



“Hjerter i lyst og nød”



Seksualitet og hjertesykdom

Et hefte for helsepersonell

Dette heftet er en del av prosjektet "HJERTER I LYST OG NØD".
Prosjektet er finansiert med midler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, LHL.

Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom LHL Nord Elisabethsenteret og Institutt for psykologi / Universitetet i Tromsø, samt Universitetssykehuset i Nord Norge/UNN. I prosjektet er det gjennomført en kartleggingsundersøkelse, det er holdt seminarer for hjertesyke og for helsepersonell.

Prosjektgruppen som har drevet frem prosjektet har også skrevet tekstene til dette heftet. Gruppen har bestått av:

Kristina Forsberg.

Sykepleier og gestaltterapeut. Prosjektleder for "Hjertes i lyst og nød".

Dagfinn Sørensen.

Psykolog og spesialist i i klinisk sexologi, NACS.

Unni Kildalsen Strand.

Sykepleier med hjertemedisinsk erfaring fra Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Kari Anne Pedersen.

Mastergrad i Folkehelsevitenskap og personlig erfaring med en hjertelidelse.

Per Lunde.

Overlege og kardiolog ved Universitetssykehuset i Nord-Norge med erfaring fra hjerterehabilitering og problemstillinger knyttet til samliv etter hjertesykdom.

Professor i helsepsykologi, Bente Træen, Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø, har hatt det faglige ansvaret for forskningsaktiviteten i prosjektet.

Heftet er redigert av **Berit Rimstad,** assistentlege ved Rehabiliteringsavdelingen, Feiringklinikken.

Heftet koster kr 50,- og kan bestilles fra LHL.

Utgitt av: LHL Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke, desember 2008. www.lhl.no

Grafisk produksjon: GRØSET™

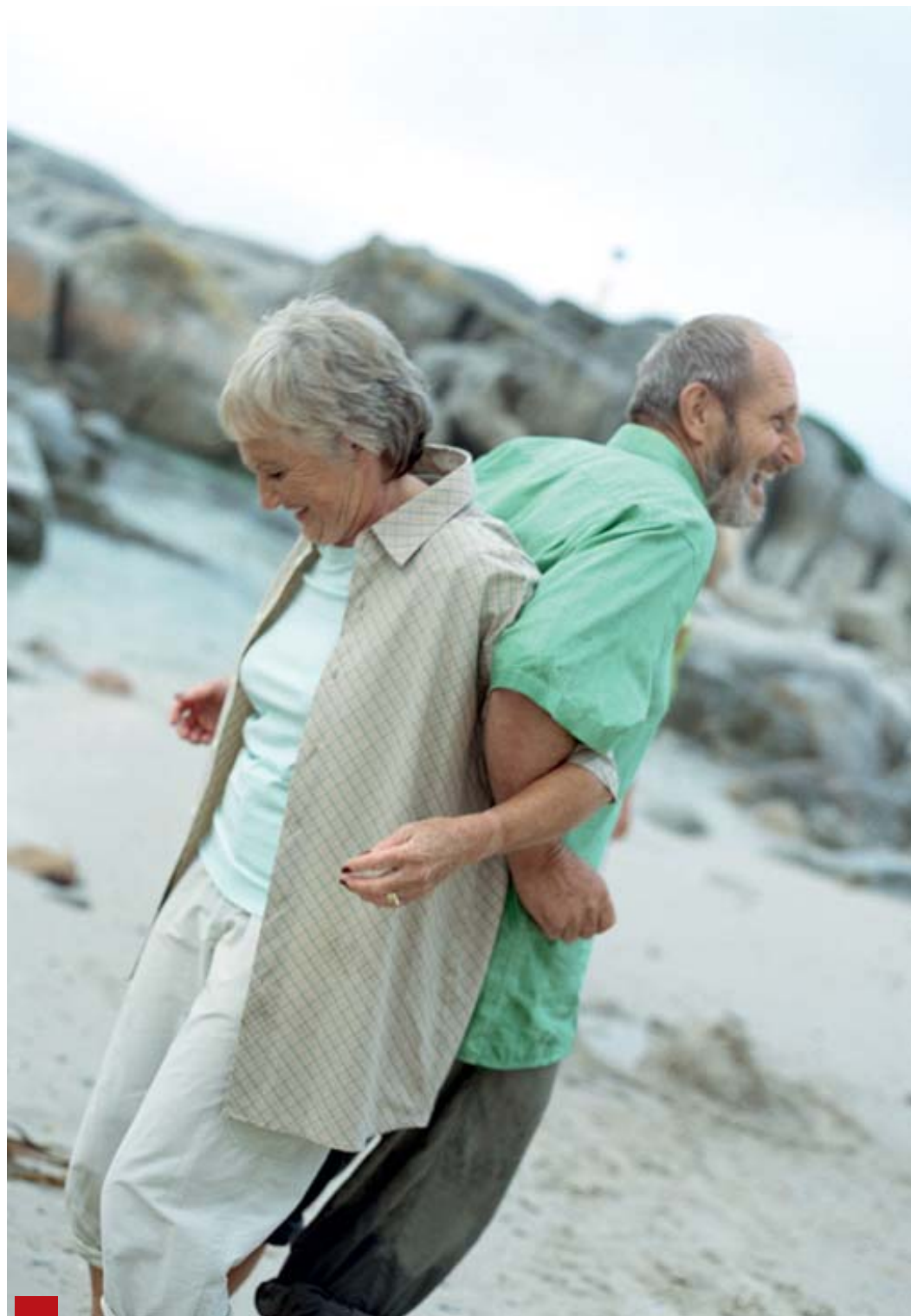
Bilder: crestock.com, PAL, Medinor

Trykk: GRØSET™

Opplag: 1000

Innhold

1. INNLEDNING	5
2. MINE ERFARINGER SOM VOKSENT HJERTEBARN	7
3. SAMLIV OG SEKSUALITET BLANT HJERTESYKE	8
Seksuelle problemer og tilfredshet	8
Medfødt versus ervervet sykdom	9
Profesjonell hjelp	9
4. SEKSUALFUNKSJONEN	11
Vi er og blir seksuelle vesener	11
Hva skjer i kroppene våre ved seksuell aktivitet?	11
Seksuell dysfunksjon som følge av hjertesykdom	12
Seksuell aktivitet hos hjertepasienter - en risikosport?	12
Seksual dysfunksjon og kjønnsforskjeller	13
Medikamenter og seksualfunksjon	15
5. HJERTESYKDOM OG SEKSUALITET	16
Hvordan påvirkes seksualiteten av det å ha en hjertesykdom?	16
Psykologiske endringer	17
Tanker og tenkesett	17
Følelser	17
Relasjonelle endringer	18
Endring av atferd	18
Spesifikke seksuelle konsekvenser	19
Omfang og alvorlighetsgrad	19
6. HJELP OG BEHANDLING	21
Mottagelighet for hjelp	21
Hjelperens “unnskyldninger”	21
Hjelperens utfordringer	22
Hvordan hjelpe?	22
7. SEKSUELLE HJELPEMIDLER	26
Tekniske hjelpemidler	26
Medikamentelle hjelpemidler	27
8. TILBAKEMELDINGER FRA PASIENTER OG HELSEPERSONELL	28
9. AVSLUTTENDE ORD	30
Publikasjoner fra prosjektet	31
Her kan du lese mer	31



1. Innledning

Til deg som arbeider med hjertepasienter!

Som helsepersonell er du en viktig støttespiller både for pasienter og deres pårørende. Tradisjonelt sett har helsetjenesten hatt fokus på fysisk aktivitet, røykeslutt, medisinbruk og ernæring i veiledning av hjertepasienten. Med prosjektet "Hjertesyeke i lyst og nød" har vi satt fokus på SEKSUALITET OG SAMLIV blant hjertesyeke. Vårt mål er at temaet blir en naturlig del av oppfølgingen av hjertepasienter, på lik linje med de mer tradisjonelle temaene.

Det å leve med hjertesyeke kan ha mange konsekvenser for selvtilliten og kroppsbildet til den som rammes. Dermed får sykdommen ofte konsekvenser også for individets seksualitet og samliv. Av erfaring vet vi at helsepersonell vil hjelpe, men er usikre på hvordan de skal gå frem for å veilede pasienter med slike utfordringer. Vårt håp er at heftet kan hjelpe deg til å bli mer trygg slik at du opplever det naturlig å ta opp spørsmål om seksualitet og samliv.

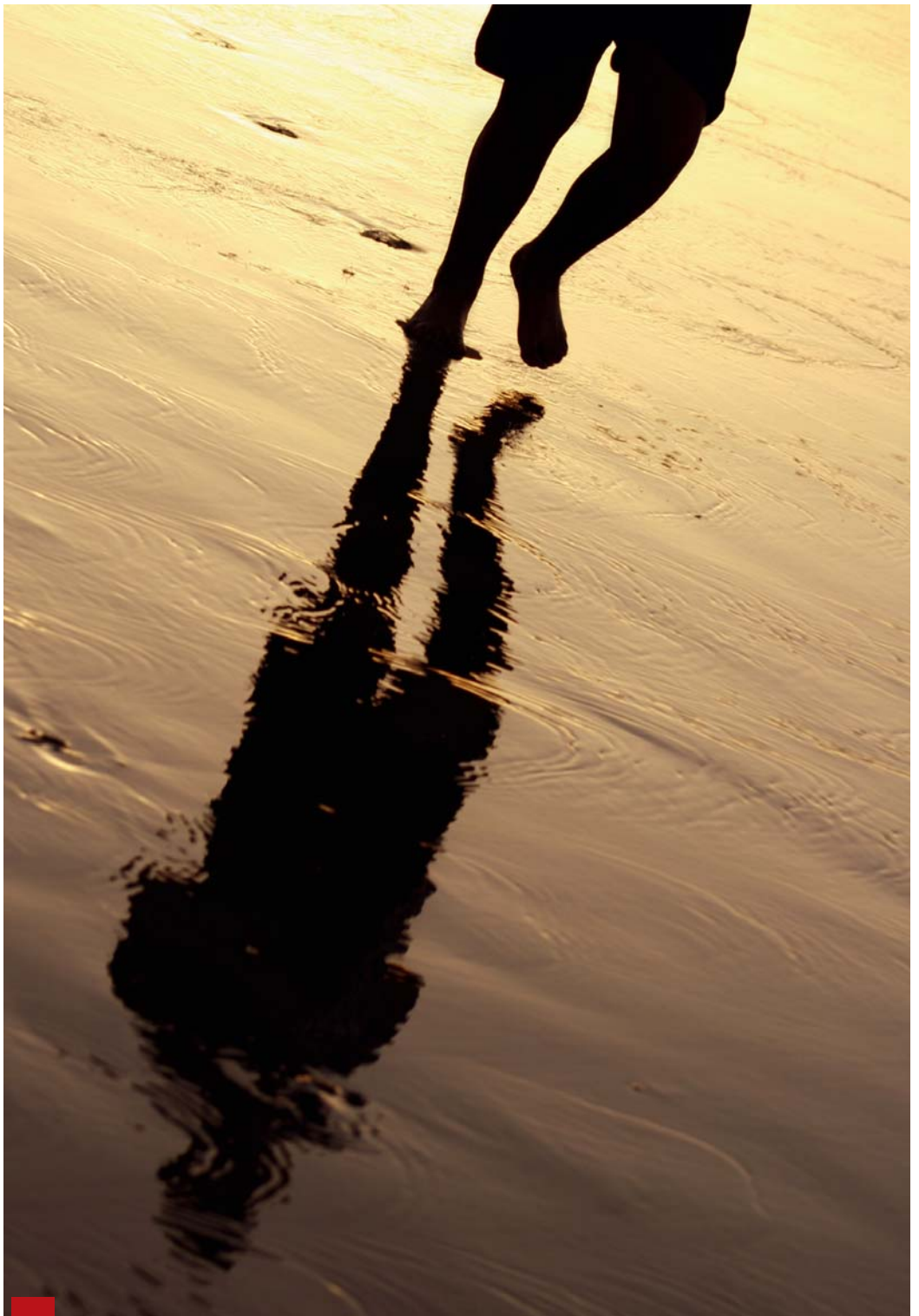
Heftet tar utgangspunkt i en pasienthistorie og en studie som kartlegger seksuelle problemer blant hjertesyeke utført ved Universitetet i Tromsø våren 2005. Videre finner du fakta om hvordan kroppen fungerer seksuelt, hjertelidelsens konsekvenser for og medisiners påvirkning på seksualfunksjonen. Det psykologiske aspektet ved seksualitet og samliv, kommunikasjon og intimitet beskrives, samt forslag til behandling, hjelpemidler og metoder.

En del av prosjektet har vært å arrangere seminarer for pasienter og helsepersonell. Her har det kommet frem erfaringer og behov i forhold til hjertesyeke og seksualitet. Dette omtales i siste del av heftet.

Vi ønsker god fornøyelse med lesingen!

Tromsø, desember 2008.

Kristina Forsberg
Prosjektleder



2. Mine erfaringer som voksent hjerte barn

”Som voksent hjerte barn på 35 år har jeg nå mange års erfaring med helsevesenet, fra primær- til spesialistnivå. Dette gjør at jeg også har vært i kontakt med helsevesenet i mange ulike faser av livet mitt. Min opplevelse er at dette er et trygt og godt vesen som ivaretar sine pasienter på best mulig måte på det medisinske området, og som gjør alt de kan for å forbedre pasientenes helsetilstand. Tingen er bare det at når man har en medfødt hjertefeil, så innvirker dette på hele mennesket, og dette ”resten av mennesket” har jeg opplevd ofte går i glemmeboken hos de som jobber med oss pasienter.

Temaet seksualitet og samliv er etter min erfaring et uberørt tema fra helsevesenets side. Ved et par anledninger har det blitt et tema, men da på grunn av spesielle hendelser knyttet til min sykdom. Selv opplevde jeg for første gang at noen snakket med meg om dette da jeg selv kontaktet min primærlege for å få p-piller, noe jeg som alle mine venninner så på som en selvfølge. Min primærlege kunne da informere meg om at han på grunn av min hjertesykdom ikke turde gi meg en slik resept før han hadde konferert med Rikshospitalet. Dette ble første omgang i en lang og ganske tøff runde for en ung jente omkring temaet prevensjon og mulighet for å bli gravid når man har en alvorlig hjertefeil. Ingen hadde før dette fortalt meg at det var spesielle og viktige hensyn å ta i forhold til dette. Mitt ønske er at andre skal slippe å få denne type informasjon på en slik måte som jeg gjorde. Dette burde noen ha snakket med meg om og informert meg om på et tidligere stadie og ikke som en nødvendighet på grunn av en oppstått situasjon. Vi som har en medfødt hjertefeil og som alltid har vært syke, går kanskje glipp av en slik informasjonspakke som mange med en ervervet sykdom opplever å få i forbindelse med det å være ny-syk. Vi som alltid har vært syke, lærer selvsagt å leve med det, og tilegner oss mye kunnskap på området. Allikevel har også vi behov for at noen tar opp slike temaer med oss, lar oss stille spørsmål og drøfte problemstillinger. Selv om lidelsen i seg selv kan være stabil, så gjennomgår vi forskjellige faser i livet der den medfødt hjertefeilen vil kunne by på forskjellige utfordringer. Jeg har nok selv heller aldri tatt opp temaer i forhold til samliv og seksualitet med dem jeg møter i helsevesenet på grunn av hjertefeilen jeg lever med. Det er liksom et ikke-tema. Det kan også være lett å tenke at man ikke skal ”bruke opp” den avsatte tiden til et slikt tema, man har jo så mye annet å spørre om i forhold til medisiner og rare hjerterytmmer....

Jeg håper at dere som gjennom deres arbeid møter hjertesyke, små og store, kan få det inn som en naturlig del at det gis åpning for å snakke om også temaer omkring seksualitet og samliv. Informasjonsdelen må heller ikke glemmes. Man vet i dag mer og mer om hvilke utfordringer og vansker som kan oppstå hos personer som lever opp med en medfødt hjertefeil. La dem få informasjon om det!”

3. Samliv og seksualitet blant hjertesyke

En oppsummering av undersøkelsen blant LHL-medlemmer våren 2005.

Kunnskapen om forekomst av seksuelle problemer blant hjertesyke er begrenset. I samarbeid med Universitetet i Tromsø, Institutt for psykologi, ble alle medlemmer av Landsforeningen for Hjerne og Lungesyke (LHL) mellom 18-55 år bedt om å delta i en spørreundersøkelse om sex og samliv. Medlemmene var registrert med en hjertediagnose, og 1664 personer fikk forespørsel om å delta. Svarprosenten var 36 %. Utvalget speiler LHLs medlemsmasse i forhold til kjønn og aldersfordeling. I 1997 utførte MMI (Markeds- og mediainstituttet) en representativ spørreundersøkelse blant 1093 voksne nordmenn. Denne studien brukes som sammenligningsgrunnlag for LHL studien ” Samliv og seksualitet blant hjertesyke”.

Seksuelle problemer og tilfredshet

Totalt 26 % av LHL medlemmene mot 11 % i den generelle befolkningen rapporterte at de noen gang hadde hatt en seksuell dysfunksjon. Forekomsten av seksuelle problemer er altså i følge dette omlag dobbelt så stor blant hjertesyke som i den generelle befolkningen. Blant kvinner i gruppen yngre enn 40 år rapporterte 33 % av LHL-kvinnene mot 14 % av kvinnene i den generelle befolkningen at de hadde hatt en seksuell dysfunksjon. Andel menn med hjertediagnose som rapporterer ereksjonsproblemer, er 73 %. 17 % av menn i den generelle befolkningen oppgir samme problem.

Blant hjertesyke rapporterte 22 % at de hadde minst *en* seksuell dysfunksjon på tidspunktet for undersøkelsen. Av de som sa at de hadde en dysfunksjon, var ereksjonssvikt det vanligste problem blant menn (33 % blant dem under 40 år, 63 % blant dem over 50 år). Blant kvinnene var nedsatt seksuell lyst det vanligste problemet (50 % blant kvinner under 40 år, 65 % blant dem over 50 år). Det er verdt å merke seg at 28 % av menn over 50 år også sa de var plaget av nedsatt seksuell lyst.

En stor andel kvinner plages av tørrhet i skjeden (fra 20 % blant de under 40 år til 37 % blant de over 50 år).

Seksuelle dysfunksjoner blant kvinner, spesielt nedsatt seksuell lyst, har ofte sammenheng med stress, samlivs- og følelsesmessige problemer. Hvis et samliv ikke fungerer godt, kan negative tanker og følelser bli resultatet, hvilket igjen kan føre til en utvikling av seksuelle problemer.

At ereksjonssvikt er et vanlig problem blant hjertesyke menn er velkjent. Det er imidlertid mindre kjent at nedsatt seksuell lyst representerer et relativt mye større problem enn antatt blant hjertesyke menn. Generelt er nedsatt seksuell lyst blant menn lite studert. Det har oftest vært ansett som et kvinneproblem. Redusert seksuell lyst blant menn kan være knyttet til skam, fordi det innebærer et brudd

med stereotype forestillinger om maskulinitet og den mannlige seksuelle aktøren som alltid klar for sex. Resultatene fra LHL-undersøkelsen antyder at dette er noe helsepersonell bør ta opp i møtet med hjertesyke menn under en konsultasjon.

Pasientenes forklaringer på hvorfor de hadde seksuell dysfunksjon var at de hadde hatt hjerteinfarkt, problemer med å bli seksuelt motivert, negative tanker om egen kropp, angst for hvordan kroppen fungerer og for seksuell aktivitet.

Mangel på seksuell motivasjon kan like gjerne være en virkning av et seksuelt problem som en årsak til problemet. Trolig påvirker disse faktorer hverandre gjensidig og skaper et dynamisk system av årsak og virkning.

I den generelle befolkningen rapporterte 66 % at de var tilfreds med sitt seksualliv, sammenlignet med 53 % blant LHL medlemmene. Blant de hjertesyke var seksuell tilfredshet sterkest knyttet til selvbilde, orgasmehyppighet, hyppighet av seksuelle uoverensstemmelser, og om man hadde seksuelle problemer. Misnøyen med seksuallivet økte med tilstedeværelsen av angst og depresjon. Tilfredsheten økte med opplevelse av å leve i et harmonisk parforhold og hyppigere samleiefrekvens.

Medfødt versus ervervet hjertesykdom

Mennesker som lever med en hjertesykdomsdiagnose, er ofte redd for at seksuell aktivitet kan utløse sykdommen. Den viktigste forklaringen på seksuell misnøye blant menn med medfødt hjertesykdom var angst for å ha samleie. Både menn og kvinner med medfødt hjertesykdom plages ofte av symptomer som pustevansker, smerter i brystet og uregelmessig hjertebank. De oppfatter trolig kroppen sin som skjør. Dette kan hemme seksuell atferd ettersom sex knyttes til angst for å provosere fram symptomer på sykdommen. Spesielt yngre kvinner med medfødt hjertesykdom kan være engstelige for sin kropp og sin seksualitet. Det handler blant annet om forhold knyttet til graviditet og svangerskap. De kan bekymre seg for om de kan bli gravide, og for om hjertet og kroppen vil tåle et svangerskap. Mange med medfødt hjertesykdom hadde ikke barn, og mange bodde heller ikke sammen med en partner. Resultatene fra undersøkelsen tolkes dithen at en del av kvinnene med medfødt hjertesykdom som var misfornøyd med seksuallivet sitt, avstod både fra et seksualliv og fra å bli gravide / få barn.

For gruppen med ervervet hjertesykdom syntes misnøyen med seksuallivet i sterkere grad å være knyttet til angst for å utløse hjertesvikt. Det ser ut til at mangel på seksuell tilfredshet blant menn og kvinner med medfødt og ervervet hjertesykdom har sammenheng med ulike faktorer.

Profesjonell hjelp

LHL medlemmene som hadde seksuelle dysfunksjoner ble spurt om de hadde opplevd behov for profesjonell hjelp til å løse problemene sine. Totalt svarte 27 % nei, 30 % sa ja, og 43 % var usikre. Hele 41 % hevdet at de hadde oppsøkt en lege,



psykolog eller annet helsepersonell for å løse problemet. Av disse sa bare 24 % at de var tilfreds med hjelpen de fikk, mens 34 % var misfornøyd, og 43 % var usikker på verdien av hjelpen. Av de LHL medlemmene som oppga å ha seksuelle dysfunksjoner på undersøkelsestidspunktet oppga 22 % at de brukte en eller annen form for seksuelt hjelpemiddel. Blant mennene som oppga at de brukte seksuelt hjelpemiddel, var det 77 % som brukte potensforsterkende medisiner.

Den høye andelen som uttrykker usikkerhet eller misnøye med behandlingen, viser at dette er et tema som må tas på alvor av helsepolitikere samt fagfolk innenfor helsetjenesten og utdanningssektoren.

4. Seksualfunksjonen

Vi er og blir seksuelle vesener fra barndom og opp i høy alderdom

Dette kan vi takke lysthormonet testosteron for. Forskning har imidlertid vist at blant den generelle befolkningen trenger en av ti hjelp i faser av livet når seksuallivet har gått i stå, og at så mange som en av fire med hjertesykdom har samme behov for hjelp.

Ved seksuell aktivitet foregår det et komplisert samspill mellom en rekke ulike hormoner og reflekser samt fysiske og psykologiske faktorer.

I lys av dette er det ikke rart at seksuallivet kan komme inn på blindspor. Litt generelt kan man si at for kvinnene er det lystproblemer som dominerer, mens det for menn dreier seg mest om ereksjonssvikt. Dette fremkommer også i spørreundersøkelsen blant LHL-pasientene.

I de følgende avsnittene gis en medisinsk forklaring på hvorfor enkelte hjertepasienter opplever problemer med seksualfunksjonen.

Hva skjer i kroppene våre ved seksuell aktivitet?

En av forutsetningene for at vi skal ha lyst til sex, er at vi har en viss produksjon av lysthormonet testosteron. Hos kvinner produseres dette i binyrer og i eggstokkene, hos menn mest i testiklene. Det er imidlertid ikke slik at det er noen sammenheng mellom nivået av testosteron og lyst. En person, kvinne eller mann, kan fungere helt topp seksuelt og ha lave nivåer av testosteron. Det er heller ikke så enkelt at et lystproblem skal behandles med testosteron.

Kort sagt oppstår seksuell tenning og opphisselse ved ulike former for stimulering på grunn av signaler i hjernen. Hjernen svarer på stimuleringen og sender signaler via nerver, hormoner og andre kjemiske substanser ut i hele kroppen.

I binyrene produseres adrenalin og noradrenalin. Dette gjør at puls og blodtrykk øker, blodårer utvider seg, huden rødmer, og vi blir varme og svette. Underlivet fylles med blod, kjertler i kjønnsorganene produserer sekret (som vil fungere som

smøring), og slik blir de glatte, myke og varme. Lokalt i kjønnsorganene fører seksuell stimulering til at nitrogenoksid frigjøres. Nitrogenoksid virker på blodårene slik at de utvider seg. Resultatet blir at penis og klitoris fylles med blod. Vi får altså ereksjon. Det går også signaler til eggstokker og testikler, og produksjonen av kjønnshormoner øker. Dermed øker lysten ytterligere, og man er på en oppadstigende kurve med hensyn til seksuell spenning. I hjernen produserer hypofysen hormonene prolaktin og oxytocin. Dette er orgasmehormoner. Når den seksuelle opphisselse er maksimal og vi er så heldige å få orgasme, er produksjonen av disse hormonene på topp, og hormonene får oss over i en fase av tilfredshet og seksuell avreagering. Hva som tenner oss seksuelt er svært forskjellig. For mange er emosjonell nærhet, ømhet, oppmerksomhet og tilstedeværelse viktig. For andre kan det være bilder, fetisjer og fantasier.

Seksuell dysfunksjon som følge av hjertesykdom

Hos mer enn halvparten av pasienter med kransåresykdom går seksuallivet i stå etter et hjerteinfarkt. Dette rammer kvinner og menn likt. Mange menn har imidlertid hatt dysfunksjon også før infarkt, fordi ereksjon hos menn først og fremst forutsetter normale blodårer. Den dysfunksjonen som inntrer etter et hjerteinfarkt, viser seg gjerne som avtagende samleiehyppighet og mindre nytelse. Angsten står i fokus, og pasientene hengir seg ikke lenger til nytelse.

Det er mange faktorer som bidrar til dette. I akutfasen tenker man på helt andre ting enn sex. Det handler om å overleve. Ved utreise orienteres ofte pasientene om å avstå fra sex "den første tida" av frykt for at seksuell aktivitet skal utløse nye hendelser. Partneren kan således bli overbeskyttende og engstelig i frykt for å "skade" den syke. Det kommer ofte en endret dynamikk i parforholdet ved at selvfølelsen til den syke endres og at en person som trenger pleie og omsorg, ikke lenger oppleves som seksuell attraktiv.

Noen pasienter får symptomer under samleie. Det kan være brystsmerter, åndenød eller hjertebank/urolig puls. Dette kan virke skremmende og kan gi angst. Medikamenter kan spille en rolle for noen. En viktig faktor er alder.

Jo høyere alderen er når infarkt rammer et individ, desto vanskeligere er det å gjenvinne den seksualiteten vedkommende hadde før infarkt. Viktigere enn samleie etter et infarkt er nærhet og tilstedeværelse, ømhet og kjærtegn.

Seksuell aktivitet hos hjertepasienter - en risikosport?

Generelt er svaret et NEI! Men, det kan være slik, og derfor må vi finne de pasientene som kan være i faresonen. Det gjør vi med en arbeidstest av pasienter etter et hjerteinfarkt, eller de vi mistenker kan ha hjertesykdom. Påviser vi unormale forhold ved en slik test, tilbys disse pasientene videre utredning og behandling. Når pasienten er vellykket behandlet, regnes disse ikke lenger som risikopasienter.

Hvor stor er egentlig den fysiske belastningen ved samleie? Faktisk er den overraskende liten. Ved orgasme er hjerterefrekvensen ikke høyere enn mellom 130 og 145 slag pr minutt, og systolisk blodtrykk ligger ikke høyere enn et sted mellom

150 og 180 mmHg. Dette tilsvarer en belastning som oppnås ved hurtig gange, å gå to etasjer eller å sykle 100 watt på en ergometersykel. En slik belastning utsetter vi oss jo for flere ganger daglig uten å tenke på det som risikabelt. Derfor kan vi trygt slå fast at risikoen for å få et hjerteattakk under samleie er svært lav.

En studie fra Sverige har nylig vist at en frisk mann i 50-60 årene som har samleie en gang i uken, øker sin årlige risiko for å få infarkt fra 0,464 % til 0,468 %! En økning som ikke er til å regne med. Risikoen for at en person i samme alder med et gjennomgått infarkt skal få et nytt hjerteinfarkt er ca 10 % per år. Har en slik pasient samleie en gang i uken, øker den årlige risikoen med 0,24 %. Altså jevngodt med ingen økning. Det er også verdt å poengtere at denne lille økningen først og fremst gjelder de personer som er fysisk inaktive. Studier har nemlig vist at jo mer fysisk aktive vi er, desto mindre er risikoen for at fysisk aktivitet skal trigge et infarkt. Jo bedre form vi er i, desto tryggere kan vi utfolde oss seksuelt!

En artikkel fra 1996 viser at under 1 % av alle infarkter er utløst av seksuell aktivitet. Med dagens moderne behandling er risikoen for koronare hendelser hos hjertepasienter under et samleie sannsynligvis enda mindre.

Mange kan fortelle at de har lest eller hørt om dødsfall i forbindelse med seksualakten. Går en kritisk gjennom litteraturen, vil en finne at disse nesten uten unntak skyldes en kombinasjon av store måltider, høy promille og en utenomekteskapelig partner. Sex med fast partner er derimot trygt og sunt og kan og skal anbefales.

Seksual dysfunksjon og kjønnsforskjeller

Hos kvinner som hos menn øker forekomsten av seksual dysfunksjon med økende alder. Etter overgangsalderen forekommer seksual dysfunksjon hos over 70 % av kvinnene og skyldes et sammensatt forhold mellom psyke, kropp og relasjon til partner. Den vanligste form for dysfunksjon er manglende lyst (hos ca 30 %), manglende orgasme (ca 20 %), redusert evne til seksuell tenning og dermed tørr skjede (ca 12 %) og smerter ved samleie (ca 2 %). Ved hjertesykdom forsterkes disse problemene, og man kan komme inn i en ond sirkel om man ikke har en forståelsesfull partner.

Dessverre finnes det ingen medikamenter som øker den seksuelle lysten, og ennå er ikke orgasmemedikamentet oppfunnet. Menn kommer ofte noe bedre ut av dette da de som oftest "bare" har et ereksjonsproblem. Det kan som bekjent enkelt behandles medikamentelt. Lokalt østrogen og glidemidler vil hjelpe på en tørr skjede, mens ereksjonsfremmende medikamenter er uten effekt for kvinner. Viktigere enn et utifredsstillende samleie blir da kanskje kjærtegn og fysisk berøring, nærhet og forståelse.

Hos menn arter den seksuelle dysfunksjonen seg oftest som et ereksjonsproblem slik at evnen til å fullføre et samleie blir mangelfull. Det rammer ca 50 % av menn i alderen 40-70 år, og 70 % av 70-åringene sliter med problemet.



For di evnen til ereksjon forutsetter normale blodårer, er det ikke rart at menn med hjertesykdom pga trange kransårer rammes spesielt. Det er den samme sykdommen som gir trange blodårer til hjertet, hjerne, føtter og til penis, nemlig atherosklerose (åreforkalkning)! Det rådende synet i dag er derfor at ereksjonssvikt kan være et tidlig symptom på den generaliserte åresykdommen atherosklerose. Og siden blodårene til penis bare har en diameter på 1-2 mm så skal det ikke store forsnevringen til før det går ut over blodforsyningen og dermed ereksjonen. Uten en tilstrekkelig blodfylde av penis, blir heller ikke ereksjonen tilstrekkelig. Og det er - ikke overraskende - de samme risikofaktorene for ereksjonssvikt som for koronar hjertesykdom:

Høyt kolesterol, høyt blodtrykk, røyking, inaktivitet, overvekt og diabetes. Reduserer vi disse risikofaktorene, øker vi også sjansen for bedre ereksjon.

Medikamenter og seksualfunksjon

Pasienter med hjertesykdom bruker en rekke medisiner som kan påvirke seksualfunksjonen negativt og forsterke en seksuell dysfunksjon fra tidligere. Generelt er det få studier på kvinner, få studier er dobbelt blindet og randomiserte, det er store individuelle forskjeller og det er et doseringsspørsmål. Mange studier er små og gamle, og studier med moderne medikamenter mangler helt eller delvis.

Blant medikamenter som brukes mot høyt blodtrykk, har studier vist at ACE-hemmere (for eksempel Renitec og Lisinopril), og AT1 antagonister (f.eks. Cozaar og Atacand) synes å ha en positiv eller nøytral effekt på seksualfunksjonen. Samme positive profil gjelder også for gruppen alfa-blokkere.

Det foreligger motstridende opplysninger om kalsium-blokkere. Noen studier er nøytrale, andre er negative, og noen rapporterer om en bedring av ereksjonen. Forskjellene kan komme av at doseringen har vært forskjellig, det er brukt ulike kalsium-blokkere (Isoptin, Adalat og Cardizem), og pasientene er forskjellige i de ulike studiene.

Thiazidene virker vanddrivende (for eksempel Centyl og Esidrex), og kan forårsake ereksjonssvikt. Dette er vist i flere eldre studier, og dosene som ble brukt er større enn dem vi bruker i dag. Derfor er det vanskelig å si om dagens thiazidbruk forårsaker ereksjonssvikt. Potensielt kan de nok det, men studier foreligger ikke.

Beta-blokkere er blitt ansett for å være verstingene blant blodtrykksmedisinene når det gjelder ereksjonssvikt. Dette er da også dokumentert ved bruk av f.eks. Inderal i større doser. Nye selektive beta-blokkere, eksempelvis Selo-Zok, har en langt gunstigere bivirkningsprofil. Flere studier viser at disse beta-blokkerne ikke gir ereksjonssvikt, men er helt nøytrale med hensyn til effekt på ereksjon. En beta-blokker studie viser at jo mer bivirkningen ereksjonssvikt vektlegges ovenfor pasienten, desto hyppigere forekommer den. Gis ingen informasjon om dette, utblir denne bivirkningen.

Digitalispreparater, som brukes ved hjertesvikt og ved enkelte arytmier, kan gi ereksjonssvikt. Her mangler det kliniske studier.

Det vandrivende medikamentet Aldactone/Spirix er kjemisk svært likt østrogen. Derfor har det en klar negativ effekt på menns seksualfunksjon. Det kan også føre til vekst av brystene hos menn.

Mange hjertepasienter bruker statiner, eksempelvis Lipitor og Simvastatin, mot høyt kolesterol. Denne medikamentgruppen bedrer en eventuell ereksjonssvikt og forsterker effekten til fosfodiesterasehemmere som Viagra, Cialis og Levitra. Dette skyldes trolig at blodårefunksjonen bedres når kolesterolnivået synker.

Mange hjertepasienter erfarer ulike grader av seksuell dysfunksjon. De fleste pasientene er middelaldrende og eldre hvor en redusert seksualfunksjon er en del av det å bli gammel, alle er åresyke og alle bruker flere medikamenter som kan påvirke seksuallivet negativt. Som helsepersonell er det derfor vår oppgave å gi råd og veiledning om hvordan dette problemet kan gjøres minst mulig. Pasientene på sin side bør hjelpes til å ta ansvar for egen helse ved å bedre sin risikoprofil for atherosklerose. Det vil ha positiv virkning på den seksuelle helsen. Leger anbefales å forskrive medikamenter som i minst mulig grad hemmer pasientenes seksuelle utfoldelse.

5. Hjertesykdom og seksualitet

Hvordan påvirkes seksualiteten av det å ha en hjertesykdom?

Sammenhengen er ofte kompleks: Hjertesykdom kan være årsak til seksuelle problemer, eller den kan forsterke allerede eksisterende seksuelle problem. Det er vanlig å skille mellom primære og sekundære effekter. Tidligere i heftet har du lest om fysiologiske endringer som skjer på grunn av selve hjertesykdommen, for eksempel redusert blodtilførsel til kjønnsorganene på grunn av trange blodårer. Dette kalles primære årsaker fordi det gir en direkte svekkelse av seksualfunksjonen. Du har også lest om sekundære effekter. Det er tilsvarende svekkelser som de primære, men årsaken til svekkelsen er behandlingen, for eksempel bruk av enkelte hjertemedisiner.

Seksuelle problemer kan også skyldes psykologiske endringer og forandringer i relasjon til partner og andre nærstående som følge av å ha en hjertesykdom. Dette kan du lese mer om i dette kapitlet. Det er viktig å huske på at ikke alle hjertepasienter opplever de samme endringene.

Psykologiske endringer

Man kan skille mellom to områder der hjertesykdom kan føre til psykologiske endringer. Disse områdene kalles intrapsykiske og interpersonlige forstyrrelser. En *intrapsykisk* forstyrrelse foregår inne i et individ. Man kan få endret selvpoppfattelse, dårlig selvtillit, redusert selvfølelse og et negativt selvbilde.

Med *interpersonlige* forstyrrelser mener vi det som foregår mellom individet og omgivelsene. Å bli hjertesyk kan forandre forholdet til partner og andre nærstående personer. Endret selvpoppfattelse hos den hjertesyke samt at andre forandrer sitt syn på hjertepasienten kan føre til en interpersonlig forstyrrelse.

Tanker og tenkesett

Å være eller bli hjertesyk påvirker grunnleggende tanker et individ har om seg selv, andre og verden rundt seg. Det kan utvikles et tenkesett der man automatisk tenker negativt om sin person, kropp og seksualitet. Videre kan følelsen av manglende kontroll over eget liv og lav tro på mestringsevne forsterke tenkesettet.

Å ha en hjertesykdom kan svekke evnen til oppmerksomhet og konsentrasjon, som igjen kan gjøre hjertepasienten mer distré. I fasen som nysyk er det ikke uvanlig at hukommelsen og kroppsbevisstheten svekkes samt at sanseinntrykkene endres. Alt dette kan i sin tur virke negativt inn på seksualfunksjon og opplevelsen av å være seksuelt opphisset. Hjertepasienten kan "stenge av kroppen" og slutte å kjenne etter kroppslige signaler, ofte fordi disse signalene minner om symptomer som kan oppfattes som truende. For eksempel er seksuell opphisselse forbundet med økt puls, raskere pust og svette. Dette kan minne om symptomer som ved et hjerteinfarkt. Derfor kan pasienten ubevisst tolke en normal fysiologisk respons på seksuell opphisselse som tegn på en ny akutt hjertehendelse.

Følelser

Å ha en hjertesykdom kan skape negative følelser. Skyld- og skamfølelse er av særlig betydning for seksuallivet. Det kan være skyldfølelse for ikke å kunne gi partner nytelse og skamfølelse over å være unormal. Angst eller frykt er også vanlig. Det kan være frykt for å *forverre* sykdommen eller å *utløse ny* hjertehendelse ved seksuell aktivitet. Denne frykten kan gjelde både pasienten selv og partneren. Hjertesykdom kan også skape frykt og angst for å være nær og intim, ikke kunne prestere seksuelt og være attraktiv nok (for eksempel på grunn av skjemmende operasjons-arr), eller for å miste partneren sin.

Det er heller ikke uvanlig å reagere med aggresjon og sinne. Dette kan være sinne rettet utover, mot behandlingsapparatet, partner eller familie, og over hjertesykdommen man er rammet av. Sinne kan være et uttrykk for den avmakt pasienten opplever på grunn av sykdommen og de konsekvensene den har for livet. Ofte er også dyp sorg og tristhet knyttet til det å være syk.

Sinne rettet utover kan skape både intrapsykiske og interpersonlige konflikter. Den hjertesyke kan komme i konflikt med sitt eget selvbilde og med sine kjære i nær omgivelse. For de fleste er det vanskelig å forene aggresjon med nærhet, intimitet

og seksuelle følelser. Pasienten kan også rette aggresjonen mot seg selv, altså innover. Den kan komme til uttrykk som følelsesmessige svingninger og depresjon. Vanlige symptomer er nedstemthet, gledesløshet, passivitet, mangel på energi og tiltaksløst samt sosial isolasjon. Dette er åpenbart lite forenlig med å fungere godt seksuelt.

Noen kompenserer for problemene med oppstemthet og optimisme. Dette kan være et forsøk på å dekke over det de egentlig føler, og de kan dermed gå for langt i forhold til sine egentlige behov. Seksuelt kan det komme til uttrykk ved at man har sex uten egentlig å ønske det. Det er ikke uvanlig at mennesker med hjertesykdom strekker seg langt seksuelt fordi de motiveres av skyldfølelse eller andre negative følelser. Dette medfører som oftest alltid en ond spiral der problemene bare blir verre.

Relasjonelle endringer

Bli en av partene hjertesyk, kan kommunikasjonen og samspillet i forholdet endres. Fungerte relasjonen i utgangspunktet dårlig, kan den forverres. På den annen side kan sykdom forsterke det positive i forhold som fra før fungerte godt.

Fungerer kommunikasjon og samspill dårlig, kan det medføre mindre åpenhet og intimitet. Dels fordi det kan være vanskelig for den syke å snakke om vonde følelser og tanker, og dels fordi det kan være vanskelig for partneren å ta opp temaer som angår sykdommen og dens konsekvenser. Det kan også være vanskelig for partneren å forstå og dele opplevelsen av hvordan det er å være syk.

Alle mennesker er rimeligvis forskjellige, og dette kommer frem gjennom kommunikasjon av tanker, følelser og behov. Når en av partene blir syk, kan det forsterke allerede eksisterende forskjeller i personlighet, væremåte og opplevelse. Ved sykdom øker presset på kommunikasjonen i forholdet. Noen ganger blir forskjellene for store, og kommunikasjonen bryter sammen. Følelsen av gjensidighet, likestilthet og samhørighet kan forsvinne og føre til konflikter. Kanskje makter ikke den syke å delta i fellesskapsoppgaver som før, og dette gjør at samhandlingen i parforholdet endres. Relasjonelle problemer og konflikter har gjerne direkte negativ innvirkning på det seksuelle samlivet, da sex ikke er løsrevet fra det øvrige samlivet.

Endring av atferd

Med en hjertelidelse kan man bli passiv og utvikle en atferd der man unngår situasjoner som innebærer anstrengelse. Dette kan være generelt i forhold til fysisk aktivitet og spesielt i forhold til seksuell aktivitet. Mange er redde for å overbelaste kroppen og påføre seg selv en forverring av tilstanden. Noen opplever også smerter ved aktivitet og kvier seg av frykt for dette. Frykten er helt forståelig i lys av det å kanskje ha vært i en livstruende situasjon i forbindelse med sykdommen, som også kan ha hatt skremmende symptomer. Frykten står ofte ikke i forhold til den reelle faren som fysisk og seksuell aktivitet utgjør. Dette er også omtalt under avsnittet

om fysisk belastning ved samleie.

Den sykes partner kan i mange tilfeller bidra til å forsterke redselen ved å overbeskytte den hjertesyke. Dette er forståelig ut fra angsten for å påføre smerte eller forverring av symptomene eller i verste fall miste partneren.

I noen tilfeller kan man se det motsatte: Den hjertesyke har en høyere seksuell aktivitet etter å ha blitt syk. Dette *kan* tolkes som en kompensatorisk atferd, der den hjertesyke forsøker å "bevise" for seg selv eller partner at de fortsatt fungerer seksuelt. Det vil si å vise eller bevise at "jeg er ikke syk".

Ikke overraskende er dette ofte menn, og det er heller ikke tvil om at dette sjelden er en hensiktsmessig mestringsstrategi.

Den mest ekstreme formen for å unngå vanskelige situasjoner, er å gå ut av det forholdet man er i. Ikke sjelden møter man hjertepasienter som tenker at partneren ville ha det bedre uten dem. De opplever seg selv som så belastende eller utilstrekkelig at den eneste utveien synes å være å gå fra den andre. Ofte er den primære motivasjonen omsorg for den andre, men både skyld og skamfølelse er nok også av betydning.

Spesifikke seksuelle konsekvenser

Å ha en hjertelidelse kan gi endret opplevelse av egen kropp og seksualitet. Fokus skifter fra nytelse til ytelse, der man "stenger" av seksuelle signaler fra egen kropp eller fra omgivelsene. Opplevelsen av seg selv som seksuelt vesen, sin egen attraktivitet og prestasjonsevne kan forstyrres, og dette kan igjen lede til seksuelle problem. Det kan være at man ikke *tør* å ha sex, ikke har *lyst* på sex eller har direkte *aversjon* i forhold til sex. Det kan også komme til uttrykk som *tenningsproblemer*, der opplevelsen av å være tent reduseres eller den seksuelle kroppslige respons svekkes (ereksjon hos menn og lubrikasjon hos kvinner). Videre kan hjertesykdom medføre ejakulasjonsvansker (hos menn) og orgasmeproblemer. Det er heller ikke uvanlig at hjertesykdom kan føre til smerte i forbindelse med seksuell aktivitet. Det kan være sterkt ubehag i kjønnsorganene eller smerter i andre deler av kroppen som brystsmerte eller hodepine under samleie.

