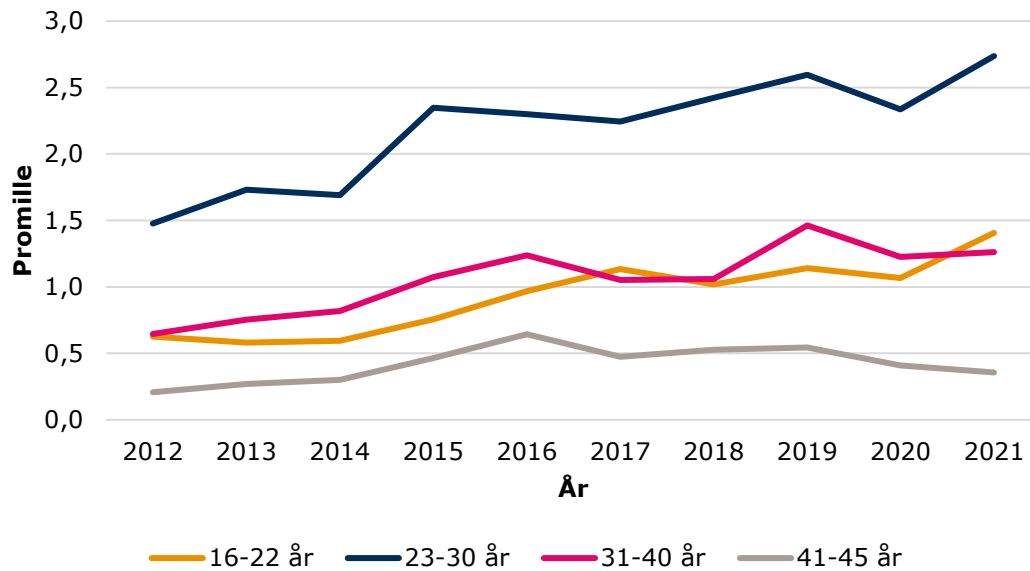
Tabell B. Relativ risk (sannolikhet) för självrapporterad måttlig till svår djup smärta i samband med sex per utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land.

		Andel, %	Relativ risk* (95 % konfidensintervall)
Utbildning	Förgymnasial	3,7	Referens
	Gymnasial	4,2	0,95 (0,54–1,67)
	Eftergymnasial	2,5	0,63 (0,35–1,13)
Inkomst	Låg	4,7	Referens
	Medium	2,1	0,49 (0,33–0,72)
	Hög	2,2	0,54 (0,34–0,86)
Födelse land	Utanför Sverige	3,3	Referens
	Sverige	3,1	1,02 (0,68–1,53)

*Prevalensratio är justerad för ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land.

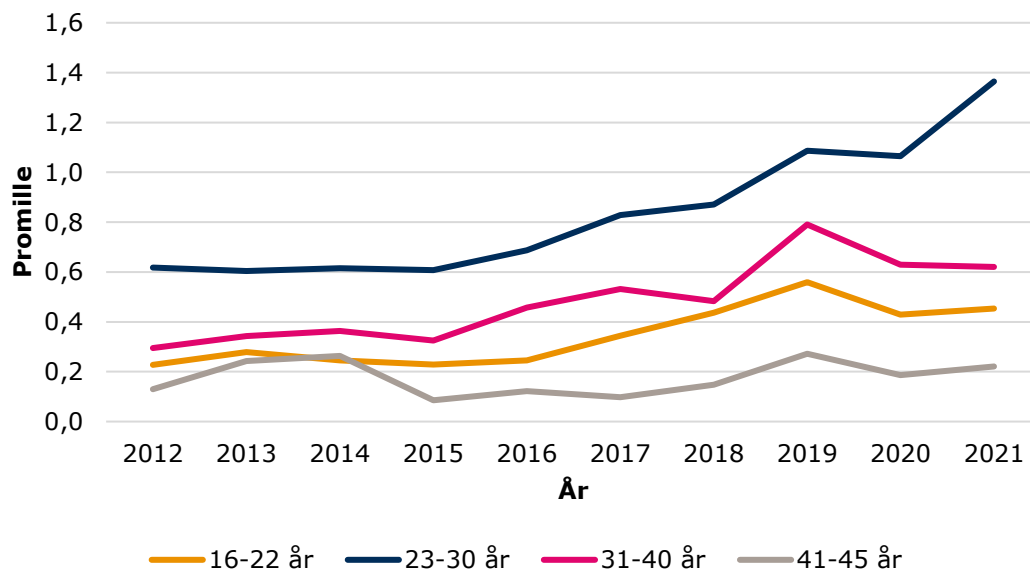
Källa: Hälsa Stockholm 2021 och SCB

Bilaga 4. Antal flickor och kvinnor som fått en diagnos för vulvodyni, vaginism eller dyspareuni uppdelat på ålder



