



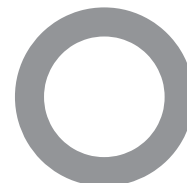
# – INGEN SNAKKER MED MEG OM SEX

**Seksualliv.** Helsepersonell kan for lite om sammenhengen mellom seksuell helse og kronisk hjertesykdom hos kvinner.

**FAGARTIKKEL:**

Artikkelen bygger på

100% teori



**DOI-NUMMER:**

10.4220/Sykepleiens.2015.55918



**Lene Søylund Markhus,** Spesialsykepleier i kardiologisk sykepleie, Haukeland universitetssykehus.

**S**eksualitet og intimitet er en naturlig og viktig del av livet for mennesker i ulike livssituasjoner, og et godt seksualliv er for mange forbundet med god helse (1). Seksualitet gir mulighet til å uttrykke lidenskap, hengivenhet, beundring og lojalitet, samt å opprettholde et godt selvbilde. Intimitet, nærhet og seksualitet er viktige komponenter for opplevelse av god livskvalitet (2,3).



**Nina Fålnu,** Fag- og forskningsykepleier, Haukeland universitetssykehus, og førstelektor ved Høgskolen i Bergen.

**SYMPTOMER.** Mellom 2–4 prosent av befolkningen under 75 år har symptomer på hjertesvikt. Hjertesvikt er en progredierende, kronisk sykdom med relativt kort forventet levetid (4,5). Familieliv og parforhold kan bli negativt påvirket, da dagliglivets roller og funksjoner kan endres som følge av sykdommen. Fysisk og seksuell aktivitet blir ofte begrenset fordi pasientene føler seg skrøpelige, med redusert funksjonsevne og søvnforstyrrelser (6). Kronisk hjertesvikt kan dermed redusere livskvalitet, psykisk helse og påvirke intimiteten i parforholdet (7).

**HELSE.** Kunnskap om redusert seksuell helse er ikke begrenset til hjertesvikt alene. Kvinner som har ulike sykdommer som hypertensjon, angina pectoris, multippel sklerose eller har gjennomgått

hjerteinfarkt eller hjerneinfarkt rapporterer alle om seksuell funksjonsnedsettelse i form av redusert vaginal smøring og problemer med å oppnå orgasme (8,9). Helsepersonell har begrenset kunnskap om sammenheng mellom seksuell helse og kronisk hjertesykdom, spesielt hos kvinner (10). For menn, derimot, foreligger det anbefalinger for seksuell aktivitet etter gjennomgått hjerteinfarkt, koronar bypass operasjon og hjertetransplantasjon (11).

**ANBEFALINGER.** Ved kronisk hjertesvikt anbefales det at både menn og kvinner er optimalt behandlet med hjertesviktmedisiner, og at de er i en stabil funksjonsklasse (Tabell 1) før de gjenopptar seksuell aktivitet (11,12). Det er imidlertid forsket lite på behandling og oppfølging av seksuell funksjonsforstyrrelse hos kvinner med hjertesvikt (6,11). Mange kvinner med hjertesvikt og deres partnere savner informasjon om hvordan de kan gjenoppta seksuell aktivitet (3,6). Internasjonale retningslinjer for behandling av hjertesvikt anbefaler at alle, uavhengig av funksjonsklasse, skal få tilbud om seksuell veiledning. Det anbefales samtidig seksuell avholdenhet for pasienter med svært alvorlig hjertesvikt (NYHA klasse 4) (4,12,13). Til tross for disse klare anbefalingene

blir seksuelle helse hos pasienter med hjertesvikt ofte undervurdert eller oversett av helsepersonell.

**HJERTESVIKT.** Hjertesvikt er et kronisk syndrom der hjertets evne til å pumpe blod er utilstrekkelig i forhold til kroppens behov. Det finnes ingen kurativ behandling av hjertesvikt, og det anslås at 20–40 prosent av pasientene er døde ett år etter bekreftet diagnose (5). De vanligste årsakene til hjertesvikt er gjennomgått hjerteinfarkt, hypertensjon, kardiomyopati og klaffefeil. De vanligste symptomer ved hjertesvikt er dyspné, ankelødemer og tretthet, samt objektive funn som spente vener på halsen og reduksjon i hjertets pumpefunksjon (4).

**HENSIKT.** Hensikten med behandling av hjertesvikt er å redusere symptomer, forbedre funksjonsnivå og livskvalitet, redusere antall reinnleggelses og øke livslengde (5). Hjertesvikt behandles i hovedsak medikamentelt, men det kan også være aktuelt å tilby implantasjon av biventrikulær pacemaker og/eller hjertestarter (CRT-D) samt hjertetransplantasjon (4).

Hjertesviktens alvorlighetsgrad blir klassifisert ved hjelp av New York Heart Associations (NYHA) inndeling av funksjonsnivå (se tabell 1).

Fakta ●●●

## Hovedbudskap

Kvinner med kronisk sykdom har ofte redusert seksuell helse. Så mange som 87 prosent av kvinnene med hjertesvikt rapporterer om opplevelse av seksuell funksjonsforstyrrelse. De fleste av disse kvinnene har ikke fått drøftet sin seksuelle helse med helsepersonell, selv om det er påvist at seksuell veiledning kan forbedre livskvalitet både for kvinnen og hennes partner.

## Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Hjertesvikt
- Seksualitet
- Psykisk helse
- Livskvalitet



**VANSKELIG:** Seksualitet kan være intimt og sårbart, både for dem med kronisk hjertesvikt og for helsepersonell. Illustrasjonsfoto: Colourbox

**Tabell 1: New York Heart Association funksjonelle klassifikasjon av hjertesvikt basert på alvorlighetsgraden av symptomer og fysisk aktivitet.**

Klasse 1	Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet.
Klasse 2	Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet.
Klasse 3	Symptomer på hjertesvikt ved lett fysisk aktivitet.
Klasse 4	Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet.

McMurray et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (4).

**LIVSKVALITET.** I de senere år har det blitt forsket mer på sammenhengen mellom hjertesvikt og

seksuell helse. Hele 87 prosent av kvinnene og 84 prosent av mennene med hjertesvikt rapporterer at

## «For menn, derimot, foreligger det anbefalinger.»

de opplever seksuell funksjonsnedsettelse (14).

Ved seksuell veiledning er det viktig å avkrefte myten om at det er skadelig å være seksuelt aktiv. Pasienter som klarer å gå opp to etasjer i en trappegang, kan også

klare normal seksuell aktivitet (12). De fleste pasienter i NYHA-klasse 4 vil ha problemer med seksuell aktivitet på grunn av dyspné, ødemer og opplevelse av skrøpelighet. I perioder preget av forverring av hjertesvikt er intimitet og nærhet, vist gjennom berøring og støtte fra partner, vel så viktig som selve seksualakten. Etter optimalisering av behandling og stabilisering i NYHA-klasse 1-3, kan kvinnen og hennes partner gjenoppta seksuell aktivitet når





hun opplever at hun har overskudd til det (6,12,13).

Mange pasienter med hjertesvikt legger større vekt på symptomlindring og forbedret livskvalitet, inkludert seksuell aktivitet, enn forlenget levetid (12,15). Bedre symptomlindring øker også sannsynligheten for sikker og tilfredsstillende seksuell aktivitet (15).

**ÅRSAKER.** Seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner forårsakes av redusert vaginal smøring, problemer med ereksjon i klitoris og oppnåelse av orgasme. Mekanismen bak klitoral opphisselse er den samme som ved ereksjon hos menn (16). Dette er grunnen til at både menn og kvinner kan ha effekt av Viagra ved seksuell funksjonsnedsettelse. Viagra er imidlertid lite utprøvd på kvinner, og vi vet lite om effekt av bruk. Medikamentet kan ikke benyttes ved samtidig bruk av nitroglyserinpreparater for symptombedring ved eventuell koronarsykdom (9).

**REDSSEL.** Det er flere årsaker til seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner med hjertesvikt. Blant annet kan generell kardiovaskulær sykdom føre til fibrose, tap av glatt muskulatur i området rundt klitoris, samt aterosklerose i arteriene som forsyner bekkenet med blod. Dette vil medføre at kvinner med hjertesvikt kan oppleve smøringsproblemer på grunn av utilstrekkelig blodtilførsel (12). Seksuell funksjonsnedsettelse kan også oppstå på grunn av hjertesviktsymptomer som dyspné og redusert funksjonsevne, opplevelse av skrøpeligheit, søvnvansker, aldersrelaterte hormonforandringer samt ulike psykologiske faktorer (6,12). Angst for at seksuell aktivitet kan forverre symptomer kan gi redusert seksuell lyst hos kvinner med hjertesvikt (9,17).

**MEDIKAMENTER.** Flere av de viktigste medikamentene som benyttes ved behandling av hjertesvikt kan påvirke eller forverre pasienters seksuell liv (6,11). Bruk av betablokker kan føre til seksuell

funksjonsnedsettelse for både menn og kvinner. Samtidig kan medikamentet gi økt seksuell ytelse ved at pasientens funksjonsklasse forbedres (6,18). Kvinner kan oppleve redusert vaginal smøring og tendens til uregelmessig menstruasjon ved bruk av vanndrivende legemidler som Aldactone (aldosteronantagonist) og Centyl (thiazid) (12). A2-blokkere kan derimot ha en positiv innvirkning på seksualfunksjonen, da de kan bidra til økt seksuell nytelse ved avslapning av glatt muskulatur og utvidelse av blodårer (9,11,14). Manglende informasjon og veiledning om ulike medikamenters potensielt positive innvirkning på seksuell funksjon kan gi redusert medikamentetterslevelse (6,19).

**PARFORHOLD.** Helsepersonell føler seg gjerne usikker i møte med en partner som kan ha mange spørsmål om seksualitet (20). Dersom kvinnens partner i liten grad involveres i behandling og oppfølging, kan dette føre til misforståelser og frykt for å fortsette med seksuell aktivitet (21). Hele 63 prosent av partnerne er overbeskyttende når det gjelder seksuell aktivitet, og 36 prosent er redde for å ha et aktivt seksualliv (22). Engstelige og overbeskyttende partnere kan være en kilde til frustrasjon for kvinner med hjertesvikt (23). Partnere som har seksuelle bekymringer rapporterer om mindre intimitet i parforholdet, da de kan oppleve at kvinnen er mer sårbar og skrøpelig enn før (24,25). Ved å oppmuntre partner til å være med på konsultasjoner og veiledning ved oppfølging av den syke kvinnen, kan livskvalitet forbedres både for pasienten og partneren.

**KUNNSKAP.** Seksualitet kan være et intimt og sårbart tema for mange, både for dem som lever med kronisk hjertesvikt og for helsepersonell. Til tross for dette, bør helsepersonell ta utfordringen med å veilede pasienter med kroniske sykdommer om seksuell helse. Seksuell veiledning kan gi bedre livskvalitet, da mindre tid og energi

blir brukt til bekymring for at man ikke strekker til seksuelt (17).

Hele 75 prosent av sykepleierne mener at pasienter med hjertesvikt har behov for seksuell veiledning. Det er imidlertid påvist at 61 prosent av sykepleierne sjelden eller aldri diskuterer seksuell helse med pasientene (10). Barrierer som hindrer sykepleierne i å undervise og veilede om seksuell helse kan være mangel på kunnskap, at pasienten

oppleves å være for syk samt utfordringer relatert til religion, kultur, alder og språk. Mange er også usikre på hvordan de skal tilnærme seg problemstillinger som handler om seksualitet (7). Så mange som 75 prosent av kvinnene og 60 prosent av mennene som lever med kronisk

hjertesvikt, har aldri drøftet sin seksuelle helse med helsepersonell (10). Dette tyder på at helsepersonell opplever at det er vanskeligere å veilede kvinnelige hjertesviktpasienter om seksuell helse enn det er å veilede menn.

**VERKTØY.** Det finnes ulike instrumenter for seksuell veiledning. Både selvrapporterte data i form av spørreskjemaer samt ulike modeller for veiledning kan benyttes. De fleste pasientene som får behandling for hjertesvikt i hjertesviktpoliklinikker fyller ut det sykdomsspesifikke livskvalitetsskjemaet Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (26). MLHFQ inneholder blant annet spørsmål om seksualitet. Dette kan brukes aktivt; «Jeg ser ut ifra skjemaet du har besvart at du kan ha et problem relatert til seksuell aktivitet, er dette noe du vil snakke om?». Sykepleier kan i samhandling med den kvinnelige hjertesviktpasienten definere problemområder knyttet til seksualitet og avklare forventninger til eventuell videre seksuell veiledning (25,27). Seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner med hjertesvikt skyldes ofte angst for å forverre symptomer og å fremprovosere alvorlige hendelser

## «Det er flere årsaker til seksuell funksjonsnedsettelse hos kvinner.»

Tabell 2: PLISSIT-modellen som verktøy i seksuell veiledning

Trinn 1	Permission (tillatelse) til å diskutere og ta opp seksuelle temaer med behandler slik at en sammen kan avklare hvilke hjelpebehov som er nødvendig for pasienten. Hensikten med å ta opp temaet er å skape trygghet rundt seksualitet og signalisere at det er en viktig del av livet til alle mennesker i alle livssituasjoner.
Trinn 2	Limited Information (begrenset informasjon) innebærer at pasienten får adekvat informasjon om seksualitet, slik at pasienten får svar på sine bekymringer og utfordringer.
Trinn 3	Specific Suggestion (spesifikk rådgiving) innebærer at behandler tilpasser informasjonen om seksualitet ut ifra diagnose og alder. Behandlingstilbudet består av medisiner eller ulike praktiske hjelpemidler.
Trinn 4	Intensive Therapy (intensiv terapi) krever utdanning innen sexologi. Pasienten får tilbud om behandling for alvorlige seksuelle problemer.

Annon J. PLISSIT modellen: Atferdsbehandling ved seksuelle problemer (1).

under seksuell aktivitet. Mange vil oppleve at deres seksuelle helse forbedres bare ved å sette ord på tankene sine. Andre vil ha behov for rådgiving om bruk av for eksempel ulike vaginale kremer samt energibesparende og smertereduserende samleiestillinger (6).

**FIRE TRINN.** Det eldste og mest anerkjente verktøyet ved seksuell veiledning er PLISSIT-modellen (Tabell 2). Dette er en firetrinnsmodell der helsepersonell og pasient tilnærmer seg en seksuell problemstilling i forhold til egen kompetanse og bekvemmelighetsnivå (1). Hensikten med PLISSIT-modellens tre første trinn er å yte hjelp til selvhelp. Dersom veiledning basert på

disse tre trinnene ikke er tilstrekkelig for å oppnå tilfredsstillende seksuell funksjonsevne, anbefaler man at pasient og partner blir henvist til terapi hos spesialist i sexologi.

**SAMTALEN.** Seksualitet kan være et ømtålig samtaleemne for mange. Enkelte pasienter ønsker ikke å snakke om sin seksualitet – dette må respekteres. Det er imidlertid ulike måter å tilnærme seg ømtålige samtaleemner på. Personsentrert omsorg handler om å ivareta individuelle behov og å bidra til at den enkelte pasient opplever å ha kontroll over eget liv (28,29,30). For å oppnå dette må kvinnelige pasienter med hjertesvikt få mulighet

til å formidle sine opplevelser og tanker om det å leve med kronisk sykdom. Mål, tiltak og behandling besluttes på bakgrunn av en felles forståelse av hva som er viktig for den enkelte – også for optimalisering av seksuell helse. Kvinner med hjertesvikt må delta aktivt i egen behandling for derved å styrke sine evner til å ivareta egenomsorg og identifisere ressurser for god livskvalitet. Personsentrert omsorg øker pasienttilfredshet og forbedrer helseutfallet (31). Ved seksuell veiledning kan den kvinnelige hjertesviktpasienten formidle egne opplevelser og problemer relatert til seksuell aktivitet. Tiltak og mål for seksuell veiledning blir fastsatt og dokumentert i samarbeid med kvinnen og hennes partner.

**KONKLUSJON.** Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill med andre mennesker, og dermed også mental og fysisk helse. Frykt for at seksuell aktivitet kan forverre sykdom, kan gi dårlig livskvalitet. Gode rammer for seksuell veiledning er individuell oppfølging og personsentrert omsorg. Ved aktiv bruk av pasientrapporterte data kan helsepersonell identifisere hvilke personer som har behov for seksuell veiledning. Vi må respektere at ikke alle ønsker å snakke om seksualitet, da noen kan oppleve at dette kan bli for intimt og vanskelig. ●

**REFERANSER:**

- Annon J. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther* 1976; 2 (1): 1–15.
- Steinke EE. Intimacy needs and chronic illness: Strategies for Sexual Counseling and Self-Management. *J Gerontol Nurs* 2005;31(5): 40–50.
- Steinke EE. How Can Heart Failure Patients and Their Partners Be Counseled on Sexual Activity? *Curr Heart Fail Rep* 2013;10:262–269.
- McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2012;33:1787–1847.
- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137–1146.
- Jaarsma T, Fridlund B, Mårtensson J. Sexual Dysfunction in Heart Failure Patients. *Curr Heart Fail Rep* 2014;11:330–336.
- Goldstein I. The mutually reinforcing triad of depressive symptoms, cardiovascular disease, and erectile dysfunction. *Am J Cardiol* 2000;86 (2A): 41–45.
- Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M et al. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: A Consensus Document from the American

- Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J* 2013;34:3217–3235.
- Steinke EE. Sexual Dysfunction in Women with Cardiovascular Disease. What Do We Know? *J Cardiovasc Nurs* 2010;25(2): 151–158.
- Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Couperus MF, Sanderman R, Jaarsma T. What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart Lung* 2012;41:492–499.
- Mandras SA, Uber PA, Mehra MR. Sexual Activity and Chronic Heart Failure. *Mayo Clin Proc* 2007;82 (10): 1203–1210.
- Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B et al. Sexual Activity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:1058–1072.
- Westlake C, Dracup K, Walden JA, Fonarow G. Sexuality of Patients with Advanced Heart Failure and Their Spouses or Partners. *J Heart Lung Transplant* 1999;18:1133–1138.
- Schwarz ER, Kapur V, Bionat S, Rastogi S, Gupta R, Rosanio S. The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Impot Res* 2008;20:85–91.
- Staneck EJ, Oates MB, Mcghan WF, Denofrio D, Loh E. Preferences for Treatment Outcomes in Patients With Heart Failure: Symptoms Versus Survival. *J Card Fail* 2000;6(3): 225–232.
- Archer SL, Gragasini FS, Webster L, Bochinski D, Michelakis ED. Etiology and Management of Male Erectile Dysfunction and Female Sexual Dysfunction in Patients with Cardiovascular Disease. *Drugs Aging* 2005;22 (10): 823–844.
- Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Luttik ML, Sanderman R, van Velthuisen DJ, Jaarsma T. Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. *Heart* 2012;98:1647–1652.
- Ko DT, Herbert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA* 2002;288:351–357.
- Opdahl T, Sveinsdottir V, Holm MS. Hjerstepasienter tar ikke medisiner riktig. *Tidsskriftet Sykepleien* 2015;10:46–49.
- Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S et al. Sexual Counselling of Cardiac Patients: Nurses' Perception of Practice, Responsibility and Confidence. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010 March; 9(1): 24–29.
- Dalteg T, Benzein E, Fridlund B, Malm D. Cardiac Disease and Its Consequences on the Partner Relationship: A Systematic Review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:140–149.
- Medina M, Walker C, Steinke EE, Wright DW, Mosack V, Farhoud MH. Sexual Concerns and sexual counseling in heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs* 2009;24(4): 141–148.
- Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006;5:37–44.
- Arenhall E, Kristofferzon ML, Fridlund B, Malm D, Nilsson U. The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:108–114.
- O'Farrell P, Murray J, Hotz SB. Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart Lung* 2000;29:97–104.
- Papadopoulou EF, Mavrogeni SI, Dritsas A, Cokinos DV. Assessment of Quality of Life Using Three Activity Questionnaires in Heart Failure Patients After Monthly, Intermittent Administration of Levosimendan During a Six-Month Period. *Hellenic J Cardiol* 2009;50:269–274.
- Norekvål TM, Fållun N, Fridlund B. Patient-reported outcomes on the agenda in cardiovascular clinical practice. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015 Oct 28. pii: 1474515115614133.
- van Driel AG, Jef de Hosson MJ, Gamel C. Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014;13(3): 227–234.
- Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A et al. Person-Centered Care- Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011;10:248–251.
- Fållun N, Instenes I, Norekvål TM. Hjerteresvikt krever spesialkompetanse. *Tidsskriftet Sykepleien* 2013;13:68–70.
- Alharbi TSJ, Ekman I, Olsson LE, Dudas K, Carlström E. Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy* 2012;108:294–301.29.

**FAGARTIKLER:**

Fagartikler kan sendes til [torhild.apall@sykepleien.no](mailto:torhild.apall@sykepleien.no)