Omfang og alvorlighetsgrad

Det er stor individuell variasjon hvordan og i hvilken grad hjertesykdom medfører seksuelle problemer. Alvorlighetsgrad og varighet av sykdom, personlighet og psykisk fungering, erfaringer og mestringssevne er avgjørende for hvordan seksuallivet påvirkes.

Samlivs- og seksualfunksjon før man ble syk er særlig avgjørende. Når i sykdomsforløpet det seksuelle problemet oppsto, alvorlighetsgrad og varighet av seksualproblemet, er også viktige faktorer. Betydningen av sex tidligere i livet eller i perioden pasienten ble syk, påvirker også et eventuelt seksuelt problem.

Det er ofte avgjørende at man får tidlig hjelp til å forebygge eller behandle seksuelle problem, for eksempel i møte med helsevesenet.



6. Hjelp og behandling

Mottagelighet for hjelp

Vi har forskjellige måter å håndtere kriser på, avhengig av personlighet, tenkesett, tidligere erfaringer med kriser og mestring av disse. Støtte fra familie og sosialt nettverk har også stor betydning. Det samme har andre ytre rammer som økonomi, boligforhold, omsorg for små barn og lignende. Livsfasen man befinner seg i er også avgjørende. Det kan være stor forskjell på å få en alvorlig sykdom sent i livet sammenlignet med å få den i ungdoms- eller tidlig voksen alder.

Disse faktorene virker inn på evnen til å innhente og behandle informasjon om sykdommen samt evnen til å ta imot hjelp. Det gjelder informasjon om sykdommen generelt, symptomer, behandling og mulige konsekvenser for livet fremover. Mer spesielt gjelder det sykdommens mulige innvirkning på blant annet seksualiteten.

Ved akutt sykdom der symptomene ofte er dramatiske, må sykdom og symptomer først behandles. Akutt eller gradvis utvikling av seksuelle problemer er sjelden prioritert i denne fasen. Står livet på spill, blir seksualfunksjonen mindre viktig. Helsepersonell må derfor være oppmerksom på *timing* – at det er en tid for alt.

En i utgangspunktet god hjelp gitt til feil tid, har kanskje ikke effekt og kan virke mot sin hensikt. For eksempel informerer helsepersonell gjerne tidlig i sykdomsforløpet om mulige seksuelle bivirkninger av medisiner. Slik informasjon er viktig og riktig, men pasienten er kanskje ikke mottagelig for den der og da. Det blir ”enda en ting å frykte”, og pasienten kan overfokusere på tegn til redusert seksualfunksjon. ”Frykten” for bivirkninger kan gi seksuelle problemer som ellers ikke hadde kommet av medisinene. Likevel skal man som hjelper vite at det som oftest er riktigere å informere enn å ikke gjøre det.

Hjelperens unnskyldninger

Helsepersonell er ofte redde for å påføre pasientene problemer de ellers ikke ville fått, krenke deres integritet eller på annen måte skade dem ved å gripe inn i deres seksualfunksjon. Dette fører desverre til at mange i helsevesenet ikke tør å snakke om seksualitet. Tør ikke hjelperen dette, så tør *i hvert fall* ikke pasienten. Risikoen for å gjøre ”feil” er nok langt mindre enn risikoen for at pasienten får ytterligere problemer dersom temaet ikke tas opp. Helsepersonell har desverre flere ”unnskyldninger” for ikke å snakke med pasienter om deres seksualitet. Det vanligste er at man ikke synes å ha *tid* i en hektisk hverdag. Det er andre viktige gjøremål. Ved innleggelse og konsultasjoner er tiden knapp, og man rekker ikke alt. En annen unnskyldning er mangel på *kompetanse*, eller at man ikke føler seg som ”rett person”.

Profesjon, egen person, kjønn og alder avgjør om det føles ”passende” å snakke om seksualitet. Emnet unngås ikke av vond vilje – seksualitet er et tabuisert område som berører oss personlig på en helt spesiell måte. Likevel er det en unnfalhet å ikke nevne emnet. Det er en misforståelse at om bare hjertesykdommen behandles helt eller symptomene lindres tilstrekkelig, så kommer seksualiteten i gang igjen av seg selv.

Hjelperens utfordringer

Det er hjelperens hovedutfordring å snakke om seksualitet med pasienten dersom hjertesykdommens art, symptomer, behandling eller andre faktorer tilsier at seksualiteten kan være eller bli berørt. Helsepersonell plikter å skaffe seg adekvat kunnskap og kompetanse om når og hvordan man kan hjelpe ved seksuelle problemer. Det er opp til hjelperen å skape tid og rom for samtale om emnet. Det egner seg for eksempel dårlig å diskutere pasientens seksualitet på tampen av en utskrivningssamtale, i en poliklinisk konsultasjon med fokus på andre problemstillinger, eller på et flersengsrom med andre pasienter tilstede. Omgivelsene og situasjonen må være trygg og tillitsvekkende, slik at pasienten tør å snakke om temaet. Helsepersonellet må fremstå som kompetent, kunne se og respektere pasientens behov og grenser for å skape en slik trygghet. Dette forutsetter at hjelperen er kjent med og bevisst på egne holdninger til seksualitetens mange uttrykk.

Det er svært viktig å arbeide med personlige holdninger til seksualitet og seksuelle uttrykksformer som er *annerledes* enn de man selv har. Dette gjelder for eksempel en annen seksuell orientering, seksuell praksis eller seksual-kulturell bakgrunn (etnisitet, religion). Vi tar ofte feil når vi går ut fra at andres seksualitet er lik vår egen. Dette kan gjøre oss ”blinde” i forhold til andres opplevelse, følelser og behov.

Hvordan hjelpe?

Når en pasient opplever problemer med sitt seksualliv, skal man, som ved behandling av sykdom generelt, primært gi håp og motivasjon for endring. Frykter pasienten varig tap av seksualfunksjon, føler seg unormal og tenker at ingen andre har slike problemer, må helsepersonell hjelpe pasienten til å få en realistisk oppfatning av situasjonen. Dette kan innebære at pasienten må forsones seg med det som eventuelt ikke kan ”repareres”. Hjelperen må formidle at pasienten *ikke er alene* om problemet, dette er *normalt* sett i forhold til andre i samme situasjon. Det er også *realistisk* å ha tanker og følelser som det pasienten har i forhold til egen situasjon og fremtidig prognose.

For å oppnå dette, må man først utforske den andres opplevelser, tanker, følelser og atferd på en åpen og respektfull måte. Valg av språkbruk er viktig. De fleste helsearbeidere vil bruke et ”klinisk” språk (penis, vagina, samleie og så videre) og da er det viktig å forsikre seg om at pasienten forstår disse. Det er for eksempel vanlig

at folk mener samleie når de snakker om å ha sex, men det behøver ikke alltid være slik. Ta for eksempel en pasient med en mulig ereksjonssvikt. Dersom pasienten sier han har hatt sex seneste tiden, må man forsikre seg om at dette var samleie eller om det var andre seksuelle handlinger. Var det samleie, er det et tegn på at han hadde tilfredsstillende ereksjon. Kanskje var det ikke samleie han mente, men sex på annet vis, kanskje fordi han ikke klarte å få ereksjon. Om man ikke spør, risikerer man som hjelper å "maskere" en ereksjonssvikt pasienten kunne ha fått hjelp med, for eksempel med PDE5-hemmer (Viagra, Cialis, Levitra). Man må tørre å være konkret og direkte, slik at misforståelser unngås. Når man utforsker en annen, er det å lytte og gi respons like viktig som å spørre. Dette forutsetter en empatisk holdning der man søker en emosjonell kontakt med den andre. Empati er en *aktiv* prosess som oppnås ved å speile den andre gjennom *bekreftelse* ("Jeg ser/hører deg"), *aksept* ("Jeg godtar din opplevelse") og *anerkjennelse* ("Jeg ser din verdi"). Dette er spesielt viktig for å redusere skyld- og skamfølelse eller annen negativ følelse som angst og sinne, som seksuelle problemer ofte fører til.

Seksualitet er viktig, men ikke alt. Det er viktig å hjelpe pasienten til å se hele seg med alle viktige livsområder. Det vil være like feil å overdrive betydningen av seksuelle problem som å benekte eller bagatellisere dem.

Helsearbeidere fokuserer gjerne mye på atferd og funksjon og lite på pasientens opplevelse problemene. Imidlertid viser forskning og klinisk praksis at pasientens opplevelse og følelsesmessige innstilling er av stor betydning for prognosen. Derfor må helsepersonell fokusere på opplevelsen i like stor grad som på atferd og funksjon.

Betydningen av den relasjonen pasienten eventuelt er i er også viktig. Seksuelle problemer oppleves som regel alltid i relasjon til en annen, og derfor må både relasjonen og de seksuelle problemene ha fokus samtidig. Grad av intimitet, kommunikasjon og evne til å håndtere følelser og konflikter, har stor innvirkning på hvordan de seksuelle problemene håndteres.

En god veileder for helsepersonell i møtet med pasienters seksualitet, er den såkalte PLISSIT-modellen (figur). Denne modellen angir behandlingsnivå, og er veiledende både for type behandling og hvem som bør gjennomføre den. Modellen er formet som en trakt. Dette illustrerer at jo lengre ned i trakten man kommer, desto færre pasienter vil ha behov for hjelp på det nivået, forutsatt at de har vært gjennom de høyere nivåene. Vi skal illustrere:

Johannes (42) har hatt et hjerteinfarkt. Han kommer til poliklinisk oppfølgingsamtale hos sykepleier Lena noen uker etter hendelsen. De snakker om forskjellige sider ved hans hjertelidelse, og Lena vil åpne for å snakke om seksualitet.

Lena: Nå har vi snakket om noen viktige ting rundt hjerteinfarkt og tiden etterpå. Nå ser jeg også at du er gift. Det er ikke uvanlig at mennesker som har hatt et infarkt, får tanker om hvordan det kan påvirke samlivet, både følelsesmessig og



seksuelt. Jeg vet ikke hvordan dette er for deg, men skulle du ha noen slike tanker, kan vi godt snakke om det (Permission).

Johannes: Jo, det har ikke vært helt enkelt det heller....

Lena: Vil du si noe mer om hva som ikke har vært enkelt?

Johannes: Ja, jeg er jo redd for at kroppen min ikke skal tåle det... sex, mener jeg. Og jeg har hørt at medisinene jeg tar, kan gjøre det vanskelig å få det til.. få ereksjon, altså..

Lena: Det er det mange i din situasjon som er engstelig for. Om du vil, kan vi snakke litt om både fysisk belastning ved å ha sex og om bivirkninger av medisin (Limited Information).

Johannes: Det ville vært fint!

Kanskje er det tilstrekkelig for Johannes bare å få luftet tanker og bekymringer i dette tilfellet. Redsel er i seg selv en mulig årsak til svekket seksualfunksjon. De fleste kan faktisk hjelpes på de to øverste nivåene; få lov til å snakke om det og få informasjon om det de lurer på eller bør vite. Forteller Johannes at han har ereksjonsproblemer, kan neste skritt for Lena være å foreslå en legesamtale om mulig bruk av ereksjonsfremmende medikament (Specific Suggestion). Først når det er klarlagt at pasienten har en mer omfattende, alvorlig og sammensatt problematikk, er det aktuelt å henvise til sexologisk kompetent lege, psykolog eller annen sexologisk kompetent behandler (Intensive Therapy). Relativt få pasienter vil ha behov for hjelp på det siste nivået. Ofte kommer man til mål ved at annet helsepersonell hjelper på de mindre avanserte nivåene.

PLISSIT-MODELLEN (J.S. Annon, 1976)

Permission

Gi og innhente tillatelse til å tematisere seksualitet

Limited Information

Gi avgrenset informasjon, tilpasset pasient, sykdom og fase i sykdommen

Specific Suggestion

Gi veiledning, konkrete råd og løsningsforslag

Intensive Therapy

Seksualterapi / medikamentell behandling

7. Seksuelle hjelpemidler

Langt flere kunne ha fått en bedre og mer positiv opplevelse av seksuallivet hvis de hadde tatt i bruk tekniske eller medikamentelle hjelpemidler. Som behandlere bør vi kjenne til hjelpemidler som kan bidra til et fortsatt godt og tilfredsstillende seksualliv for pasienten. Her gir vi en kort innføring i noen av de hjelpemidlene som finnes på markedet i dag. Det viktigste er å lytte til pasientens behov og bruke det som utgangspunkt for videre rådgøring. I en del tilfeller kan man også henvise pasienten videre, for eksempel til urolog eller gynekolog.

Tekniske hjelpemidler

Det finnes mange tekniske hjelpemidler. Vibratorer og massasjeapparat finnes i ulike varianter, og disse kan være til god hjelp både for kvinner og menn. Den kraftige stimulansen fra massasjeapparatet kan bidra til økt lystfølelse hos begge kjønn. Noen hjelpemidler er nøytrale, mens andre er utformet som kjønnsorganer. Mange menn sliter med orgasmeforstyrrelser, og andre har problemer med å gjennomføre hele samleiet. Her vil vibratoren kunne hjelpe. Vibratorer og massasjeapparat kan man kjøpe i spesialbutikker og gjennom nettbutikk.

I LHLs undersøkelse oppga 73 % av mennene med hjertediagnose at de hadde ereksjonsproblemer. For disse finnes både medikamentelle og tekniske hjelpemidler. Blant de tekniske har man flere varianter. Alvorlighetsgrad og tidligere erfaringer er avgjørende for hvilken type hjelpemiddel man velger. Noen opplever det positivt å bruke en ereksjonspumpe, mens andre opplever at annen lokalbehandling er best.

Har man problemer med å holde ereksjonen tilstrekkelig lenge til å gjennomføre et samleie kan man prøve en penisring. Før man kjøper en ereksjonspumpe eller en penisring, bør man vurderes av en urolog for å finne ut om dette er den rette løsningen.

Mange kvinner plages av tørrhet og derfor også såre slimhinner i skjeden. Det oppleves ubehagelig, og man blir mer mottakelig for soppinfeksjoner. I tillegg kan det føre til at kondomet sprekker. Det finnes flere typer glidemidler i salg på apoteket som kan bidra til økt nytelse for begge partner.

Gynekologer bruker eksplorasjonskremer ved sine undersøkelser, og disse kan også benyttes som glidemiddel. Glidemiddelet må være uparfymert uten tilsetninger, hvis ikke kan det medføre irritasjon og allergiske reaksjoner.



Medikamentelle hjelpemidler

Det finnes flere medisiner som kan brukes ved seksuell dysfunksjon. Man kan skille mellom medikamenter gitt ved lystproblemer, ereksjonssvikt (= erektil dysfunksjon), og ved for tidlig utløsning (= prematur ejakulasjon).

Hormonsubstitusjon kan ha en viss effekt ved lystproblemer. For kvinner vil østrogen ha en indirekte effekt på lyst. Man kan gi lokalbehandling med østrogen i form av vaginale stikkpiller. Dette gjør slimhinnen i vagina mykere, mer fuktig og elastisk, noe som i seg selv kan øke sexlysten. Systemisk østrogensubstitusjon kan motvirke seksualrelaterte problemer som kommer etter menopausen, for eksempel manglende evne til å produsere "smøring" i skjeden. Blant menn kan substitusjon med androgener (testosteron) som for eksempel gis ved hypogonadale forstyrrelser, ha en spesifikk effekt på sexlysten. Androgener har derimot ingen direkte effekt på tennings- eller orgasmeproblem.

Ved ereksjonssvikt finnes flere alternativer for medisinsk behandling. Den mest brukte medikamentgruppen er de såkalte "PDE5-hemmerne" (= phosphodiesterase enzym-hemmerne). Dette er medisiner som sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis) og vardenafil (Levitra). Disse motvirker nedbrytningen av nitrogenoksid i endotelet, den glatte muskulaturen i blodkarene i svamplegemene slapper av, blodtilstrømningen til genitalia øker, og man får ereksjon. Man får en forsterket og lengre varende utvidelse av blodårene i penis, ereksjonen blir sterkere og varer lengre. De virker relativt raskt, 15-30 minutter etter inntak, og effekten kan vare i 4-5 timer. Cialis og Levitra har noe lengre virketid enn Viagra. De har ingen effekt uten seksuell stimulering (fysisk eller psykisk). Det betyr at man må ha lyst på sex for å få effekt av medisinen. Sterk prestasjonsangst kan redusere effekten. Lekkasjer i svamplegemene kan også begrense effekten. De virker heller ikke ved omfattende nerveskader, for eksempel etter prostatakirurgi eller ved alvorlig diabetes.

Preparatene er trygge å bruke når de brukes riktig. De kan kombineres med andre medisiner bortsett fra nitropreparater, da det kan føre til et betydelig blodtrykksfall. Det skal gå minst 4 timer før man tar et nitropreparat etter å ha tatt Viagra, Cialis eller Levitra. Får man angina innen 4 timer, bør man oppsøke lege/sykehus for å få den rette behandlingen.

Lokalbehandling med Alprostadil (Caverject, Bondil) er også en mulighet ved ereksjonssvikt. Dette er prostaglandin E1 som virker på samme måte som "PDE5-hemmerne" slik at blodtilførselen til svamplegemene øker og man får ereksjon. Caverject injiserer man i svamplegemet på penisskaftet, det virker innen 10-20 minutter, og har effekt uten seksuell stimulering. Mulig bivirkning er langvarig ereksjon (= priapisme) og genitalsmerter. Mange har høy terskel for å begynne å bruke en slik behandling. Bondil fås i form av gél eller pellets og settes inn i urinrøret. Den er lettere å administrere, og mange har lavere terskel for å ta den i bruk.

En del menn er plaget av for tidlig ejakulasjon. Ved å hemme orgasmerefleksen, kan man også utsette ejakulasjonen. Alfa-adrenerge blokkere som blant annet brukes ved vannlatingsproblemer ved prostataforstørrelse (Omnice, Xatral m.fl.), har en slik effekt. For noen vil det oppleves negativt å få en forsinket ejakulasjon, for andre er det ønskelig å beholde ereksjonen lenger og utsette ejakulasjonen. Enkelte antidepressiva utsetter også ejakulasjonen. Dette gjelder de såkalte "SSRI-preparatene" som øker serotonin-nivået som igjen påvirker ejakulasjonen. Effekten er godt dokumentert, men SSRI kan gi redusert lyst og manglende orgasme.

Før medikamentell behandling av seksuell dysfunksjon, må pasienten først vurderes av lege. Annet helsepersonell må gjerne informere og oppmuntre pasientene til å kontakte egen lege eller henvise til annen relevant lege for vurdering og eventuelt medisinerings. Her er det presentert en del muligheter, og ut fra blant annet dette gjelder det å veilede pasientene på en god måte slik at de finner frem til løsninger som fungerer.

8. Tilbakemeldinger fra pasienter og helsepersonell

Innspill fra pasienter og partnere

Hjertepasienten så vel som partneren har mange tanker og spørsmål rundt samliv. Det er viktig å huske at det aldri finnes bare en sannhet. Her er det samlet tilbakemeldinger fra pasienter og partnere som har deltatt på seminarer i regi av prosjektet "Hjertes i lyst og nød".

Mange sier det er viktig å være "psykisk" åpne for hverandre. Dette opplever mange som vanskelig. Det dukker opp mange spørsmål, og for de aller fleste er det viktig at paret selv kan diskutere det de lurer på: Skal den syke beskyttes på grunn av frykt for at noe kan hende når man har sex? Kan den "friske" virkelig forstå hvordan den "syke" har det? Hvordan kan man akseptere hverandre? Og hvis man møter en ny partner, skal man fortelle om sykdommen, eller er det skremmende? Ofte oppleves det som pasient lettere å ta opp slike spørsmål med ukjente, for eksempel helsepersonell. Mange ønsker bistand tidlig i sykdomsforløpet, og mener at livskvaliteten bedres betydelig når seksuallivet fungerer.

Parrelasjonen preges ofte av mye angst dersom den ene er hjertesyk. Av og til er det partneren som bekymrer seg mest for hvor mye den syke tåler. Det liker sjelden den syke. Mange er redde for å miste partneren sin, og vil kanskje overskride egne grenser for å tilfredsstille den andre. Selvbildet rammes når seksualiteten svikter, og det blir ekstra viktig med gjensidig trygghet i forholdet.

Mange ønsker mer informasjon om medikamenter. Hvilke bivirkninger har de, og

hvordan påvirker de parforholdet og samlivet? Finnes det positive følger av medisinbruk? Ereksjonsproblematikk er også et tema mange vil vite mer om. Og hva om man har Pacemaker?

Mange har god sexlyst, men opplever manglende overskudd til sex. For disse handler det kanskje om prioritering: Sex eller klesvask?

Tilbakemeldinger fra pasienter til helsepersonell

Etter et første møte der tema seksualitet og samliv ble tatt opp har pasienter gitt følgende tilbakemeldinger: Det er ønskelig at samliv og seksualitet blir tatt opp med pasienter og pårørende tidlig i sykdomsforløpet. Opplysning og informasjon etterspørres. Er tiden knapp, kan helsepersonell informere om hvor pasienten kan ta kontakt ved eventuelle seksualproblemer, eventuelt avtale ny tid for dette. Kanskje kan det etableres samlivsgrupper lokalt?

Hva skjer så 1-2 år etter at hjertesyke og noen partnere har deltatt i et prosjekt som "Hjertes i lyst og nød" der seksualitet og samliv er i fokus?

Noen blir mer bevisste på sexlivet og sin egen sexlyst. De får lavere terskel for å ta opp temaet med helsepersonell og andre. De har stort utbytte av å treffe andre med tilsvarende problemer, og mange opplever at det går an å finne tilbake til et velfungerende seksualliv.

Et spørsmål som ofte dukker opp, er hva som er "normalt". Hva som er rett og galt for den enkelte er umulig å si. Det er likevel verdt å merke seg hva pasientene selv mener er "normalt".

De aller fleste ønsker seg et aktivt seksualliv og at dette blir en normal del av livet. Nærhet og ømhet er det viktigste og regnes som normalt, ikke nødvendigvis samleie. Det er normalt å ikke tenke på sex med en gang man kommer hjem fra sykehuset, men det tidlige sykdomsforløpet kan likevel bli avgjørende for hvordan seksuallivet fungerer senere.

Med disse tilbakemeldingene bekreftes behovet for å ta opp temaet seksualitet med pasientene, gjerne tidlig i sykdomsforløpet. Det er viktig å tilpasse informasjonen til hver enkelt pasient, og man kan gjerne involvere pasientens partner i samtalen. Husk også at økende alder ikke skal være til hinder for å ta opp spørsmål om temaet.

Innspill fra helsepersonell

Helsepersonell opplever det ofte som en stor utfordring å ta opp temaet seksualitet og samliv med pasientene. Til nå har det ikke vært en naturlig del av informasjonen som gis til hjertepasienter. Hvem sin oppgave er det å ta opp spørsmålet om seksualfunksjonen? Legen, sykepleierne eller andre?

Blant helsepersonell opplever mange det vanskelig å diskutere seksualitet fordi de har så liten kunnskap om dette selv. Kunnskap gir trygghet, ufarliggjør temaet og

det blir enklere å ta det opp. Det bør være helsepersonell sitt ansvar å ta initiativ til å snakke om seksualitet. Alle kategorier helsepersonell som arbeider med hjertepasienter kan være ansvarlige for å snakke om seksualitet.

Mange er redde for å komme pasienten for nær. Det er viktig å finne balansen mellom å utfordre pasienten til å snakke om sin seksualfunksjon, og å gå over pasientens grenser. Etter å ha deltatt på seminaret i regi av "Hjertes i lyst og nød", sier flere at de har lært nye måter å tilnærme seg pasientene på. Når seksualitet og samliv kommer på dagsorden og settes i system, blir det tydeligere for alle hvor viktig temaet er for pasienten og partneren.

Å få i gang diskusjon og åpenhet blant helsepersonell om hvordan man skal tilnærme seg teamet overfor pasientene er viktig. Det bør tas inn både i internundervisning og i rehabiliteringsgrupper. Flere sier det vil bidra til at det blir lettere å ta det opp med pasienten i individuell samtale.

Det er også en stor utfordring å finne riktig tid og sted for å ta opp temaet. I en allerede hektisk hverdag blir det viktig å finne ro til den gode samtalen.

Her er en liten solskinnshistorie fra en sykepleier som har deltatt på seminar om hjertesykdom og seksualitet:

"En pasient skulle reise hjem etter langvarig opphold på sykehuset etter hjertestans. Sykepleieren på vakt hadde ikke tidligere hatt noen kontakt med pasienten, dette var hennes første vakt med han. Mot slutten av vekten og med seminaret i ryggen, våget hun seg til å spørre om noen hadde tatt opp temaet seksualitet med han. Ingen hadde tidligere tatt opp temaet og han ble veldig takknemlig for at hun snakket med han."

Seksualitet er så mye mer enn bare det som knyttes til kjønnsorganene. Helsepersonell kan bidra med kunnskap og åpenhet om at kjærlighetslivet kan være eller bli tilfredsstillende, også eventuelt uten evne til å gjennomføre et samleie. Å lære hjertepasienter og deres partnere at sykdommen ikke skal styre over samliv og seksualitet er viktig.

9. Avsluttende ord

Det er mange faktorer som innvirker på menneskets seksualfunksjon. Får man en hjertesykdom påvirker også den samlivet og seksuallivet. Etter å ha lest dette heftet håper vi at du som helsepersonell føler deg tryggere når du skal veilede hjertepasienter om seksualitet. Første steg er å snakke om pasientens seksualfunksjon. Tør ikke du, så tør i alle fall ikke pasienten.

Tør å ta initiativ til å hjelpe pasientene til en betydelig forbedret livskvalitet.

Lykke til!

Publikasjoner fra prosjektet:

Træen, B., Sørensen, D., & Olsen, S. (2005).

Seksualitet og samliv hos hjertesyke. En første rapport fra LHLs medlemsundersøkelse.

Rapport: Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø. ISBN 82-91636-13-3.

Træen, B., & Olsen, S. (2006).

Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease.

Sexual and Relationship Therapy, 22 (2), 193-208.

Træen, B. (2007).

Sexual dissatisfaction among men and women with congenital and acquired heart disease.

Sexual and Relationship Therapy, 22 (1), 13-26.

Høifødt, R. S., Myrbakk, I. N., & Træen, B. (2008).

Tilfredshet med seksuallivet hos hjertesyke: Sammenhengen mellom somatiske, psykologiske og relasjonelle faktorer.

Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45 (6), 711-720.

Her kan du lese mer...

www.lhl.no

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.

www.hjerterehab.no

Ressursenteret for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst.

www.suss.no

Senteret for ungdomshelse, samliv og seksualitet.

www.seksuellopplysning.no

Klinikk for seksuell opplysning.

www.shdir.no/seksuellhelse

Helsedirektoratet.

www.rfsu.com

Riksförbundet för seksuell upplysning, Sverige.



**Prosjektet er finansiert av Stiftelsen Helse og Rehabilitering.
www.helseogrehab.no**



Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.
Sandakerveien 99, Postboks 4375 Nydalen, 0402 OSLO.
Telefon: 22 79 93 00, Telefaks 22 22 50 37. E-post: post@lhl.no

www.lhl.no