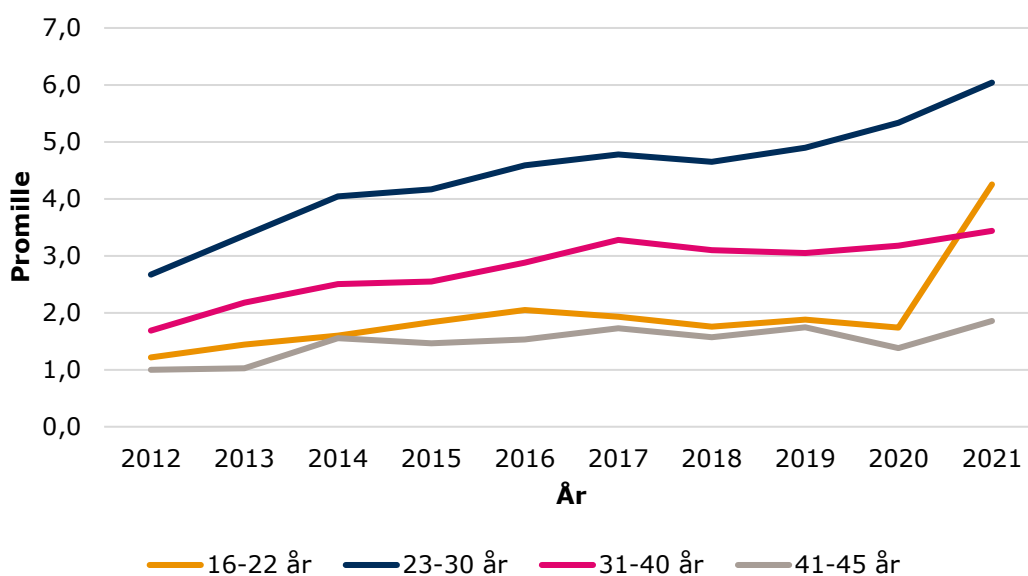
Figur D. Andel flickor och kvinnor (promille) som fått en diagnos för provocerad vulvodyni registrerad vid minst ett vårdbesök under året (ettårsvårdprevalens) år 2012–2021 i Stockholms län, uppdelat i åldersgrupper.

Källa: VAL-databaserna



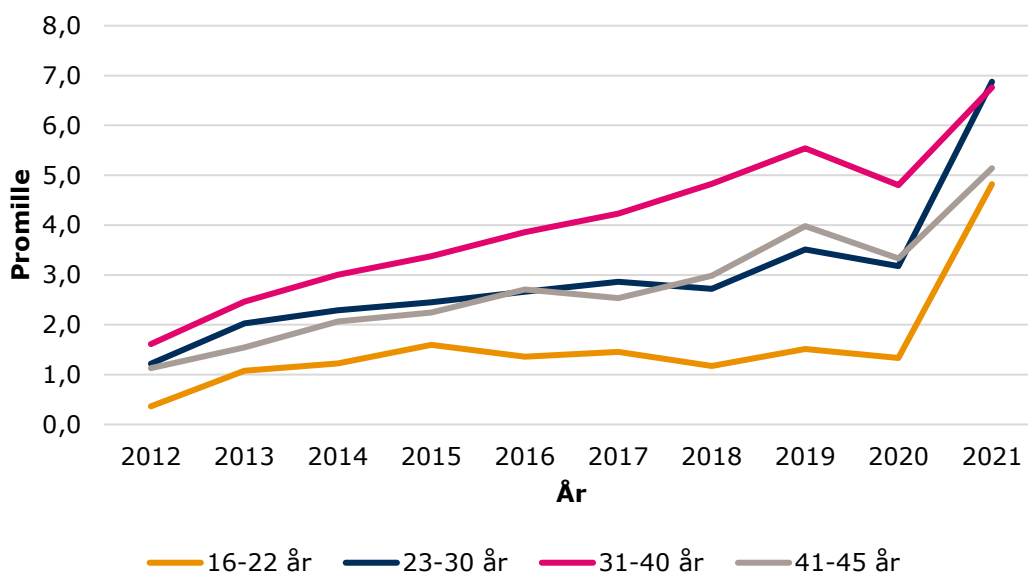
Figur E. Andel (promille) flickor och kvinnor som fått en diagnos för vaginism registrerad vid minst ett vårdbesök under året (ettårsvårdprevalens) under år 2012–2021 i Stockholms län, uppdelat i åldersgrupper.

Källa: VAL-databaserna



Figur F. Andel (promille) flickor och kvinnor som fått en diagnos för dyspareuni registrerad vid minst ett vårdbesök under året (ettårsvårdprevalens) under år 2012–2021 i Stockholms län, uppdelat i åldersgrupper.

Källa: VAL-databaserna



Figur G. Andel (promille) flickor och kvinnor som fått diagnos N90.8 eller N94.8 registrerad vid minst ett vårdbesök under året (ettårsvårdprevalens) under år 2012–2021 i Stockholms län, uppdelat i åldersgrupper.

Källa: VAL-databaserna

ISBN 978-91-988021-2-2



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM